

COLECCIÓN
DE BIOÉTICA



CASOS
ESTUDIADOS
2001-2010
CUADERNO

6

HERMANAS HOSPITALARIAS

COLECCIÓN BIOÉTICA
CUADERNO Nº6

**COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL
CASOS ESTUDIADOS
2001-2010**

HERMANAS HOSPITALARIAS
DEL SAGRADO CORAZÓN DE JESUS
PROVINCIA CANÓNICA DE MADRID
2012

Quedan rigurosamente prohibidas, sin autorización escrita de los titulares del "copyright", bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares de cita mediante alquiler o préstamo públicos.

INDICE

©Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús.
Provincia de Madrid. 2012

Deposito Legal: M-31666-2012
DiseñoGráfico: Blink Comunicación
Impresión: Imprymo

ÍNDICE

Índice de casos por título	5
Tablas de casos	7
Prólogo	9
Nº1. Capacidad para consentir la administración de medicación anticonceptiva	15
Nº2. Capacidad para decidir ser madre y valoración de diferentes medios anticonceptivos	19
Nº3. Información a los financiadores sobre la atención de pacientes crónicos	27
Nº4. Permisos para realizar actividades extraordinarias con personas con discapacidad	31
Nº5. ¿Hasta dónde llevar el secreto profesional?	33
Nº6. ¿Dar un alta para poder atender a otra persona?	39
Nº7. Consentir para investigar	45
Nº8. ¿Prevenir cualquier riesgo de suicidio a cualquier precio?	47
Nº9. ¿Hasta cuándo luchar por la vida?	55
Nº10. La farmacia en la dispensación de tratamientos anticonceptivos	57
Nº11. La tutela asumida por el centro asistencial	59
Nº12. La familia, la persona enferma, el profesional y la justicia	61
Nº13. Un tratamiento forzoso	65
Nº14. Comunicación de incidencias en ingreso involuntario	69
Nº15. Ante la denuncia de presunta violación	73
Nº16. La familia, el usuario y el centro ante las relaciones afectivosexuales de las personas ingresadas	79
Nº17. Riesgo de contagio de vih	83
Nº18. El profesional ante las amenazas	87
Nº19. Derecho a un ideario propio	89

Nº20. consumo de alcohol contraindicado	93
Nº21. Perfil inadecuado	97
Nº22. Permiso para conducir y psicofármacos	99
Nº23. Autoadministración de la medicación	103
Nº24. Cesión de datos a la funeraria	105
Nº25. Indicación de tratamientos y cuidados de enfermería	107
Nº26. Medicación anticonceptiva	111
Nº27. Enfermedad terminal y limitación de tratamientos	121
Nº28. Vademecum de un hospital	125
Nº29. VIH y riesgo de contagio a la pareja	127
Nº30. Retirada de la sonda nasogástrica y limitación del esfuerzo terapéutico	131
Nº31. Decisión de aplicar o no una reanimación cardiopulmonar	135
Nº32. Farmacia y objeción de conciencia	141
Nº33. Romper la relación terapéutica	147
Nº34. Negativa a ser diagnósticada	151
Nº35. Negativa a firmar un documento, pero no a ser asistido	159
Nº36. Vestirse de mujer	165
Nº37. Tutela y relaciones de pareja	171
Nº38. Autorización de anticoncepción por el tutor	175
Nº39. Expresión del amor entre dos personas con discapacidad intelectual	179
Nº40. Presunta violencia de género	185
Nº41. Administración de los bienes de un residente	193
Nº42. Criterios técnicos y el papel de la familia	197
Nº43. Homosexualidad desconocida por el tutor	201
Nº44. ¿Apoyar el desarrollo de la autonomía?	205
Nº45. Menor de edad y métodos anticonceptivos	209

TABLA DE CASOS SEGÚN POBLACION ATENDIDA

Población a la que hace referencia	Casos
Personas con Enfermedad Mental	2, 5, 6, 7, 8, 12, 14, 15, 1640, , 20, 21, 22, 23, 28, 29, 33, 34, 35, 36, 38, 42, 43
Personas con Discapacidad Intelectual	1, 2, 4, 16, 17, 26, 37, 39, 44, 45
Psicogeriatría	13, 27, 31, 41
Personas en situación terminal	9, 30
Dependencia en general	11
Otros	3, 10, 18, 19, 24, 25, 32

TABLA DE CASOS SEGÚN TEMAS

Temas tratados	Casos
Relaciones afectivo-sexuales	1, 2, 16, 17, 26, 28, 29, 37, 38, 39, 43, 44, 45
Confidencialidad, protección y cesión de datos	3, 5, 15, 24, 33, 35, 40, 41
Limitación del esfuerzo terapéutico (LET)	9, 27, 30, 31, 34
Derechos y deberes	18, 21, 22
Autonomía	13, 20, 23
Competencia y tutela	11, 12
Objeción de conciencia	10, 32
Autorización para salidas	4
Suicidio	8
Distribución de recursos	6
Investigación	7
Medidas restrictivas	14
Identidad de los centros	19
Órdenes médicas	25
Identidad Sexual	36
Asistencia integral	42

PRÓLOGO

En el año 1881 la Congregación de las Hermanas Hospitalarias inició un camino sin vuelta atrás. Un camino de compromiso para con la persona frágil y vulnerable. Un ser humano al que en aquella época no se le reconocían sus derechos más elementales ni siquiera, en ocasiones, su estatus de persona: las mujeres con enfermedades mentales severas.

Efectivamente, desde la convicción moral de que todas las personas tienen valor y dignidad, pero no precio, San Benito Menni junto con M^a Josefa Recio y M^a Angustias Giménez optaron por atender a las mujeres con enfermedades mentales desde un modelo que unía ciencia y caridad. Donde la técnica era fundamental para poder sanar, en la medida de las posibilidades, a cada persona asistida; pero donde la humanización y los cuidados cobraban una especial relevancia en estas personas que la sociedad había rechazado. No sólo era importante “qué se hacía”, sino que al mismo nivel de exigencia se ponía el “cómo se debía hacer”.

Nuestra misión encarna y expresa el carisma de la Hospitalidad. Su esencia es la acogida incondicional a la persona que sufre, tenga la raza que tenga, sea del género que sea, provenga de una u otra cultura, profese una religión, otra o ninguna o mantenga las creencias ideológicas que fueran. Todas las personas se merecen el mismo respeto y nuestros valores proponen que las personas asistidas sean la

finalidad de nuestra Institución, la razón de ser y existir de cada uno de los centros de Hermanas Hospitalarias. Cuando esto es así, estamos en la obligación de que todos los recursos Institucionales se pongan al servicio de las personas atendidas: los asistenciales, los económicos, organizacionales, administrativos y humanos.

Los cuatro principios que tanto utiliza hoy la bioética no estaban definidos allá en 1881 cuando se fundó la Congregación de Hermanas Hospitalarias. Pero desde el inicio de esta Institución estos cuatro principios han estado más que presentes en todas las actuaciones realizadas. La beneficencia hacia quienes sufren siendo solidarios con todas las personas vulnerables y excluidas socialmente, respetando y potenciando al máximo sus capacidades y autonomía, considerando que la enfermedad no limita ni anula su dignidad personal y, por tanto, ofreciendo siempre una asistencia integral que cubra sus necesidades físicas, psicológicas, sociales o espirituales. Siendo equitativos, sin diferenciar por ideologías, credos o culturas pero optando preferentemente por los que más sufren, los más solos y los más pobres; dando más a aquel que más lo necesita desde la defensa firme de la justicia. Y por supuesto con el cuidado exquisito de no hacer nunca el mal, de no abandonar a una sola de las personas atendidas.

Siendo conscientes de que nuestra sociedad es plural queremos respetar al máximo las convicciones morales de cada uno, pero desde la creencia firme en una ética global en donde no todo vale y existen límites en las actuaciones técnicas que pueden atentar contra la dignidad de las personas. A esto se le ha venido llamando una ética de mínimos, pero desde las Hermanas Hospitalarias se propone un modelo ético con algunas aspiraciones hacia la exigencia de unos máximos asumibles por todos los colaboradores, de manera que, por ejemplo, el no poner a la persona atendida en el centro de toda actuación y decisión asistencial o de gestión sea considerado como una actuación no ética dentro de nuestra Organización.

Por todo ello, en 1999 nuestra Institución decidió crear una Comisión de Bioética formada por un grupo de personas motivadas y con formación en esta disciplina. Esta comisión fue avanzando en la difusión de los conocimientos en ética entre los colaboradores de los centros de modo que se empezaron a poder anexionar una serie de nuevos miem-

bros con los que se creó el grupo promotor y posibilitó la posterior acreditación para pasar a ser un Comité de Ética Asistencial (CEAS).

La misión de nuestro CEAS se define en el reglamento como la de “contribuir a comportamientos institucionales, organizativos y profesionales coherentes desde un punto de vista ético y asumir la responsabilidad de incorporar el debate ético a la resolución de las cuestiones que puedan plantearse en el día a día”.

Como en cualquier otro CEAS, se recogen las funciones de educar y formar a la comunidad a la que sirve, la de poder contribuir al desarrollo de protocolos de actuación éticos así como el análisis y discusión de casos para el asesoramiento en la toma de decisiones.

Y a lo largo de estos años han sido muchos y muy variados los casos que han ido llegando a nuestro CEAS. Nuestra Institución atiende a personas con enfermedades mentales, discapacidades intelectuales, psicogeriatría, daño cerebral, cuidados terminales y otras enfermedades físicas (cirugía, pruebas diagnósticas, etc.).

Cuando una Organización opta por atender a estos colectivos y hacerlo con criterios no sólo técnicos sino también éticos, empiezan a aparecer algunos conflictos de valores de manera necesaria. El que no aparezcan conflictos éticos es muy probable que no fuera un indicativo de que todo se hace perfecto, ya que la perfección es algo imposible de alcanzar. Casi con toda seguridad el hecho de que no se detectasen conflictos éticos en el día a día de la atención sociosanitaria significaría que nuestros profesionales no serían sensibles a la necesidad de actuar siempre éticamente. Es por ello que nuestro CEAS está disponible para todas aquellas personas de la Familia Hospitalaria que requieran el asesoramiento sobre comportamientos éticos de la práctica diaria en relación con las personas atendidas en los centros y con sus familias.

En este libro se recogen algunos de los casos, no todos, presentados a nuestro CEAS, así como los diferentes dictámenes a los que se han llegado después de la deliberación. En muchas ocasiones se ha invitado a las partes implicadas en la presentación del caso así como incluso en la posterior discusión del mismo, de manera que se persiguen dos

finés: el mejor conocimiento de la realidad por parte de los miembros del CEAS, pero también la mayor implicación de la persona que consulta en la toma de decisiones y la divulgación posterior del discurso ético (siempre con los niveles de confidencialidad necesarios).

Es necesario, en este punto, hacer una mención especial y un sincero agradecimiento a los miembros del CEAS que han ido configurando nuestro Comité a lo largo de estos 10 años de funcionamiento. Gracias a sus valiosas aportaciones, discusiones y deliberaciones, se ha podido llegar en todos los casos a un consenso común que es el que se ha plasmado en los dictámenes que en este libro se presentan. Estas respuestas del CEAS que han apoyado a nuestros profesionales han sido, en su mayor parte, redactadas por uno de nuestros miembros, el profesor José Antonio Souto, catedrático de derecho, y que ha formado parte de nuestro CEAS desde el inicio del grupo promotor.

Esperamos que esta publicación sirva de ayuda a los profesionales que tienen que enfrentarse a la toma de decisiones en casos semejantes a los que aquí se describen y, sobre todo, que sirva de estímulo para prestar una atención de máximos según las exigencias éticas que manifiesta la identidad del Proyecto Hospitalario, su sentido y sus valores. Madrid, septiembre 2012.

Alejandro Florit
Presidente

Nº 1-2001

CAPACIDAD PARA CONSENTIR LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN ANTICONCEPTIVA

FECHA: 28 de mayo de 2001

POBLACIÓN: Personas con Discapacidad Intelectual

TEMA: Relaciones afectivo-sexuales

TEMA DE CONSULTA

En el centro asistencial existen residentes con retraso mental y conducta sexual permisiva con riesgo de embarazo que podría hacer aconsejable una medicación anticonceptiva (oral o intramuscular) o que ésta ya se ha prescrito.

Supuestos:

- a. Pacientes mayores de edad y no incapacitados legalmente, pero cuyo retraso mental compromete su capacidad de consentimiento informado;
- b. Pacientes incapacitados tutelados por familiares o por la Agencia Tutelar.
- c. Pacientes incapacitados por familiares a los que se les ha informado sólo verbalmente y han dado su consentimiento verbal;
- d. Pacientes, tutelados o no, a cuyos familiares no se les ha informado de la prescripción por pensar que sería rechazada o mal recibida.
- e. Pacientes que tienen enfermedades que contraindican la prescripción de anticonceptivos (trombosis venosa), pero cuya promiscuidad podría aconsejar el planteamiento de un medio irreversible (ligadura de trompas)

PREGUNTAS AL COMITÉ

Se plantean diversas cuestiones, relativas al consentimiento informado:

¿Puede dar consentimiento informado una persona con retraso mental, legalmente no incapacitada, pero cuyo retraso mental compromete

su capacidad de decisión sexual y su capacidad de comprender las indicaciones de un fármaco? ¿Sería preciso iniciar un proceso de incapacidad si se opone al tratamiento?.

¿En qué circunstancias debe ser el consentimiento informado por escrito? ¿Con anticonceptivos orales o intramusculares? (teniendo en cuenta las implicaciones de muchos de éstos fármacos y su capacidad de producir efectos secundarios, raros pero graves) ¿Solo con procedimientos irreversibles como la ligadura de trompas?

¿En qué circunstancias se debe dar parte al Juez de la aplicación de anticonceptivos contra la voluntad? ¿Si son orales o intramusculares? ¿Si está incapacitada o no? ¿Si es voluntario pero está incapacitada? ¿Solo si los tutores se niegan? ¿Es posible prescribir estos tipos de medicamentos aunque la familia se niegue?

RESPUESTA

La aplicación de un tratamiento requiere el consentimiento informado del paciente, salvo en los supuestos legalmente establecidos y que, en el presente caso, son de interés los siguientes: a) cuando el paciente no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegados; b) cuando la urgencia no permita demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento (Ley General de Sanidad, art. 10.9)

1. En el supuesto a) se debe informar al paciente del tratamiento que se le pretende administrar; si carece de competencia para comprender la información o de capacidad para tomar decisiones, se deberá poner en conocimiento de sus familiares o personas más allegadas. A ellos corresponde emitir el consentimiento informado; si se niegan, no se podrá administrar el tratamiento. Como medida cautelar se debe extender por escrito la decisión del familiar consultado con el objeto de exonerar al centro de cualquier responsabilidad al respecto.

Dado que en este supuesto no se ha producido la incapacitación judicial, sería oportuno que previamente a la consulta, se realizasen al paciente las pruebas o test recomendados para evaluar su competencia (v. Consentimiento informado, cuadernos de la Colección de Bioética, nº 1, págs. 64-67)

2. El supuesto contemplado en el apartado b) de la consulta no plantea ningún problema, por cuanto la declaración judicial de incapacidad del paciente atribuye al tutor la capacidad de tomar las decisiones en nombre del paciente, por lo que, en cualquier caso, será preciso que el tutor emita el correspondiente consentimiento informado, sin el cual no es posible legalmente proceder a la administración del tratamiento.
3. Por lo que se refiere al supuesto c), es necesario advertir que no es suficiente el consentimiento verbal del tutor, pues, para garantizar adecuadamente la actuación de los profesionales y del propio centro, es oportuno que la información y el consentimiento del tutor consten por escrito.
4. La oposición- presunta o real- de los familiares no es motivo suficiente para omitir la obligación de requerir el consentimiento informado del tutor. Si el tutor, una vez recibida la información, se niega a otorgar su consentimiento informado, el Centro deberá abstenerse de su aplicación, si bien, de manera cautelar, deberá solicitar al tutor que haga constar su negativa por escrito, tal y como hemos señalado en el apartado 1 de este dictamen.
5. La esterilización requiere siempre el consentimiento informado del paciente, pero, en el caso de un paciente incapacitado, no es suficiente el consentimiento del familiar o tutor, pues se requiere la autorización expresa del Juez, sin el cual se incurre en un delito de lesiones, tipificado en los artículos 147 y ss. del Código Penal.

“No existe responsabilidad y podrá llevarse a cabo la esterilización de una persona incapacitada que padezca de grave deficiencia psiquiátrica cuando, tomando como criterio rector el del mayor interés del incapaz, la esterilización haya sido autorizada por el Juez, bien en el mismo procedimiento de incapacitación, bien en un expediente de jurisdicción voluntaria, tramitando con posterioridad al mismo, a petición del representante legal del incapaz, oído el dictamen de dos especialistas, en Ministerio Fiscal y previa exploración del incapaz” (art. 156.2 del Código Penal).

Nº 2-2001

CAPACIDAD PARA DECIDIR SER MADRE Y VALORACIÓN DE DIFERENTES MEDIOS ANTICONCEPTIVOS

FECHA: 28 de mayo de 2001

POBLACIÓN: Personas con Enfermedad Mental y Discapacidad Intelectual

TEMA: Relaciones afectivo-sexuales

TEMA DE CONSULTA

CONSULTA 1

La paciente, de 31 años, ingresó en centro psiquiátrico a comienzos del año 2001 en una unidad de media estancia concertada con Salud Mental y remitida por su psiquiatra. No incapacitada. Ingreso voluntario.

Diagnosticada de retraso mental leve límite, trastorno de personalidad de tipo borderline y en los últimos años de psicosis no filiada, posible (dudosa esquizofrenia residual) en tratamiento. Presenta conductas anómalas y disyuntivas (actitud manipuladora con mentiras, visitas a urgencias, con quejas hipocondriacas o simulación de síntomas, abuso de medicamentos). Ideas dudosamente delirantes sin síntomas psicóticos primarios.

Presenta capacidad para habilidades básicas, usa el transporte público. Ha estudiado hasta 7º E.G.B y ha tenido algunos trabajos cortos (jardinería, limpieza), buscados por su madre pero ha acabado despedido. Ha vivido siempre con familia, sin autonomía económica, con un nivel de dependencia que la incapacita para vivir sola.

Desde la adolescencia ha presentado gran promiscuidad (que para la familia es el mayor problema), con contactos sexuales. Frecuentes enamoramientos instantáneos con desconocidos. A los 17 años quedó embarazada resultando un aborto por un accidente. A los 24 años quedó nuevamente embarazada, teniendo un hijo que ahora tiene 8 años. Según su familia ella se ha olvidado del hijo, siendo deficitario su papel

de madre (ella solo le regala juguetes). Ha usado DIU como método anticonceptivo hasta septiembre de 2.000

Hechos:

La paciente relata que había tenido relaciones sexuales completas y consentidas con un paciente al que había conocido 24 horas antes. Se citó a la familia y se aplicó protocolo de consentimiento informado para ver competencia e informarles de alternativas.

La paciente se declaró católica y contraria al aborto aunque ambivalente frente a la anticoncepción, especialmente post-coital. Aplicando los criterios de Appel Seva la paciente era capaz de una comprensión objetiva de las cuestiones y la comunicación de una elección (aunque esta no era muy estable), pero deficitaria en la apreciación de las consecuencias de la acción y la comprensión de los riesgos y beneficios. (Se plantea el tener un hijo y cuidarlo, "para darle un hermano al suyo", el compartir su vida con la otra persona, a pesar de su incapacidad para cuidar a su actual hijo y el hecho de su breve relación con la otra persona). Su familia (madre) tenía una postura clara: "no podía tener otro hijo por imposibilidad de cuidarlo y para evitarlo, "harían lo que fuera", solicitando ayuda para interrupción del embarazo, si llegara el caso. Presionaron a la paciente para que consintiera el tratamiento.

Tras información detallada sobre la anticoncepción post-coital, se decidió no considerar a la paciente capaz de decidir (por el déficit de competencia dichos y la presión familiar), por lo que se pidió a la familia el consentimiento informado y se administró a la paciente un anticonceptivo. Tres días después tuvo la regla.

CONSULTA 2

Paciente de 24 años, ingresada al inicio de 2001 en la residencia para personas con discapacidad psíquica, remitida desde el departamento de Bienestar Social con el que se mantiene un concierto de gestión pública.

Antecedentes:

Diagnosticada de retraso mental leve (C I 65) aunque autónoma en las actividades básicas de la vida diaria, sabe leer y escribir, siempre ha vivido con sus padres y hermanos, dependiente de ellos, acudiendo a colegios de educación especial y centros apropiados. Presenta trastornos de conducta de tipo agresivo (actualmente en tratamiento con estabilizadores neurolépticos y terapia de conducta) que son los que han condicionado el ingreso residencial. Presentó también conducta sexual promiscua (hay sospechas de contactos sexuales ya conocidos de la familia) que condicionó el que haya estado tratada con anticonceptivos hormonal depot (Topasal 1 ampolla mes). No está legalmente incapacitada y el ingreso es voluntario. Tiene reconocido un 65% de minusvalía.

Al ingreso se detectó una anomalía de la coagulación (déficit de antitrombina) que vista por un ginecólogo y por el internista, desaconsejaba la anticoncepción hormonal. La familia demandaba otro medio anticonceptivo (DIU o ligadura de trompas) que en el momento actual no se puede realizar aquí, por lo que se aconsejó consulta con su ginecólogo de zona, de lo que estaban pendientes.

Hechos:

Un día ella manifestó que, dos días antes, había tenido relaciones sexuales completas con un pariente (en primera entrevista manifestó que consentidas, aunque en manifestaciones a su familia sugirió que hubo cierta presión, aunque esto es dudoso).

Se le informó a la familia y paciente de la existencia de medios anticonceptivos post-coitales (hormonales, orales y DIU) pero que dadas las contraindicaciones existentes, requería la valoración de un especialista, por lo que se derivó al hospital de referencia, estando la familia y paciente de acuerdo. No se aplicó la sistemática de consentimiento informado por no decidir nosotros sobre el tratamiento a aplicar. El especialista externo la derivó al Centro de Planificación familiar donde

Actualmente, la familia plantea la necesidad de esterilización quirúrgica como medio irreversible, para lo que solicita nuestra ayuda.

PREGUNTAS AL CEAS

1. Respeto a la competencia:

¿Es lícito tomar en cuenta en la valoración del caso factores “extrínsecos” a la paciente? (consecuencias de decisiones anteriores como la de un posible hijo sobre la familia, probabilidad de que un embarazo termine en aborto, etc.)

2. Respeto a uso del DIU como anticonceptivo pre-coital:

¿Existen diferencias éticas morales con el uso de la anticoncepción hormonal pre-coital siendo sus mecanismos de acción parecidos? Dado que, aunque es reversible el mecanismo es más duradero y la inserción más invasiva que la anticoncepción hormonal ¿Es suficiente la explicación de un protocolo de consentimiento informado similar a la anticoncepción hormonal?

Respecto al uso de hormonas como anticonceptivo post-coital, dada la posibilidad de actuar también sobre la implantación del óvulo fecundador ¿Debería considerarse como método abortivo?

¿Cambia la consideración de los anticonceptivos post-coitales si la persona adolece de cierta capacidad para consentir relaciones sexuales, o si la relación no ha sido plenamente consentida?

3. Respeto a la objeción de conciencia institucional o personal

¿Puede un profesional negarse a prescribir un método anticonceptivo (hormonal o DIU o pre-coital o postcoital) aunque sea legal, basándose en criterios éticos-morales?

¿Puede una institución católica negarse a facilitar métodos anticonceptivos (de los antes citados) a pacientes pertenecientes a conciertos públicos? ¿Sería ético que ofreciera éstos métodos anticonceptivos como parte del tratamiento normal?

4. Respeto a la ligadura de trompas.

En caso de paciente que clínicamente no tenga capacidad de consentir ¿Es necesario la incapacitación previa? ¿Bastaría con una autorización judicial, sin incapacitación?

5. Informes

¿Puede un profesional o institución negarse a emitir informes para derivar o recomendar una ligadura de trompas a solicitud del paciente o familia? Y en su caso, si existiera embarazo y solicitud de interrupción, puede haber objeción a emitir informes basándose en criterios éticos y morales, aún en los casos contemplados por la ley.

RESPUESTA

Una vez leídos los casos remitidos a la Comisión Provincial de Ética, en fecha 28 de mayo de 2001, se procede a resumir las conclusiones.

1. Sobre la primera pregunta respecto a la capacidad o competencia de la PDD:

La valoración de la competencia de una persona debe realizarse teniendo en cuenta su capacidad para tomar una decisión coherente de acuerdo con alguno de los tests recomendados al efecto (Appelbaum). Según nos informan la paciente manifestó ambivalencia en la toma de decisiones, déficit a la hora de comparar riesgos y beneficios por lo que se ha considerado que no es competente en ese momento de su trayectoria vital.

Se añade que la paciente tampoco es competente en la esfera de lo sexual por la desinhibición derivada de su propia patología, lo que le imposibilita aun más para tomar decisiones válidas. Todo esto aconsejaría que para dar una mayor protección a la enferma se proceda a su incapacitación o, en todo caso, que sea sometida a una curatela respecto a aquellas decisiones en las que, debido a su inestabilidad para decidir, pudieran producirse grandes perjuicios a sus propios intereses.

2. Respetto al DIU/ hormonas como anticonceptivo post-coital:

La comisión considera que debe restringirse netamente:

- a. EL DIU, en cuanto que se trata de un dispositivo intrauterino que tiene el efecto ambivalente de impedir la fecundación del óvulo, o que éste, fecundado, se desarrolle o se implante;
- b. la RUH86, llamada también píldora del día después (pdd), que impide el desarrollo del huevo fecundado, través de una acción química y no mecánica, y, en concreto, de la antiprogesterona. En su fase inicial, la RU86 o PDD actúa como anticonceptivo, pero, si la ingesta se produce una vez implantado el óvulo, se trataría de una acción abortiva con consecuencias éticas y penales distintas.

En efecto, el DIU es un dispositivo mecánico anticonceptivo, mientras que la PDD puede actuar como anticonceptivo (antes de la implantación del óvulo en el útero) o como abortivo, si se ingiere una vez implantado el óvulo en el útero de la mujer, es decir, los cambios que produce la acción química de la RVH86 en unos casos “son contraceptivos porque inhiben la fecundación; otros, en cambio, operan después de este y han de ser tenidos como interceptivos o abortivos muy precoces” (G. HERRANZ). Desde un punto de vista legal, el DIU y la RUH86, cuando ésta última actúa como anticonceptivo, son admisibles y no merecen reproche penal alguna. Sin embargo, en el supuesto de la píldora del día después del día catorce, es decir, una vez implantado e óvulo, podría producirse una acción abortiva y, en consecuencia, dar lugar al delito aborto tipificado en el artículo 145 del Código Penal (C.M ROMEO CASABONA).

Desde un punto de vista ético, la utilización de anticonceptivos está generalmente admitida, mientras que se rechazan las actuaciones abortivas. La doctrina de la Iglesia rechaza, sin embargo, ambas actuaciones: anticonceptivas y abortivas, por lo que será necesario tener en cuenta las siguientes consideraciones:

1. La doctrina de la Iglesia mantiene con especial firmeza los principios inspiradores de la moral sexual, pero los compatibiliza con la necesaria flexibilización en la aplicación de estos principios,

donde deben analizarse cuidadosamente las circunstancias concretas que concurren en cada caso. Esta flexibilidad en la aplicación de los principios, en atención a los supuestos concretos, encuentra en la propia tradición canónica una serie de figuras que mitigan o eximen del cumplimiento de la norma, tales como la dispensa, la tolerancia, la “dissimulatio” o la equidad. Esta última constituye el referente más adecuado para comprender la conciliación entre la rigidez de los principios y la flexibilidad de su aplicación, pues la equidad se define como “la justicia del caso concreto”.

2. En el ámbito ético, la aplicación indiscriminada de un principio, sin tener en cuenta las circunstancias concretas que concurren en el caso examinado, puede dar lugar a una solución “injusta” o a una “acción amoral”, porque lo que se dispone para la generalidad no se puede exigir para lo excepcional. Por ello, en las circunstancias descritas en el presente caso, parece éticamente admisible y recomendable la utilización de anticonceptivos e, incluso, de la Ruh86, siempre que la ingesta se reproduzca en las dos primeras semanas posteriores a las relaciones sexuales.

Ello no obsta para que, por parte de todos los responsables de los Centros Asistenciales, se adopten medidas preventivas eficaces para que no se produzcan estas situaciones que, en cualquier caso, constituyen una perturbación grave para el paciente y una responsabilidad proporcional para el Centro, los dirigentes y profesionales. Por ello, cuando, a pesar de las medidas preventivas adoptadas, se plantean casos como el presente, se deben estudiar atentamente todas las circunstancias y las medidas que se adopten deben ser adecuadamente justificadas.

En relación al consentimiento informado la Comisión entiende que tanto en la administración de la PDD como en la aplicación del DIU debe mediar un consentimiento informado semejante, especificando cada uno la indicación terapéutica, las contraindicaciones y los efectos secundarios propios del método elegido.

3. Respeto a la objeción de conciencia.

La objeción de conciencia sólo tiene eficacia jurídica si está reconocida legalmente. La objeción de conciencia al aborto ha sido reconocida por el Tribunal Constitucional en su condición de legítimo intérprete de la Constitución. No goza de la misma consideración la objeción de conciencia a la dispensa o venta de productos anticonceptivos. La objeción de conciencia al aborto no abarca aquellos supuestos en los que el aborto está indicado terapéuticamente.

Las prestaciones de servicios que la institución concertada se compromete a realizar deben constar en el Convenio o Concierto con la respectiva Administración Pública o institución privada. Deben constar, igualmente, las prestaciones que la Institución excluye como exigencia de su ideario o identidad propia. La cuestión, por tanto, constituye una competencia propia de los dirigentes de la Institución y no del Centro Asistencial.

4. Respeto a la ligadura de trompas

La esterilización de un menor o un incapacitado requiere, además del consentimiento informado del responsable legal, la autorización expresa del juez. Si el paciente se encuentra incapacitado psíquicamente, pero no legalmente, deberá dar su consentimiento informado; pero, si esto no es posible, por su manifiesta incompetencia, deberá solicitarse el consentimiento informado al representante legal y, con carácter cautelar, comunicado al Fiscal o al Juez para que decida sobre su incapacitación legal.

5. Sobre la negativa a emitir informes

Se pregunta si un profesional puede negarse a emitir informes para derivar o recomendar una ligadura de trompas a solicitud del paciente o de la familia. Se considera que un profesional siempre está obligado a dar informes ante una petición de un interlocutor válido. Ahora bien, en el informe no es necesario que aparezca una orientación terapéutica concreta, sino una descripción del estado actual del paciente.

INFORMACIÓN A LOS FINANCIADORES SOBRE LA ATENCIÓN DE PACIENTES CRÓNICOS

FECHA: 26 de noviembre de 2001

POBLACIÓN: Entidades concertadas

TEMA: Cesión de datos

TEMA DE CONSULTA

Les remitimos adjunta una consulta, solicitando su criterio con respecto a un tema que en este momento nos ocupa y creemos de importancia para la toma de decisiones respecto a nuestra actuación con nuestros pacientes y residentes cuyos garantes son entidades aseguradoras medicas de carácter privado, que aportan la figura de un médico inspector en la gestión de las estancias de sus asegurados.

El asunto versa fundamentalmente por la asunción de los pacientes crónicos que, originariamente eran financiados por entidades públicas o semipúblicas y que en este momento, y en virtud de un convenio de prestación de servicio, han pasado a llevar determinadas compañías privadas.

Dichas compañías establecen la figura del "medico inspector" o supervisor de los casos tratados en nuestro centro, cuya función es dar seguimiento a la evolución de los cuadros que presentan los usuarios con el objetivo de sugerir alternativas de tratamiento o, incluso de recursos de internamiento, para aquellos pacientes que bajo su criterio son susceptibles de mejorar con el planteamiento de una cambio en cualquiera de estos aspectos.

Dado que la facultad de decidir sobre el alta o no, en última instancia, depende de nuestro personal médico, las únicas funciones que asumen estos facultativos supervisores, es la de valorar los casos y aconsejar al responsable del tratamiento en el centro la actuación que creen más conveniente.

A menudo, a estos médicos inspectores se les proporciona información de manera verbal sobre el estado del paciente, sus antecedentes, nivel de ajuste previo a la enfermedad, condiciones socio-familiares, tratamiento que siguen, etc... Incluso en ocasiones, ellos mismos se entrevistan con los propios pacientes, para recabar información que estiman de utilidad de cara a un análisis del caso con exhaustividad.

Sin embargo, presentan una demanda de forma repetida, sobre las posibilidades de acceso a la historia clínica del paciente, en su soporte en papel o informático, de manera que puedan encontrar información complementaria que les ayude al desempeño de sus funciones. De manera sistemática se les ha negado dicho acceso, proporcionándoles simplemente la información incluida en el CMBD, puesto que se trata de una serie de datos, que aunque de manera confidencial, se proporciona a otras instituciones.

Nuestra cuestión para el Comité de Bioética Provincial es saber hasta qué nivel de información nuestro centro tiene obligación de proporcionar a estos facultativos, desde un punto de vista ético y si existen condicionantes legales a este respecto, ya que la cuestión es controvertida y no hemos encontrado un acuerdo entre distintas partes, hasta el momento.

PREGUNTAS AL CEAS

¿Qué nivel de información tiene nuestro Centro obligación de proporcionar a los médicos inspectores de la Compañía Privada, desde un punto de vista ético? ¿Existen condicionantes legales a este respecto, ya que la cuestión es controvertida y no hemos encontrado un acuerdo entre distintas partes, hasta el momento?

RESPUESTA

En el volumen Documentos 2000 de nuestra Colección de Bioética, que responde a una cuestión muy semejantes a la pregunta formulada. En cualquier caso, procede recordar lo siguiente:

1. Desde un punto de vista ético, el Código de Ética y Deontología Médica (CEDM) advierte que la Historia Clínica forma parte del secreto profesional del médico y del centro en que el enfermo es atendido. De tal manera que las historias se redactan y se conservan para la asistencia del paciente u otra finalidad que cumpla las reglas del secreto médico y del paciente (CEDEM, art. 14,3) y cuando se trate de un medico perito o inspector debe comunicar al interesado el título en virtud del cual actúa, la misión que le ha sido encargada y por quién. Si el paciente se negara a ser examinado, el médico renunciará a hacerlo y se limitará a poner tal extremo en conocimiento del mandante (CEDM, art. 41,2).
2. Desde un punto de vista jurídico, es preciso recordar que el paciente tiene derecho a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas o privadas que colaboren con el sistema público (Ley General de Sanidad, art. 19,4). Por otra parte, las instituciones sanitarias pondrán la historia clínica a disposición de los enfermos y de los facultativos que directamente estén implicados en el diagnóstico y el tratamiento del enfermo, así como a efectos de inspección médica o para fines científicos, debiendo quedar plenamente garantizado el derecho del enfermo a su intimidad personal y familiar y el deber de guardar el secreto por quien, en virtud de sus competencias, tenga acceso a la historia clínica (LGS, art. 61)

La inspección médica, a que se refiere el artículo citado, es la inspección sanitaria pública con exclusión de la Inspección de Trabajo y de la Seguridad Social. Están, igualmente, excluidas las compañías de seguros, pues "al igual que el perito médico privado, si no es con una finalidad asistencial o con el consentimiento informado del paciente, el médico o el centro asistencial no les puede aportar los datos del enfermo. A los únicos datos a los que pueden acceder son el abono de gastos de asistencias sanitarias efectuados por terceros, como así

queda establecido en los convenios de asistencia sanitaria correspondientes, publicados y actualizados anualmente en el BOE..., que permiten y obligan al centro asistencial a proporcionar a las compañías de seguros las facturas con todos los conceptos detallados, las lesiones en los partes de asistencia y a acompañar las facturas con un informe de la evolución de la enfermedad (M^a T. CRIADO DEL RÍO, Aspectos médico-legales de la Historia Clínica, Madrid, 1999, pág.205).

En conclusión, el Centro asistencial sólo puede facilitar el acceso a la historia clínica:

- a. cuando lo autorice expresamente el interesado o su representante legal;
- b. cuando tenga una finalidad estrictamente asistencial, incompatible con una finalidad pericial o de inspección;
- c. cuando lo prevea expresamente la ley, supuesto en el que no está comprendida la inspección médica de las compañías de seguros.

PERMISOS PARA REALIZAR ACTIVIDADES EXTRAORDINARIAS CON PERSONAS CON DISCAPACIDAD

FECHA: 26 de noviembre de 2001

POBLACIÓN: Personas con Discapacidad Intelectual

TEMA: Autorización para salidas

TEMA DE CONSULTA

Se trata de un centro de Educación Especial en el que se planifican salidas educativas con alumnos/usuarios. En estas salidas se pide autorización a los padres o tutores para que el alumno pueda salir del centro educativo. Esta autorización es firmada en un formato que tiene definido en el propio centro. Sin embargo, muchos padres tienen problemas para firmar la autorización y preguntan si legalmente es necesaria la autorización y si está bien diseñada.

RESPUESTA

Los profesores tienen responsabilidad sobre el alumno/usuario durante el periodo de la actividad, haciéndose necesaria la formalización de un seguro. Durante el tiempo que dura la actividad tiene la guarda de hecho del alumno/usuario el Director del centro y sus Profesores, por lo que la responsabilidad es de éstos ante cualquier negligencia que pueda producirse.

Respecto a la necesidad de autorización se hace necesaria una matización: en caso de que la actividad programada sea ordinaria (contemplada dentro de la programación general del centro), la autorización no es necesaria porque se entiende que al matricular al alumno/usuario se está aceptando las actividades propuestas. Sin embargo, si la actividad es extraordinaria, si sería necesaria esta autorización. En la autorización debería hacerse constar la salida específica a la que se autoriza así como hacer una referencia que se ha entregado amplia información a los padres sobre la salida. También se hace una consideración sobre el caso de padres separados.

En esta situación quien debe firmar la autorización es el que tenga la custodia de los hijos (y sólo éste).

En cualquier caso se considera una consulta que debe ser estudiada más ampliamente teniendo a disposición de la comisión el Reglamento de Régimen interior así como el protocolo de consulta (que a tal fin existe) completado por la institución que hace la consulta. En caso de que no exista dicho Reglamento sería necesaria la creación de éste.

El secretario se encargará de hacer la solicitud a la dirección pedagógica.

¿HASTA DÓNDE LLEVAR EL SECRETO PROFESIONAL?

FECHA: 15 de marzo de 2002

POBLACIÓN: Personas con Enfermedad Mental Crónica

TEMA: Confidencialidad

TEMA DE CONSULTA

A un centro de atención diurna para personas con enfermedad mental, acude un usuario que estuvo en atención desde noviembre de 1993 a mayo de 2000 en concepto de soporte social (acude sólo como lugar que le mantiene más estabilizado aunque ya no figura como usuario -fase de seguimiento-). Recibe varios diagnósticos psiquiátricos entre los que destaco esquizofrenia, Tr. Esquizotípico y trastorno de personalidad (aunque no se filia). Actualmente convive con su madre y padre, hijo único y unos 40 años.

Mantiene sus capacidades cognitivas de forma adecuada, no presenta sintomatología positiva y sí presenta problemas de conducta severos que interfieren en la relación con el resto de personas, principalmente cuando son del género femenino.

También es una persona muy inteligente, que acude a multitud de servicios públicos demandando distintos apoyos de un modo poco adecuado (gritos, amenazas, insultos....)

Pese a la multitud de amenazas proferidas, no consta que haya llegado a la agresión física en estas situaciones. Sin embargo sí tiene antecedentes policiales anteriores a su entrada en el recurso (relacionados con el tráfico de drogas, prostitución y agresión con arma blanca).

Mantiene múltiples incidentes violentos con su familia. Su padre en todos los años que ha estado en atención no ha querido acudir a nuestro recurso. Con su madre sí se han mantenido múltiples contactos, al principio para pedir su colaboración como coterapeuta, pero viendo

la escasa competencia de esta persona, se pasó a realizar una intervención de mero apoyo familiar. La madre presentaba al inicio diagnóstico de dependencia al alcohol y se quejaba de las agresiones que recibía por su marido así como por su hijo. Comentaba que su marido era más violento que su hijo y que temía que un día éste matase al hijo (ha usado un hacha, pistola). Sin embargo durante el periodo de intervención, se mejoró bastante el ambiente familiar aunque nunca dejó de ser muy tenso. En la actualidad la madre parece comenzar con alguna enfermedad degenerativa secundaria al consumo del alcohol (demencia).

Hace un par de meses el usuario recibió una notificación de un inicio de un proceso de incapacitación. Esto es valorado por él como "lo peor que me puede ocurrir, prefiero que me amputen una pierna ". Al inicio, su reacción es la de buscar apoyos para parar el proceso: información de abogados, instituciones y nuestro centro. Sin embargo comprueba que no tiene más remedio que comparecer y defenderse, que no puede parar inmediatamente el proceso, irritándose en aumento. Comienza a realizar las siguientes verbalizaciones: "si me incapacitan, peor para la sociedad", "si lo hacen, yo no soy responsable de mis acciones, por lo que puedo hacer cualquier cosa" "si mato a alguien, que me encierran, que ya me escaparé y será el tutor el responsable de todo"...En varias ocasiones hace alusiones a su psiquiatra, su padre y los Servicios Sociales. El Centro es de lo poco o único donde él dice encontrarse a gusto y acogido (pasa todos los días aquí).

Se valora como un riesgo potencial el momento que le incapaciten, (lo cual es muy probable que ocurra pues él no está dispuesto ir a ver al forense ni al juez) y se prevé que cumpla su amenaza de llegar a matar a alguien con una alta probabilidad, aunque no una certeza absoluta. Sospechamos que puede ser su padre el objetivo, pero nunca ha llegado a verbalizarlo claramente hasta hoy. Se ha informado al Servicio Social de referencia sobre el riesgo que nosotros evaluamos de una posible agresión que puede llegar a la muerte en el caso de su padre,

y menor en el caso del psiquiatra de referencia y otros profesionales implicados, como los Servicios Sociales.

Hoy ha interpretado erróneamente una información y ha creído que ya le habían incapacitado. Ha acudido a nuestro Centro muy nervioso y muy agresivo verbalmente. Sin embargo se le ha aclarado que lo que ponía ese documento no era eso y se ha derrumbado, rompiendo a llorar. En esa situación ha expresado que si llega el momento de la incapacitación, matará a su padre.

PREGUNTAS AL CEAS

1. Ante la duda ¿debemos realizar como centro una denuncia formal a la policía? Esta acción podría eludir tal vez la muerte de su padre (en caso de que las sospechas fueran reales) aunque tampoco con una seguridad alta. Pero también puede llevar al usuario a agredir a los profesionales que trabajan en el Centro con una alta probabilidad.
2. Hasta ahora él nos tiene de referencia y únicas personas que mantenemos cierto ascendiente sobre él. En caso de que tomemos alguna medida podría perder él completamente los apoyos, haciéndose la situación más crítica (con la repercusión que podría tener hacia terceras personas): ¿qué papel debe mantener nuestro Centro?
3. ¿Debemos avisar al padre? Hasta ahora nos ha resultado imposible hablar con él para ningún tema. También puede ocurrir el "efecto secundario" de una agresión a algún profesional del Centro en función de cómo maneje la información; incluso, basándonos en la información de la madre, podría ser que el padre agrediese violentamente a su hijo sin que éste llegue a hacer nada.

RESPUESTA

La Comisión acuerda lo siguiente:

1. Enviar al SSM el siguiente informe:

“En los últimos días C. Se encuentra más alterado, presentando un aumento en la frecuencia e intensidad de conductas inadecuadas, especialmente amenazas, agresiones verbales..., tal y como se ha venido indicando en las dos últimas reuniones de coordinación habidas con el distrito.

El motivo de este cambio se remonta a la época de Navidades, cuando el sujeto recibe una notificación del inicio de un proceso de incapacitación. Esta incapacitación es vivida por C. como una “muerte en vida”. A lo largo de estos meses se ha podido comprobar en el Centro, a donde acude en la fase de soporte social desde que fue dado de alta, que se ha ido incrementando la inquietud motora, su capacidad de autocontrol ha ido disminuyendo, y su ira respecto al proceso y las personas que él considera que están implicadas ha aumentado con considerable magnitud.

Durante este periodo ha verbalizado los deseos de agredir a algunas personas, sin llegar a concretar a quién, aunque en otras ocasiones ha reflejado su malestar con respecto a su padre. En otras ocasiones ha llegado a decir que si le incapacitaban ya no sería responsable de sus actos, por lo que la sociedad podía prepararse y podría llegar a matar a alguien, que como mucho le podrían encerrar en un centro psiquiátrico y esto, no le importaba.

El Martes, 5 de marzo de 2002 llega al centro pensando que le habían incapacitado. Había interpretado erróneamente unas letras en su DNI ya que no aparecían en su anterior DNI. Se presentó en el centro exigiendo a gritos ver a la trabajadora social, exigiendo ya que era un incapaz, que se le buscase un sitio para dormir y comer y amenazando físicamente a los profesionales del centro. Después de un tiempo hablando con él y explicándole el error de interpretación que había cometido, se calmó y aseguró a un monitor de nuestro centro, que en caso de que se le incapacitase llegaría a matar a su padre, insistiendo luego que se podía preparar la sociedad quien tendría un problema si él llegase a estar incapacitado.

Consideramos el riesgo de que esta amenaza llegue a producirse en caso de que se termine por incapacitar a C. es muy elevado, pudiendo incluso generalizarse las agresiones a las otras personas a las que él considera responsables del inicio de su proceso de incapacitación. Por todo ello, se pone la presente en su conocimiento de forma que se disponga de toda la información necesaria para una toma adecuada de decisiones respecto a C.”

2. Que se debe informar al sujeto de las acciones a realizar por el centro, siempre dentro del contexto terapéutico; ofrecer toda la información al Servicio de Salud Mental por escrito y mantener la oferta de apoyo que le viene prestando el centro y manifestar que no existe vinculación administrativa del Centro con el usuario.

¿DAR UN ALTA PARA PODER ATENDER A OTRA PERSONA?

FECHA: 15 de marzo de 2002

POBLACIÓN: Personas con Enfermedad Mental Crónica

TEMA: Distribución de recursos

TEMA DE CONSULTA

En hecho que se describe se refiere a un centro residencial abierto para la atención de personas con enfermedad mental, que funciona en régimen de concierto; el residente no tiene que aportar dinero alguno. La forma de entrada es a través de una derivación del Servicio de Salud Mental (SSM) de referencia y aceptada dicha derivación por la Comisión de Rehabilitación del Área.

Las plazas residenciales pueden ser de corta estancia (0-1 mes), media estancia (1-12 meses) e indefinidas (más de 12 meses). Los objetivos habituales a cubrir son: descanso familiar o social, transición hospital comunidad, prevención de marginación, alternativa a hospitalización de larga estancia, entrenamiento en actividades de la vida diaria y aumento en autonomía... La Administración establece un porcentaje ideal pero flexible (no de obligado cumplimiento) de plazas de corta estancia (15-20%), transitoria (40%) e indefinida (40%). Para el área de referencia hay previstas 16 plazas residenciales en nuestra residencia. Por tanto deberían existir unas 7 plazas de indefinidos.

Hasta hace 4 años, la ocupación de personas en concepto de "indefinitos" en la residencia ha venido siendo facilitada por la Comisión. De hecho en 1999 había 14 plazas indefinidas. Puesto de manifiesto en una reunión de la Comisión, por la dirección técnica del recurso, se acuerda no hacer más derivaciones de indefinidos y valorar a los sujetos de plazas indefinidas para estudiar alternativas residenciales. En la actualidad se ha conseguido reducir a 12, pasando un sujeto a un piso supervisado y otro a su domicilio familiar.

En relación a esta temática se presenta el siguiente caso: Es un varón de unos 45 años, con esquizofrenia paranoide de muy larga evolución, derivado hace 7 años a la residencia para una corta estancia, hasta que su hermana se casase, y se pretendía aliviar la tensión en el domicilio familiar (además él dormía en la cocina por falta de espacio). La trayectoria del usuario había sido de agresiones repetidas, verbales y, en una ocasión, física a la familia. La familia presenta recursos económicos suficientes aunque no abundantes. En el recurso se manifiesta como un sujeto de complicado manejo, abundante sintomatología florida, con escasas relaciones sociales y basadas éstas en la amenaza. Se acuerda el paso de una corta estancia a media estancia debido a la situación familiar y con posterioridad a una indefinida por petición de la familia, del SSM y acordado en una comisión. Como no se producen mejoras y las agresiones son abundantes, es derivado a una unidad psiquiátrica de Media Estancia. Tras más de un año se le deriva de nuevo a la residencia (comienzos de 1997). Su ajuste psicosocial es mejor que antes de la derivación, pero no excelente. Sin embargo, con el paso del tiempo se van consiguiendo objetivos terapéuticos hasta conseguir una sensible mejoría de su estado. La familia en todo este tiempo ha aceptado llevárselo los fines de semana y algún corto periodo de vacaciones; sin embargo, no aceptan que pueda vivir con ellos, se mantienen atemorizados por lo que su hijo pueda hacer y cada vez que sale de fin de semana y el usuario da una mala contestación, la familia se “desarma” y no afrontan adecuadamente la situación. La queja mantenida del usuario es que su familia no le quiere y mucha de su sintomatología positiva es acorde con esto (“mis padres no son mis padres”, “mis padres han muerto”)....

A lo largo del pasado año, valorando positivamente su evolución, se decide trabajar para su integración en un piso supervisado. Para ello, primero se negocia con el psiquiatra responsable en el SSM. Al principio se muestra en desacuerdo argumentando que es un paciente muy grave y que ahora está muy bien y que supone un riesgo pero al final acepta valorando que puede ser una mejoría que hay que probar, siempre que se asegurase una vuelta atrás en el proceso (a la residencia)

en caso de no aceptación. El siguiente paso fue proponerlo a la familia y al interesado. La familia al saber que era un piso gestionado por nosotros mismos y que por tanto no suponría una pérdida de contacto con el recurso acepta. El usuario acepta, pero con dudas sobre sus posibilidades reales. Se decide hacer aproximaciones sucesivas al piso pero al final, en la última semana, el usuario decide no ir al piso, por lo que se mantiene en la plaza residencial.

Actualmente se valora darle el alta del recurso. Se piensa que es una persona que podría funcionar bien en un entorno familiar adecuado y con soporte desde un centro de día. Sin embargo su familia no quiere que vaya a casa y pone múltiples resistencias, al igual que su psiquiatra. Se prevé por tanto que la familia no apoyará el proceso y lo más probable es que el usuario recaiga al poco tiempo. Conociendo el pasado psicopatológico del usuario, su recaída puede suponer un paso atrás importante en su evolución, desconociendo el impacto real de esta involución, por lo que muy probablemente su familia demande de nuevo su ingreso en el centro, junto con el psiquiatra y de forma indefinida.

En la actualidad la lista de espera de la residencia es de 18 personas. ¿Se debe dar el alta del recurso a este sujeto?

PREGUNTAS AL CEAS

1. Si se le da el alta a este usuario, esta plaza podría ser aprovechada por otras personas y familias (justicia distributiva); se le facilita al usuario la integración en su casa (a él le gustaría, suponiendo que sus padres le demuestran cariño). Sin embargo, y debido a la falta de apoyo de la familia, se prevé una recaída casi al 100% de seguridad: ¿no sería entonces maleficente dar este alta?
2. En líneas generales, si no se dan altas la residencia se colapsará no pudiendo ofrecer el recurso a otras personas ¿se debe plantear altas con independencia del estado del sujeto

(sobre todo cuando el usuario no está mal pero podría estar mejor si continuase en la residencia) pensando en terceras personas?

2. En otros casos se está decidiendo entre mantener a un sujeto en la residencia donde su calidad de vida es buena o derivarle a un centro psiquiátrico de larga estancia de forma indefinida, donde también tendría una buena calidad de vida pero menor integración comunitaria. Si un objetivo del centro es la prevención de la hospitalización indefinida y la integración comunitaria, ¿se debe promover esta acción liberadora de plazas pensando en ofrecer el recurso a otras personas?

RESPUESTA

Después de aclarar algunos matices del caso se procede a la discusión del mismo llegando a las siguientes propuestas:

1. La liberación de plazas en la residencia es necesaria dada las características propias del recurso y por criterios de justicia social, siempre que el estado de las personas lo permita
2. Una alternativa adecuada para algunos residentes puede ser la hospitalización pues este recurso es el necesario e idóneo para algunas personas por sus características psicopatológicas. Sin embargo, parece que en el caso que nos ocupa no es la alternativa ideal por su situación clínica actual
3. La familia no ha de ser el receptor de una carga excesiva, siendo además previsible que pueda haber una recaída del usuario en cuestión si se fuerza la situación de vuelta a su domicilio.
4. El piso supervisado siempre es una opción que hay que mantener en la trayectoria rehabilitadora del sujeto, pues parece ser lo más indicado para esta persona.

5. La propuesta del CEAS se centraría en usar esta plaza fundamentalmente para esta persona, cubriendo sus necesidades psicosociales y previniendo el previsible empeoramiento; pero a la vez ir ampliando los periodos de estancia con su familia y, de este modo, mientras poder aprovechar esta plaza para el uso de terceras personas. Este curso intermedio parece poder dar respuesta tanto al caso que se nos presenta como a otros potenciales beneficiarios de este recurso residencial.
6. Se comenta la necesidad de existencia de un mayor número de plazas de residencias para las personas con enfermedad mental pues eso evitaría en gran medida estos problemas.

Nº 7- 2002

CONSENTIR PARA INVESTIGAR

FECHA: 15 de marzo de 2002

POBLACIÓN: Personas con Enfermedad Mental Crónica

TEMA: Investigación

TEMA DE CONSULTA

La Universidad de Jaén nos ha propuesto colaborar como centro en una investigación en la que está también implicada una Universidad.

Revisados los contenidos de la investigación, nos parece que puede aportar, caso de llevarse a cabo, un avance relevante en el conocimiento de la rehabilitación cognitiva.

Los conocimientos que hasta el momento actual se tienen sobre este tema son escasos y de efectividad de tratamientos dudosa, aunque nunca dañinos para el individuo (a lo sumo el coste de tiempo).

Esta investigación se presenta a la Convocatoria de Ayudas de Proyectos de Investigación Científica y Desarrollo Tecnológico (2002) según protocolo que se adjunta.

PREGUNTAS AL CEAS

1. ¿Es una investigación aceptable desde el punto de vista ético?
2. ¿Habría que realizar alguna cláusula de salvaguardar por parte del centro para asegurar la confidencialidad de los datos?
3. ¿Sería necesario desarrollar un protocolo de consentimiento informado por escrito? En su caso, ¿qué modelo podría usarse de referencia?

Después de debatir la propuesta la Comisión considera que es necesario generar un documento de consentimiento informado por escrito y que éste debe ser diseñado por la propia Universidad. Respecto a la confidencialidad de los datos de los participantes se recomienda al centro filtrar los datos que se ofrezcan a la Universidad de modo que no aparezcan los datos personales identificativos, sino sólo un número de referencia y guardar la relación en nuestro Centro.

Nº 8- 2002

¿PREVENIR CUALQUIER RIESGO DE SUICIDIO A CUALQUIER PRECIO?

FECHA: 4 de diciembre de 2002

POBLACIÓN: Personas con Enfermedad Mental

TEMA: Riesgo de suicidio

TEMA DE CONSULTA

Antecedentes

Mujer de 39 años de edad, ingresada en centro psiquiátrico desde comienzos de 2000. Trastornos psíquicos desde la infancia, acentuados a raíz de la muerte de la madre. Desde los 19 años de edad la paciente ha recibido diferentes tratamientos psiquiátricos y psicológicos, la mayoría de las veces con diagnóstico de Depresión Neurótica. En 1.998 recibe tratamiento en un CSM tras un ingreso en una Clínica Psiquiátrica, por una depresión severa en el contexto de un cúmulo de situaciones vitales estresantes (dificultades laborales, ruptura de pareja y conflictos familiares). Desde esa fecha tuvo cuatro ingresos con tentativa autolítica. Posteriormente fue derivada al actual recurso para ingresos de larga estancia

Datos biográficos

Padre de edad avanzada. Madre fallecida.

- Desarrollo psicomotor

Embarazo normal. Parto normal. Desde muy pequeña mostraba rabietas ante los contratiempos. Escolarizada a los 4 años, con dificultades de socialización, retraída, problemas de adaptación sociales. Callada e introvertida. Mal rendimiento académico, aunque completó sus estudios universitarios. Tuvo 3 cambios de colegio: los 2 primeros por dificultades de adaptación y el 3º por traslado familiar.

- Experiencia Laboral

Posee experiencia laboral como administrativo. Durante un tiempo compaginó estudios con trabajo. A los 10 años se fue a vivir sola durante 1 año, regresando posteriormente al domicilio de origen. Aban-

donó el domicilio familiar argumentando abusos. A los 18 años inicia una relación de pareja homosexual que rompe en 1.998. En esta etapa trabaja.

Estado de la enfermedad

- Previo al ingreso en larga estancia

A raíz de su ruptura sentimental y coincidiendo con dificultades laborales protagoniza un intento autolítico (cortes en muñecas) que conlleva su primer ingreso en centro psiquiátrico. Realiza seguimiento en CSM, sucediéndose 8 ingresos en dos centros psiquiátricos. A finales de 1.998 ingresa nuevamente en otro centro psiquiátrico en el que realiza 6 tentativas autolíticas (2 por cortes en muñecas, 3 intoxicaciones medicamentosas y una arrojándose a un coche). La familia argumenta que esconde la medicación y la guarda para realizar los intentos autolíticos.

- Durante el ingreso en larga estancia hasta agosto de 2002.

La evolución es tórpida. Se objetivan dificultades para poner en marcha estrategias de afrontamiento ante situaciones en las que tenga que tolerar la frustración, los límites o la espera. Ante estas situaciones se producen múltiples tentativas autolíticas, la mayoría parte por cortes superficiales en muñecas, tras los cuales pide ayuda, y son valoradas múltiples veces por el médico que las atiende como llamadas de atención. Los menos, en el contexto de semiología depresiva ansiosa teñida de sentimientos de vacío crónicos, aunque obteniendo una renta (atención y cuidados) que potencian la conducta.

Presenta una actitud autocompasiva, desidia, actitudes pasivo agresivas, opositora, ideas de muerte y de autolisis que centran su discurso. Progresivamente se aísla de sus compañeras y mantiene un nivel de independencia y de reconocimiento diferencial por parte de los profesionales, dado su nivel de autonomía. Se relaciona más con el personal terapéutico, que en ocasiones manipula.

Durante este periodo el manejo familiar se complica. Por un lado, existe un planteamiento de una externalización progresiva, aumentando los permisos y responsabilizando a la paciente de sus comportamientos,

intentando que encuentre otras estrategias de afrontamiento distintas a la inhibición y el gesto autolítico. Por otro, la familia presiona con amenazas de denuncia en el caso de que la paciente consume el suicidio.

- Desde el verano de 2002 - cambio de equipo.

Nos planteamos un trabajo en equipo intensivo. En él participan un psiquiatra, una psicóloga, una tutora (auxiliar), una enfermera y una trabajadora social y se informa de las decisiones y del manejo de las contingencias a todas las auxiliares para evitar manipulaciones y rupturas en el equipo derivados de la paciente sitúa a unos como "los buenos" (los que escuchan y dan) y otros los malos (los que ponen los límites), y se distorsione la comunicación, como ya había ocurrido.

Nos planteamos que hay que retomar la idea de aumentar el nivel de exigencia y responsabilizar de sus comportamientos a la paciente. Ir aumentando las salidas progresivamente y que comience a realizar actividades fuera de la unidad dado su nivel previo (comienza a salir a la ciudad a cursos de inglés e informática.) y no suspenderlos ante gestos autolíticos (ya que es un estilo de afrontamiento para evitar seguir progresando).

Hablamos con la familia y les planteamos que se han probado múltiples recursos terapéuticos previos sin conseguir un cambio, debido al miedo al suicidio por parte de la familia y de los profesionales. Que creemos que su mejoría pasa por asumir ese riesgo y que por edad y nivel de autonomía merece la pena intentarlo. Que la otra alternativa es mantener un ingreso indefinido para evitar un suicidio pero no para trabajar con objetivos terapéuticos y que de todas formas esto se puede producir en el centro.

La evolución ha sido globalmente satisfactoria. La paciente ha estado motivada, ilusionada y ha comenzado a relacionarse con sus compañeras. La semiología depresiva ansiosa ha mejorado. Ha iniciado una relación muy cercana con otra paciente. Se las ve paseando juntas del brazo por el jardín y charlar animadamente.

Desde el hospital acude diariamente a clases de inglés e informática. y se ha ido una semana de vacaciones a un balneario. Pero, recientemente, al comenzar a disfrutar de permisos de fin de semana, se produce un intento autolítico, que provoca de nuevo grandes dificultades de manejo con la familia.

Otros datos

- Es perceptora de una pensión por invalidez que le proporciona ingresos suficientes
- Tiene alquilado un piso en la ciudad desde hace varios meses, donde comenzó a disfrutar de los permisos de fin de semana.
- Tiene la fantasía de, en un futuro, irse a vivir con una paciente con la que tiene una relación muy cercana.

Es decir, desde el punto de vista social y económico es independiente. Desde el punto de vista psicológico tiene habilidades sociales más que suficientes para desenvolverse de forma autónoma en este momento y le motiva la posibilidad de un alta llevándola a planificar su futuro.

PREGUNTAS AL CEAS

Creemos que debemos seguir trabajando en esta línea, pero queremos plantear varias preguntas al Comité de Ética:

1. Dada la evolución, parece que el ingreso en Larga Estancia, de esta paciente por suicidalidad crónica, es yatrogénico. Su actitud y sus síntomas mejoran mucho al superar la ansiedad anticipatoria al fracaso, y su autoestima también al verse en una posición de "alumna» y no de "enferma".
2. Mantener a una paciente ingresada para evitar un suicidio, ¿es ético?
3. Si estuviéramos equivocados y de todas formas esta paciente es "incurable» ¿No existen enfermedades incurables en la especialidad de psiquiatría, al igual que ocurre en otras especialidades? ¿Y si la posible «curación» pasa por asumir un suicidio, no debemos hacerlo?

4. El dilema que se nos plantea es el siguiente: debemos poner los medios para que una persona no se suicide manteniendo un ingreso (durante el cual se han producido múltiples tentativas) con la percepción de que la paciente empeora psicopatológicamente; o debemos correr el riesgo de aumentar su nivel de independencia asumiendo un suicidio potencial y la responsabilidad judicial que la familia nos hará asumir.
5. ¿Consideran que la suicidalidad crónica es un motivo de ingreso indefinido en una Unidad de Larga Estancia en este caso?, ¿Y en otros? ¿En caso negativo, tenemos capacidad para denegar futuros ingresos con ese perfil?
6. ¿Si continúa mejorando con la externalización progresiva, podemos asumir el riesgo de suicidio frente a limitar los permisos y una previsible vuelta a la situación anterior de ingreso indefinido con el objetivo de cuidar que no se suicide en el centro?
7. ¿Es ético mantener una situación que se cree yatrogénica por presión familiar y amenazas de denuncia ante un posible suicidio en un permiso?

RESPUESTA

Aclarado con el Dr. responsable que efectivamente el diagnóstico principal es el de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, tipo limítrofe (borderline), CIE – 10 (F60.31), se puede concluir que la enferma es autónoma en cuanto a su capacidad para decidir sobre el estilo de vida que prefiere seguir. De hecho, la elección expresada por la propia paciente parece ser el regreso a su casa.

Sin embargo, ante la indicación terapéutica de continuar con el proceso de externalización, aparece el inconveniente de la posibilidad de que la paciente se suicide o lo intente. La elección de vivir o no vivir en una persona autónoma pertenece al ámbito personal. Puede ser considerado como algo ético o no, pero es una decisión del sujeto autónomo. En este caso el equipo médico no debe cumplir una función

policial, sino terapéutica, aunque se tomen todas las medidas de prevención que puedan ponerse en marcha. Por tanto, la posibilidad del suicidio no debe coartar la posibilidad de recuperación del individuo pues en ese caso se condicionaría el tratamiento al suicidio.

Después de leída la consulta remitida a esta Comisión, parece que la indicación terapéutica más oportuna, según los propios profesionales del centro es el continuar con el proceso de externalización de la paciente. La actuación terapéutica alternativa (reclusión) se considera yatrogénica; de hecho se ha podido comprobar que la paciente ha mantenido su conducta autolítica incluso en ambientes restringidos y que a lo largo del proceso de externalización, que ya ha comenzado, se han producido cambios positivos en el sujeto.

Tomando todos estos datos, se puede concluir que, en este caso concreto, el riesgo de suicidio como posibilidad futura no debe interferir en la indicación terapéutica. Sin embargo, sí deberían contemplarse determinados aspectos a lo largo del proceso a seguir con la paciente:

- Aclarar el diagnóstico de trastorno de personalidad sobre el diagnóstico de depresión.
- Incluir a la paciente de forma explícita en el proceso terapéutico mediante la firma de un consentimiento informado donde se incluya el modo de proceder ante las diversas posibles conductas que aparezcan por parte del sujeto con mención concreta al riesgo que supone en cuanto a sus intentos autolíticos.
- Sería conveniente pedir el consentimiento escrito de la enferma para que dicho consentimiento pueda ser conocido por su padre y posteriormente se informará a sus familiares responsables, principales detractores del proceso de externalización.
- Valorar alternativas terapéuticas que puedan acompañar el proceso de externalización y realizar una recomendación escrita al respecto a la Comisión de la Institución Sanitaria de referencia. Es muy probable que la paciente necesite un apoyo intenso y continuado a largo

plazo y éste debería asegurarse en la medida de las posibilidades reales. Sería ideal poder trabajar en paralelo a la externalización el enganche a un recurso alternativo (CRPS, por ejemplo) que pueda ofrecer esa atención en un medio comunitario.

- Ante la posibilidad de que continúen las amenazas de denuncia por parte de las familiares responsables, informarles de que el Centro puede poner en conocimiento del Juez las coacciones que ellas mantienen en este sentido.

En cualquier caso se recuerda que la Comisión de Bioética se limita a dar su opinión consensuada de modo tal que el profesional responsable del caso pueda tener un mejor criterio para la toma de decisiones clínicas, por lo que las pautas arriba descritas quedan en el ámbito de la recomendación.

¿HASTA CUÁNDO LUCHAR POR LA VIDA?

FECHA: 7 de marzo de 2003

POBLACIÓN: Enfermos terminales

TEMA: Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET)

TEMA DE LA CONSULTA

- a) Paciente de 65 años, mujer y madre de dos hijos, ingresada en centro hospitalario privado, derivada de otro hospital privado, que se encuentra en estado vegetativo persistente;
- b) La situación clínica de la paciente se origina como consecuencia de una intervención quirúrgica, en la que, debido a complicaciones diversas, entra en situación de coma del que no se recupera.
- c) El deterioro de la paciente parece, además de irreversible, progresivo, por lo que se pronostica un desenlace fatal a corto plazo. En consecuencia, se puede decir que estamos en presencia de un enfermo en estado vegetativo persistente en estado terminal.
- d) La paciente no es competente para tomar decisiones sobre su proceso terapéutico, por lo que, de acuerdo con la legislación vigente, se debe informar de dicho proceso a sus familiares, en concreto a sus dos hijos y solicitar de ellas el correspondiente consentimiento informado acerca de las alternativas de tratamiento posibles;
- e) No consta que la paciente haya otorgado Testamento vital, Directivas anticipadas o Instrucciones previas. Los hijos, sin embargo, manifiestan que su madre, en pleno uso de sus facultades, manifestó que, si se encontrara en una situación clínica semejante a la que se encuentra, no deseaba que se le aplicaran medios extraordinarios o desproporcionados para alargar su vida;
- f) El médico que la trata dio instrucciones acerca de que no se procediese terapéuticamente, en el supuesto de aparición de enfermedades intercurrentes, y que no se aplicasen tratamientos extraordinarios. Esta pauta médica, a la vista de su historial clínico, no parece que se ha seguido de manera estricta.

RESPUESTA

La Comisión Provincial de Ética, después de solicitar las informaciones complementarias a su médico, invitado a la sesión, y, tras las oportunas deliberaciones, considera lo siguiente:

1. Dada la situación clínica de la paciente, parece oportuno aplicar al caso los criterios aprobados por la Academia Americana de Neurología sobre la "Asistencia y manejo clínico de pacientes en estado vegetativo persistente". De acuerdo con estas Directrices, al paciente se debe prestar la siguiente asistencia:
 - a) Recibir cuidado apropiado médico, de enfermería o domiciliario para mantener su dignidad e higiene personal.
 - b) Los médicos y la familia deben determinar los niveles apropiados de tratamiento relativos a la administración o supresión de: Medicación y órdenes de tratamiento; Oxígeno suplementario y uso de antibióticos; Administración de sangre y derivados; Hidratación artificial y nutrición.

Una vez que el estado vegetativo persistente es considerado como permanente es apropiada, la "orden de no resucitación".

2. La aplicación de estos criterios, en un supuesto como el que se está examinando, es perfectamente compatible con el ideario católico del Hospital, de acuerdo con la doctrina de la Iglesia Católica expresada de forma reiterada en diversos documentos y, más recientemente, en la Encíclica "Evangelium Vitae"
3. La Comisión recuerda que este dictamen es orientativo y no vinculante, pues la decisión última corresponde a la familia y al equipo médico que asiste al paciente.

Nº 10 - 2004**LA FARMACIA EN LA DISPENSACIÓN DE TRATAMIENTOS ANTICONCEPTIVOS**

FECHA: 12 de marzo de 2004

POBLACIÓN: General

TEMA: Objeción de conciencia

TEMA DE CONSULTA

El caso es el siguiente: "Debido a mi formación católica, se me plantean problemas de conciencia, referente a la dispensación de anticonceptivos, ya que he recibido noticias de distintas fuentes, en las que dicen que los anticonceptivos además de evitar la concepción, como su nombre indica, son también abortivos, a fin de garantizar de esta manera, que no haya embarazo. Todo esto lo pongo en su conocimiento para que me concedan la objeción de conciencia, que me permita trabajar a gusto y sobre todo de acuerdo con mis principios religiosos".

RESPUESTA

La Comisión ha examinado con gran atención la cuestión planteada por la consultante y que, en síntesis, se refiere a los problemas de conciencia que le surgen, en su ejercicio profesional, con motivo de la dispensación de anticonceptivos. Tras la oportuna deliberación, la Comisión ha acordado emitir el siguiente dictamen:

1. La doctrina católica cuestiona la eticidad de la administración de productos abortivos, pero no se refiere expresamente a la dispensación de los mismos, por lo que la actividad de dispensación de estos productos no debería crear problemas de conciencia de acuerdo con la doctrina católica. En todo caso, la administración de anticonceptivos o de un producto abortivo por indicación médica, exigida por la situación clínica de la paciente, es éticamente correcta, según la doctrina católica y la legislación vigente.

2. En el supuesto anterior, no le corresponde al farmacéutico cuestionar la indicación médica y, por tanto, su eticidad, por lo que la dispensación del producto requerido constituye una obligación del profesional de farmacia, de acuerdo con la legislación vigente (Ley del Medicamento, art. 3), y una norma deontológica profesional que le exige respetar “la competencia de sus colegas y de otros profesionales sanitarios, aún cuando sus creencias y valores sean diferentes de las propias” (Código de Ética farmacéutica, n 13).
3. Los problemas de conciencia de la consultante, por tanto, que merecen el máximo respeto para la Comisión, deben provenir, no obstante, de una información incorrecta, de acuerdo con lo dicho anteriormente. No obstante, aunque la legislación vigente no reconoce la objeción de conciencia farmacéutica, en el supuesto de que subsistieran las causas alegadas por la consultante, deberá tener en cuenta que la alegación de objeción de conciencia exige que: “En todo caso, deberá asegurar que ningún paciente quede privado de asistencia farmacéutica a causa de sus convicciones personales o creencias religiosas” (Código de Ética Farmacéutica, n 20).

Nº 11 - 2004

LA TUTELA ASUMIDA POR EL CENTRO ASISTENCIAL

FECHA: 3 de mayo de 2004

POBLACIÓN: Personas dependientes

TEMA: Tutela

TEMA DE CONSULTA

El Responsable de Gestión de un centro sociosanitario, eleva a la Comisión las siguientes cuestiones en torno a la tutoría, la asunción de estas por parte de los centros y la posibilidad de transferir a los organismos tutelares de las Comunidades Autónomas (siempre que fuera posible) las tutelas de los enfermos de las que sean titulares los centros, sus Gerentes o las Hermanas:

1. Obligaciones legales que pueden existir en la actualidad a la hora de asumir o continuar con la tutela de enfermos incapacitados que se encuentren institucionalizados en nuestros centros.
2. Régimen de responsabilidad en relación con las tutelas: ¿personal o colectiva?
3. El papel que pueden jugar los organismos tutelares (normalmente dependientes de las Administraciones Públicas) en relación con dichos pacientes, así como la posibilidad de transferir nuestras tutelas a dichos organismos.
4. Ventajas e inconvenientes de ambas situaciones desde el punto de vista institucional.
5. Valoración ética del traspaso de estas figuras, en su caso.

RESPUESTA

La Comisión de Ética Asistencial de la Provincia considera que las preguntas planteadas son más problemas legales (por lo que deben ser estudiados desde otro foro) y no éticos salvo la última cuestión, que en todo caso habría que contestar a la luz del estudio sobre la legislación pues una buena ética comienza con unos buenos datos. Sin embargo, en la reunión ordinaria de la Comisión en fecha 22 de octubre de 2004

se han valorado los siguientes aspectos que consideramos pueden orientarle en su toma de decisiones.

Aunque no es tema de la Comisión, se informa que las tutorías son siempre personales y no institucionales (salvo en el caso de una Fundación dedicada a esto), por lo que la responsabilidad de la tutoría es personal y solo de forma subsidiaria podría serlo la Organización, pues la tutela está asociada al cargo de la persona.

Los miembros de la Comisión opinan que, como característica general, los organismos oficiales asumen las tutelas pero en el día a día realmente no pueden cumplir ese papel, asumiendo de hecho la tutela de las personas atendidas en nuestros centros por los profesionales de estos.

Vistas las carencias que existen en las administraciones públicas, en principio parece recomendable éticamente asumir las tutelas por la propia Organización. Sin embargo esto no quiere decir que exista una obligación moral. Se puede diferenciar entre una ética de mínimos en la que se consideraría adecuado hacer una transferencia de las tutorías a la Administración Pública, pues no hay nada maleficente en ello; y una ética de máximos, desde la que se recomendaría asumir las tutorías por nuestra organización, cumpliendo así con una mayor exigencia desde el principio de la beneficencia.

Caso de asumir tutelas, la Comisión aconseja que se estudie la inclusión de cláusulas para que, si se extingue la relación del enfermo/usuario y el centro que le atiende, la tutoría deje de ser responsabilidad de la institución.

Nº 12 - 2004

LA FAMILIA, LA PERSONA ENFERMA, EL PROFESIONAL Y LA JUSTICIA

FECHA: 2 de julio de 2004

POBLACIÓN: Personas con Enfermedad Mental

TEMA: Competencia y representación

TEMA DE CONSULTA

El caso a estudiar lo presentan al CEAS profesionales un Centro psiquiátrico (Unidad de Media Estancia) del que resaltan los siguientes datos:

- Paciente incapacitado legalmente mediante sentencia del Juzgado de Primera Instancia de Madrid que atribuye la tutela a su madre.
- Paciente con ingreso involuntario, autorizado por el Juez correspondiente.
- Paciente con un grado de minusvalía del 53%

En la exposición de los datos se aclaran que existen dificultades en la relación mantenida con la madre (tutora legal) y el equipo técnico ya que:

- Se opone al tratamiento farmacológico prescrito
- Contraviene las indicaciones del equipo terapéutico
- Solicita información de forma reiterada sobre su hijo a personas distintas a la designada a tal efecto (psiquiatra)
- Da consignas sobre la actuación que deben realizar los profesionales
- Critica las actuaciones terapéuticas que dispone el equipo asistencial, descalificando al personal sanitario
- Exige la salida de su hijo del centro, aun cuando su estado psicopatológico y conductual no aconsejan el que abandone el recinto hospitalario

PREGUNTAS AL CEAS

- ¿A quién hay obligación de dar información del estado clínico del paciente?
- ¿Puede negarse la información a la madre, tutora legal, derivándola hacia un profesional designado previamente?
- Si la madre, sin autorización del centro, consigue que su hijo salga del recinto hospitalario y ocurre algún accidente, ocasionado por el propio paciente o de manera fortuita, ¿Quién tiene la responsabilidad?
- Ante la negativa de la madre a la aplicación del tratamiento prescrito por los profesionales competentes, ¿se puede negar la atención terapéutica debida al paciente?

RESPUESTA

La Comisión después de deliberar sobre el asunto ha llegado a las siguientes conclusiones:

1. Al tratarse de un paciente con ingreso involuntario, autorizado por el juez, los facultativos tienen la obligación de informar periódicamente al tribunal sobre la evolución del paciente y sobre la necesidad de mantener la medida del internamiento. Estos informes deberán emitirse, al menos, cada 6 meses (art. 761 de la Ley de Enjuiciamiento Civil). Se aconseja a la luz de esta situación que se informe detalladamente al juez sobre la actitud encontrada con la madre así como el riesgo que a juicio de los profesionales corre su hijo con sus decisiones.
2. El paciente y, en este caso su representante legal, pueden oponerse al tratamiento prescrito por los médicos. Pero, en este supuesto, "se propondrá al paciente (o tutora legal en este caso), la firma del alta voluntaria. Si no lo firmara, la dirección del centro sanitario, a propuesta del médico responsable, podrá disponer el alta forzosa en las condiciones reguladas por ley. El hecho de no aceptar el tratamiento prescrito no dará lugar al alta forzosa cuando existan

alternativos, aunque sean de carácter paliativo, siempre que los preste el centro sanitario y el paciente acepte recibirlos. Estas circunstancias quedarán debidamente documentadas. En el caso de que el paciente no acepte el alta, la dirección del centro, previa comprobación del informe clínico correspondiente, oirá al paciente y, si persiste en su negativa, lo pondrá en conocimiento del juez para que confirme o revoque la decisión" (Art. 21 de la Ley de Autonomía del Paciente)

Obviamente lo antedicho se refiere exclusivamente a tratamientos indicados, ya que nunca se puede prescribir un tratamiento si éste está contraindicado para un paciente.

3. En el caso que nos ocupa y al estar el paciente en una situación de ingreso involuntario la tutora legal no tiene competencia para firmar una autorización para las salidas del centro, sino que se debe poner en conocimiento del juez que ordenó el ingreso para que sea éste quien decida por escrito sobre la autorización.
4. El titular de la información sobre la salud es el propio paciente o, en su caso, el representante legal del mismo. Sin su consentimiento nadie está autorizado a recibir dicha información y, por tanto, no podrán exigirla (Arts. 5 y 7 de la Ley de Autonomía del Paciente).

De acuerdo con la Ley General de Sanidad se puede designar a un profesional para mantener la relación con la familia en caso de que así fuese necesario. La ley aconseja que sea el médico, pero podría ser otro profesional competente.

En cualquier caso se recuerda que la Comisión de Bioética se limita a dar su opinión consensuada de modo tal que el profesional responsable del caso pueda tener un mejor criterio para la toma de decisiones clínicas, por lo que las reflexiones y pautas arriba descritas quedan en el ámbito de la recomendación.

Nº 13 - 2005

UN TRATAMIENTO FORZOSO

FECHA: 21 de enero de 2005

POBLACIÓN: Psicogeriatría

TEMA: Autonomía.

TEMA DE CONSULTA

Paciente de 82 años de edad, vive sola en su domicilio. Desde hace dos años, empieza a mostrar signos de abandono, suciedad, acumulación de basuras en su casa, etc. y muestra dificultades de deambulación. Asuntos Sociales le proporciona ayuda a domicilio, pero la paciente no admite ninguna persona en su casa. La ingresan en tres ocasiones en una Residencia contra su voluntad y en las tres ocasiones se niega a comer, por lo que los responsables deciden devolverla a su casa. Ante esta situación Asuntos Sociales solicita al juez una orden de ingreso involuntario en un centro psiquiátrico, a lo que accede, tras el reconocimiento médico realizado por el forense, siendo remitida a nuestro Centro Psiquiátrico.

El informe de la doctora que examina a la paciente indica que no padece ninguna demencia senil y el equipo asistencial que le atiende considera que no es el lugar adecuado para ella. La paciente repite su actitud en anteriores ingresos y se niega a beber y a comer. Finalmente, se decide la colocación de una sonda nasogástrica y la contención mecánica de miembros superiores y cintura, con la finalidad de poder alimentarle e impedir su fallecimiento. A los dos días fallece.

PREGUNTAS AL CEAS

1. ¿Hasta qué punto podemos obligar a alguien a permanecer en un centro psiquiátrico sin diagnóstico que lo justifique?
2. ¿Cuál es el límite de actuación a la hora de determinar cuándo poner una sonda o no ponerla en una persona que es perfectamente consciente de lo que está haciendo?

RESPUESTA

Las preguntas que se formulan se refieren a dos aspectos fundamentales de la persona humana: a) la libertad individual; b) el derecho a negarse a un tratamiento médico.

- a. La libertad personal está garantizada por la Constitución, en su artículo 17, que dispone que “nadie puede ser privado de su libertad”, salvo en los casos previstos en la ley. En consecuencia, la paciente era libre para elegir su domicilio, vivir en su casa, aunque sus condiciones físicas no fueran las más adecuadas. Si no solicita ayuda, no produce alteraciones del orden público, incluida la salud pública, ni padece ningún trastorno psíquico grave, la decisión de obligarla a vivir en una Residencia o en un Hospital Psiquiátrico constituye una intromisión ilegítima en su libertad personal.

La orden judicial de internamiento en un hospital psiquiátrico, a tenor de los hechos descritos, no cumple los requisitos exigidos por el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, para el internamiento psiquiátrico involuntario, que requiere lo siguiente:

1. Existencia de un trastorno psíquico;
2. Audiencia ante el tribunal judicial de la persona afectada por la decisión, del ministerio fiscal y cualquiera otra persona que se estime conveniente;
3. Examen de la persona por el propio tribunal;
4. Dictamen de un facultativo designado por el tribunal.

La persona, de cuyo internamiento se trata, tendrá derecho a defenderse, pudiendo disponer de representación y defensa por el ministerio fiscal y, si es él quien promueve el internamiento, por el defensor judicial.

El relato de los hechos conduce a la conclusión de que en el procedimiento judicial no se han cumplido los trámites legales preceptivos y, especialmente, parece demostrado que la paciente no padecía ningún trastorno psíquico, por lo que, tratándose de un

requisito indispensable para proceder al internamiento involuntario, el internamiento podría calificarse de ilegal.

- b. Por lo que se refiere al tratamiento coactivo o alimentación forzosa hay que recordar que tanto la Ley General de Sanidad como la más reciente Ley de Autonomía del Paciente requieren la prestación previa del consentimiento informado para realizar cualquier actuación en el campo de la salud. La alimentación forzosa a una persona que se encuentra en su sano juicio, aunque corra grave riesgo su salud, constituye una violación del derecho a la libertad, agravado por el hecho de la contención mecánica a que ha sido sometida.

Desde un punto de vista ético, es oportuno recordar que, de acuerdo con lo dispuesto en el Código de Ética y Deontología Médica: “El médico ha de respetar el derecho del paciente a rechazar total o parcialmente el tratamiento. Deberá informarle de manera comprensible de las consecuencias que puedan derivarse de su negativa” (art. 9, 2). Es más, “el médico en ningún caso abandonará al paciente que necesitara su atención por intento de suicidio, huelga de hambre o rechazo del tratamiento. Respetará la libertad de los pacientes competentes” (art. 9, 4).

Finalmente, es preciso recordar que, según el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento civil, antes citado, “cuando los facultativos que atienden a la persona internada consideren que no es necesario mantener el internamiento, darán el alta al enfermo, y lo comunicarán inmediatamente al tribunal competente”. En consecuencia, si el paciente ha sido ingresada involuntariamente y los facultativos del centro psiquiátrico consideran que no existen razones médicas que requieran mantener el internamiento, deberían haber procedido a dar el alta a la internada, evitando cualquier tratamiento o alimentación forzosa.

Nº 14 - 2005 COMUNICACIÓN DE INCIDENCIAS EN INGRESO INVOLUNTARIO

FECHA: 6 de mayo de 2005

POBLACIÓN: Personas con enfermedad mental

TEMA: Medidas restrictivas.

TEMA DE CONSULTA

Se trata de una paciente nacida en 1975, que ingresó por primera vez en nuestro centro a finales de 2002 para observación, estudio y tratamiento de su estado psíquico. Ha tenido varios ingresos en centros públicos y, en nuestro centro, ha reingresado seis veces.

Según consta en su historial clínico, en antecedentes personales, desde los 19 años presenta trastornos de conducta y consumo de tóxicos (cocaína, hachís, alcohol...).

Antecedentes personales psiquiátricos y somáticos: meningitis en la infancia, obesidad ocasional, hipercolesterolemia, hiperuricemia, trastorno esquizoafectivo.

Antecedentes familiares: sus padres se separaron por problemas de drogadicción del padre, la madre regentaba un club de alterne. Siempre ha protegido y cuidado a la paciente hasta que falleció con 50 años de forma rápida lo que afectó considerablemente a la paciente. Tiene dos hermanos más y una abuela y tíos en su ciudad natal donde ha pasado alguna temporada corta. Un hermano, hasta ahora, se ha responsabilizado de ella y la ha acompañado en los ingresos. Recientemente le ha denunciado por un supuesto complot contra ella por dejarla sin la parte proporcional de herencia de la madre y por malos tratos físicos y psicológicos, por lo que tiene orden judicial de alejamiento de la paciente. Actualmente recibe visitas de su novio al que vive con normalidad y de quien recibe apoyo afectivo. Su abuela, la llama diariamente y está informada de su evolución.

Exploraciones psicopatológicas que se detectan en los ingresos: Actitud manipuladora y suspicaz, heteroagresividad, trastornos de conducta, actitud demandante, conciencia vigil, logorrea, ánimo disfórico, ideas delirantes de perjuicio, ideas autolíticas, marcada impulsividad,

actitud pleitista, inestable, capacidad de juicio normal, sin alteraciones sensorceptivas, sin alteración cognitiva, sin alteración de conciencia del yo, tendencia al descontrol del apetito.

Exploraciones complementarias: ECG: si hallazgos patológicos.

Diagnóstico: Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, tipo límite que responde al código F60.31 de la clasificación internacional de la O.M.S. Trastornos mentales debido al consumo de múltiples drogas, que responde al código F19.10 de la clasificación de la O.M.S. También se le ha diagnosticado de Trastorno Psicótico que en algunos informes de alta se ha obviado, para asegurar adhesión al tratamiento.

Otros datos de interés: de los 6 ingresos: 3 han sido voluntarios y 3 involuntarios. Paciente no incapacitada.

Incidente: Una noche de 2005, provoca intencionadamente un incendio en su habitación con un mechero, prende el colchón y las mantas y ella permanece sentada viendo como arden. Salta la alarma antiincendios y acude el enfermero de turno y auxiliar de enfermería quienes a la fuerza la sacan de la habitación ya que se resiste a salir y evacuan a todos los pacientes de la Unidad, con gran dificultad y riesgo ya que el colchón al ser ignífugo, desprende monóxido de carbono y hace irrespirable el ambiente.

Cuando llegan los bomberos todos están fuera de la Unidad, excepto una paciente que al tener problemas de audición no atendió a los gritos de salida. Se la pudo sacar sin problemas ni afectación de ningún tipo. El personal de enfermería sufre una intoxicación leve y es atendido por equipo del 061 y posteriormente se les traslada a un centro hospitalario para realizarles pruebas oportunas, son dados de alta unas horas después.

PREGUNTAS AL CEAS

1. ¿Procede informar al juez de lo acontecido como un incidente más en su evolución de la enfermedad psiquiátrica?

2. ¿Se debe presentar una denuncia judicial por delito cometido contra otras personas?

3. ¿Si hubiera habido víctimas el planteamiento hubiera cambiado?

Otros datos de interés: la paciente después del incidente, ha reaccionado con total frialdad y no se ha preocupado, ni culpabilizado del peligro en que puso al resto de compañeros y personal asistencial.

Cuando se le ha preguntado por qué lo hizo cambia de argumentos con frecuencia y se limita a contestar “que me quedé bloqueada”, o que “solo quería morirme para estar con mi madre”, o “es responsabilidad del personal de tomar medidas de seguridad”.

RESPUESTA

A las preguntas planteadas se contesta:

Al ser ingreso involuntario debe comunicarse de forma inmediata al Juez de lo ocurrido, dando información completa de la situación clínica de la paciente. Esto también facilitaría el trámite de la incapacitación.

Se tomaron medidas restrictivas temporalmente tras el incendio, pero en función de la respuesta del Juez y como medida de seguridad, deberían mantenerse aunque implique restricción de libertad, ya que es una paciente de alto riesgo que puede reincidir y está amenazando con intentarlo de nuevo.

Se plantean dudas sobre el diagnóstico, y si reúne el perfil para una Unidad Psiquiátrica de Corta Estancia o debiera ser derivada a otro Centro de mayor seguridad. Esta cuestión última corresponde al Juez determinarlo.

No haber informado puede suponer una responsabilidad del Centro.

Nº 15 - 2005

ANTE LA DENUNCIA DE PRESUNTA VIOLACIÓN

FECHA: 6 de mayo de 2005

POBLACIÓN: Personas con Enfermedad Mental

TEMA: Confidencialidad.

TEMA DE CONSULTA.

Mujer no incapacitada derivada a una residencia comunitaria, de forma voluntaria, por su Servicio de Salud Mental de referencia para una media estancia. La residente es derivada con el objetivo de mejorar sus capacidades instrumentales de la vida diaria y buscar alternativas residenciales más autónomas. El diagnóstico inicial es el de trastorno obsesivo compulsivo en grado severo, lo que llevó hace años a realizar psicocirugía.

Su comportamiento en la residencia ha sido en general adecuado durante todo el tiempo, manteniendo un nivel alto de autonomía residencial, con buena capacidad de análisis de las situaciones y con conductas un tanto infantiles, con objeto de buscar la atención de los compañeros residentes, siendo el foco de atención en muchas situaciones.

No se evidencian síntomas obsesivos ni compulsivos aunque si recurrencia en temas a nivel cognitivo. Todo ello nos hace replantearnos el diagnóstico hacía otro de trastorno de la personalidad con tintes histéricos o histriónicos, aunque formalmente mantiene el otro diagnóstico (desde el SSM, que es el responsable de hacer el diagnóstico clínico)

A la entrada de un compañero en la residencia la usuaria presenta un acercamiento hacia él que es evidente para los profesionales del centro y para el resto de compañeros: continuamente busca su cercanía física, busca mantener conversaciones, busca el contacto físico, etc... La otra persona por cuestiones terapéuticas, tiene prohibido mantener ninguna relación de pareja en la residencia. Sin embargo todos los profesionales sospechamos que mantiene una relación con una tercera residente.

El caso es que pasadas cuatro semanas el usuario entra en el despacho de la psicóloga a decirle que se siente acosado por la primera residente y a ver qué podíamos hacer nosotros para cortar esta situación, ya que le agobiaba bastante. Comenta que incluso en el ascensor en alguna ocasión la mujer le ha besado y se han producido tocamientos y que él no deseaba que se siguiesen produciendo, que lo había hablado con ella pero que la situación iba a más. Se le propone tener una reunión él, la residente y la psicóloga para aclarar todo el asunto, y acepta.

En la reunión la usuaria al escuchar todo esto empieza a afirmar “bueno, no querrás que cuente todo lo que ha ocurrido...” y ante el silencio del otro continúa “la verdad es que tú te has acostado conmigo.... bueno lo cierto es que me has follado....” y ante el silencio del otro y su cara de sorpresa, ella cambia totalmente el gesto, comienza a medio llorar y dice “la verdad es que me violaste”. Afirma que ocurrió hacía una semana y que no había dicho nada porque no sabía cómo hacerlo, pero que ahora debía comunicarlo. Él niega todo y la psicóloga comunica lo ocurrido al director y a los monitores ocupacionales. Se revisan las notas del diario del día en que supuestamente había ocurrido todo y no aparecen síntomas de ningún tipo en la usuaria ese día, se había echado la siesta, había merendado, luego había salido a dar una vuelta, había hablado con los compañeros y con los monitores y después de la cena se fue a dormir, haciéndolo durante toda la noche. Al día siguiente había mantenido las actividades programadas habituales.

Todo esto más el estilo de comportamiento teatral que había mantenido la paciente durante su estancia en el centro, el comportamiento de acercamiento que la usuaria había mantenido hacia el residente tanto antes de la supuesta violación como después de la misma, etc... nos hace dudar de la acusación de la persona.

El director habla con ella. La residente insiste en que esto ocurrió, tal y como lo comentó a la psicóloga. El director le propone ir al hospital y denunciar los hechos. Ella sin embargo se niega a todo. Se insiste en la necesidad de que lo haga, pero ella no quiere ni siquiera a ir al hospital. Entonces el director le comenta que el hecho es lo suficientemente grave y que si ella no lo denuncia entonces lo hará él mismo. Ella dice que haga el director lo que quiera, pero que ella negará todo lo que ha

dicho, y pide que la dirección del centro no denuncie el hecho y que actúe como si no hubiese ocurrido la violación. El director le pregunta entonces si ocurrió o no, y ella dice que sí pero insiste en que se actúe como si no hubiese ocurrido.

Ante la incertidumbre legal, se pide a la persona que salga del despacho y que espere, que se va a realizar una consulta de cómo actuar. Se habla con gerencia y esta pide al director que se hable con el asesor legal de la empresa. Se le explica el caso, éste pregunta la credibilidad que para el centro tiene la denuncia y se le dice que casi nula. Plantea que se presione a la paciente para que denuncie, y que en caso de que no lo haga que entonces lo haremos nosotros pero que se le avise de las consecuencias legales serias que pueden existir en caso de que se pruebe en el juicio que no hubo violación y que haya habido perjurio, con el objetivo de que la paciente recapacite y valore su afirmación, y que en caso de que ella niegue la acusación entonces se de carpetazo al asunto y no se haga denuncia alguna por el bien del otro residente, de ella y del centro.

Se vuelve a hablar con ella, esta vez en presencia de la psicóloga y se le transmite que la psicóloga está en carácter de testigo de lo que ella diga. Se le dice que medite la acusación, que es muy grave y que si ella no niega que haya existido, entonces la dirección del centro formulará la denuncia y que lo que pase a partir de ahí dependerá de los tribunales. Ella afirma, entre sollozos, quejas varias... que “no ha habido violación pero yo se que sí la hubo” e insiste en esto en varias ocasiones, por lo que el director le contesta que actuará en función de que sí ha existido violación y que denunciará los hechos a la policía. Se le pide que salga del despacho y cuando el director llama al abogado para contarle cómo fue la conversación antes de llamar a la policía, sin embargo antes de poder comenzar a contarle nada, la residente entra y afirma con rotundidad y con la cara esta vez completamente relajada que no ha existido violación, se le pregunta si está segura de lo que dice y si retira por tanto la acusación que hasta ahora ha mantenido y ella vuelve a afirmar que no ha existido violación, por lo que se opta por no poner denuncia. Todo este proceso dura en torno a dos horas (de 14:00 a 16:00) El resto de la tarde la usuaria se muestra tranquila, realiza las actividades que se proponen en la residencia aunque no acude a una que tenía programada ella hacer fuera de la residencia (iba a comenzar un curso de teatro) y no vuelve a realizar ninguna referencia a lo ocurrido ni presentar síntomas de angustia.

Por la noche el usuario habla con los monitores (él no sabe todo el resto de las conversaciones después de que ella le acusase de violación delante de la psicóloga aunque él se lo tomó en ese momento a guasa y no le concedió ninguna importancia) y dice que la usuaria le ha dicho en un momento que se iba a enterar y por tanto pedía a los monitores del turno de noche que le cerrasen con llave la habitación y así evitar que ella entrase a la habitación y le formase un lío. Los monitores le dicen que esto no deben de hacerlo pero ante la insistencia de éste, le proponen que si él firma un documento donde expresa el deseo de cerrarle la puerta y exonera de cualquier culpa a los monitores de las consecuencias que de eso pueda derivar, entonces lo harían aunque entrarían cada media hora en la habitación para comprobar que todo va bien y que si necesita algo llame al timbre de la habitación. Así lo hacen. Al día siguiente lo comentan con la dirección y esta contesta que esto no se puede hacer aunque haya un papel firmado por el sujeto y que en cualquier caso lo que se le puede proponer es cambiarle de planta para alejarle de la otra usuaria y por nuestra parte aumentar el grado de control de la planta.

PREGUNTAS AL CEAS

1. ¿Se ha actuado correctamente respecto a la denuncia?: se debe denunciar aunque la paciente “niegue” la violación de la manera que lo hacía (“no me han violado pero yo se que sí ha ocurrido”). El Director del Centro ¿debe valorar el grado de creencia de una afirmación de este tipo y actuar en función de esto o debe actuar siempre desde lo que la otra persona denuncia? En caso de estos cambios de opinión es ético quedarse con la última afirmación en exclusiva (¿por qué dar más peso a la última afirmación respecto a las otras?, ¿sólo porque esto encaja con la idea nuestra de lo que realmente ocurrió y que además parece que es lo mejor para el otro sujeto, para ella misma y para el centro?)
2. Ante una denuncia de este tipo se puede informar al equipo interdisciplinar de lo que ocurre o debe guardarse confidencialidad entre el psicólogo y la dirección a pesar de que el equipo puede contar con información rica para valorar lo ocurrido.
3. Se puede cerrar con llave a una persona aunque se tenga un consentimiento firmado

4. Se debe informar al hombre “denunciado” delante de la psicóloga de todo el proceso o él no tiene derecho a recibir información de lo que ocurre.
5. En caso de que el hombre pida que se actúe en contra de la residente al haber sido acusado por algo que no hizo, ¿habría que actuar de alguna manera desde la residencia en contra de la persona que inicialmente denuncia que ha sido violada y luego lo niega, o habría que pedir al sujeto que denuncie los hechos si lo desea a un juez?

RESPUESTA

Después de leer y estudiar el caso se hacen las siguientes consideraciones:

Jurídicamente se aconseja la vía seguida. Puede haber 2 denuncias una por violación y otra por calumnias. Si ninguno de los dos residentes actúa, no hay caso. El centro no está obligado a denunciar nada salvo que haya testigos o sean personas incapacitadas.

Éticamente se discute sobre la confidencialidad ante el equipo pues en este caso debe ser grande, más que dar información sobre lo ocurrido a los monitores hay que pedir información, y darla sólo a los profesionales que más cerca trabajan con el usuario. En cada equipo interdisciplinar hay que ver hasta dónde se llega la transmisión de la información según la necesidad para su actuación. Si por cuestiones de gestión se llevase el caso a un comité de dirección, ha de hacerse sin el nombre de los implicados.

Sobre la actuación de los monitores de cerrar con llave al usuario se comenta que si es autónomo el residente se puede hacer acceder a su petición siempre que lo haga por escrito y con las medidas de seguridad oportunas (rondas frecuentes...)

En el caso de que un usuario fuese a demandar a otro y lo comunicase al psicólogo, se recomienda un careo entre las personas y se podría y se debería romper la confidencialidad avisando al otro residente de lo que ocurrirá.

Nº 16 - 2005

**LA FAMILIA, EL USUARIO Y EL CENTRO
ANTE LAS RELACIONES AFECTIVOSEXUALES
DE LAS PERSONAS INGRESADAS**

FECHA: 6 de mayo de 2005

POBLACIÓN: Personas con Enfermedad Mental y Discapacidad Intelectual

TEMA: Relaciones afectivo-sexuales

TEMA DE CONSULTA

En los Complejos asistenciales en los que se atienden personas, en régimen de residencia, con enfermedades y/o discapacidades psíquicas y distintos grados de afectación y autonomía, se plantean situaciones de relaciones sexuales entre los residentes, a pesar de la normativa del centro contraria a estas prácticas. En algunas ocasiones los familiares han manifestado sus quejas a la institución por considerarlo consentidor de estas prácticas.

PREGUNTAS AL CEAS

- ¿Qué postura debe mantener la Dirección del Centro en estos casos?
- Si un interno/a tienen "capacidad de consentir" y mantienen relaciones sexuales con otro/a que no la tiene ¿puede considerarse una violación? ¿quién es responsable?
- ¿Hasta qué punto la Institución debe "asumir" o consentir que en el centro se realicen prácticas sexuales?

RESPUESTA

El derecho a la libertad sexual no aparece consagrado expresamente en la Constitución española. No obstante, tomando como punto de partida la dignidad de la persona humana y el libre desarrollo de la personalidad se ha reconocido por la jurisprudencia constitucional el derecho a la libertad sexual en una triple vertiente: la identidad sexual, la orientación sexual y la actividad sexual. Refiriéndonos a este último aspecto, la actividad sexual incluye las relaciones sexuales con otra persona, libremente consentidas.

La actividad sexual forma parte de la intimidad personal y, por tanto, se encuadra en el ámbito de la privacidad de la persona. Esto excluye injerencias externas en el desarrollo de esta actividad, pero, al mismo tiempo, implica que su ámbito natural de realización debe tener una dimensión privada con exclusión de los lugares públicos, como una exigencia de la propia naturaleza de la actividad y del respeto a los derechos de los demás y del orden público protegido por la ley, límites comunes a todos los derechos y libertades.

Las personas en régimen de internamiento en un centro deben conciliar el derecho a la libertad sexual con el régimen común del centro, que desarrolle y garantice el respeto y protección de los demás derechos, así como el desarrollo del principio de orden público protegido por la ley y, en concreto, el principio de moral pública, elemento integrante del orden público, y que debe estar conformado por los criterios morales aceptados socialmente, así como los de la identidad propia del centro. En este sentido, cabe señalar una cierta evolución de la doctrina jurisprudencial que, inicialmente consideró que, si bien “la sexualidad sea parte importante de la vida del hombre es, desde luego, afirmación que puede ser asumida sin reparo, de ello no se sigue, en modo alguno, que la abstinencia sexual aceptada por decisión propia, o resultado de la privación legal de libertad, ponga en peligro la integridad física o moral del abstinentes,...Por la misma razón, hay que afirmar que esa negativa y la consiguiente imposibilidad de mantener relaciones sexuales no implica tampoco la sumisión a un trato inhumano o degradante.. La privación de libertad, como preso o como penado, es, sin duda, un mal, pero de él forma parte, sin agravarlo de forma especial, la privación sexual” (STC 89/1987, FJ 2º). Si bien, con posteridad se ha canalizado el ejercicio de las relaciones sexuales, a través de la fórmula del bis a bis, se ha respetado, en todo caso, la privacidad de las relaciones sexuales y la limitación a momentos puntuales previamente autorizados.

Cuando se trata de un centro en el que los residentes son personas afectas por una deficiencia o anomalía psíquica es necesario que los responsables del centro garanticen la libertad de los mismos en relación con el consentimiento de dicha relación “para prevenir cualquier forma de abuso o cualquier daño a su salud” (STC 215/1994, FJ 5º B). Las limitaciones de la capacidad de obrar que afectan a los enfermos

psíquicos exigen que los responsables del centro extremen las medidas para garantizar la libertad de los residentes para evitar violaciones, engaños o situaciones que puedan derivar en afectaciones de su salud (contagios, infecciones, etc.) o la asunción de un embarazo no deseado y que, en el caso, de una “paciente de una grave enfermedad psíquica no alcanzará a comprender las mutaciones que experimenta su cuerpo, ni las molestias e incluso sufrimientos que lleva aparejada la gestación y, menos aún, el final traumático y doloroso del parto..” (STC 215/1994, FJ 4º A). Dada la distinta gravedad de la enfermedad psíquica, que puede afectar a los diferentes miembros de un centro psiquiátrico, y, en consecuencia, el diferente grado de capacidad y libertad psíquica que puedan gozar, es necesario adoptar todas medidas necesarias para garantizar la libertad e integridad física y moral de todos los residentes y, de manera especial, de los más disminuidos psíquicamente.

Como conclusión de cuanto se ha dicho con anterioridad, se puede afirmar que en un centro psiquiátrico el reconocimiento de la libertad sexual de los residentes exige, al mismo tiempo, que los responsables del mismo adopten una serie de medidas que garanticen: a) que lo tiene una dimensión privada no adquiera una dimensión pública; b) que la libertad sexual no excluye la adopción de las medidas necesarias para garantizar el respeto de los derechos y libertades de los demás y el orden público garantizado por la ley y, en concreto, la moral pública, como elemento integrante del mismo; c) que, dada la naturaleza de los residentes y su condición de pacientes psíquicos, se deben extremar las medidas que garanticen su libertad y la prevención efectiva de posibles violaciones, engaños o atentados a su condición de disminuidos psíquicos, que puedan provocar daños en su salud, abusos o consecuencias indeseadas, tales como embarazos, acosos o agresiones sexuales.

Nº 17 - 2005

RIESGO DE CONTAGIO DE VIH

FECHA: 30 de septiembre

POBLACIÓN: Personas con Discapacidad Intelectual

TEMA: Relaciones afectivo-sexuales

TEMA DE CONSULTA

Paciente joven, soltera y sin hijos diagnosticada de retraso mental leve CI=0,72, con trastornos de conducta, epilepsia bien controlada con tratamiento farmacológico y trastorno límite de la personalidad. Escolarizada en un Centro de Educación Especial hasta los 18 años de edad, con buena adaptación. No alcanzó el graduado escolar.

Recibe tratamiento anticonceptivo intramuscular que no está causando efectos secundarios adversos. En virtud de este tratamiento instaurado solicitamos la autorización del consentimiento informado por escrito, ya que antes únicamente lo habíamos tratado de forma verbal, el cual es firmado por los padres/tutores.

En reunión con la familia se abordan varios temas como la posibilidad de que la paciente pudiera mantener relaciones sexuales con algún interno del centro, debido a sospechas por parte del personal asistencial. Dichas sospechas no son concluyentes pero hacen que el equipo decida iniciar un programa de prevención de contagio de enfermedades de transmisión sexual; programa grupal y dirigido a pacientes de riesgo, consistente en:

Disponibilidad y asesoramiento individualizado para la iniciación y desarrollo de relaciones afectivo-sexuales saludables.

- Apoyo a las pacientes.
- Aula de educación sexual.
- Si fuera pertinente, facilitar el acceso a medidas de barrera.

De todos estos aspectos se informa a los padres durante la reunión y ellos se muestran de acuerdo con estas medidas.

PREGUNTAS AL CEAS

Ante la posibilidad de que esta paciente esté teniendo relaciones sexuales con otro interno del centro, con alto riesgo de padecer HIV, nos cuestionamos en el balance entre libertad individual y el deber de proteger que tenemos como centro, ¿hasta donde podemos llegar cuando limitamos los movimientos de la paciente?.

Se entiende que la paciente, a pesar de tener un cociente intelectual límite, tienen capacidad para decidir si quiere o no tener relaciones sexuales, aunque esto hay que decirlo con todas las matizaciones que implica su cociente intelectual.

RESPUESTA

1. Como ya ha recordado esta Comisión en escritos anteriores, los directivos del Centro Asistencial deben tomar todas las medidas necesarias, dentro del respeto debido a la dignidad de las personas y a sus derechos fundamentales, para evitar que en el Centro se mantengan relaciones sexuales. Dadas las características de la población internada y los riesgos de agresión a la libertad de las personas y a su salud, por la posible transmisión de enfermedades por vía sexual, deben intensificarse las medidas cautelares que garanticen la integridad y libertad de las personas. El ejercicio de relaciones sexuales por personas capacitadas que así lo decidan libremente en ningún caso debe llevarse a cabo en lugares públicos o comunes del Centro.
2. La información y educación sexual, prevista en el programa de prevención de contagio de enfermedades de transmisión sexual, puede ser una medida eficaz si se hace hincapié en el riesgo que conlleva mantener relaciones sexuales con personas de las que desconoce su estado de salud y, en concreto, si es portador de alguna enfermedad de transmisión sexual. Y, al mismo tiempo, se deberá advertir a las personas afectadas de alguna enfermedad de transmisión sexual de su obligación de abstenerse de mantener relaciones sexuales sin las debidas cautelas y de la responsabilidad civil y penal en que pueden incurrir en el supuesto de contagio de una tercera persona.

3. La Comisión no ha podido determinar, a la vista del escrito, si el consentimiento informado ha sido suscrito por la paciente o por sus padres. Dado que la paciente, al parecer, no está incapacitada, no parece lógico que los padres otorguen el consentimiento informado y, por tanto, que lo condicionen al hecho de que "la paciente no va a mantener relaciones sexuales". Es evidente que el Centro debe adoptar todas las medidas cautelares para que esto no ocurra y, en este sentido, la información, la educación y la persuasión, advirtiéndole de los riesgos que corre, son medidas adecuadas para lograr ese objetivo, pero, al mismo tiempo es evidente que el Centro no puede garantizar que la paciente no va a mantener relaciones sexuales. En cualquier caso, no parece relevante la actitud de los padres en relación con el consentimiento informado, si la paciente no está incapacitada y si, desde el punto de vista clínico, es competente.
4. Finalmente, la Comisión ha advertido la ausencia de información respecto a las medidas adoptadas por la dirección del Centro en relación con el paciente infectado de HIV. Es preciso, si no se ha hecho con anterioridad, que se advierta a este paciente de las responsabilidades en que puede incurrir si transmite su infección a terceras personas, a través de relaciones sexuales. Responsabilidad agravada si la persona afectada, aun siendo competente, se encuentra en un nivel de rendimiento intelectual límite.

EL PROFESIONAL ANTE LAS AMENAZAS

FECHA: 30 de septiembre de 2005

POBLACIÓN: General

TEMA: Derechos y deberes

TEMA DE CONSULTA

Paciente con retraso mental leve, ex-alcohólico en trámites de incapacitación, sujeto a una orden de alejamiento y prohibición de comunicación hacia su esposa y una de sus hijas, en el seno de un proceso legal por agresiones.

La esposa incumple la orden de alejamiento que ella misma solicitó y, repetidamente, tanto ella como los hijos acceden al centro creando problemas con el paciente y los profesionales con comportamientos agresivos, amenazas, insultos.

PREGUNTAS AL CEAS

1. En relación a la actitud de insultos, ¿Se deberían tomar acciones legales para evitar insultos al personal?
2. A pesar de la orden de alejamiento, la familia tiene acceso al paciente ¿Tienen el centro el deber de implementar esa orden de alejamiento?
3. En general ¿hasta qué punto se deben tolerar actitudes agresivas por parte de familiares de pacientes?

RESPUESTA

1. Antes de responder a cada una de las preguntas formuladas por los consultantes, la Comisión, tras leer la descripción del caso, desearía saber si existen en el Complejo Asistencial normas que regulen el régimen de visitas a los enfermos, si existe un lugar destinado para la celebración de estas visitas y si se aplica un sistema de control da acceso de los visitantes riguroso y eficaz.
2. En relación con la primera y tercera pregunta, no cabe la menor duda de que no se puede admitir que los trabajadores del Centro

puedan ser objeto de insultos o de agresiones por parte de los visitantes. Ante cualquier situación que pueda dar lugar a cualquiera de estos incidentes, la Gerencia del Centro o la Dirección Médica deberá informar que tales actitudes son inadmisibles y que si se repiten podrán dar lugar a la prohibición de acceso al Centro de los agentes de estas actuaciones y a la correspondiente denuncia ante los tribunales de justicia de la posible comisión de un delito de injurias y, en su caso, de una falta o de un delito de agresiones.

3. Respecto a la segunda pregunta, si es correcta la afirmación de que “el fiscal mantiene la orden de alejamiento y prohibición de comunicación y además decide hacerla extensiva a todos sus hijos” y, por su parte, la Gerencia del Centro ha recibido la oportuna notificación de esta orden, no sólo procede aplicarla, sino que debe aplicarla de inmediato para garantizar la adecuada protección del paciente.

Nº 19 - 2005

DERECHO A UN IDEARIO PROPIO

FECHA: 30 de septiembre de 2005

POBLACIÓN: General

TEMA: Identidad de los Centros

TEMA DE CONSULTA

Se ha recibido una queja por parte de algún familiar que ha elevado a diferentes instancias.

En dicho escrito se alude a la organización de determinadas actividades en el Centro, que a su juicio, no son propiamente terapéuticas, como una denominada el “Taller de Pastoral”.

Las quejas manifestadas son de distinta índole y atañen tanto a aspectos organizativos de la Congregación (por ejemplo existencia de hermanas en el centro) y de gestión de personal, como de organización asistencial.

PREGUNTAS AL CEAS

Teniendo en cuenta la relación administrativa existente entre el centro, de ideario católico, y la Administración Pública con la que se mantiene concierto, ¿tenemos derecho desde nuestro centro a organizar actividades de humanización y pastoral que no vienen contempladas en los conciertos públicos?

RESPUESTA

En la citada queja se habla de varias actividades, pues se usa el plural, sin embargo sólo se menciona una relacionada con la pastoral.

En el centro hay un departamento de humanización y pastoral llevado por una hermana. Lo cual no implica una disminución del tiempo de atención a los usuarios por parte de los profesionales exigidos en los pliegos de la Administración Pública. Tal departamento en éste y en todos los centros de la Congregación se ofrece dentro de la atención integral que se pretende dar a los usuarios. Todo lo que desde él se realiza, tiene siempre carácter voluntario, respetando la libertad de

cada uno. Así, por ejemplo, no se felicitará el cumpleaños a un usuario si no lo desea ni se le incluirá en un taller por el mismo motivo o si, a criterio terapéutico se desaconseja.

Por si no se conocen las actividades propias del departamento se detallan brevemente algunas:

- Felicitar a los usuarios el día de su cumpleaños entregándoles una postal con las firmas de todos los profesionales del Centro.
- Practicar la acogida, la escucha, el respeto, el cariño, a través de los detalles en el día a día.
- Entrevistas personales con los usuarios cuando éstos las requieran.
- Preparar las fiestas (por ejemplo, Navidad).
- Tratar temas sobre valores humanos y potenciarlos
- ídem de carácter religioso.
- Invitar a otras personas para intervenir en la información o formación.
- Preparar celebraciones con participación de los usuarios.
- Invitar a la Eucaristía en fechas determinadas.
- Visitar a usuarios y familias por motivo de enfermedad y por otros motivos significativos para ellos.
- Ofrecer a las familias este servicio en el "Programa de Apoyo Familiar"
- Realizar salidas, excursiones.
- Desarrollo de programas específicos, según la demanda de los usuarios.

La mayoría de las acciones descritas no son incompatibles con la creencia religiosa o individual de cada usuario. Se trata de potenciar una ética civil compatible con las diferentes creencias que pueden convivir en este momento en el centro, reflejo de la sociedad actual. Es la parte de humanización de la asistencia que tanto se está desarrollando en nuestros centros desde su fundación y que también se intenta potenciar en centros asistenciales públicos.

Otras de estas acciones tienen más que ver con la atención religiosa de los usuarios y sus familias. En el Acuerdo sobre Asuntos Jurídicos entre el Estado Español y la Santa Sede de 1979 se declara expresamente que el Estado reconoce y garantiza el ejercicio del derecho a la asistencia religiosa de los ciudadanos en establecimientos penitencia-

rios, hospitales, sanatorios, orfanatos y centros similares, tanto privados como públicos. Es un derecho y no un deber, por lo que siempre se ofrece esta atención desde el respeto a la libertad religiosa y de conciencia de cada persona. En esta área se centrarían actuaciones como entrevistas personales a requerimiento de los usuarios, tratar temas sobre valores o religión, invitaciones a la participación de la eucaristía o los talleres mencionados.

En conexión con lo anteriormente expuesto, nos parece adecuado recordar que la Ley Orgánica de Libertad Religiosa reconoce el derecho de las confesiones inscritas a tener plena autonomía y a establecer normas de organización, régimen interno y régimen de personal. "En dichas normas, así como en las que regulen las instituciones creadas por aquéllas para la realización de sus fines, podrán incluir cláusulas de salvaguarda de su identidad religiosa y carácter propio, así como del debido respeto a sus creencias" (art. 6,1).

A los talleres han acudido, por la información que nos consta, entre 4 y 6 usuarios. Los que lo han solicitado voluntariamente. De hecho esta es una proporción pequeña de usuarios en relación con el total de plazas del Centro, lo cual demuestra el respeto a la autonomía para participar en dichos programas. Decir también que, hasta la fecha, es muy positiva la valoración anual de los participantes.

La ley reconoce el derecho a dichas actividades cuyo desarrollo nunca va en detrimento del tiempo dedicado por los profesionales del centro exigidos por la Administración Pública. Se trata por tanto de un plus de nuestra institución que se presta a los usuarios y familias.

Nº 20 - 2006

CONSUMO DE ALCOHOL CONTRAINDICADO

FECHA: 27 de enero de 2006

POBLACIÓN: Personas con Enfermedad Mental

TEMA: Respeto a la autonomía

TEMA DE LA CONSULTA

CASO 1. En un centro de atención diurna para personas con Enfermedad Mental Crónica, uno de los programas que se llevan a cabo es el "grupo de mujeres". El objetivo del programa es que las participantes formen un grupo de apoyo en el que se fomentará las relaciones entre ellas, con el fin que estas se puedan generalizar fuera del centro, que el grupo sirva de apoyo a cada una de las integrantes y que dispongan de un espacio adecuado para que cada participante se exprese libremente.

Las participantes de este grupo son mujeres mayores de edad, ninguna esta incapacitada legalmente.

El programa consiste en reuniones semanales y en alguna ocasión se realizan actividades fuera del centro. El suceso sobre el que queremos pedir consejo al Comité de Bioética, tuvo lugar en una de estas salidas, en la que la actividad consistía en salir a dar un paseo por la ciudad y comer en un restaurante. En el grupo había 3 usuarias, dos estas usuarias tienen problemas con el alcohol (en sus Planes de Rehabilitación se contemplan objetivos de trabajo sobre este tema): y además una de ellas iba a volver a su domicilio conduciendo en su coche.

Cuando el grupo llegó al restaurante acompañado con un profesional, las usuarias decidieron que en la comida para beber iban a pedir vino. El profesional intentó disuadirlas de esta idea, comentando las consecuencias negativas que el alcohol tenía para ellas, la incompatibilidad de la ingesta de alcohol con la medicación, etc. Sin embargo dos de las usuarias persistieron en su idea, comentando que habitualmente consumían un poco de vino en las comidas. Lo único que se consiguió en ese momento es que pidieran una gaseosa, pero no se consiguió que no tomaran vino. Posteriormente se incorporo al

al grupo otro profesional y al ver que las usuarias estaban bebiendo alcohol volvió a incidir sobre los efectos negativos no consiguiendo que modificaran su actitud. Cuando las usuarias se servían la segunda copa (vino+ gaseosa) uno de los profesionales retiró la botella de la mesa, comentando que no se estaba sintiendo bien con esta situación. Las usuarias no protestaron por este hecho pero bebieron parte de la copa que se habían servido. En ningún momento los profesionales consumieron alcohol.

Ante esta situación se nos plantean varios interrogantes sobre la mejor manera de resolver esta situación y sobre la capacidad de los profesionales para intervenir de una manera u otra. Estos interrogantes también hacen referencias a futuras actividades, ya que en este grupo por ejemplo, se estaba planteando la posibilidad de realizar una salida de fin de semana.

Reflexionando sobre este suceso en el equipo se plantearon las siguientes alternativas e interrogantes ante situaciones que en otras ocasiones se nos puedan plantear:

En un primer momento dar argumentos sobre las interacciones del consumo de alcohol y su enfermedad. En el caso que el/los usuario/s persistan en la idea los profesionales les informaran que abandonarían la actividad. Se decide que en este caso se deberá hablar con todas las usuarias del grupo de mujeres y el tutor lo tratará individualmente con las tres usuarias que protagonizaron el suceso.

CASO 2. En caso de que se realizará una salida de fin de semana se nos plantean varias preguntas:

PREGUNTAS AL CEAS

- Valoración de las actuaciones de los profesionales y alternativas ante este tipo de situaciones. ¿Podemos imponer esta norma y estas acciones sin vulnerar el derecho de autonomía del usuario?
- Valoración de las alternativas generadas en la reunión de equipo. ¿Cuál sería la responsabilidad del profesional en el caso que abandonara la actividad teniendo en cuenta usuarios capacitados e in-

- Consumo de alcohol ¿cómo deberíamos actuar?
- ¿Cómo podemos actuar, si en una salida de fin de semana, alguna de las usuarias nos manifiesta la intención de abandonar al grupo porque haya conocido a alguien o tenga algún conocido con el que quiera irse, independiente del grupo?
- ¿Cómo podemos actuar, si en una salida de fin de semana o similar, alguna de los usuarios nos manifiesta la intención de mantener relaciones sexuales con una persona que haya conocido? Vemos varios problemas; el hecho de que se vaya con alguien que no conocemos nadie y las dificultades que se pudiera encontrar, ¿podríamos impedirselo? En caso de que éticamente no pudiéramos impedir que se fuera con esa persona ¿deberíamos aconsejar el uso de métodos anticonceptivos y de barrera?
- ¿Cómo podemos actuar, si en una salida de fin de semana o similar, alguna de los usuarios nos manifiesta la intención de mantener relaciones sexuales con otra persona del grupo? En este caso se nos plantean las mismas dudas que en la anterior cuestión.

RESPUESTA

Aunque son varias las preguntas formuladas, los casos enunciados pueden reconducirse a uno solo. En síntesis, se trata de analizar la relación entre el respeto a la autonomía de las personas y el compromiso asumido al aceptar la participación en un programa terapéutico psicosocial, así como la actuación de los profesionales responsables del programa ante el incumplimiento de los objetivos y de los compromisos asumidos por los participantes.

Parece oportuno recordar que la autonomía de las personas comprende la capacidad de tomar decisiones libremente, especialmente, cuando se refieren a su propio cuerpo y a su propia salud. En virtud de esa autonomía, cualquier persona puede comprometerse en la participación de un programa terapéutico, que supondrá, normalmente, la asunción de ciertos deberes y obligaciones, necesarias para la consecución de los objetivos propuestos.

Este compromiso, libremente asumido, debe ser respetado por los participantes en el proceso de ejecución del programa; pero ese compromiso no anula la autonomía de la persona, de tal manera que la observancia de los deberes asumidos debe realizarse en libertad, sin coacciones exteriores o ajenas a la persona. Es lícita la persuasión realizada por los profesionales responsables para que, en caso de duda o de debilidad, los participantes en el programa cumplan sus compromisos. La persuasión, sin embargo, no puede convertirse en manipulación o coacción que invadan o anulen la legítima autonomía de una persona capaz.

El incumplimiento de los compromisos adquiridos y el rechazo de los consejos y advertencias de los profesionales significa que la persona afectada renuncia a los compromisos adquiridos y, en consecuencia, a la participación en el programa. Los responsables del programa deben incluir en el proceso de implicación de los participantes en el programa, tanto los deberes que asumen como las consecuencias derivadas de su incumplimiento. Debidamente informados de estos aspectos, así como de los demás extremos del programa, y comprobado que conocen, entienden y son plenamente conscientes de las consecuencias del incumplimiento de los compromisos asumidos, en el supuesto de que incumplan estos compromisos y no atiendan los consejos y advertencias oportunamente realizadas por los profesionales, deberán causar baja en el programa.

Estas consideraciones son plenamente aplicables a todas las personas capacitadas en los supuestos planteados de consumo de alcohol, relaciones sexuales o cualquier otra actividad contraria a los objetivos y compromisos acordados en el programa.

Nº 21 - 2006

PERFIL INADECUADO

FECHA: 5 de octubre de 2006

POBLACIÓN: Personas con Enfermedad Mental

TEMA: Perfiles de pacientes no adecuados al recurso

TEMA DE LA CONSULTA

Se discute el caso presentado sobre un residente con enfermedad mental y daño neurológico con un perfil que no es el adecuado para ser atendido en la residencia y presenta riesgo para su propia vida dado su deterioro y las características propias del recurso. Su tutora legal no se implica en el caso.

RESPUESTA

Se aconseja hacer un consentimiento informado con la tutora sobre las consecuencias de su estancia en el recurso y la no adecuación en cuanto al perfil del usuario. Como la tutora se ha negado a escuchar este punto, se recomienda en primer lugar el poner en conocimiento de fiscalía y del juez el que la tutora no atiende a la persona en las condiciones necesarias. Advertir en dicho informe que no es el centro adecuado y mientras mantener la atención en nuestro centro. No se ve oportuno cerrar la puerta por la definición del propio recurso y por el resto de residentes.

En cuanto a ir a recogerle en caso de que haya sólo dos profesionales, se considera que está justificado el que no vayan a recogerle. Debemos hacer lo que se pueda sin incurrir en responsabilidades legales (por ejemplo dejar un recurso con menos profesionales de los necesarios, por si ocurre una emergencia dentro del recurso, poder atenderla). Una alternativa que se propone es el contactar con otro recurso como el Samur Social, para coordinarse en traer a la persona.

El Director del recurso comenta otro caso que se está produciendo en el centro. Se trata de una persona incapacitada, que lleva en atención en el centro bastante tiempo con resultados adecuados en cuanto a la rehabilitación psicosocial. Sin embargo ahora el Servicio

de Salud Mental propone su derivación a larga estancia pues había sido solicitada antes de entrar en el Centro y el actual psiquiatra responsable del caso no conoce el caso más que de una o dos citas, decidiendo continuar con el proceso de derivación a larga estancia. El Centro ha puesto esto en conocimiento de la Agencia Tutelar (tutor del usuario), ya que no lo había hecho el centro de salud mental.

Se considera adecuada la actuación del Centro en cuanto a que informe al centro de salud mental y a la Agencia para que cada uno, desde sus responsabilidades tome las decisiones oportunas, y desde el Centro apoyar a la usuaria para que pueda adaptarse mejor a la situación que está viviendo.

PERMISO PARA CONDUCIR Y PSICOFÁRMACOS

FECHA: 5 de octubre de 2006

POBLACIÓN: Personas con Enfermedad mental

TEMA: Perfiles de pacientes no adecuados al recurso

TEMA DE CONSULTA

El caso objeto de estudio se propone desde un centro de atención diurna para personas con Enfermedad Mental Crónica. Se trata de un usuario derivado al recurso desde el Centro de Salud de referencia, que padece enfermedad mental crónica, cuya sintomatología se manifiesta en irritabilidad, problemas para conciliar el sueño, hiperactividad y aceleración del pensamiento, entre otros. Desde hace dos años no está siguiendo el tratamiento pautado por el psiquiatra, hecho que ocurre con frecuencia. Ha cambiado varias veces de médico y, recientemente, ha dejado de asistir a las citas con el psiquiatra y con la tutora psicóloga del Centro. Los frecuentes ingresos hospitalarios los atribuye al consumo de tóxicos.

El centro ha conocido, por información del mismo usuario, que desde el inicio de 2007, que se halla realizando un curso de INEM de conducción de autobuses. Se ha presentado al examen teórico y a uno de los exámenes prácticos que han sido aprobados.

Los interrogantes que este caso plantea son: ¿qué hacer ante la finalización de este curso y las perspectivas laborales de esta persona, en ausencia de un seguimiento médico y psicológico de su evolución? ¿Hasta qué punto tienen obligación el Centro de poner en conocimiento este hecho de forma que se tomen las medidas oportunas?

RESPUESTA

Tras la lectura, análisis y debate de los datos y preguntas contenidas en la consulta que se realiza al Centro, se puede decir que dicha consulta plantea las siguientes cuestiones:

1. ¿Cuál debe ser la actitud del Centro ante el comportamiento de

un usuario del recurso que ha dejado de asistir a las revisiones con su psiquiatra de referencia y a las entrevistas con su tutora-psicóloga del Centro y, al mismo tiempo, está realizando un curso del INEM de conducción de autobuses, desde comienzos del 2007, habiendo superado el examen teórico y uno práctico?

2. A la vista de su historial clínico, de su diagnóstico actual y de su abandono del tratamiento y del seguimiento clínico preocupa que pueda acceder a una actividad profesional-conductor de autobuses-, cuyo ejercicio, dadas sus circunstancias patológicas, pueden suponer un riesgo evidente para terceras personas. ¿Debe informarse de estos hechos y de esta situación al organismo competente?

La cuestión que se debe dilucidar es si las personas que han tenido acceso al historial clínico del usuario del recurso pueden suspender el secreto profesional con la finalidad de evitar posibles riesgos y males a terceras personas. Es evidente, que toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud (art. 7.1 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre); sin embargo, esta defensa de la confidencialidad debe conciliarse con la protección de los intereses generales, entre los que se encuentran las situaciones de grave riesgo para la colectividad (Directiva comunitaria 95/46, de 24 de octubre). Así, desde un punto de vista ético, se reconoce que el médico podrá revelar el secreto profesional "si con su silencio diera lugar a un perjuicio al propio paciente o a otras personas, o a un peligro colectivo" (Código de Ética y Deontología Médica, 1999, art. 16, d, de la Organización Médica Colegial de España).

La vinculación del Centro con el centro de salud mental de referencia simplifica, no obstante la cuestión planteada. Se trata de la comunicación de datos entre instituciones de la misma Administración que, en el caso presente, no son relativos a la salud, puesto que la historia clínica del usuario debe figurar en el centro de salud mental, sino que, simplemente, procede comunicar la actividad profesional que pretende realizar el usuario. Corresponde al centro de salud mental, una vez recibida esta información, valorar las circunstancias del paciente y tomar, en su caso, las oportunas decisiones,

entre ellas, la comunicación con el INEM, la verificación del certificado psicotécnico y demás circunstancias atinentes al caso.

En consecuencia, la Comisión considera que, dadas las circunstancias descritas en la consulta formulada, el Centro puede comunicar al centro de salud mental la actividad profesional pretendida por el usuario, el abandono del tratamiento y del seguimiento clínico y la remisión al historial clínico del usuario para que, una vez informado, el centro de salud mental adopte las decisiones que considere más adecuadas en el caso que nos ocupa.

Nº 23 - 2007

AUTOADMINISTRACIÓN DE LA MEDICACIÓN

FECHA: 26 de mayo de 2007

POBLACIÓN: Personas con Enfermedad Mental

TEMA: Autonomía

TEMA DE CONSULTA

Mujer derivada a un Centro de Día para personas con Enfermedad Mental Crónica, diagnosticada de Trastorno depresivo recurrente con síntomas psicóticos. Trastorno orgánico de la personalidad y retraso mental leve.

Durante la evaluación se observa desorientación de tiempo, espacio y persona. Su memoria a corto plazo está alterada y la memoria a largo plazo parece conservada pero muestra dificultades para situar cronológicamente los acontecimientos.

Durante su enfermedad ha realizado varios intentos autolíticos graves. Tras uno de ellos se diagnostica fractura y hundimiento de la región temporo-occipital izquierda con el consiguiente deterioro cognitivo.

El objetivo de vinculación al centro es lograr una estructuración de la rutina diaria y reducir el aislamiento. La usuaria desde el alta hospitalaria no ha salido de su domicilio permaneciendo durante horas metida en la cama. Reside con su madre mayor y con una persona interna que las ayuda en casa. La usuaria requiere acompañamiento para llegar al centro y para regresar a casa dada su desorientación. Ese traslado se realiza en transporte público.

Por esta situación se plantea que la usuaria acuda al centro lo máximo posible quedándose incluso a comer en el mismo. Por tal hecho nos solicitan que custodiemos la medicación y que nos encarguemos de administrársela a la usuaria cuando corresponda.

Desde la dirección del centro se toma la decisión de no custodiar cajas de medicación de la usuaria y acordamos con la familia que cada día nos haga entrega de la medicación de la toma del medio día en un pastillero, para que en el centro no quede al final del día medicación.

PREGUNTAS AL CEAS

1. En nuestros centros de día no existe personal sanitario por lo que ¿estamos autorizados a custodiar medicación? ¿podemos administrarla o sólo supervisar su toma?
2. Dada la situación mental de la usuaria no consideramos que hoy por hoy tenga la capacidad suficiente para custodiar su medicación y tomársela adecuadamente. Necesita que tanto su familia (cuando está en casa) como los profesionales del centro (cuando se encuentra aquí) se la administren de una manera activa, no pudiendo esperar que ella recuerde que debe tomársela ni la vaya a solicitar.
3. Como profesionales consideramos que debemos asegurarnos la toma adecuada de la misma. Nos vemos en la necesidad de custodiar esa medicación las horas que permanezca en el centro y entregársela y asegurarnos su toma al medio día siendo las educadoras del centro las profesionales que lo llevan a cabo. Les ruego nos asesoren para este y futuros casos que nos puedan surgir en el centro.

RESPUESTA

La Comisión, tras la oportuna deliberación, ha considerado que la ayuda al usuario, en ausencia de su familia, para custodiar y administrar la medicación constituye una acción sustitutoria de la familia y una ayuda para el paciente, por lo que no sería necesario que realice esa función un profesional sanitario. Sería aconsejable, sin embargo, que la familia solicitara y autorizara esa ayuda referida a cualquier profesional del Centro, dejando constancia de ello por escrito.

CESIÓN DE DATOS A LA FUNERARIA

FECHA: 26 de mayo de 2007

POBLACIÓN: General

TEMA: Cesión de datos

TEMA DE CONSULTA

Usuaria de 60 años con trastorno de personalidad de larga evolución, viene derivada a mediados de 2006 a un recurso residencial, desde su Servicio de Salud Mental (SSM) de referencia No incapacitada.

A lo largo de este tiempo su evolución ha sido adecuada, participando de las actividades de la vida diaria de la residencia así como en algunos de los programas de rehabilitación que se le ofrecían. En este periodo tuvo que ser ingresada dos veces en una Unidad de Hospitalización Breve (UHB). Después de cada ingreso la residente volvía a participar de las actividades del centro con normalidad.

A causa de un atragantamiento por un fragmento de comida en la ringe impactado en entrada en tráquea fallece en el centro residencial, a pesar de los esfuerzos en reanimarla tanto del personal del centro, del personal médico y posteriormente del Samur.

Una vez certificada su muerte, el centro se pone en contacto con el Servicio de Salud Mental con quienes nos coordinamos para poder contactar con sus familiares, con los que hace tiempo que la residente no mantenía ningún contacto. De hecho durante toda la estancia de la residente nunca había habido ninguna visita o llamada de ningún familiar suyo. Se conocía a través de la residente que tenía múltiples hermanos y un hijo mayor con el que nunca se relacionaba

El SSM encargado del seguimiento del caso no tiene constancia de ningún nombre ni teléfono de contacto de ningún familiar por lo que se hace imposible localizar a la familia.

Aunque en este caso al final se consigue hablar con un hermano, hasta ese momento se nos plantean las siguientes dudas para hacer

el entierro. La funeraria nos solicita los datos a los que imputar los costes de su entierro, ella tenía en su cartilla del banco una cantidad suficiente para afrontar tranquilamente esos gastos. La funeraria nos transmite que no hay problema en que ellos pasen la factura a su cuenta corriente ya que es algo legal a pesar que haya fallecido, pero dudamos que se puedan ceder esos datos por parte del centro sin la autorización de la persona, que en este caso ha fallecido.

En este caso, como al final se pudo contactar con la familia, ellos nos autorizaros a dar esta información y fueron ellos los que eligieron el tipo de entierro.

PREGUNTAS AL CEAS

¿Es posible ceder datos de carácter personal (el número de la cuenta corriente) ante el fallecimiento de una persona para facilitarle su entierro sin que coste autorización alguna de ninguna persona?

RESPUESTA:

Cuando un usuario facilite datos de carácter personal es conveniente que autorice al Centro para hacer uso o cesión de los mismos en caso de necesidad (incapacidad, fallecimiento, etc.), especialmente, si carece de familia o no existen datos sobre la misma. La autorización debe ser formalizada por escrito y quedar bajo la custodia del Director del Centro.

Nº 25 - 2007

INDICACIÓN DE TRATAMIENTOS Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA

FECHA: 26 de mayo de 2007

POBLACIÓN: General

TEMA: Órdenes médicas

TEMA DE CONSULTA

Paciente de 38 años que ingresa a principios de 2007 en clínica psiquiátrica, con diagnóstico de esquizofrenia residual de evolución tórpida, en seguimiento en su centro de salud mental, con muy escasa adherencia al tratamiento, múltiples ingresos psiquiátricos por descompensaciones psicóticas y conductas disruptivas. Consumo de alcohol habitual, ocasional otras sustancias.

Padece también Diabetes Mellitus¹ desde hace bastantes años estando tratado en la actualidad con insulina. El informe social aportado destaca, que los trastornos de conducta y nula conciencia de enfermedad, así como las dificultades para llevar de forma adecuada el tratamiento tanto psiquiátrico como el derivado de la diabetes, han creado en el ámbito familiar situaciones de riesgo vital por su evolución desfavorable.

El objetivo de su actual ingreso es la estabilización clínica, cumplimiento del tratamiento tanto psiquiátrico como endocrinológico, conciencia de enfermedad y preparación para vida más autónoma que permita una intervención desde el centro de salud mental y con los recursos disponibles de rehabilitación.

Valorado en el ingreso por equipo interdisciplinar, se confirma la escasa conciencia de enfermedad aunque reconoce ideación delirante autoreferencial. Durante su estancia predomina el cumplimiento de pautas terapéuticas, con buena adherencia al tratamiento. Ocasionalmente presenta actitud demandante y exigente, reivindicativo con algunos temas. Destaca la escasa y dificultad de relación familiar que solo le visita de forma esporádica, lo que le afecta profundamente.

Ha presentado algún cuadro de vómitos y diarrea que se ha atribuido a cambios de medicación diabética.

El mismo día del ingreso fue valorado por médico internista (que es endocrinólogo) y pauta plan de insulina y controles de BM Test. Han persistido episodios de hipo-hiperglucemias a cualquier hora a pesar de que el paciente ha seguido correctamente las pautas de dieta y tratamiento (se han realizado modificaciones de dosis por médico internista en seis ocasiones). Se diagnostica una DM1 de difícil control "Brittle diabetes y cambia a insulina análogas que minimizan las hipoglucemias.

El día 26 aparece un cuadro diarreico con nueva descompensación de glucemias. Valorado por psiquiatra de Planta, modifica de nuevo insulina y pauta la anterior. Previamente se le comenta que contacte por teléfono con internista para contrastar la situación actual del paciente. Parece que no le localiza.

La enfermera de planta no está de acuerdo en este cambio de insulina ya que el cuadro somático que presenta no está en relación proporcional a insulina nueva y no ha habido tiempo suficiente para verificar efectividad de tratamiento nuevo y se plantea que pauta debe seguir (la del internista o la del psiquiatra). Ella se posiciona a favor del internista.

Lo comenta con la Directora de enfermería y como es ese momento no está en el centro el Director Médico, le sugiere que siga la pauta del psiquiatra, hasta nueva valoración del médico internista, al valorar que no hay riesgo vital inminente. Al día siguiente el internista vuelve a prescribir la misma insulina que fue suspendida por el psiquiatra.

PREGUNTAS AL CEAS

1. ¿La enfermera está obligada a administrar tratamientos con los que no está éticamente de acuerdo?
2. ¿Podría haber llamado directamente al internista para consultarle el cambio de tratamiento?

3. ¿Tendría que haber un protocolo de funcionamiento para problemas somáticos en tratamiento en curso con especialistas?

RESPUESTA

No parece que exista un problema ético sino más bien terapéutico. La enfermera está de acuerdo con el médico internista, pero no con el médico psiquiatra. La administración de la prescripción realizada por el psiquiatra no parece que comporte riesgo vital ni agravamiento del enfermo. La responsabilidad del tratamiento es del médico que atiende al paciente. La responsabilidad de la enfermera es la administración del tratamiento prescripto por el médico que atiende al paciente. Es, decir, aunque por su competencia profesional pueda discrepar de la decisión del médico, la enfermera tiene el deber de administrar la medicación de acuerdo con la prescripción médica. Las dudas que pueda tener las puede poner en conocimiento de su superior jerárquico, como ha hecho, que deberá valorar los hechos y adoptar las medidas que estime oportunas.

Nº 26 - 2007

MEDICACIÓN ANTICONCEPTIVA

FECHA: 22 de junio de 2007

POBLACIÓN: Personas con Discapacidad Intelectual

TEMA: Relaciones afectivo-sexuales

TEMA DE CONSULTA

En el Centro residen doce usuarias que tienen implantado un método anticonceptivo subcutáneo cuya duración es de tres años. A varias de ellas ya les ha cumplido el plazo o está a punto de cumplirse y necesitarían una nueva implantación. Dicha implantación requiere el consentimiento informado de la interesada o del padre/madre o tutor/, si está incapacitada. Siete están incapacitadas y constituida la tutela asignada a personas o instituciones diversas: Superiora, padres, Fundación. Dos están incapacitadas, pero, al parecer, no está constituida la tutela. Tres no están incapacitadas judicialmente.

Estas personas tienen riesgo de posible embarazo y no están capacitadas para asumir el hijo que pudieran concebir, carecen de medios para criarlo y educarlo. Todo ello justificó, en su momento, la determinación de implantarles dicho método anticonceptivo.

PREGUNTAS AL CEAS

1. ¿Está dentro de la ética cristiana dicha implantación?
2. ¿Es correcto que el Centro recuerde a los distintos tutores o familia la necesidad de la renovación del implante?
3. ¿Quién se responsabiliza de firmar el consentimiento, si la usuaria no está incapacitada y la familia no ofrece ninguna garantía?
4. ¿Las usuarias no incapacitadas judicialmente pueden firmar el consentimiento informado, aun siendo discapacitadas? ¿Se la puede considerar responsable?

RESPUESTA

1. **Sobre la eticidad católica de los reguladores de la ovulación.**

La pregunta debe entenderse, en nuestra opinión, en el contexto de la ética católica, dado que el Centro tiene un ideario católico.

la pluralidad de confesiones cristianas no católicas existentes en la actualidad, dar una respuesta desde la ética cristiana, podría no coincidir con la doctrina de cada una de estas confesiones. Desde la perspectiva católica, se ha tener en cuenta que, como ha recordado Santo Tomás “los mandamientos del decálogo son inmutables, pero lo que sí es mutable es la aplicación de los mandamientos a los actos individuales (S.Th. 1ª 2, 100, 8), o, lo que es lo mismo, la interpretación cristiana de la equidad, entendida como “la justicia del caso concreto”.

Esto exige realizar un proceso de individualización de los principios generales a cada situación concreta. Proceso en el que debe tenerse, también, en cuenta la exhortación del Concilio Vaticano II al declarar que “para que puedan llevar a buen término su tarea debe reconocerse a los fieles, clérigos o laicos la debida libertad de investigación, de pensamiento y de hacer conocer, humilde y valerosamente, su manera de ver en el campo de su competencia” (Gaudium et Spes, 52). La Comisión de Ética Asistencial desea dar cumplimiento a esta exhortación aplicando la doctrina católica al caso concreto planteado con el deseo de lograr la finalidad pretendida por aquella oración dirigida al Espíritu Santo: *recta sapere*, es decir, “sentir el sabor de lo que es moralmente bueno”¹.

a) El principal documento de la moral católica sobre los medios anticonceptivos es la “Encíclica *Humanae Vitae* de Pablo VI. Este documento se dirige a los esposos y a la moralidad del uso de los métodos artificiales del control de los nacimientos. En este contexto matrimonial, la Encíclica excluye absolutamente, “como vía lícita para la regulación de los nacimientos, la interrupción directa del proceso generador ya iniciado, y sobre todo, el aborto directamente querido y procurado, aunque sea por razones terapéuticas. Hay que excluir, igualmente,...la esterilización directa, perpetua o temporal, tanto del hombre como de la mujer, queda excluida, además, toda acción que, o en previsión del acto conyugal, o en su realización, o en el desarrollo de sus consecuencias naturales, se proponga como fin o como medio, hacer imposible la procreación” (nº 14). Después de declarar que no es “de ningún modo ilícito el uso de

los medios terapéuticos verdaderamente necesarios para curar enfermedades del organismo, a pesar de que se siguiese un impedimento, aun previsto, para la procreación”, el documento papal “juzga lícito el recurso a los períodos infecundos” para realizar el acto conyugal y controlar la procreación.

De acuerdo con esta doctrina, se ha podido afirmar que “junto con el derecho a procrear se reconoce, pues, el derecho de no procrear, en el sentido de que los cónyuges, en determinadas condiciones, tienen el derecho de llevar a cabo actos cuya no fertilidad se puede prever, o abstenerse de actos fecundos; y que en ciertos casos pueden excluir toda fecundidad por causas independientes de su voluntad (riesgo de perder la vida o peligro para la salud). En estos casos ese derecho deberá expresarse en el sentido de que obligará a “no llevar a cabo actos fecundos” con modos legítimos; no estaría justificado, por ejemplo, el aborto en nombre del derecho de no procrear”²

La procreación es un deber ético para los esposos que, al acceder al matrimonio, se han comprometido, según la doctrina católica, a “colaborar con Dios en la generación y colaboración de nuevas vidas” (E. H.V., 5). No obstante, junto a este deber ético, tienen, también, el derecho a procrear y, en determinados supuestos y con medios lícitos, el derecho a no procrear. El reconocimiento de este último derecho supone que el principio general del deber de procrear admite excepciones, como, por otra parte, parece lógico.

La polémica que, en su momento, generó esta Encíclica dio lugar a que algunas Conferencias Episcopales interpretasen el significado de la misma en los siguientes términos: “La contracepción nunca puede ser un bien. Siempre es un desorden, pero tal desorden no siempre es culpable” (obispos franceses). “Tomando en cuenta la norma que se deriva de este Magiste-

¹ J. Mahoney, “El razonamiento moral en la Ética Médica”.

² SGRECCIA, E., Manual de Bioética, págs. 314-315]. Monseñor Sgreccia es Secretario del Pontificio Consejo para la Familia; Director del Instituto de Bioética de la Universidad Católica del S. Corazón de Roma y Vicepresidente de la Pontificia Academia para la Vida.

rio, corresponde a los esposos analizarla –junto con los elementos de su situación concreta- para encontrar la voluntad de Dios. La decisión que tomen acerca de los medios siguiendo lealmente el dictado de su conciencia, los debe dejar tranquilos, ya que no tienen por qué sentirse alejados de la amistad divina” (Conferencia Episcopal de Méjico)³.

b) La doctrina expuesta se refiere a los esposos, como consecuencia de su compromiso matrimonial y por la naturaleza de esta institución ordenada a la generación de la prole. ¿Las relaciones sexuales fuera del matrimonio están también ordenadas a la procreación? Ninguna referencia se hace a este supuesto, porque, según la doctrina católica, dichas relaciones son moralmente ilícitas. Los autores de esta relación no tienen el deber de procrear, como consecuencia de la propia naturaleza ilícita de la relación y, por consiguiente, se trataría de un acto éticamente no ordenado a la generación. Ciertamente, si se produce la procreación no sería admisible, según la moral católica, la práctica del aborto, porque, en este caso, afectaría a un tercero, distinto de los progenitores, el embrión o el feto, cuya vida debe ser salvaguardada. Cuestión distinta es el uso de medios anticonceptivos que impidan, precisamente, la fecundación, porque, en este supuesto, la inexistencia de un deber de procrear no exige que el acto sexual, en sí mismo ilícito, esté ordenado a la generación. Por lo que se puede concluir que la prohibición de los medios anticonceptivos afecta a las relaciones entre los cónyuges, pero no es inmediatamente aplicable a las relaciones extramatrimoniales que, además de ser ilícitas, no están éticamente ordenadas a la procreación. Y, como se ha podido comprobar, la Encíclica *Humanae Vitae* ni siquiera contempla este supuesto.

c) Con las premisas precedentes estaríamos en condiciones de responder a la cuestión planteada. Sin embargo, es preciso

³Vid, *Personas con discapacidad intelectual. Manual de Educación afectivo-sexual*. Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, Madrid, 2007, págs. 84 y ss.

⁴Ibidem, pág. 109.

hacer una breve referencia a las personas con discapacidad intelectual, protagonistas principales del caso analizado. Efectivamente, las personas a las que se pretende renovar un regulador subcutáneo de la ovulación son personas incapacitadas judicialmente y, por tanto, no pueden gobernarse por sí mismas. Las decisiones que le afectan de modo tan personal, como es el caso de la prestación del consentimiento informado no las pueden tomar personalmente, sino que dicho consentimiento ha de ser realizado por representación, es decir, por el tutor o algún familiar. Esta situación obliga al representante del discapacitado a situarse en la condición subjetiva del representado, a conocer y comprender su dimensión psicobiológica y a tener presente que: “Las personas con discapacidad intelectual poseen sentimientos y, al igual que nosotros, son capaces de percibirlos en los demás, de comunicarlos y de compartirlos con las personas que les rodean”.⁴

En ese mundo de sentimientos tiene una especial relevancia la dimensión afectiva-sexual del ser humano que “es un elemento básico de la personalidad, un modo propio de ser, de manifestarse, de comunicarse con los otros, de sentir, expresar y vivir el amor humano. Por eso es parte integrante del desarrollo de la personalidad y de su proceso educativo”⁵. La propia institución ha asumido la diferenciación entre sexualidad humana en sentido amplio (masculinidad y feminidad) y sexualidad en sentido reducido (genitalidad) y entre sexualidad (sentido reducido) y procreación⁶. Esta dimensión intrínseca de la persona humana y, por tanto, también, de las personas con discapacidad intelectual es un derecho que debe ser respetado y protegido de manera especial por quienes tienen la responsabilidad de la guarda y protección de la persona incapacitada (Código civil, art. 201) al serles atribuida la condición de tutor.

⁵Ética en la conducta sexual de los pacientes, Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, Provincia Canónica de Palencia, Palencia, 2005, pág. 60. Cita expresa de diversos documentos conciliares y pontificios.

⁶Ibidem, pág. 9.

La expresión de la afectividad sexual encuentra su sede más idónea, según la doctrina católica, en el matrimonio, donde el amor conyugal encuentra en el acto conyugal la expresión más genuina de las relaciones afectivo-sexuales, en su dimensión unitiva y procreativa. Sin embargo, la legislación de la Iglesia Católica excluye del matrimonio a las personas con discapacidad intelectual. El canon 1095 del Código de Derecho Canónico dice que “son incapaces de contraer matrimonio: 1º) quienes carecen de suficiente uso de razón; 2º) quienes tienen un grave defecto de discreción de juicio acerca de los derechos y deberes esenciales del matrimonio que mutuamente se han de dar y aceptar; 3º) quienes no pueden asumir las obligaciones esenciales del matrimonio por causas de naturaleza psíquica”. Parece obvio que la incapacidad matrimonial es más amplia que la concepción común de la discapacidad intelectual, pero, en todo caso, esta prohibición supone la cancelación para quienes tienen una discapacidad intelectual del acceso al matrimonio y, por consiguiente, de la posibilidad de realizar su relación afectivo-sexual a través del amor conyugal.

Al margen de la valoración que pueda merecer esta prohibición y de los diferentes supuestos que pudieran producirse, de acuerdo con el grado de discapacidad intelectual de cada persona, es evidente que, a tenor de la moral y del derecho de la Iglesia, en una interpretación estricta, habría que concluir que la dimensión afectivo-sexual tendría que encuadrarse en el marco de la negación o de la prohibición. Los esfuerzos para una educación de estas personas en esta dimensión intrínseca de su personalidad tienen que orientarse de una forma positiva, como se está haciendo, de una manera laudable desde instituciones que viven de cerca los problemas reales y cotidianos de estas personas⁷.

Descendiendo a la realidad cotidiana, es un hecho que la expresión de la sexualidad, en su dimensión genital, puede, sin embargo, producirse en personas con discapacidad intelectual

de forma estable u ocasional, de manera intencionada, casual o, incluso, coaccionada. Dichos actos, aunque objetivamente sean moralmente ilícitos, según la doctrina católica, serán subjetivamente, en principio, éticamente inimputables e irresponsables, puesto que “la imputabilidad y la responsabilidad de una acción pueden quedar disminuidas e incluso suprimidas a causa de la ignorancia, la inadvertencia, la violencia, el temor, los hábitos, los afectos desordenados y otros factores psíquicos o sociales⁸. Por tratarse de actos objetivamente ilícitos, es decir, desordenados, según la terminología de la moral católica, no pueden estar ordenados a la procreación, entre otras cosas, porque no se producen en el único marco moralmente lícito, como es el matrimonio. Prevenir la concepción, que pueda producirse de una acción, que biológicamente puede ser procreativa, pero que éticamente no está ordenada a la procreación, no puede constituir una acción éticamente reprochable.

En consecuencia, la implantación de un regulador de la ovulación en una persona con discapacidad intelectual es una medida de prevención que garantiza que no se produzcan consecuencias indeseadas, como resultado de una acción, probablemente no intencionada y, en ocasiones, coaccionada. Prevenir la no procreación, cuando éticamente no se tiene el deber ni el derecho de procrear, a través de una acción extramatrimonial, de la que se puede presumir con fundamento que esa acción objetivamente ilícita no es subjetivamente ni imputable ni responsable no puede considerarse éticamente ilícita. Por otra parte, el uso de reguladores de la ovulación no es, en sí mismo, éticamente ilícito, porque se utiliza frecuentemente con fines terapéuticos o preventivos. De hecho, en nuestros Centros existe un protocolo de consentimiento informado para la administración de reguladores de la ovulación y un Anexo de información sobre la administración de los mismos.

Consideramos, finalmente, que la actuación del Centro al au-

⁷Entre otras iniciativas, recordamos los documentos citados anteriormente de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios y de las Hermanas Hospitalarias del sagrado Corazón.

⁸Catecismo católico, n.1735.

torizar, en su momento, el implante de un regulador de la ovulación subcutáneo no contradice la moral católica en el proceso de reflexión y aplicación al supuesto concreto, que ha sido realizado por las personas que, en aquellas fechas, eran responsables de la guarda y protección de las personas incapacitadas. También, en el caso presente, tras analizar los textos de la doctrina moral católica y realizar el debido proceso de aplicación al caso concreto que se ha planteado, la Comisión opina que la aplicación nuevamente del implante del regulador de la ovulación a las usuarias del Centro que lo precisen no es contrario a la moral católica y, al mismo tiempo, constituye un medio preventivo que garantiza una efectiva guarda y protección de las personas incapacitadas residentes en el Centro.

2. **¿Es correcto que el Centro recuerde a los distintos tutores o familiares la necesidad de la renovación del implante?**

A tenor de las anteriores consideraciones y teniendo en cuenta la responsabilidad del centro en la atención integral de las usuarias, el Centro no sólo actúa correctamente al recordar a los tutores la necesidad de la renovación del implante, sino que, además, tiene el deber de hacerlo en beneficio de las usuarias, destinatarias de dicho implante.

3. **¿Quién se responsabiliza de firmar el consentimiento si la usuaria no está incapacitada y la familia no ofrece ninguna garantía?**

En el supuesto de usuarias incapacitadas debe otorgar el consentimiento informado el tutor (arts. 9 de la Ley de Autonomía del Paciente y 215 del Código civil). Si están incapacitadas y no tienen tutor, es preciso ratificar este hecho comprobando la sentencia por la que se declara la incapacitación o acudiendo al Juzgado para verificar si no ha sido constituida la tutela mediante un acto judicial posterior. Si se confirma que no está constituida la tutela es necesario instar dicha constitución, pues es un deber de los parientes y de la persona bajo cuya guarda se encuentra el inca-

pacitado solicitar al juez la constitución de la tutela (art. 229 del Código civil).

Si la usuaria no está incapacitada debe otorgar el consentimiento personalmente, salvo que “no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de su asistencia”. Por consiguiente, deberá ser el médico que proceda a hacer el implante el que valore si esa usuaria es competente o no para otorgar el consentimiento informado. Si no fuera competente, podrá otorgar el consentimiento informado el familiar más próximo o quien ejerza la guarda de hecho en el propio Centro.

4. **¿Las usuarias no incapacitadas judicialmente pueden firmar el consentimiento informado? ¿Se las puede considerar responsable?**

Damos por respondida esta pregunta con lo dicho en el apartado anterior. Conviene, no obstante, advertir que, en estos supuestos, debe instarse la incapacitación judicial, bien a través de los parientes más próximos o de quien ejerza en el Centro la función de guarda de hecho.

Nº 27 - 2007
ENFERMEDAD TERMINAL Y LIMITACIÓN
DE TRATAMIENTOS

FECHA: 19 de octubre de 2007

POBLACIÓN: Psicogeriatría

TEMA: Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET)

TEMA DE CONSULTA

Se trata de una paciente de 83 años ingresada desde enero de 1999, con diagnóstico de Demencia tipo Alzheimer más síndrome depresivo asociado. Ha presentado una evolución rápida de su enfermedad de base por lo que se encuentra encamada y con nutrición a través de sonda nasogástrica desde 2000. Actualmente cursa con demencia tipo Alzheimer GDS VII. Presenta postura fetal mantenida y no es capaz de hablar desde hace años. Al inicio del proceso presentaba alteración conductual importante pero dado la rápida evolución degenerativa se encuentra en mutismo y situación involutiva avanzada. Ha presentado múltiples episodios broncoaspirativos. En los seis primeros meses de este año en concreto ha presentado 4, siendo avisada la familia (hermana y sobrinas) de un pronóstico de vida corto. Así mismo ha presentado alteración del ritmo intestinal, con periodos de procesos diarreicos alternos a estreñimiento.

Hace menos de tres meses se objetiva durante el aseo lesión dura de 2-3 cm de diámetro en región inguinal izquierda. Se encontraba adherido a planos profundos, no fluctuaba y era de consistencia pétreo.

Fue comentado con la familia y se decidió actitud conservadora, realizándose como prueba una analítica de sangre donde se solicitaron marcadores tumorales. Se objetivó elevación de marcador compatible con proceso neoplásico digestivo. Fue diagnosticado de probable metástasis de tumor primario digestivo y se inició tratamiento con analgesia simple.

Al mes de evolución la masa tumoral había duplicado su tamaño, presentando coloración violácea en relación a necrosis de la masa. Se solicitó interconsulta al cirujano que acudía mensualmente al centro

para valorar posible actuación que evitara una complicación mayor posterior y decidió (aun en contra de la familia) derivar al Hospital de referencia para descartar hernia inguinal incarcerada.

Fue valorada por Cirujano general y Dermatólogo de dicho Hospital General, se realizaron radiografías de abdomen que descartaron hernia inguinal incarcerada. Fue dada de alta con diagnóstico de Tumora- ción metastática necrótica.

A los dos meses de evolución presenta picos febriles, realizándose sis- temáticos de orina que resultan estériles, no presentando clínica res- piratoria ni ninguna otra sintomatología. La masa tumoral presentaba inicio de ulceración superficial dado el progresivo aumento de tamaño. Dado que este era el principal foco de origen de cuadro febril decidi- mos inicio de tratamiento antibiótico empírico y antitérmico.

En el momento actual, la paciente se encuentra afebril, dado que se encuentra con dos fármacos antitérmicos pautados de forma mante- nida, a pesar de lo cual presenta sudoración profusa continua. Se ha ido subiendo progresivamente analgesia dado que mostraba signos evidentes de dolor y disconfort. Precisa 75 mg de MST (morfina de li- beración prolongada) que se administra por SNG para control de do- lor. Precisa curas diarias de la úlcera que evoluciona aumentando de tamaño por días a pesar de curas, tratamiento antibiótico tópico y con parches de carbón para evitar el mal olor.

Dada la localización de la tumoración, en región inguinal izquierda, no se puede prever pronóstico dado que no presenta en proximidad nin- gún órgano vital. Aunque si se ha objetivado que la masa tumoral en tres meses ha triplicado su tamaño y se encuentra ulcerada.

PREGUNTAS AL CEAS

1. ¿Es ético continuar alimentando por SNG a esta paciente y prolon- gar así la vida aún a costa del sufrimiento de la paciente?
2. Se está realizando tratamiento activo de todas las complicaciones que ha presentado ¿hasta cuándo seguir pautando antibiótico u otro tipo de tratamientos activos que pueden así mismo prolongar la vida?

RESPUESTA

1. El relato patográfico de la situación clínica de la paciente, revela una situación terminal con patología múltiple y con un cuadro clínico de base que ha dado lugar a que la paciente se encuentre encamada y con nutrición por sonda nasogástrica desde el año 2000.
2. Desde un punto de vista ético y de acuerdo con la instrucción de la Li- mitación del Esfuerzo Terapéutico parece indicado que se suspenda el tratamiento curativo, que se considera inútil en cuanto a la posible recuperación de la paciente, y se proceda a la aplicación únicamente de tratamiento paliativo. Por este motivo, en relación con la segunda pregunta formulada a la Comisión, parece indicado al caso que se proceda a la suspensión de todos los tratamientos activos, que se están dispensando para intentar resolver las complicaciones tera- péuticas que surgen en el proceso mórbido que padece el paciente y se atiende únicamente a la aplicación de terapia paliativa.
3. Sobre la primera pregunta planteada a la Comisión, en relación con el mantenimiento de la alimentación por sonda nasogástrica, la respuesta conforme con la opinión mayoritaria en el ámbito de la bioética debería ser positiva, en cuanto a la retirada de la sonda. No obstante, teniendo en cuenta las respuestas de Congregación para la Doctrina de la Fe del 1 de agosto de 2007 a las preguntas formuladas por la Conferencia Episcopal Estadounidense sobre esta cuestión, que califican la alimentación e hidratación artificial como cuidados ordinarios y proporcionados y no como tratamiento, parece oportuno, que dado el ideario católico del Centro, "mientras se demuestre que (dicho cuidado) cumple su finalidad, que consiste en procurar la hidratación y la nutrición del paciente" se continúe administrando la nutrición e hidratación artificial al paciente.
4. Al comienzo de la sesión, la Dra. informó del fallecimiento de la pacien- te la noche anterior, lo que viene a confirmar el acertado diagnóstico y pronóstico, descrito en la consulta que se dirigió a esta Comisión. Aun- que las observaciones de la Comisión ya no pueden tener aplicación al caso planteado, parece oportuno emitir el presente dictamen con la finalidad de fijar la posición de la Comisión para casos semejantes.

Nº 28 - 2007

VADEMECUM DE UN HOSPITAL

FECHA: 22 de junio de 2007

POBLACIÓN: Personas con Enfermedad Mental

TEMA: Relaciones afectivo-sexuales

TEMA DE CONSULTA

Ante el riesgo de contactos sexuales entre pacientes incapacitados y el riesgo de embarazo no deseado, se plantea la opción de la posible aplicación de tratamiento anticonceptivo interceptivo (píldora del día siguiente). Se añade que no existe en la actualidad en el vademécum de la clínica ningún fármaco que haga esa función, por lo que, en caso de necesidad, habría que buscarlo fuera o enviar a la paciente a un hospital público.

PREGUNTAS AL CEAS

1. ¿El consentimiento informado actual para anticoncepción hormonal preventiva cubre la eventualidad de anticoncepción hormonal interceptiva?
2. ¿Qué conflictos supondría incluir un anticonceptivo en el vademécum oficial de la Clínica?

RESPUESTA

1. El Consentimiento Informado, de acuerdo con los principios bioéticos y la legislación vigente, tiene que otorgarse para un tratamiento específico concreto, por lo que no sería adecuado utilizar un protocolo de anticoncepción hormonal preventiva a un tratamiento de anticoncepción interceptiva.
2. El Protocolo de Consentimiento Informado para la administración de anticonceptivos, aprobado por la Comisión de Ética Asistencial de esta Provincia, contiene un Anexo en el que se especifica que dicho Protocolo se refiere al tratamiento específico de reguladores de la ovulación (RO) y, por tanto, de carácter preventivo. Los fármacos destinados a realizar esta misión, que tienen diversas

funciones terapéuticas, pueden figurar en el vademécum de la Clínica. No podrían, sin embargo, incluirse los fármacos destinados a la anticoncepción interceptiva, cuya eticidad, desde el ideario del Centro, puede ser cuestionable por su posible carácter abortivo.

Nº 29 - 2008

VIH Y RIESGO DE CONTAGIO A LA PAREJA

FECHA: 14 de marzo de 2008

POBLACIÓN: Personas con Enfermedad Mental

TEMA: Relaciones afectivo-sexuales

TEMA DE LA CONSULTA

Un usuario lleva manteniendo una relación estable con otra usuaria, y mantienen relaciones sexuales sin preservativo, utilizando otros medios. Ambos están atendidos en el mismo centro. A pesar de ser una pareja estable, él (trastorno de personalidad y competente) se conoce que últimamente está manteniendo múltiples relaciones sexuales indiscriminadas y sin ningún tipo de protección, lo que lleva a pensar al equipo que tiene un muy elevado riesgo de contagio de una ETS como el Sida. Él lo cuenta al equipo pero no a su pareja. El equipo está preocupado por la salud de él así como por la de ella.

Ambos usuarios son personas adultas con enfermedades mentales, capaces legalmente y que viven cada uno en su casa, con su familia.

Han intentado que se haga pruebas diagnósticas y revisiones para que valoren si ha podido contraer una ETS al mismo tiempo que han procurado darle información de los riesgos de su conducta y la necesidad de ajustarla y controlarla (se cree que hay un cierto descontrol del impulso sexual). Sin embargo él escucha estos consejos pero no pone en marcha ningún tipo de medida.

PREGUNTAS AL CEAS

El equipo se plantea las siguientes preguntas:

- Ahora el diagnóstico no existe pero si un riesgo elevado: ¿deberíamos avisar a su pareja estable del riesgo que corre de manera que use medios de barrera?
- ¿Se debería insistir o hasta obligar a que se haga pruebas médicas?
- En caso de que se confirme el diagnóstico, y si no lo comunica a su pareja, ¿Se debería comunicar desde el centro a su pareja?

RESPUESTA

El derecho a la intimidad personal es un derecho reconocido ética y jurídicamente. Como consecuencia de este derecho surge el deber de confidencialidad que, en el ámbito asistencial, comprende a todas las personas del Centro Asistencial y, de manera especial, a aquéllas que tengan una relación profesional directa e inmediata con el usuario. No obstante, el derecho a la intimidad, como todos los derechos, tiene límites y, en concreto, los derechos de los demás y el orden público protegido por la ley.

En el marco de la salud, y con especial referencia a la salud pública, los derechos de los pacientes (libertad, consentimiento informado, intimidad etc.) ceden ante el riesgo de propagación o transmisión de enfermedades transmisibles, epidemias, etc., lo que permite la privación temporal de la libertad (cuarentena), la medicación obligatoria, la información del portador de la enfermedad a las autoridades correspondientes, etc.

Los principios de beneficencia (hacer el bien) y de no maleficencia (no hacer daño) inspiran, desde un punto de vista ético, esta normativa jurídica, orientada a evitar riesgos o daños a terceros. Por ello, en relación con las preguntas que se formulan, se pueden realizar las siguientes consideraciones:

1. Al carecer de diagnóstico y existir incertidumbre respecto al padecimiento de la enfermedad, parece aconsejable advertir al usuario del riesgo que corre personalmente y de la responsabilidad que asume ante la posible transmisión de la enfermedad a su pareja y a cualquier otra persona con la que mantenga relaciones. Se puede advertir al usuario acerca de la responsabilidad civil y penal en la que pueda incurrir por el daño causado a otra persona al transmitirle una enfermedad por grave imprudencia del mismo.
2. Se debe insistir razonablemente en la necesidad de saber si padece dicha enfermedad, por su propio bien y el de las demás personas con las que se relaciona, ejerciendo toda la persuasión posible, sin coacción ni manipulación.

3. Si se confirma el diagnóstico se debe proceder a comunicar esta situación a la persona o personas que pudieran verse afectadas. Así lo previene el art. 16 del Deontológico Médico, al decir que "... podrá revelar el secreto: d) "si con su silencio diera lugar a un perjuicio al propio paciente o a otras personas; o a un peligro colectivo", como consecuencia del principio de no maleficencia, antes comentado.

Nº 30 - 2008

RETIRADA DE LA SONDA NASOGÁSTRICA Y LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO

FECHA: 14 de marzo de 2008

POBLACIÓN: Enfermos en fase terminal

TEMA: Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET)

TEMA DE LA CONSULTA

Se trata de una unidad de 37 camas con un alto perfil de cuidados de enfermería por encontrarse en situación de gran dependencia secundaria a la evolución de su enfermedad de base.

En ella existen 15 pacientes con Demencia de diversas etiologías que se encuentran en fase terminal, es decir en la clasificación de Reisberg GDS VII (dependencia absoluta para todas las actividades de la vida diaria, doble incontinencia, inmovilismo, vida cama-sillón, en la mayoría de los casos no hay emisión de lenguaje). Dos de ellos son portadores de SNG permanente para nutrición por disfagia y episodios de broncoaspiración desde hace más de un año. Tres de ellos se encuentran encamados de manera permanente.

Así mismo se encuentran seis pacientes con retraso mental profundo, sin capacidad de comunicación verbal y que por diferentes causas presentan dependencia absoluta para todas las ABVD (actividades básicas de la vida diaria). Dos de ellas portadoras de SNG y otra con PEG (gastrostomía percutánea). Una de ellas se alimenta por SNG desde hace más de 16 años.

Desde mi llegada a la unidad me he ido cuestionando diversas actitudes y planteamientos:

- En 2008 se encontraban encamados de manera permanente 9 pacientes. De ellos tres han fallecido. Si ha habido unas circunstancias clínicas que desencadenaron el deterioro funcional precisando para ello ser encamados, transcurrido un tiempo de estabilización, ¿es posible la rehabilitación? Creo que es necesario replantearse los pacientes continuamente encamados (dos tenían menos de 65 años de edad). Actualmente tres pacientes se encuentran incorporados

a programas de Fisioterapia o movilización supervisada, siendo capaces de deambular con ayuda. Solo tres pacientes permanecen encamados.

- Así mismo existían 9 pacientes alimentados con SNG por distintos motivos. Tres de ellos han fallecido. Todos desde hace más de un año. Existe indicación para sustituir SNG por PEG (gastrostomía percutánea) si se prevé que va a prolongarse dicha indicación más de seis meses. Cuando había solicitado la interconsulta a medicina digestivo para realizar dicha técnica me planteé el intentar reintroducir la alimentación vía oral. Desde hace más de un mes se han retirado dos SNG y los pacientes se alimentan vía oral sin complicaciones por el momento.

Un caso difícil es el de una paciente con retraso mental profundo de 40 años de edad, portadora de SNG desde hace más de 16 años. La familia rechaza realizar dicha técnica (PEG). A pesar de precisar contención mecánica continua para evitar que se arranque la sonda, se la quita dos o tres veces al día, teniendo que ser colocada nuevamente. ¿Qué es lo mejor para la paciente?

- De los 15 pacientes con Demencia en fase Terminal la complicación clínica más habitual está en relación con la nutrición. La mayoría presenta disfagia o negativa a la ingesta por diversos motivos y la complicación habitual suele ser las broncoaspiraciones. En estos pacientes se instaura tratamiento antibiótico, mucolítico, nebulizaciones y oxigenoterapia si fuera preciso de manera sistemática. La mayoría de estas actuaciones urgentes ocurren durante las guardias por lo que el médico que las atiende es un Psiquiatra e instaura sistemáticamente el tratamiento. Puntualmente ante pacientes que veo evolutivamente deterioro franco comento en el cambio de guardia y dejo escrito actitud a seguir. ¿Hasta cuándo hay que mantener tratamiento activo?
- Durante una guardia se produjo la descompensación de una paciente que se encontraba encamada desde hacía 4 años con SNG tras sufrir hemorragia intracraneal. Era incapaz de emitir lenguaje sin embargo en sus ojos se veía que era capaz de seguir todo lo que ocurría a su alrededor. Presentaba infección respiratoria por

toria. Se avisó al médico de guardia y el personal auxiliar de la unidad inició maniobras de reanimación cardiopulmonar. La paciente respondió a las maniobras pero consecuencia de ellas presentó fractura esternal que desencadenó mayor dificultad respiratoria e insuficiencia respiratoria severa. Se decidió trasladar a la paciente. Dado que la familia creía que estaba mejor atendida en el Hospital General de referencia, porque los médicos estaban de manera continua, rechazó el volver al centro para realizar tratamiento paliativo y ofrecer una muerte digna; la paciente permaneció 10 días en los pasillos de la urgencia del Hospital. No querían "ocupar una cama para un caso así". Tras repetidas llamadas telefónicas a los médicos de guardia, se consiguió subir a planta a la paciente falleciendo en las siguientes 24 horas. Durante su estancia en Urgencias sufrió nueva parada respiratoria y se realizaron nuevamente maniobras de reanimación, manteniendo viva a la paciente ¿cuántos errores se cometieron a lo largo de este desenlace? Y sobre todo ¿cómo evitarlos?

RESPUESTA

La Comisión ha leído con atención y ha escuchado, con la misma actitud, la exposición oral de la Dra. sobre el funcionamiento de la Unidad de Alto Grado de Enfermería de un Hospital Psiquiátrico, siendo objeto de una valoración muy positiva por parte de todas las intervenciones. Desde un punto de vista clínico, se aprecia un notable progreso en la evolución de algunos pacientes, a pesar de su situación terminal, debiendo resaltar el paso de algunos pacientes encamados a una situación de movilización con ayuda, la retirada de SNG a algunos pacientes pasando a ser alimentados por vía oral, así como la sustitución de la indicación SNG por la gastrostomía percutánea (PEG), que permite superar las complicaciones de la SNG. La mejora en el plano clínico parece evidente y debe quedar constancia de ello.

Las cuestiones éticas planteadas en el Informe están estrechamente vinculadas a la situación clínica y, dada la competencia clínica y la sensibilidad ética que refleja el escrito, la Comisión sólo puede manifestar su apoyo a las decisiones adoptadas hasta la fecha. Sobre algunas cuestiones concretas sólo se puede añadir que el mantenimiento activo, es decir, el mantenimiento de un tratamiento curativo

encuentra su límite (Limitación del Esfuerzo Terapéutico -LET-) en la irreversibilidad del proceso mórbido y en la inutilidad de dicho tratamiento, momento en el que procede iniciar el tratamiento paliativo. La apreciación de las circunstancias clínicas corresponde al responsable médico que, en todo caso, debe evitar el proceso de encarnizamiento terapéutico que refleja el caso de la paciente trasladada al Hospital Público de referencia.

Finalmente, la Comisión recomienda que se procure instruir y persuadir a los parientes de los enfermos para que suscriban el correspondiente consentimiento informado de acuerdo con las indicaciones y previsiones terapéuticas propuestas por el equipo médico, tanto respecto a la gastronomía percutánea como a la prescripción de las medidas adecuadas para aplicar oportunamente el LET.

Nº 31 - 2008

DECISIÓN DE APLICAR O NO UNA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

FECHA: 25 de abril de 2008

POBLACIÓN: Daño Cerebral, Enfermedad Terminal

TEMA: Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET)

TEMA DE LA CONSULTA

Se trata de una joven de 20 años de edad en estado vegetativo permanente que recibe tratamiento ambulatorio en la Unidad de Daño Cerebral. En verano de 2003 (con 17 años de edad) sufre accidente de tráfico, presentando traumatismo craneal grave, traumatismo torácico y diversas fracturas; el TAC mostró aumento de las contusiones hemorrágicas bilaterales y del edema cerebral difuso con efecto masa, que precisó sistema de drenaje ventricular. La resonancia magnética mostró áreas de encefalomalacia postraumática frontotemporal izquierda, parieto-temporal derecha y en cerebelo derecho. El electroencefalograma mostró coma theta con mal pronóstico evolutivo.

A finales de 2003 presentó episodio de parada respiratoria, resuelta con ventilación manual precisando conexión a ventilación mecánica. En Octubre de 2003 sufrió nueva parada cardiorespiratoria precisando RCP avanzada durante más de 20 minutos.

Durante los ingresos en diferentes centros, la paciente ha presentado las siguientes complicaciones:

- Estenosis traqueal del 40%, por debajo de traqueotomía, que precisó colocación de cánula.
- Múltiples procesos infecciosos con focos respiratorios y urinarios tratados con antibioterapia específica.
- Crisis vegetativas (taquicardia, hipertensión, sudoración) con mala respuesta terapéutica.
- Trombosis venosa profunda en miembro inferior derecho.
- Úlcera por presión en base de 5º metatarso del pie izquierdo.

Actualmente recibe alimentación por PEG desde final de 2003, tratamiento de espasticidad con bomba de Baclofen. La valoración física actual presenta Tetraplejía

espástica, falta de control cefálico, falta de control de tronco, no presenta movilidad activa, ausencia de respuestas ante estímulos del entorno ni evidencia de interacción con el entorno, limitaciones en la movilidad pasiva de varias articulaciones (codo derecho, caderas y rodillas); usa férulas en ambos miembros superiores, pies equino-varos bilaterales estructurados no reductibles; usa férulas en ambos miembros inferiores, dolor en cadera izquierda (calcificación periarticular), reflejo nauseoso ausente bilateralmente; reflejos orales patológicos presentes, dependiente para todas las actividades de vida diaria.

PREGUNTAS AL CEAS

Se plantean las siguientes preguntas al CEAS:

- ¿cómo actuar en caso de que la paciente vuelva a presentar una parada cardiorespiratoria?
- ¿existe la posibilidad de escribir un testamento vital, en este caso escrito por parte de los padres, donde se exprese la voluntad o no de prolongar una reanimación cardiopulmonar?
- ¿cómo se puede plantear esta problemática a la familia?

RESPUESTA

Todos los miembros subrayan la sensibilidad ética de la consultante ante el caso que se presenta. Se está ante una persona en estado vegetativo permanente, con un pronóstico muy negativo, con previsible deterioro progresivo que sería mucho mayor si no fuese por la intervención ofrecida por el centro de Daño Cerebral.

El subcomité de Control de Calidad de la Academia Americana de Neurología (Neurology, 1995: 451015-1018) publica un documento llamado: Parámetros prácticos: Asistencia y manejo clínico de pacientes en estado vegetativo persistente. En este documento se expresan las Directrices de manejo clínico. Entre ellas se destaca la responsabilidad de discutir con la familia o subrogados las probabilidades pronosticas y evolutivas del paciente. El paciente en estado vegetativo persistente debería recibir cuidado apropiado médico, de enfermería o domiciliario para mantener su dignidad e higiene personal. Los médicos y la familia deben determinar los niveles apropiados de tratamiento relativos a la administración o supresión de:

- Medicación y órdenes de tratamiento
- Oxígeno suplementario y uso de antibióticos
- Tratamientos complejos de mantenimiento de órganos, como la diálisis
- Administración de sangre y derivados
- Hidratación artificial y nutrición

La duración del estado es decisiva para certificar una reversibilidad o irreversibilidad. Es importante diferenciar entre estado vegetativo persistente (dura más de 1 mes) y permanente (es irreversible). El diagnóstico de este último puede hacerse con confiabilidad en los casos de origen no traumático a los tres meses y a los 12 meses de los comas traumáticos.

En el caso presente existe un origen doble (traumático y post-anoxia tras parada cardiorrespiratoria prolongada) y una persistencia del estado vegetativo superior a los tres años. Han existido multitud de complicaciones secundarias que han incidido en un mayor deterioro funcional y que han precisado medidas de intervención agresivas para solventarlas. Así mismo la intervención terapéutica en nuestro centro evita un deterioro acelerado pero no ha aportado mejorías clínicas a la paciente.

Una vez que el estado vegetativo persistente es considerado como permanente es apropiada una "orden de no resucitación". A este respecto y dado la evidencia clínica en esta paciente (a través de pruebas de imagen, potenciales evocados, persistencia en el tiempo, ausencia de mejoría, deterioro progresivo, presencia de múltiples complicaciones...) sería conveniente llegar a un consenso con la familia y darlo a conocer al personal encargado del cuidado de la enferma, aunque la atención sea en espacio breve de tiempo, como ocurre en nuestro centro.

Por otro lado hay que considerar la doctrina de la Iglesia Católica, que defiende la posibilidad de realizar una Limitación del Esfuerzo Terapéutico en este tipo de casos. Concretando el tipo de limitación que puede hacerse, se cuenta con una respuesta de la Santa Sede del 14 de septiembre de 2007 en donde se afirma que, en concreto, la hidratación y nutrición son una parte de los cuidados, por lo que debe

ser siempre puesta y nunca retirada salvo que esté contraindicada. Desde estas reflexiones se dará paso a contestar a las preguntas remitidas.

Ante la primera cabe afirmar que dado que no existe consentimiento por parte de la familia para realizar una limitación del esfuerzo terapéutico, ante una situación de emergencia siempre se debe actuar salvando la vida de la persona en riesgo, poniendo todos los medios necesarios y disponibles para lograrlo. El tratamiento ofertado por la Unidad de Daño Cerebral está indicado, ya que aunque no pueda curar a la paciente, puede frenar el deterioro de la misma, objetivo en este momento de la familia que actúa en representación de la enferma al no ser competente.

Ante la segunda pregunta, el testamento vital o directrices anticipadas está recogido en la Ley de autonomía del usuario de noviembre del 2002. Se contempla la posibilidad de que una persona mayor de edad pueda escribir unas directrices en un momento en que es competente, por si en algún momento de su vida dejara de serlo, poder guiar las actuaciones médicas según sus propios deseos y valores. También se recoge la posibilidad de designar a alguien que pueda realizar una toma de decisiones en el caso de que la persona no sea competente. En el caso que nos ocupa, la paciente era menor de edad cuando tuvo el accidente, por lo que no pudo escribir las directrices anticipadas. Un tercero nunca puede escribir directrices anticipadas, pues esto sólo debe hacerlo la propia persona. Lo que los terceros pueden hacer es tomar decisiones en nombre de la persona incompetente. En este caso son los padres los que tienen el derecho a velar por los intereses de la paciente. En este caso parece claro que la familia opta por seguir defendiendo la aplicación de tratamientos a su hija, por lo que hay que continuar con las acciones que hasta la fecha se están haciendo.

Ante la tercera pregunta, efectivamente el Comité de Ética Asistencial opina que está absolutamente indicada la necesidad de hablar con la familia sobre el estado irreversible de la paciente, así como de su pronóstico y evolución desfavorable para, desde ahí poder hacerla entender que tal vez el mayor bien de la paciente no sea continuar con tratamientos activos antes nuevas crisis que pudieran aparecer. Sin

embargo estas acciones deben entrar en el campo de la persuasión y nunca en el de la manipulación, respetando siempre el criterio de la familia. El mantenimiento activo, es decir, el mantenimiento de un tratamiento curativo encuentra su límite (LET) en la irreversibilidad del proceso mórbido y en la inutilidad de dicho tratamiento, momento en el que procede iniciar el tratamiento paliativo. En este caso, y si la familia aceptase (con consentimiento informado por escrito), estaría indicado hacer órdenes de no resucitación, no iniciar tratamientos activos como el uso de antibióticos y se debería mantener siempre la hidratación y nutrición (al menos en nuestros centros).

En cualquier caso se recuerda que la Comisión de Bioética se limita a dar su opinión consensuada de modo tal que el profesional responsable del caso pueda tener un mejor criterio para la toma de decisiones clínicas, por lo que las reflexiones y pautas arriba descritas quedan en el ámbito de la recomendación.

FARMACIA Y OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

FECHA: 28 de mayo de 2008

POBLACIÓN: General

TEMA: Objeción de conciencia

TEMA DE LA CONSULTA

La Responsable del Servicio de Farmacia de un Hospital Psiquiátrico ha presentado una Solicitud, dirigida al Comité de Bioética Provincial (Provincia de Madrid), para que se le permita la objeción de conciencia ante la dispensación de anticonceptivos hormonales con fines anticonceptivos (evitar embarazos no deseados).

RESPUESTA

La solicitud presentada contiene una petición que excede las competencias propias de esta Comisión, pues, por su propia naturaleza, el CEAS es un organismo meramente consultivo, carente de facultades decisorias o ejecutivas, como pueda ser el reconocimiento en el ámbito laboral de la condición de objetor de conciencia. Dicho esto, la Comisión ha examinado con suma atención la argumentación de la solicitante y ha valorado los aspectos éticos, jurídicos y clínicos que acompañan a la solicitud. Con el máximo respeto hacia la persona que formula la consulta y, por supuesto, hacia el ámbito de la conciencia y de los problemas que puedan derivarse en el ámbito profesional, la Comisión desea hacer llegar a la solicitante, al hilo de las cuestiones que formula, algunas reflexiones clínicas, éticas y jurídicas sobre el caso planteado.

1. La objeción de conciencia de la solicitante se basa en el probable **efecto abortivo de los anticonceptivos actuales**.

Utilizando la bibliografía remitida por la propia consultante, con el objeto de justificar el carácter abortivo de los anticonceptivos hormonales, se puede observar que las conclusiones alcanzadas al respecto son las siguientes:

- a) El análisis de los supuestos en el que el uso de los anticonceptivos

hormonales pudiera producir efectos abortivos es el equivalente a 1,5 cada 200 ciclos (16 años). Este resultado merece para el autor la siguiente conclusión: “muy pocas mujeres toman la píldora durante un tiempo tan prolongado sin interrupción”. Acerca de la validez de estos datos estadísticos se añade: “Este dato es estadístico, y nos hace hablar de probabilidades porque, mientras que se dispone de tecnología suficiente para averiguar cada uno de los mecanismos de acción de la píldora anovulatoria, no hay datos objetivos para cuantificar las fecundaciones que han tenido lugar, ni tampoco los eventuales abortos. Los sistemas de detección de los marcadores del embarazo, como la hCG, no son fiables en el caso de los abortos precoces, ya que el embrión en sus primeras fases aún no ha producido esta hormona”. Parece evidente, que una de las finalidades de los anticonceptivos hormonales es la anticoncepción y no el aborto, sobre cuya posibilidad, como efecto secundario, es tan remota, o mucho más, como lo pueda ser en otros medicamentos la aparición de efectos secundarios, leves, graves o muy graves, incluido el fallecimiento del propio enfermo.

- b) Los anticonceptivos hormonales son utilizados, también, con fines terapéuticos, en cuyo caso, la licitud ética del uso de estos medios es reconocida por el propio magisterio eclesial: “La Iglesia - se dice en la Encíclica *Humanae vitae*- no retiene de ningún modo ilícito el uso de los medios terapéuticos verdaderamente necesarios para curar enfermedades del organismo, a pesar de que se siguiese un impedimento, aun previsto, para la procreación, con tal de que ese impedimento no sea por cualquier motivo, directamente querido”. Es evidente que la finalidad de la medicación, terapéutica o anticonceptiva, corresponde al médico y, por tanto, la dispensación farmacéutica del anticonceptivo no requiere entrar a valorar la finalidad del tratamiento dispuesto por el médico, por lo que su dispensación - en un plano objetivo- no debería generar dilemas éticos al profesional farmacéutico que los dispensa.

2. El farmacéutico como profesional sanitario puede tener motivos que le lleven a plantearse **la objeción de conciencia en determinados casos.**

Se ha dicho que la conciencia es el órgano de conformación ética del propio ser. Desde esta perspectiva, hay que entender que la conciencia es un fenómeno esencialmente personal, no es un saber teórico moral, ni un órgano de conocimiento de un orden ético trascendente o de un sistema de valores intemporal. En la significación actual la conciencia es un enfrentamiento del yo consigo mismo en busca de su autenticidad. El sujeto de la conciencia es el hombre en su realidad concreta, en lo que sólo es él y no lo que tiene en común con los demás. Por ello, lo que provoca el juicio de conciencia es también una situación concreta e irreplicable, una constelación de fines, intereses, supuestos, implicaciones, caracterizada precisamente por su unicidad. Sólo relacionando la individualidad concreta del sujeto y la singularidad concreta de la situación es posible entender en su verdadera dimensión el fenómeno de la conciencia: la decisión de una existencia en un momento determinado.

La obligatoriedad ética de la conciencia ha sido defendida con firmeza a lo largo de la historia, dejando ejemplos sublimes de obediencia a la propia conciencia más allá de la propia vida. Para la tradición escolástica, Dios juzgará al hombre según la medida en que éste haya cumplido o no los mandatos de su conciencia. Para Fichte, la conciencia es juez de toda convicción y no reconoce sobre sí ningún otro juez superior, sino que decide en última instancia y de modo inapelable. Y para Hegel, recogiendo una mentalidad secular europea, la conciencia es el Tribunal Supremo, el lugar más elevado de la interioridad, algo sagrado, nunca coaccionable.

Dicho esto, nada más respetable para esta Comisión que el respeto a los dictados de la conciencia de la consultante, en cuya interioridad, allí donde germinan las convicciones más profundas, nadie puede entrar. El respeto más profundo hacia los mandatos de la conciencia, desde un punto de vista ético, suscita la cuestión acerca de cómo se concilia la obligatoriedad de los mandatos jurídicos que puedan ser contradictorios con los mandatos de la conciencia. El respeto hacia la dignidad de la persona humana y de sus derechos y libertades ha llevado a reconocer, también, el derecho de libertad de conciencia y las llamadas objeciones de conciencia. No obstante, la distancia entre la interioridad de la conciencia y la exterioridad del orden social

no puede admitir el reconocimiento de un derecho general de objeción de conciencia, es decir, reconocer la conversión de la obligación de conciencia ética en una objeción de conciencia jurídica. La imposibilidad de juzgar la veracidad de la conciencia ajena hace imposible distinguir la objeción de conciencia de la llamada objeción de conveniencia, que puede ser alegada para eludir los mandatos jurídicos. La incapacidad del derecho para hacer efectiva esa equivalencia entre objeción de conciencia ética y objeción de conciencia jurídica, así como el riesgo de convertir el orden jurídico en una selva jurídica, hace imposible que, siempre y en cualquier caso, el alegato de objeción de conciencia se convierta de inmediato en un derecho de objeción de conciencia.

La conclusión alcanzada es el reconocimiento en casos concretos, en supuestos reconocidos socialmente como conflictivos para la conciencia común, del derecho de objeción de conciencia; así, la objeción de conciencia al servicio militar es el único supuesto que ha merecido reconocimiento constitucional. En los demás supuestos, en los que, posteriormente, se pudiera producir una cierta sensibilidad social contraria a un mandato jurídico obligatorio, el legislador podrá reconocer el ejercicio del derecho de objeción de conciencia para ese supuesto concreto.

3. El Centro ha reconocido la objeción de conciencia del personal de farmacia

De acuerdo con lo dicho anteriormente, ¿el legislador ha reconocido un derecho genérico de objeción de conciencia de los profesionales farmacéuticos en relación con la dispensa de medicamentos? En principio, no existe ninguna disposición normativa de rango legal que lo autorice, razón por la cual los artículos 23 y 33 del Código de Ética y Deontología de la Profesión Farmacéutica, que reconocen supuestos de objeción de conciencia, carecen de base legal. Tal vez este hecho explique la demora en su aprobación, por parte del Ministerio de Sanidad, siendo así que dicho Código ha sido aprobado por la Asamblea General de Colegios el 14 de diciembre de 2001. Por consiguiente, la invocación de los preceptos de ese Código carece de fundamento a efectos jurídicos para el reconocimiento de la solicitada objeción de

conciencia. Pero, además, si los anticonceptivos hormonales fueran abortivos, ni el Ministerio de Sanidad ni el Colegio Farmacéutico podrían autorizar su dispensación ordinaria ni el Colegio Médico su prescripción, porque el aborto está tipificado como un delito en nuestro Código Penal, salvo los supuestos expresamente despenalizados. En este supuesto, por tanto, no sería necesario alegar objeción de conciencia, simplemente denunciar la comercialización y venta de un producto cuya finalidad sería la comisión de un delito.

4. La solicitud de reconocimiento de la objeción de conciencia, tal como se ha venido haciendo hasta ahora, porque la situación genera serios problemas de conciencia.

La Comisión carece de facultades para conceder la situación solicitada. Las reflexiones realizadas pueden ayudar a alcanzar un acuerdo entre la solicitante y la dirección del centro, que es a quien corresponde tomar una decisión al respecto. A las anteriores reflexiones podemos añadir, de forma resumida, las siguientes:

- a) El derecho español no reconoce un derecho de objeción de conciencia farmacéutico relacionado con el supuesto descrito por la solicitante. El respeto hacia los problemas de conciencia que pueda tener la solicitante debe ser tenido en cuenta por la empresa con el fin de encontrar una solución que sea compatible con las necesidades propias de la gestión de la farmacia.
- b) El ideario católico del centro determina que las actividades profesionales que se realicen en el mismo respeten la doctrina del magisterio de la Iglesia. En relación con la cuestión planteada, es oportuno recordar que la prescripción de anticonceptivos por razones terapéuticas es éticamente lícito de acuerdo con la moral católica, tal y como anteriormente hemos expuesto. La ilicitud ética de los anticonceptivos, según la Encíclica *Humanae vitae*, está referida solamente al matrimonio, cuyo fin es la procreación, crianza y educación de los hijos, sin mencionar en ningún momento las relaciones extramatrimoniales, que son ilícitas en sí mismas, y no están, como tales, destinadas éticamente a la procreación. Por otra parte, el probable efecto abortivo de los anticonceptivos hormonales es tan excepcional que no existen datos

experimentales de dichos efectos, por lo que, en el supuesto de que pudieran producirse, tendrían, a lo sumo, la consideración de efectos secundarios, cuya posibilidad está prevista en la mayoría de los medicamentos.

- c) La formación de la conciencia no está necesariamente ligada a una doctrina filosófica o religiosa. La conciencia debe ser respetada, al margen de las normas y principios éticos de una concreta religión. En el caso presente, la doctrina católica puede ser interpretada más allá de lo que prescribe la propia moral católica y debe ser respetada, no porque sea doctrina católica, sino porque son convicciones personales que conforman la propia conciencia

ROMPER LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

FECHA: 28 de mayo de 2008

POBLACIÓN: Personas con Enfermedad Mental Crónica

TEMA: Confidencialidad

TEMA DE LA CONSULTA

Se trata de un usuario atendido hasta fecha reciente en un piso supervisado asociado a un recurso residencial, y concertado con la Administración Pública.

Dicho usuario está diagnosticado de Trastorno de la personalidad Esquizotípico, y no se encuentra en situación jurídica especial tal como curatela o incapacidad legal. En un primer momento fue derivado desde el Servicio de Salud Mental de referencia (SSM) al recurso residencial como medio para la preparación hacia una vida más autónoma. La intervención diseñada y desarrollada durante 6 meses tuvo como objetivo el aumento en el nivel de autonomía general. Posteriormente pasó a vivir de forma más independiente en un piso supervisado dentro de un marco de coordinación conjunta con el SSM y otros recursos de rehabilitación psicosocial. En este piso residió desde verano del 2005 hasta mediados de 2008, recibiendo el apoyo y supervisión del equipo de pisos supervisados.

La baja del piso estuvo motivada por una expulsión del recurso. Esta medida se acordó de forma conjunta con su servicio de salud mental de referencia, como consecuencia del hecho de haber facilitado desde hacía varios meses el acceso al piso a su hermano, y haber ocultado de forma activa y reiterada que dicho familiar pernoctaba en dicho piso, a pesar de ser conocedor desde su ingreso en el recurso que este hecho suponía un incumplimiento grave de las normas.

El usuario fue informado de su baja en abril por parte del director de los pisos supervisados y de los responsables del programa de continuidad de cuidados del SSM. Además se le informó de la posibilidad de acceder temporalmente a la residencia hasta que se decidiera si el carácter de su expulsión era temporal o definitivo. Esta posibilidad fue rechazada por el usuario. A continuación, ese mismo día, su

psiquiatra mantuvo una entrevista con el usuario y concluyó que se encontraba estable desde un punto de vista psicopatológico, y con capacidad para tomar la decisión de rechazar la residencia. Posteriormente se le requieren las llaves y se le facilita el acceso en presencia de personal técnico al piso para recoger las pertenencias que fuera a necesitar de forma inmediata (medicación, productos de aseo...etc.). En cuanto al resto de enseres se le indicó que los retirara, pero manifestó la imposibilidad por no tener un lugar donde guardarlos. Más tarde en el propio piso se mantiene una entrevista en el que se le aconseja acceder a la residencia, pero de nuevo niega esta posibilidad y pide que no se le insista. Aún así se consigue acordar un tiempo para reflexionar sobre esta decisión y una cita para comunicar la decisión tomada. Días después se desarrolla esta entrevista, manteniendo su rechazo a vivir temporalmente en la residencia.

Se le informa por tanto que ante la situación de baja del piso debe dejar libre la habitación para que pueda ser ocupada por otra persona, y se acuerda una cita al día siguiente en el piso con el fin de informarle de los plazos para dejar libre la habitación, y la forma de proceder para cumplir este objetivo. No asiste a esta cita. Ante la ausencia del usuario y la falta de información durante diez días se procede a retirar sus pertenencias del piso, siguiendo el criterio de almacenar en cajas su ropa, libros, CDs, ordenador y documentos personales, llevándolos temporalmente a un almacén de la residencia. El resto de enseres como periódicos, revistas..., etc. que tendía a acumular de forma compulsiva, y que eran objeto de tratamiento se desecharían; ya que dada la magnitud de estas pertenencias se hace inviable su almacenamiento en la residencia.

Durante este trabajo de selección se encontró gran cantidad de documentación ajena tales como DNI, permisos de conducir, tarjetas de entidades bancarias, pasaportes, envíos de correos y correspondencia... etc. Estos objetos fueron retirados y contenidos en cajas junto con las pertenencias que fueron llevadas a la residencia.

PREGUNTAS AL CEAS

Respecto a la situación descrita nos surgen las siguientes preguntas:

1. ¿Tendríamos la obligación legal de comunicar los hechos a las fuerzas policiales al tener indicios de la comisión de un posible delito?
2. ¿Cómo actuar si el usuario pide que le entreguemos esta documentación?
3. En el supuesto de que no estemos obligados a comunicarlo a la policía, ¿qué deberíamos hacer con esta documentación si no viene a recogerla?

RESPUESTA

La Comisión ha leído con atención el caso poniéndose de manifiesto las siguientes consideraciones:

- Al conocer por parte de los profesionales la existencia de esa documentación se debe de informar y entregar rápidamente a la policía, al ser constitutiva de un posible delito. Existe obligación de denunciar aquellas comisiones de delito de las que los profesionales puedan tener información de primera mano.
- A la hora de informar se puede dar la información de los hechos objetivos ocurridos, incluida la identificación de las personas implicadas en el caso de que se conozcan, sin que esto suponga vulneración alguna de la confidencialidad.

Se discutió en el seno del Comité si este trámite debería ser hecho por la Administración Pública con la que se tiene concierto, por la Entidad derivadora de los usuarios o por el propio centro, viendo que en el caso concreto que nos ocupa, la responsabilidad de realizar las acciones antes indicadas deberían ser por parte del centro ya que el conocimiento del hecho ha sido directamente por los profesionales del centro y ha ocurrido en las propias instalaciones. Sin embargo sí se estima necesario informar tanto al SSM como a la Administración Pública de la que depende sobre lo ocurrido así como las medidas adoptadas.

En cualquier caso se recuerda que el Comité de Bioética se limita a dar su opinión consensuada de modo tal que el profesional responsable del caso pueda tener un mejor criterio para la toma de decisiones, por lo que las reflexiones y pautas arriba descritas quedan en el ámbito de la recomendación. Le agradecemos su confianza depositada en el CEAS y esperamos haber podido serle de utilidad.

Nº 34 - 2009

NEGATIVA A SER DIAGNÓSTICADA

FECHA: 27 de febrero de 2009

POBLACIÓN: Personas con Enfermedad Mental

TEMA: Limitación del esfuerzo terapéutico y autonomía (LET)

TEMA DE LA CONSULTA

Mujer de 73 años de edad, Ingresada involuntariamente a mediados de 1986, incapacitada legalmente y tutelada por una Agencia Tutelar desde el año 2003.

Antecedentes Personales:

- No RAMC.
- HTA en tratamiento.
- Hipercolesterolemia
- Cardiopatía hipertensiva.
- Esquizofrenia Paranoide, estable.
- Vida basal IABVD: Clase funcional II/IV.

Según nuestra historia clínica, presenta desde comienzo de 1999 una lesión sospechosa de malignidad en mama izquierda en la mamografía de rutina. En todo momento la paciente se ha negado a realizarse las pruebas diagnósticas para recibir tratamiento adecuado y su familia decide respetar su opinión. Aún así ha continuado acudiendo normalmente a la consulta de patología mamaria del hospital público de referencia y desde el año 2005 recibe tratamiento oral con un inhibidor de la aromatasa apoyándose en un diagnóstico presuntivo.

Al sospecharse dicho tumor, desde el Centro se intenta convencer a la paciente para que se diagnostique y se trate. Ante la negativa de la paciente y estando la paciente capacitada para tomar la decisión, se respeta su negativa (a diagnosticarse y tratarse).

Se plantea valorar el móvil de la decisión (si la decisión de la paciente está basada en motivos delirantes o si es una decisión libre), se descarta que haya motivos delirantes detrás de dicha decisión y se concluye que su negativa responde al miedo. Desde el Centro se mantienen multitud de entrevistas familiares en las que de forma reiterativa, se les informa del diagnóstico, riesgos, complicaciones, y negativa de la paciente a operarse, buscando la implicación de la familia para convencer a la paciente para realizarse la biopsia del tumor.

En el año 2001, se inician los trámites de incapacitación y tutela. Se expone a la familia que las pruebas podrían hacerse en contra de la voluntad de la paciente al estar incapacitada pero la familia expresa su disconformidad ante esta medida. En Julio de 2005, se mantiene una entrevista con la Trabajadora Social de la Agencia de Tutela, se le informa del diagnóstico de presunción del cáncer de mama de lenta evolución, y la negativa de la paciente a hacerse las pruebas diagnósticas. Así mismo, que toma un tratamiento oral para intentar frenar la evolución y acude a las revisiones ginecológicas pertinentes. Se remite un informe a los tutores para que conozcan la situación y se valora (desde el Centro) comunicarle el caso al Juez, hecho que se descarta en la entrevista concluyendo que la situación actual es la mejor posible desde el punto de vista médico y psiquiátrico para la paciente.

Enero de 2008 - En cada consulta de oncología a la que acude, se les transmite (tanto a la paciente como a su familia que siempre le acompaña) que es imprescindible la mastectomía pues el cáncer evoluciona a pesar del tratamiento oral, se niega de nuevo a realizarse la biopsia y se decide esperar hasta la próxima consulta, que tendría lugar al año siguiente. La Agencia de Tutela decide acudir a la consulta prevista principios 2009.

Diciembre de 2008 - Mantenemos entrevista con la Agencia de Tutela. Exponemos que dado que ellos son sus tutores son quienes deciden sobre las pruebas diagnósticas y tratamientos a seguir. Solicitan un informe que se remite, mantenemos varios contactos telefónicos previos a la cita a demanda de ellos para decidir la actitud a tomar. Quieren consultar a su gabinete jurídico si lo que dice la paciente es válido actualmente o no y si es modificable. Solicitamos por escrito la decisión pues a la paciente se le administra un tratamiento oral en base al diagnóstico presuntivo, aceptan y se comprometen a hacerlo.

Desde el mes de diciembre ha presentado tres infecciones respiratorias no consolidativas con insuficiencia respiratoria aguda y se ha objetivado una lesión sospechosa en el pulmón derecho a la altura del hilio. Por tal motivo nos pusimos en contacto con su médico especialista quien sugirió adelantar la consulta de patología mamaria para iniciar el estudio de extensión así como la filiación de la lesión en hilio derecho. Acudieron a la cita el director de la Agencia de Tutela (tutor legal de la paciente) y su familia, en tal fecha se realizó un TAC torácico.

Febrero de 2009, exponemos el caso ante la Dirección Asistencial Provincial quien nos sugiere presentar este caso en el Comité de Bioética.

Febrero de 2009, la Médico Internista del Centro acude junto con la paciente a informarse de la situación clínica actual de la paciente y solicitar un informe, que nos remitirán por correo. Así mismo, la paciente firma la denegación a realizarse la prueba, que se remite a los tutores de la Agencia de Tutela para que ratifiquen su decisión.

PREGUNTAS AL CEAS

1. A nivel legal, hemos conseguido que la paciente firme que deniega ser biopsiada ni intervenida quirúrgicamente, puesto que sus tutores deciden respetar su opinión y la consideran válida. Esta firma se la hemos hecho llegar a sus tutores para que la ratifiquen. En ningún momento hemos obtenido la denegación por escrito de la Agencia de Tutela, mostrándose reticentes a dejar constancia por escrito de la decisión. La ginecóloga en todo momento acepta la decisión de la paciente a pesar de no ser válida por estar incapacitada, hecho que le hemos transmitido desde aquí en varias ocasiones. Nos planteamos si debemos tomar alguna medida más a nivel legal, si la Agencia de Tutela no envía la denegación por escrito, ¿qué debemos hacer?
2. La paciente ha aceptado tratarse de forma oral con los inhibidores de la aromatasa que se están administrando desde 2005, hecho excepcional porque al no ser la mama biopsiada y desconocer si tiene receptores para dicho fármaco no sabemos si es efectivo. (Es decir, se le está dando un fármaco y no sabemos si es el tratamiento adecuado, no podemos decir si existen beneficios frente a los riesgos de darle una medicación, nunca es inocua). Es cierto que la prescripción parte de una Dra. externa, pero se la administramos nosotros, ese es el motivo de pedir el informe a la dicha Dra., para tener constancia por escrito de su prescripción. ¿Sería válida esta medida?
3. Durante el proceso se ha evaluado a la paciente en muchas ocasiones pues existía la duda de que hubiera una temática delirante detrás de su negativa. Siempre se ha concluido que su negativa respondía a la angustia y el miedo a realizarse las maniobras invasivas (pues no acepta hacerse la biopsia ni operarse pero sí hacerse

maniobras no invasivas, como son radiografías de tórax, TAC torácico y tratarse con los inhibidores de la aromatasas). Nos planteamos la necesidad de tratar a la paciente psicológicamente, por la angustia de tener cáncer y evaluar la conciencia sobre la gravedad de las consecuencias de su proceso. ¿Seguimos intentando cambiar la decisión de la paciente? Sabemos que tiene metástasis y el tratamiento entonces sería paliativo, ¿Sería recomendable continuar con el proceso?

4. Nos planteamos si, a pesar de la negativa de la paciente a tratarse, sería recomendable que se diagnosticara, para poder ofrecerle en un futuro un tratamiento paliativo más adecuado.

RESPUESTA

1. Sobre la necesidad de persuadir a la paciente y a la Agencia de Tutela de cara al tratamiento

La información que debe facilitar el médico al enfermo debe ser objetiva en relación con el diagnóstico, pronóstico y tratamiento, así como respecto a los riesgos y beneficios del mismo. La información objetiva es compatible con la persuasión que pueda realizar el médico para resaltar los beneficios que puede reportar al paciente la aplicación del tratamiento. En cualquier caso, habrá que tener en cuenta que no es compatible con la ética médica ni la manipulación ni la coacción.

Acerca de la negativa de la paciente a ser biopsiada e intervenida quirúrgicamente es coherente con su actitud y no hace falta que se acredite esta negativa por escrito. Lo mismo ocurre respecto a los tutores legales que, al respetar la voluntad manifestada por la paciente, actúan correctamente, pues al tratarse de un derecho personalísimo –el derecho a la salud– se debe solicitar y respetar la voluntad del paciente, aunque se encuentre incapacitada de manera total y absoluta por sentencia judicial. De hecho y a través de la información recibida, se podría suponer que la paciente está capacitada para conocer y decidir sobre su enfermedad, aunque no lo esté jurídicamente. El consentimiento informado se requiere para aplicar un tratamiento. Si el paciente se niega y el equipo médico que lo trata considera

que su aplicación es imprescindible para su curación puede dar el alta médica, pero no obligarle a aceptar el tratamiento. En este caso, dado que la prescripción médica corresponde hacerla a un médico ajeno al Centro, no parece que pueda aplicarse esa medida, al menos sin la autorización del médico que la asiste. En todo caso, dado que la paciente ha ratificado por escrito su negativa a la práctica de la biopsia y a la intervención quirúrgica y se ha solicitado a los tutores que ratifiquen por escrito esta negativa, la profesionalidad ética y jurídica de los médicos del Centro está debidamente acreditada y exenta de responsabilidad.

2. La responsabilidad de los médicos que la tratan, si se refería a los externos o a los propios de Centro.

Dado que atención médica del Centro es derivada del médico responsable, debe existir una comunicación fluida entre el médico principal y los médicos del Centro que la atienden. Estos pueden solicitar al médico responsable que la medicación y el tratamiento prescrito, en general, se facilite por escrito. Pero, no se debe olvidar que la decisión y la responsabilidad acerca del diagnóstico, pronóstico y tratamiento corresponden al médico principal, al que se le ha confiado la atención médica de la paciente.

Por otra parte, las actuaciones realizadas por los médicos del Centro, tanto en relación con la paciente como en relación con los tutores, revelan un manifiesto interés por la paciente, plena responsabilidad ética y profesional respecto a la debida atención médica que debería aplicarse a la paciente, así como en relación con las peticiones de ratificación por escrito del tratamiento y de la negativa a la realización de pruebas diagnósticas invasivas y de intervenciones quirúrgicas, tanto del médico como de los tutores. Por todo ello, no nos parece que quede a su alcance ninguna otra medida pendiente de realizar.

3. Sobre la necesidad del diagnóstico para los cuidados paliativos y la necesidad de valorar la limitación del esfuerzo terapéutico con la paciente y el Agencia de Tutela.

La Comisión ha valorado, también, la importancia del diagnóstico respecto a su posible ingreso en el futuro en una unidad de cuidados paliativos. Para su ingreso es necesario que la paciente esté

diagnosticada como portadora de una enfermedad incurable, irreversible y en fase terminal. La ausencia de diagnóstico impedirá a la paciente el acceso a estas unidades, cuestión que debería ser sometida a la consideración de la paciente y, por supuesto, de los tutores. Esta circunstancia podría ser utilizada para persuadir a la paciente de la conveniencia de realizar las pruebas diagnósticas mencionadas, así como para influir en los tutores para que procedan a dar autorización para la práctica de las mismas, habida cuenta de la responsabilidad que pudieran contraer si, en su momento y por este motivo, no es admitida la paciente en una unidad de cuidados paliativos.

Dado que se considera probable que la paciente tenga metástasis y pueda iniciar una situación clínica de irreversibilidad de la patología descrita, la Comisión recomienda que se tenga en cuenta la Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET) y, en el momento en que concurren las circunstancias adecuadas al caso, se proceda a suspender el tratamiento curativo e iniciar las medidas paliativas oportunas.

4. El papel de la familia, que se mantiene implicada pero no es la tutora legal del caso y por tanto si tiene o no derecho a estar informada.

Los familiares de la paciente no han sido considerados en la instancia judicial correspondiente como personas adecuadas para asumir la tutela de la interesada. Por todo ello, carecen, desde el punto de vista jurídico, de capacidad para tomar decisiones o pedir información sobre el estado de la paciente. No obstante, si la relación con la paciente es adecuada y puede ser beneficiosa para ella, se les puede informar sumariamente de la situación de la paciente y del pronóstico previsible.

5. Sobre la extensión y límites de la incapacidad judicial.

A la vista de la documentación aportada y, en concreto de lo dispuesto en la sentencia del Juzgado de 1ª Instancia, consta que se ha declarado judicialmente la incapacidad absoluta y total para regir su persona y sus bienes. A pesar de lo dispuesto en el artículo 210 del

Código civil, que dispone que la sentencia determinará la extensión y límites de la incapacidad, lo que significa que la incapacidad puede versar sobre algunos aspectos del gobierno de su persona o de sus bienes, en el presente caso el Juez se ha pronunciado por la declaración de una incapacidad absoluta y total, con el preceptivo nombramiento de tutor que ha recaído en la Agencia Tutelar.

Por consiguiente, en el caso planteado, al quedar afectada la Paciente por la incapacidad absoluta y total de su persona, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 9. 3 b) de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, no está capacitada para emitir el preceptivo consentimiento informado exigible en “toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente”, por lo que, en su caso, se deberá emitir dicho consentimiento por representación del tutor designado al efecto.

De acuerdo con lo dispuesto en la sentencia de incapacidad corresponde emitir el consentimiento por representación a la Agencia Tutelar, a quien se le ha confiado la tutela, mediante Auto del Juzgado desde 2003. No obstante, se habrá de tener en cuenta que “la prestación del consentimiento por representación será adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre a favor del paciente y con respeto a su dignidad personal. El paciente participará en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario” (art. 9, 5 de la Ley citada).

En consecuencia, aunque la incapacidad priva a la paciente de la facultad de decidir y, por tanto, de aceptar o rechazar el tratamiento a través del consentimiento informado, sin embargo, el representante legal y los médicos que la atienden deben informar a la paciente del proceso de su enfermedad, de las opciones de tratamiento, y se deberá tener en cuenta cuáles son su opiniones y preferencias en relación con tales opciones.

Nº 35 - 2009
NEGATIVA A FIRMAR UN DOCUMENTO,
PERO NO A SER ASISTIDO

FECHA: 27 de febrero de 2009

POBLACIÓN: Personas con Enfermedad Mental

TEMA: Ley Orgánica de Protección de Datos

TEMA DE CONSULTA

Desde un centro residencial para personas con enfermedad mental crónica se solicita orientación sobre la decisión a tomar acerca de un usuario que no acepta firmar el documento de autorización del tratamiento de sus datos, según la Ley orgánica 15/1999 de 15 de diciembre de protección de datos de carácter personal.

Este usuario está en el recurso desde mediados de 2007; su paso por las pensiones supervisadas era previo a su incorporación a un piso supervisado y gestionado por otra Entidad.

Los profesionales que gestionan el piso de la otra Entidad valoran la expulsión del mismo por considerar que no era el momento adecuado y que había que trabajar con mayor detenimiento desde una residencia y Centro de Día habilidades de la vida cotidiana (alimentación, tareas domésticas, compras, etc.) por presentar muchas dificultades en esta área, produciéndose su expulsión en agosto de 2008.

Ante esta situación y la decepción y sensación de fracaso que supone para esta persona su expulsión, y considerando que sí tiene el perfil para acceder al recurso de pisos supervisados, se le ofrece acudir a un Centro de Día para trabajar las dificultades que expresábamos anteriormente y su posible incorporación posterior a un piso nuestro (acompañándole al municipio para que conociese los pisos y los recursos disponibles) tras un paso previo por una Residencia.

Esta persona acepta las propuestas y se incorpora al Centro de Día. Desde la Residencia se realiza una entrevista con él antes de su incorporación a la misma, donde teniendo en cuenta su patología (T. O. C.), se flexibiliza al máximo todas las dificultades que iba planteando para facilitarle el acceso y su incorporación a la Residencia, finalmente esta persona decide renunciar a la plaza quedándose por tanto en la Pensión Supervisada, donde permanece en la actualidad.

A lo largo de todo este proceso se ha observado que tiene capacidad suficiente para gestionar y tramitar todo aquello que él considera importante como poner diversas reclamaciones a las instituciones competentes por no estar de acuerdo en el trato que ha recibido, así como capacidad suficiente para tomar decisiones, argumentándolas de manera razonable.

En el mes de noviembre de 2008 le comunican al Centro de Salud Mental que le ha sido adjudicada una vivienda del IVIMA a la madre de este usuario en otro distrito, (información que no es facilitada por él ni por su madre), vivienda en la que parece estar incluido él como unidad familiar. Cuando hablamos con él de esta situación, manifiesta no querer ir a vivir con su madre “porque está muy lejos de todo y porque allí viven muchos gitanos”.

A lo largo de todos estos meses, la intervención con él se ha ido deteriorando progresivamente, resulta muy difícil realizar un seguimiento de su persona y un trabajo de rehabilitación, ya que pone bastantes dificultades para quedar y poder vernos, limitándose el trabajo a verle los días que acude a lavandería (cada tres semanas aproximadamente).

Cuando se le ha facilitado el documento del consentimiento del tratamiento de sus datos, no ha aceptado firmarlo, alegando que sí lo firma nos está dando “vía libre para hacer lo que queramos y entrometernos en su vida”.

Consideramos que esta negativa no tiene que ver con su capacidad de entendimiento y de decisión, ya que lo consideramos bastante capaz, ni con su patología, sino con una decisión personal pensada y meditada.

Al no firmar el documento, consideramos que no nos está permitiendo intervenir con él y poder llevar a cabo ningún trabajo, no autorizándonos tampoco a coordinarnos entre los diferentes recursos que le atienden.

PREGUNTA AL CEAS:

¿Qué implicaciones conlleva el no querer firmar el Consentimiento informado?

RESPUESTA

La Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal “será de aplicación a los datos de carácter personal registrados en soporte físico, que los haga susceptibles de tratamiento, y a toda modalidad de uso posterior de estos datos por los sectores público y privado” (art.2).

A los efectos de interpretación de este precepto, la propia Ley establece los siguientes conceptos:

a) Datos de carácter personal: “cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables;

b) Fichero: “todo conjunto organizado de datos de carácter personal cualquiera que fuere la forma o modalidad de su creación, almacenamiento, organización y acceso”;

c) Tratamiento de datos: operaciones y procedimientos técnicos de carácter automatizado o no, que permitan la recogida, grabación, conservación, elaboración, modificación, bloqueo y cancelación, así como las cesiones de datos que resulten de comunicaciones, consultas, interconexiones y transferencias” (art. 3). Para que la información de datos de carácter personal esté sometida a la regulación de esta ley es necesario que concurren los tres requisitos señalados. Precisamente, la jurisprudencia española, teniendo en cuenta la Directiva 95/46 de la Unión Europea, que inspira la ley española, declara que su pretensión es garantizar el derecho a la intimidad de las personas en lo que respecta al tratamiento de los datos personales. Por esta razón, se define a los **ficheros de datos** personales como todo conjunto estructurado de datos personales accesibles con arreglo a criterios determinados, ya sea centralizado, descentralizado repartido de forma funcional o geográfica. Y, a su vez, se describe el tratamiento de datos personales como cualquier operación o conjunto de operaciones

efectuadas o no mediante procedimientos automatizados y aplicadas a datos personales susceptibles de “comunicación por transmisión, difusión o cualquier otra forma que facilite el acceso a los mismos, cotejo o interconexión, así como su bloqueo, supresión o destrucción”.

Desde esta perspectiva, se ha recordado que la ley se nuclea en torno a lo que convencionalmente se denominan ficheros de datos, que deben ser objeto de la preceptiva inscripción en la Agencia Española de Protección de Datos (arts. 20-32), y que, precisamente, “es la existencia de estos ficheros y la utilización que de ellos pudiera hacerse, la que justifica la necesidad de la nueva frontera de la intimidad y del honor, añadiendo que la ley concibe los ficheros desde una perspectiva dinámica de tal forma que los concibe no sólo como un mero depósito de datos, sino también, y sobre todo, como una globalidad de procesos o aplicaciones informáticas que se llevan a cabo con los datos almacenados y que son susceptibles si llegaran a conectarse entre sí, de configurara el perfil personal a que antes se refiere dicha Exposición de Motivos”(Sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Contencioso –Administrativo, de 19/09/2008, F. J.4º).

Por todo lo expuesto, no parece que sea de aplicación al caso, que ha sido sometido a nuestra consideración, la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal ni, tampoco, que sea necesario, para recabar y conservar los datos de carácter personal, la prestación por el interesado del consentimiento exigido por esta ley. Sin tener noticia exacta del sistema o instrumento utilizado para conservar dichos datos en un centro sociosanitario, no parece que sea un Fichero de los regulados por dicha ley ni, tampoco, su finalidad el Tratamiento de datos previsto en la misma ley. Más bien se presume que tal almacenamiento se adecuará a la modalidad de la historia clínica, según la forma de expediente, regulada por la Ley de Autonomía del Paciente de 2002 y no por la Ley de Protección de Datos antes mencionada.

- a) Los profesionales asistenciales del centro que realizan la asistencia del usuario tienen acceso al expediente como instrumento fundamental para su adecuada asistencia.
- b) Todos los profesionales que accedan al expediente están obligados

a observar el deber de confidencialidad respecto a todos los datos contenidos en el expediente.

- c) La apertura del expediente constituye un deber de los profesionales que asisten al usuario, dado que éste tiene derecho a que quede constancia, por escrito o en el soporte técnico más adecuado, de la información obtenida en todos los procesos asistenciales realizados en el centro.
- d) El usuario tendrá derecho de acceso al expediente, pero no es necesario su consentimiento para iniciar y cumplimentar las actuaciones asistenciales de los profesionales del Centro.

En definitiva, a la vista de los argumentos expuestos, se puede concluir que, en relación con las preguntas formuladas y el proceso de elaboración del expediente, se debe tener en cuenta lo siguiente:

1. No es de aplicación al presente caso la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y, por tanto, no es necesario el consentimiento del usuario para la elaboración del expediente.
2. De acuerdo con lo previsto en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínicas, y su aplicación analógica a los centros sociosanitarios, se puede concluir que, para la elaboración del expediente y para la integración de los datos de carácter personal necesarios para la adecuada atención del usuario, no es necesaria la autorización o el consentimiento del usuario.

Nº 36 - 2009

VESTIRSE DE MUJER

FECHA: del 28 de abril de 2009

POBLACIÓN: Enfermedad Mental

TEMA: Identidad Sexual

TEMA DE CONSULTA

Paciente de 42 años de edad, que ingresa de forma involuntaria en un centro psiquiátrico en 2009 procedente de otro Hospital. Fue diagnosticado en 1986 de Trastorno de Personalidad mixto (con rasgos pasivo-agresivos, border-line, fóbicos, dependientes), Distimia y Disforia de género (pendiente evaluación).

Ha requerido numerosos ingresos desencadenados por episodios de auto y heteroagresividad, generalmente en relación con baja tolerancia a la frustración e intento autolíticos. Estos episodios han ido disminuyendo a lo largo de los años predominando en la actualidad episodios de ansiedad y abandono de actividades en relación con sentimientos de frustración, vacío y soledad.

Estuvo ingresado en una Unidad de Trastornos de Personalidad de otro hospital en donde se sentía muy mal porque (manifiesta) no le atendieron correctamente, que se sentía humillado y que no le sirvió para nada. Posteriormente ingresa en una residencia para enfermos mentales crónicos gestionada por otra Entidad en la que ha vivido los últimos años. Desde allí pide ingreso al servicio de urgencias de psiquiatría por sentirse desbordado y sin poder hacer frente a las exigencias de este recurso. Es dado de alta y de nuevo vuelve a la residencia y desde entonces empeora progresivamente, con mayores alteraciones de conducta: autolesiones, rotura de objetos e inestabilidad emocional siendo expulsado por un tiempo breve en alguna ocasión.

Estudió una Diplomatura pero no lo termina al sentirse mal en el segundo año. Ha hecho varios cursos y ha comenzado algunos trabajos pero no ha sido capaz de mantenerlos. La relación con la familia es conflictiva desde hace años, actualmente no mantiene relación con ellos y tiene un orden de alejamiento a raíz de denuncias que le pusieron por amenazas. Tuvo recientemente un juicio por las amenazas y salió absuelto.

Con respecto a su sexualidad refiere que desde pequeño se ha sentido mujer, que le gustaba vestirse con ropa de su madre y que lo pasó mal en la adolescencia al no identificarse con sus compañeros y sentirse diferente. Solo ha tenido una relación de pareja breve (3 meses) con una mujer cuando tenía 21 años. Solicitó cambio de sexo y está pendiente de completar evaluación por endocrino y valoración psiquiátrica en Hospital Público.

El ha referido que cuando estuvo ingresado en el hospital psiquiátrico le dejaban ponerse ropa de mujer, no así en la residencia al tener que compartir habitación con otro compañero.

La evolución del paciente, anterior al ingreso en nuestro Centro, ha sido hacia una situación de progresivo descontrol desarrollando conductas auto y heteroagresivas inmanejables. En general su evolución ha sido tórpida con escasos periodos de autocontrol básico y en ningún momento ha desarrollado un nivel de adaptación estable.

El paciente a su ingreso ha manifestado, desde el inicio, deseos de vestirse de mujer dentro de la clínica, en su habitación-cuarto de baño-, para poder salir a la calle en las salidas que tiene en su tiempo de ocio, al regresar se volvería a cambiar dentro de su habitación. Reconoce que podría tener problemas si está en las dependencias de la clínica con ropa de mujer (no es su deseo); en otras ocasiones dice haber tenido problemas cuando se ha tenido que cambiar de ropa en servicios públicos de bares o centros comerciales. En Asamblea de Unidad (espacio compartido por pacientes y profesionales), otra residente planteó esta cuestión a todos, los compañeros del paciente manifestaron su apoyo a este deseo. Dentro del Equipo Terapéutico se ha debatido esta cuestión desde el inicio pasando por posturas de aceptación inmediata de esta petición (hay profesionales que ven natural se vista de mujer y tachan de paternalismo el prohibirlo) a otras de esperar y clarificar la situación. El paciente de nuevo ha solicitado cita (15 días), en Unidad de cambio de género del Hospital Público.

PREGUNTAS AL CEAS

Este caso lo presentamos al CEAS para ayudar a clarificar aspectos éticos de funcionamiento y también en previsión de futuras situaciones semejantes, ya que no hemos contemplado por el momento criterios de actuación frente a esta problemática y que nadie de los equipos terapéuticos por el momento se cuestiona.

1. ¿El principio de autonomía del paciente debe prevalecer antes que el bien común?
2. ¿Qué ambiente de rechazo o aceptación puede crear entre los demás compañeros que le han conocido desde que ingresó vestido de hombre? ¿Hay que ayudar a superarlo desde la normalidad o evitarlo desde el principio?
3. En caso de que los demás compañeros lo acepten así (transexual) los problemas funcionales cotidianos de zonas de servicios comunes (aseos, habitación compartida) ¿cómo se afrontarían?
4. Los pacientes de las otras unidades que comparten zonas comunes, ¿cómo reaccionarían?
5. Su diagnóstico de T.P. ¿no condiciona sus conductas manipulativas y esta pueda ser una de ellas? ¿cuándo haya conseguido esta reivindicación cual será la siguiente?
6. Si en la Unidad de Cambio de Género no le han aceptado al programa de cambio de sexo tras valoración previa, ¿no será que está relacionado con el punto anterior?
7. ¿Puede vestirse de mujer con solo manifestarlo al equipo asistencial de su Unidad o es un planteamiento que debe abordarse desde la Dirección del Centro?

RESPUESTA

Las preguntas contenidas en la Consulta responden a cuestiones variadas que podrían sintetizarse en los siguientes puntos: a) ámbito y límites de la autonomía personal; b) libertad de identidad sexual y cambio de sexo; c) trastorno de la personalidad y cambio de sexo; d) derechos del paciente.

1. La autonomía personal supone la capacidad de autodeterminación en relación con aquellas cuestiones afectan directamente a una persona. Es una manifestación de la libertad personal cuyos límites se encuentran en el ejercicio de los derechos de los demás y en el orden público protegido por la ley. En el ámbito de la autonomía personal se encuentran reconocidas en la actualidad, entre otras manifestaciones, la libertad de identidad sexual y la libertad de orientación sexual.
2. La libertad de identidad sexual o de género supone la libertad de elección entre el sexo morfológico o género fisiológico inicialmente reconocido y la identidad de género sentida por el solicitante o sexo psico-social. Esta dimensión de la libertad personal conlleva que, si una persona advierte la existencia de una disonancia entre el sexo morfológico y la identidad de género sentida de manera estable y persistente, podrá solicitar que se formalice el cambio de sexo a efectos registrales, una vez que se pruebe que, al menos durante dos años, ha sido tratada médicamente para acomodar sus características físicas a las correspondientes al sexo reclamado, sin necesidad de que se haya practicado cirugía de reasignación sexual.
3. En el caso que nos ocupa resulta especialmente relevante el diagnóstico realizado ya hace veintitrés años de Trastorno de Personalidad mixto (con rasgos pasivo-agresivos, border-line, fóbicos, dependientes) y que, al parecer no ha sido modificado hasta la fecha presente. La existencia de esta patología puede ser una causa determinante de la disforia de género, por lo que el legislador ha excluido expresamente a estos pacientes de la posibilidad de obtener a efectos registrales la rectificación de la mención registral del sexo, aunque se aporte el certificado médico correspondiente que acredite la existencia de disforia de género.

El paciente a que se refiere la consulta no podrá acceder a la rectificación del cambio de sexo, aunque se acredite médicamente la disforia de género. Por lo que, al tratarse de un hombre, continuará siendo un hombre, a pesar de sus problemas de identidad sexual y como tal deberá ser tratado. El reconocimiento y tutela de sus derechos como hombre excluye el goce y disfrute de aquellos

derechos específicos de las mujeres.

4. De acuerdo con lo anteriormente dicho, la libertad de toda persona en relación con su forma de vestir permite al paciente la libertad de vestirse con atuendos femeninos, siempre que no vulnere el decoro y las normas internas del Centro. Además, en este caso habría que considerar el propio diagnóstico y valorar si su conducta tiene realmente que ver con la libre expresión de su libertad o más bien con una conducta rompedora de límites, típica en este tipo de pacientes, por lo que su profesional de referencia y el equipo deberían valorar si permitir este tipo de conductas pudiese resultar iatrogénico para el paciente y por tanto maleficente. A pesar de ello, y aunque se le permita, no podrá acceder a los servicios y espacios que pudieran estar reservados a las mujeres, porque al margen de su disforia de género, el paciente continúa siendo un hombre y no una mujer.

La relación con los demás pacientes y la posibilidad de que se produzcan manifestaciones de apoyo o rechazo debe ser analizado y valorado por el Equipo Terapéutico, en el que se advierte en la exposición del caso, un criterio abierto y comprensivo hacia el paciente. En todo caso, se deberá continuar apoyando la creación de un ambiente favorable al respeto hacia las actitudes admisibles del paciente (vestirse de mujer) y de exigencia de respeto hacia los demás por parte del paciente (espacios femeninos).

Este caso lo presentamos al CEAS para ayudar a clarificar aspectos éticos de funcionamiento y también en previsión de futuras situaciones semejantes, ya que no hemos contemplado por el momento criterios de actuación frente a esta problemática y que nadie de los equipos terapéuticos por el momento se cuestiona.

TUTELA Y RELACIONES DE PAREJA

FECHA: 28 de abril de 2009

POBLACIÓN: Discapacidad Intelectual

TEMA: Relaciones afectivo-sexuales

EXPOSICIÓN DEL CASO.

Mujer de 35 años incapacitada y tutelada por una Agencia de Tutela (actualmente en trámites de remoción de tutela a favor de uno de sus hermanos). La patria potestad rehabilitada para su padre.

Desde hace 14 años mantiene una relación sentimental con un varón de 40 años de edad, que presenta una minusvalía del 33% y trabaja. Está en posesión de un piso donde tiene previsto en un futuro la posibilidad de residir en él, junto con su novia. Actualmente vive en núcleo familiar con su padre y su madre. Su familia consiente y está a favor de la relación entre ellos, pues es la decisión tomada por su hijo de manera autónoma y libre.

La mujer arriba citada ingresó en nuestro Centro procedente de domicilio familiar donde convivía con sus padres, existiendo graves problemas de conducta (agresiones, fugas, negativismo, oposición, relación con grupos marginales...) que no podían ser contenidos y manejados con un adecuado abordaje. Anteriormente, en 2005, se quedó embarazada de su novio y se le realizó un aborto con recomendación de ligadura de trompas que finalmente le fue practicada.

Su madre se encuentra incapacitada desde el 2003, con sentencia de incapacidad por demencia orgánica, lo que la inhabilita para el gobierno de su persona y bienes. Presenta problemas de convivencia y relación con su marido (sufre parálisis facial debida a secuelas neurológicas de ictus cerebral). En ocasiones han pensado en la separación y actualmente en algunos periodos temporales no conviven juntos, como las vacaciones que las hacen separados. La relación de la madre con sus otros hijos no es fluida ni positiva, presentando entre ellos enfrentamientos en la toma de decisiones.

Es la menor de los 3 hermanos, todos ellos independizados, casados y formando su propia familia. Durante los fines de semana y periodos vacacionales asumen alternativamente a su hermana en sus domicilios, pues en la actualidad debido al conflicto parental y deficitario abordaje, no es asumida por los padres.

En cuanto a la relación sentimental de esta pareja, desde un principio no ha sido bien aceptada por la familia de la chica. Se han producido hechos desfavorables que ofrecen inestabilidad al futuro de la relación y han creado desconfianza familiar: robos en el kiosco regentado por el padre donde ella trabajaba inculcando al novio, conducción de vehículo sin tener carné, embarazo no deseado, etc.

La madre de la chica es consentidora de la relación con su pareja, como medida en ocasiones de presión hacia el padre, para ejercer mayor influencia y ganarse el afecto de su hija (manipulación) pues el padre se opone firmemente al noviazgo culpabilizándole de los problemas que sufre su hija. La madre, en ocasiones, accede a que los novios se vean estando ella presente.

Por su parte la hermana se muestra flexible y consentidora de la relación, aunque no ofrece medios de apoyo para que se encuentren. El resto de los miembros familiares se oponen a la relación, creyendo que ésta es el origen de muchos de los problemas y que no le beneficia cómo figura de apoyo, ni creen que exista futuro estable en ella.

OBSEVACIONES:

- La familia no se muestra muy conforme en que la chica reciba llamadas al Centro por parte del novio. Las realiza todos los martes tarde.
- Igualmente no desean que se le permita venir de visita.

- En las visitas realizadas (aproximadamente 4, durante el tiempo de ingreso desde el 2006) las primeras fue con supervisión; la siguiente, de 2 h. de duración, fue dentro del complejo sin supervisión; en una tercera se les observó realizando una relación en el jardín, lo cual se les recriminó y explicó que el Centro no es "lugar de citas" sino el de visitas a los familiares y parejas.

PREGUNTAS AL CEAS

1. ¿Cuál es nuestra postura cómo Centro?
2. ¿Cuál es el margen de libertad que les debemos permitir?
3. ¿Cómo deben ser las visitas?

AUTORIZACIÓN DE ANTICONCEPCIÓN POR EL TUTOR

FECHA: 27 de octubre de 2009 (sesión extraordinaria)

POBLACIÓN: Personas con Enfermedad Mental

TEMA: Relaciones afectivo-sexuales

TEMA DE CONSULTA

El caso presentado se refiere a una residente en un centro psiquiátrico. El 25 del pasado mes de octubre, el equipo multidisciplinar de la Residencia mantuvo una entrevista con sus padres a los que, en la sentencia de incapacitación, se les ha prorrogado la patria potestad conjunta (a partir de ahora representantes legales). En dicha entrevista se les informó acerca de la necesidad de administrar a la residente un tratamiento anticonceptivo, con el fin de prevenir un posible embarazo no deseado (explicitándoles además que, aunque la paciente se encuentra atendida y supervisada por el personal de la unidad, hay espacios de tiempo que comparte con otros pacientes del Centro en los que nos hemos percatado de que mantiene actitudes y comportamientos cariñosos).

Una vez recibida la información, los padres deciden llevarse el formato del "Protocolo de Consentimiento Informado para la administración de Anticonceptivos" para consultarlo con el resto de sus hijos y acuerdan que en los próximos días procederán a remitirlo con la decisión acordada.

El lunes 19 de noviembre, recibimos una carta certificada en la que el representante legal (su padre) nos deniega la autorización para la administración del tratamiento mencionado y adjunta, por primera vez, la copia de la sentencia de la adjudicación de la tutela por haber sido declarada incapacitada judicialmente. Dadas las circunstancias el equipo decide comunicárselo a la Dirección Médica del Centro y al Comité de Ética Asistencial.

RESPUESTA

En primer lugar, se advierte de la existencia de un informe previo del propio CEAS sobre la eticidad del uso de los reguladores de la ovulación (junio 2007), al que nos remitimos para la mejor comprensión del presente informe, así como del protocolo de consentimiento informado para la administración de anticonceptivos y su anexo justificativo.

La Comisión recuerda que habitualmente las personas con diagnóstico de esquizofrenia, como es el que nos ocupa, suelen estar medicadas con psicofármacos denominados neurolépticos, cuyos efectos secundarios habituales son, entre otros, problemas con los ciclos menstruales. La medicación anticonceptiva tiene varios efectos y diferentes aplicaciones terapéuticas, todas ellas enfocadas a conseguir una regulación de la ovulación fisiológica y unos niveles de hormonas normales. Así, pues, estos fármacos pueden ser pautados para una paciente concreta por diferentes causas, como por ejemplo, disminución de las molestias premenstruales, dismenorrea, tratamiento de la endometriosis, disminución de la menstruación en mujeres con hipermenorrea, menorragia y fibroma, para mejorar el acné y reducir el hirsutismo..., además del efecto de la anticoncepción.

En el caso concreto que nos ocupa se debería revisar el motivo por el que se pauta dicha medicación, pues, además de la prevención de un posible embarazo de riesgo, se considera muy probable que se pueda estar buscando otros efectos terapéuticos primarios. En este caso, a los representantes legales de la paciente se les debería comunicar todos los beneficios buscados al implantar esta medicación y no sólo el de la anticoncepción.

Así mismo se recomienda, como ya se ha hecho en este caso, la valoración de la situación anterior por parte de un especialista (ginecólogo o internista) y no sólo por el psiquiatra de la unidad.

Por otra parte, el CEAS considera que la paciente aceptó libre y voluntariamente el tratamiento cuando fue implantado al inicio. Sin embargo, desde que la paciente fue incapacitada legalmente, debería haber sido autorizada la nueva instauración de la pauta médica, cosa que no se hizo de manera apropiada. Una vez detectada, por parte del Centro, la ausencia del consentimiento informado de los representantes legales, es necesario solicitarlo para el nuevo tratamiento, que se considera necesario poner en breve. Sin embargo, desde el CEAS, consideramos que un consentimiento informado debe ser un proceso de diálogo con la persona que autoriza un tratamiento, en este caso un consentimiento de los representantes legales. Para conseguir este objetivo consideramos que no es suficiente el envío de un ejemplar de consentimiento informado que debe ser firmado por los representan-

tes legales, sino que debería haberse iniciado un proceso de diálogo entre el equipo técnico del centro y los representantes legales, donde se procediera a explicar el objetivo perseguido, los efectos primarios de la medicación, los secundarios..., tal y como se hizo posteriormente en la reunión del 25 de octubre.

Una vez que el Centro tiene la opinión de los representantes legales por escrito, en la que se deniega que su hija sea tratada con dicha medicación para la regulación de la ovulación, ya no puede ser pautada por el Centro. Sin embargo, se considera que el proceso de acompañamiento a la familia y asesoramiento debe continuar y ser explícito sobre los riesgos que esta decisión lleva consigo, reiterando, a la vez, acerca del deber de la figura de los representantes legales de preservar y procurar el mejor bien para la persona a la que están representando. En este sentido, desde el CEAS se recomienda que se cite de nuevo a los tutores de la paciente a dicha reunión. Se aconseja que asistan, además de los profesionales del equipo que tratan a la paciente, alguna persona en representación de la titularidad del Centro.

En dicha reunión se deben trasladar las observaciones que se han comentado acerca de la conducta de la paciente, las medidas que el Centro puede establecer para preservar la integridad de su hija, el riesgo que existe de que su hija pueda tener relaciones sexuales deseadas y consentidas por ella misma y la imposibilidad del Centro de controlar este tipo de relaciones a lo largo de las 24 horas del día. Se debe insistir en el riesgo derivado de este comportamiento de la residente, pueda quedar embarazada y que embrión resultante esté afectado por importantes deformaciones, derivadas de los tratamientos farmacológicos que está recibiendo la residente, además de las consecuencias que pueda tener su evolución psiquiátrica. Una vez informado el tutor de los riesgos probables y de la imposibilidad de evitarlos por la mera vigilancia, sin que exista una implantación de una medicación anticonceptiva, se debería solicitar a los representantes legales que firmen la notificación en la que se haga constar que han sido informados de dicho contenido y de que asumen los riesgos derivados de su negativa al tratamiento. En el supuesto de que se nieguen a firmar este escrito, se debe suplir por un documento en el que dos testigos ratifiquen por escrito que los representantes legales han sido notificados de los datos antes referidos.

Por otro lado, cabría valorar si los representantes legales de la paciente están velando adecuadamente por los intereses de la paciente. Tal y como se ha reflejado en la sesión del CEAS, a la hora de valorar el caso, parece que los representantes legales no se responsabilizan de la manera que se puede esperar de unos padres, que, a su vez, son tutores. Entre otros aspectos, no acogen a su hija en su casa desde las navidades pasadas, cosa que ocurrió, únicamente, gracias la insistencia del Centro. Tampoco prestan atención económica a su representada ni la hacen objeto de la más mínima atención.

Por otra parte, cuando los representantes legales hacen un consentimiento por representación, debe hacerse teniendo en cuenta los intereses y valores del representado, y no desde los propios criterios o intereses. Dado que la paciente Y.C., en su momento y cuando aún era ella capaz, aceptó tener pautada esta medicación y mostró su deseo de tener relaciones sexuales, debería ser lógico pensar que, basándose en sus propios intereses, los representantes legales deberían considerar como adecuada la implantación de la medicación anticonceptiva, además de considerar los efectos nocivos que la ausencia de tratamiento anticonceptivo podría tener para la paciente y el futuro bebé en el caso de tener un embarazo. Estas observaciones se podrían trasladar a los representantes legales, advirtiéndoles que el Centro valora que existen intereses contradictorios entre las actuaciones de los representantes legales y los que la paciente transmitió con anterioridad, por lo que se podría pedir al juez el nombramiento de un defensor judicial que resuelva dicha discrepancia.

La Comisión recuerda que este dictamen es orientativo y no vinculante.

EXPRESIÓN DEL AMOR ENTRE DOS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

SESIÓN: 12 febrero de 2010

POBLACIÓN: Personas con Discapacidad Intelectual

TEMA: Relaciones afectivo-sexuales

TEMA DE CONSULTA

La consulta que presentamos versa sobre dos usuarios de un recurso residencial para personas adultas con discapacidad intelectual.

J. es un chico de 23 años, que goza de buena salud y que presenta un nivel leve de discapacidad, por lo que no está incapacitado ni precisa de tutor legal, siendo totalmente autónomo en cuanto a las decisiones que sobre su vida le atañen (incluso la estancia y permanencia en la residencia).

P. es una chica de 30 años que, aunque goza de buena salud en general, tiene hepatitis C (por lo que puede contagiar la misma). Su tutela legal compete a una Agencia.

Ambos usuarios participan de forma activa en el grupo de Autogestores (caminando hacia la Autodeterminación) y pertenecen al conjunto de usuarios que se integran en el proyecto del CEE (Centro Especial de Empleo). Estos datos son mencionados al considerarlos un reflejo más del nivel de autonomía e integración social alcanzado por sendos usuarios.

Pues bien, una vez realizada esta exposición cuyo propósito es exponer brevemente el perfil de los usuarios y la situación de los mismos, es hora de abordar el tema que nos ocupa el cual versa sobre la relación existente entre sendos usuarios.

Son pareja desde hace bastante tiempo (más de tres años), y mantienen una relación similar a la de cualquier pareja adolescente (con sus propias peculiaridades), pero como tal, lo que comenzó siendo una relación donde las muestras de afecto se limitaban a caricias, besos en la mejilla y cogerse de la mano, poco a poco ha ido avanzando hacia una relación, a la vez que más consolidada a nivel afectivo, que necesita experimentar cada vez más en el terreno sexual hasta el punto que, actualmente sendos usuarios dedican grandes esfuerzos en "ingeniárselas" para tratar de estar el mayor tiempo posible a solas y poder manifestarse sus sentimientos en este campo (relaciones sexuales).

Aunque el conjunto de profesionales de este recurso está convencido de que dichos usuarios ya han mantenido relaciones sexuales plenas, el hecho de que en los últimos análisis clínicos realizados a J. éste diese negativo en hepatitis C, nos hace pensar que, ya haya sido por suerte, o porque realmente aún no han mantenido relaciones que pudieran conllevar riesgo de contagio, el caso es que creemos prudente no seguir tentando a la suerte dejando que la misma guíe nuestra actuación profesional, lo cual nos obliga a hacernos eco de esta situación y tratar de solventarla de la forma más adecuada y acertada posible, tanto legal como moralmente hablando.

Visto esto y como es de esperar, son múltiples las dudas que nos surgen; ¿se debe permitir la relación de pareja?, ¿se les debe facilitar y/o habilitar algún espacio para que expresen su cariño libremente o se debe tratar de evitar que lo hagan?, ¿cómo tratar el tema con ellos?, ¿y el problema de la enfermedad de P. y el riesgo de contagio hacia J.?, etc.

Nos encontramos ante una situación que, si bien fuese tratada desde otro ámbito o con otro público quizás la solución sería más clara, pero en el caso que nos atañe, está repleta de matices y “excepciones” que nos obligan a pedir asesoramiento y apoyo al Comité Afectivo-Sexual con el objetivo de que nuestra intervención en este tema sea lo más acertada, adecuada y óptima posible.

RESPUESTA

La consulta que se realiza al CEAS, tras la descripción de los hechos más significativos, se concreta en las siguientes preguntas:

1. ¿Se debe permitir la relación de pareja?

La información contenida en la consulta describe a J. como un joven “totalmente autónomo en cuanto a las decisiones que sobre su vida le atañen (incluso la estancia y permanencia en la residencia)”, por lo que, a pesar de tener “un nivel leve de discapacidad”, “no está incapacitado ni precisa de tutor legal”.

En cuanto a P., el relato de los hechos la describe como “una joven de 30 años, que goza de buena salud en general, aunque padece hepatitis C”. Aunque no se describe la causa, esta joven está incapacitada y bajo una Agencia.

Por otra parte, se añade que ambos jóvenes “participan de forma activa en el grupo de Autogestores (caminando hacia la Autodeterminación) y pertenecen al conjunto de usuarios que se integran en el Proyecto del CEE (Centro Especial de Empleo) de la Fundación. Estos datos son mencionados al considerarlos un reflejo más del nivel de autonomía e integración social alcanzado por sendos usuarios.

De los datos expuestos se deduce fácilmente que el joven J. es una persona plenamente autónoma y capacitada para ejercer el libre desarrollo de su personalidad en sus variadas vertientes y, por supuesto, en el ámbito de la afectividad, que en la vida normal puede acabar en un noviazgo y, finalmente, en formalizar un matrimonio y crear una familia.

Por lo que se refiere a P., aunque desconocemos la causa psíquica que ha motivado su incapacitación, el hecho de que esté integrada en el Grupo de Autogestores y que se estime que ha alcanzado un alto nivel de autonomía e integración social, permite pensar que, tal vez sería oportuno proceder a una revisión de la causa de su incapacidad, para valorar si procede el mantenimiento de la situación jurídica de tutela. En todo caso, la incapacitación no priva del ejercicio de derechos personalísimos, tales como el desarrollo de su afectividad, que no debe sofocarse, sino más bien encauzar y orientar para que su desarrollo alcance un nivel estable, como pudiera ser, en su caso, el noviazgo e, incluso, el matrimonio.

En consecuencia, la relación de pareja que se aprecia entre ambos cónyuges es la expresión de la tendencia natural entre personas de distinto sexo y que se manifiesta en una tensión unitiva que, no sólo debe permitirse, sino ayudar en su desarrollo y posible consolidación, sin interferencias innecesarias o indebidas.

2. ¿Cómo tratar el tema con ellos?

Con naturalidad. Lo que es normal en la vida social debe ser normal en un centro de convivencia, que pretende ser la casa donde habitan las personas internadas. Es evidente, no obstante, que la pregunta va más lejos de lo que dice, porque subyace en la misma la idea de cómo tratar el tema institucionalmente ¿El hecho de que se trate de un Centro con ideario católico significa que se deben reprimir la afectividad y el amor que puedan surgir entre dos personas que residen en ese

Centro y a las que se les está ayudando a alcanzar su autonomía y su normalización personal y social? No parece que el ideario católico se oponga ni límite el encuentro en el amor de dos personas de distinto sexo y que, tal vez, pretendan crear una familia cristiana.

Las cuestiones que, tal vez, preocupen, en una situación como la que nos ocupa, pueden ser colaterales a los aspectos fundamentales que hemos descrito y manifestarse en las siguientes situaciones: a) Que no se trate de una verdadera relación amorosa, sino de una mera estrategia para facilitar las relaciones sexuales entre ambos; b) Que se trate de una relación de pareja auténtica, pero en la que la afectividad y el amor pueden conducir a la realización de relaciones sexuales plenas. Ambos supuestos tienen un elemento común: la presencia de la sexualidad en su expresión final de genitalidad. Este tema entra de lleno en la experiencia adquirida y en los programas y estructuras creadas en nuestros Centros para abordar la afectividad sexual y en la que el Centro consultante es pionero y referente obligado en nuestra red asistencial. Es aquí donde es necesario expresar la relación de acompañamiento con la pareja, hablando, escuchando, y, si es preciso, orientando.

Concretamente, en el caso que nos ocupa esta pareja hace tiempo que mantienen una relación, que ha ido madurando y que necesita ser acompañada desde sus inicios por los profesionales, al igual que se acompaña a estos usuarios en otros ámbitos de su vida, como en las relaciones con sus familias, la consecución de autonomía en actividades de la vida diaria, etc.... Este acompañamiento no debe centrarse en la genitalidad exclusivamente sino hacer un encuadre más amplio en donde las emociones, pensamientos y conductas sean trabajados conjuntamente. De este modo en el desarrollo de una relación de pareja aparecerán conflictos como los celos, la inseguridad, conductas de falta de respeto a la libertad y dignidad de la otra persona o de uno mismo, las relaciones con otras personas y el entorno versus la exclusividad, el chantaje emocional, etc...., que deberán ser acompañadas por nuestros profesionales.

Entre dichos aspectos se deberán trabajar los que están más relacionados con la expresión de la afectividad en el plano corporal y como consecuencia, en el plano genital, en donde habrá que hacer conscientes a los usuarios, al igual que en otros campos, de las normas socia-

les, el respeto al otro, la higiene, la prevención de enfermedades de transmisión sexual, etc.... Todo ello desde un respeto exquisito, pues se trata de temas muy íntimos que pertenecen a lo más profundo del ser de cada persona. Desde siempre, nuestra Institución ha propuesto una intervención integral de la persona, teniendo en cuenta las esferas física, psicológica, social y espiritual, y de ello se deriva una obligación en nuestros profesionales, de no obviar las diferentes áreas del desarrollo de cada persona a lo largo de todo el proceso de atención.

Finalmente, consideramos necesario que, desde el centro, se establezcan normas claras, a modo de reglamento de régimen interno, que puedan ser conocidos por los usuarios, profesionales y familiares. Obviamente, luego, estará el proceso de la individualización de la asistencia, pero desde un marco claro. Dentro de este reglamento, uno de los aspectos que se deberían señalar, por ejemplo, es el régimen de salidas de los usuarios de la residencia.

3. La enfermedad de P. y el riesgo de contagio.

Como ha quedado dicho, el trato con los usuarios deberá abordar, entre otras cuestiones, "el respeto al otro, la higiene, la prevención de enfermedades de transmisión sexual, etc.". En este contexto, el trato con los interesados deberá abordar la situación concreta de la joven y los riesgos que conlleva para ambos, de tal manera que sean conscientes de este problema y actúen con la autonomía y responsabilidad que les corresponde.

Sobre el tema concreto del riesgo del contagio, consideramos que se debe acompañar a la usuaria en el conocimiento de la enfermedad y concienciarla acerca de la necesidad de cuidarse a sí misma al respecto, previniendo su empeoramiento, así como la protección de los demás de posibles contagios, en sus diferentes formas. Por ello es necesario entrenar conductas de prevención y, en el caso de la pareja estable, hacerla consciente del riesgo que puede suponer para la otra persona el no advertirle, de manera explícita, de dichos riesgos. Así, pues, se debe persuadir a la residente que lo comunique a su pareja. No obstante, no se debe olvidar que la persona está incapacitada y, en el caso de que ella no tome la iniciativa de comunicarlo a la otra persona, podría estar poniendo en riesgo evidente la salud de un tercero conocido, por lo que entendemos que el equipo debe reunirles y proceder a comunicarlo a la pareja.

Dicha reunión debe ser cuidadosa con las personas implicadas, no siendo alarmista pero sí clara sobre los posibles riesgos.

Toda esta actuación debería ser acompañada y consensuada con los tutores en el caso de las personas incapacitadas, ya que los tutores tienen derecho a conocer el proceso de intervención de sus tutelados. Entendemos que este aspecto es bastante complicado al tratarse de una agencia tutelar, pero consideramos que el centro al menos debe intentarlo.

PRESUNTA VIOLENCIA DE GÉNERO

FECHA: 12 febrero de 2010

POBLACIÓN: personas con Enfermedad Mental

TEMA: Confidencialidad

TEMA DE CONSULTA

Los casos presentados se refieren a dos pacientes atendidas en centros diurnos para personas con enfermedad mental:

Caso nº 1 – Usuaría afectada de un diagnóstico de Trastorno Bipolar, es adulta (46 años), no está incapacitada legalmente y tiene pareja estable desde hace 28 años, aunque lleva casada 10 años. Es usuaria del Centro desde el año 2005, y desde el comienzo de su proceso ha referido a su psicóloga que recibe maltrato por parte de su pareja. Hasta el momento nunca había denunciado, y asumía su situación con resignación; pero desde hace unos meses la situación ha cambiado. Se encuentra en un periodo de su vida estable clínicamente, y con más seguridad en sí misma, que en otros periodos. Así que en una de las citas con su psicóloga, la usuaria enseña a la psicóloga las lesiones que ha sufrido en su cuerpo. En citas sucesivas comienzan a aumentar las quejas en la usuaria y a plantearse otras opciones de vida. Como se siente sola y muy dependiente de su pareja en todos los sentidos, (ya que ella no recibe ninguna ayuda económica, ni tiene nada a su nombre, ni tan siquiera cuenta con un teléfono propio, lo que nos dificulta en ocasiones contactar con ella), pide a la psicóloga que la ayude a buscar el apoyo de su familia. Estos conocen las quejas de la usuaria, pero valoran que es un tema de pareja y tienen muy en cuenta que la usuaria tiene un diagnóstico de enfermedad mental. La usuaria siempre se ha negado a presentar denuncia y ha solicitado que no se haga por parte nuestra ni de nadie.

Nos hemos puesto en contacto con la Administración Pública con la que el centro mantiene concierto para que nos oriente, ya que la usuaria actualmente asiste a consultas privadas de psiquiatría. Este servicio, tras consultarlo con la Asesoría Jurídica, nos remitió información en relación a lo que la Ley de Enjuiciamiento Criminal y la Ley 3/2005 del 8 de julio dice.

Nuestro proceder desde el Centro ha sido el de informar a la usuaria de los posibles recursos a su disposición en relación a violencia de género (016, servicio de atención psicológica para mujeres víctimas de violencia de género desde el Ayuntamiento, referencias a la existencia y

ubicación de la Casa de la Mujer...). Se ha conseguido que la paciente acuda de forma regular al servicio de atención antes mencionado donde ya conocen el caso, pero desde ahí tampoco valoran el poner una denuncia por miedo a perder la vinculación con la usuaria.

Así mismo, desde el centro se ha procurado trabajar en relación con la familia y actuar como mediadores con el objetivo de buscar una posible solución desde el contexto familiar de origen. La familia no apoya en ningún momento el proceso sino todo lo contrario.

A pesar de nuestra orientación y la motivación de la usuaria para cambiar su situación, esta no mejora sino que se agrava. Recientemente se ha producido un último episodio de violencia en el domicilio de la pareja y, con el apoyo del centro y nuestra orientación, al final la usuaria decide por fin presentar una denuncia, pero posteriormente, y debido a la presión familiar, decide retirarla.

Caso nº 2.- Usuaria que convive con su hijo menor y su marido, diagnosticada Trastorno de la Personalidad Mixto, si bien, a lo largo de la intervención, se ha observado que principalmente destacan los síntomas ansiosos y depresivos que presenta.

Cuando es derivada a nuestro centro (finales de 2005), en el proceso de evaluación, ella verbaliza que ha sufrido agresiones físicas por parte de su marido, llegando a denunciarle en tres ocasiones, sin embargo añade que las discusiones con él no son constantes. Desde entonces hasta la actualidad las discusiones y maltratos se han producido de manera intermitente, siendo más graves los incidentes desde hace unos meses, hasta tal punto que aunque la usuaria hacía referencia en las citas a discusiones, no es hasta que en una intervención en el domicilio, el profesional observa las lesiones físicas producidas por un episodio de violencia, siendo entonces cuando ella habla explícitamente sobre lo que ocurre durante esos episodios. Describe que en las discusiones a veces se producen agresiones verbales, llegando a amenazarla de muerte, y que en ocasiones llega al maltrato físico (cogerla del cuello, golpearla contra la pared, o darle puñetazos o patadas por todo el cuerpo). Hasta que se produce este incidente, se le indica en múltiples ocasiones la posibilidad de que demande ayuda específica para hacer frente a esta situación; sin embargo, no lo acepta, verbalizando que solo está dispuesta a comentarlo con aquellos profesionales con los que tiene mayor nivel de confianza, expresando su temor a que algún profesional denuncie la situación, llegando, si fuese el caso, a abandonar el recurso.

Desde que se incorporó a nuestro Centro, en las coordinaciones con su centro de Salud Mental de referencia, se ha informado de la situación familiar que tenía la usuaria. A finales de 2008 desde el Centro de Salud Mental se decide informarla sobre el Punto de Violencia que le corresponde, y se le motiva para que asista. Sin embargo, ella se muestra muy resistente, por lo que valoramos la idoneidad de realizar acompañamientos al Punto de Violencia para favorecer su asistencia al mismo. Tras esta intervención su asistencia está siendo más continua que anteriormente, aunque sigue siendo necesario utilizar estrategias para que lo mantenga. De tal forma que, tanto en el Servicio de Salud Mental como en el Punto de Violencia, tienen conocimiento acerca de esta situación.

Otros datos:

Ambas personas viven con su pareja y no tienen alternativas residenciales. Las dos usuarias se niegan a volver a denunciar los hechos ni que el psicólogo mantenga sesiones con la pareja sobre este asunto, prefieren "dejarlo estar".

Por nuestra parte nos hemos puesto en contacto con los centros de Salud Mental responsables del caso para comunicar los hechos, aunque ya eran conocidos por ellos, además de con la unidad de violencia de género donde obviamente conocen la problemática de las pacientes. Sin embargo, ningún recurso antes comentado quiere denunciar los hechos por miedo a perder el contacto con la paciente.

PREGUNTAS AL CEAS

Dadas estas circunstancias se plantean si deben denunciar los hechos al juzgado, a pesar de que las pacientes no lo deseen y se pueda poner en riesgo la relación terapéutica que existe con ellas. Por otro lado creemos que la ley exige que se denuncien estos casos, pero cuando el caso es detectado por varios servicios ¿Quién debe hacerlo? ¿Todos los que lo detectan?, ¿El responsable de caso? ¿El servicio que específicamente se dedica a este tema?

RESPUESTA

Reflexionando y afirmando que la violencia en todas sus manifestaciones es una lacra para la sociedad y para las personas que la sufren directa o indirectamente, cuanto más en el ámbito personal de la familia, utilizando la condición de persona más vulnerable, y reivindicando el derecho y deber social de fomentar su erradicación, se pasa a abordar el presente caso sobre violencia de género.

Se resalta la exquisita actuación/ intervención en ambos casos por parte del equipo de los centros, que actúan apoyando a las pacientes: apoyo psicológico, apoyo e intervención familiar, comunicación de la situación a los servicios públicos con los cuales se coordina la intervención, acompañamiento a los servicios especializados en cuestiones de violencia de género, etc.

En ambos casos tenemos las siguientes cuestiones en común:

- pacientes no incapacitadas
- con relación de pareja estable en el tiempo (en uno de los casos con hijos);
- con no aceptación por parte de ambas pacientes de tomar la decisión de denunciar;
- con no aceptación por parte del entorno familiar más próximo de la situación de violencia de género a la que están sometidas
- desde los equipos se interviene trabajando la aceptación de la situación que viven, se aborda al entorno familiar para concienciar de esta situación, se comunica a los servicios públicos que también están interviniendo con las pacientes, se efectúa un acompañamiento a los servicios específicos de atención a las víctimas de violencia de género.

Siendo el resultado la decisión de ambas pacientes de no dar continuidad a la posibilidad de denunciar.

Nuestra legislación, LO 1/2004 de 28 de diciembre, la LO 3/2007 de 22 de marzo, la LECrim. Art. 262 y 355, en lo que respecta a las obligaciones sanitarias en relación a las víctimas de violencia de género, presenta un paralelismo con las que se deben tomar en general en casos de violencia, incidiendo más en la prevención y detección de los factores de riesgo. Además, la Administración ha elaborado protocolos de actuación frente a los casos de violencia de género que se presenten, en concreto el Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la violencia de género, de 2007.

La intervención antes expuesta que se ha realizado desde los centros contempla todas las pautas que se marcan en el protocolo de actuación citado, esto es, se produce el abordaje psicosocial, una búsqueda activa de indicadores de sospecha, se lleva a cabo una investigación para confirmar si se sufre o no dicha situación de violencia, y pese a incluso llegar a reconocerlo, y de ser acompañadas en el proceso posterior, existe

una negación final que impide la denuncia de las pacientes. Además los equipos dan constancia a los servicios públicos que también intervienen en los casos de dicha situación.

Si analizamos el sentido de la LECrim. Nos indica que ante el conocimiento de un posible hecho delictivo, este debe ser puesto en conocimiento de quien pueda investigar lo ocurrido. Y así se ha hecho por parte de los equipos de los centros al comunicar la situación a los servicios públicos pertinentes, que no debemos olvidar los Centros de la Línea son centros de rehabilitación, sin personal médico.

Los equipos están haciendo un seguimiento continuo de ambos casos, para apoyar a las pacientes que no han querido denunciar la situación. No debemos olvidar el respeto a la autonomía del paciente, ya que nos impide obligar o forzar a una toma de decisiones en contra de la voluntad expresada (pacientes capaces), y el respeto a la confidencialidad, que además en este caso es imprescindible, para no poner en riesgo la relación terapéutica que existe con las pacientes.

También hay que tener en cuenta que es nuestra obligación que velar por la vida y el beneficio de la salud de las pacientes y evitar perjuicios para su salud. Es por ello que en el caso de los servicios con profesionales de la medicina deberían emitir un parte de lesiones en caso de confirmar la situación de maltrato. En este caso nuestros centros han comunicado a los centros públicos con los que se coordinan la situación, dado que no son profesionales sanitarios, y consecuentemente no pueden emitir tal parte de lesiones.

Por otra parte el artículo 8º del Código Deontológico del Psicólogo, el cual dice: "Todo/a Psicólogo/a debe informar, al menos a los organismos colegiales, acerca de violaciones de los derechos humanos, malos tratos o condiciones de reclusión inhumanas o degradantes de que sea víctima cualquier persona y de los que tuviere conocimiento en el ejercicio de su profesión."

A éste respecto la **Comisión Deontológica Estatal. Ética y Deontología para Psicólogos** publicado por **Colegio Oficial de Psicólogos. Secretaría Estatal**, hace un análisis que podría tener alguna similitud respecto a inclinarse por la conducta correcta del profesional, en caso de ser psicólogo.

Este artículo del Código puede llevar a una interpretación equivocada: dice con claridad que la violaciones de derechos humanos deben ser denunciadas, cuando menos, ante la autoridad colegial y sus organismos. Sin perjuicio de hacerlo también donde corresponda. La interpretación que puede causar equívoco es, tomar como justificación el contenido de este artículo para emitir informe psicológico ante el supuesto de riesgo o peligro de ser víctima de violación de derechos fundamentales.

Ahora bien, una cosa es una vulneración de derechos humanos de las que hay suficientes pruebas o evidencias quedando efectivamente demostrado que se ha producido esa vulneración.

Concluye que, debe quedar claro que este artículo simplemente ordena informar al menos a los organismos colegiales.

Respecto a los profesionales del trabajo social, el Código de Ética de la FITS (Federación Internacional) cuando alude a los Principios por los que se orienta su intervención, dice en su artículo 4.1., sobre los Derechos Humanos y Dignidad Humana

“El trabajo social se basa en el respeto al valor y dignidad inherentes a toda persona, y a los derechos que de ello se desprenden. Los trabajadores sociales deben apoyar y defender la integridad y bienestar físico, psicológico, emocional y espiritual de cada persona. Esto significa:

1. Respetar el derecho a la autodeterminación- Los trabajadores sociales deben respetar y promover el derecho de las personas a elegir por sí mismos y a tomar sus propias decisiones, sea cuales sean sus valores y opciones de vida, siempre que no amenacen los derechos e intereses legítimos de otros.

3. Tratar a cada persona como un todo- los trabajadores sociales deben intervenir con la persona en su totalidad, con la familia, la comunidad, y el entorno social y natural, y tener en cuenta todos los aspectos que influyen en la vida de una persona”

Respecto a la conducta profesional señala:

“7. Los trabajadores sociales deben mantener la confidencialidad de la información sobre los usuarios y el secreto profesional. Las excepciones solo estarán justificadas por requerimientos éticos superiores (como preservar la vida)”.

Por otra parte, el Código Deontológico de los Diplomados en Trabajo Social, señala en su Artículo 11:

“.- Los trabajadores sociales deben tener en cuenta los principios de derecho a la intimidad, confidencialidad y uso responsable de la información en su trabajo profesional. Los trabajadores sociales respetan la confidencialidad justificada, aun en los casos en que la legislación de su país esté en conflicto con este derecho.”

En otros artículos continúa perfilando la actuación profesional:

Artículo 17.- El diplomado en trabajo social/asistente social debe respetar las opiniones, criterios y decisiones que el usuario/cliente tome sobre su propia existencia, aunque no los comparta.

Artículo 23.- El diplomado en trabajo social/asistente social debe comunicar o denunciar las situaciones de maltrato, abuso o abandono de las personas indefensas o incapacitadas, manteniendo no obstante el objetivo de intervenir para corregir esas situaciones con las personas implicadas en la misma.

Artículo 35.- El secreto profesional es un derecho y un deber del diplomado en trabajo social/asistente social; derecho y deber que permanecen incluso después de haber cesado la prestación de los servicios profesionales.

Artículo 36.- El diplomado en trabajo social/asistente social debe guardar secreto de todo lo que los usuarios/clientes le transmitan y confíen, así como de lo que conozca en su ejercicio profesional.

Tras lo cual podemos perfilar que es similar la conducta procedente a tenor de ambos códigos éticos:

- obligación de secreto profesional;
- obligación de actuar tendiendo a evitar la situación;
- obligación de respeto a la decisión del usuario/paciente sobre la intervención a realizar.

Es necesario tener en cuenta estas indicaciones, ponderar las variables de los casos concretos para dilucidar el modo de actuar más adecuado.

Para terminar y concluir con un posible planteamiento de actuación, teniendo en cuenta los casos concretos presentados y la realidad de los centros, es opinión de este Comité que la intervención ha sido del todo correcta, que de cara a la obligación de protección se debe continuar realizando un estrecho seguimiento de los casos, y no perder la con-

fianza de las pacientes.

Que se recomienda continuar trabajando en la concienciación individual para erradicar la negación actual de las pacientes y, si procede, culminar con la adopción de las medidas oportunas, trabajar la situación con los entornos familiares para potenciar apoyos, continuar comunicando a los servicios públicos con los que se trabaja en coordinación la evolución de los casos, y llevar a cabo un seguimiento interdisciplinar para conseguir una adecuada resolución de las situaciones.

La Comisión recuerda que este dictamen es orientativo y no vinculante.

Nº 41 - 2010 ADMINISTRACIÓN DE BIENES DE UN RESIDENTE

FECHA: 30 de junio de 2010

POBLACIÓN: psicogeriatría

TEMA: Protección de datos

TEMA DE CONSULTA

La Comisión de Ética Asistencial Sanitaria (CEAS), en su sesión del día 30 de junio, ha examinado y debatido el tema propuesto. La exposición del presente caso permite centrar la cuestión planteada en los siguientes

Hechos:

1. JR. ingresa en el Centro como residente privado, voluntariamente, a finales del 2008. En esa fecha es una persona válida que vive solo y desarrolla una vida normal. Su nivel cultural es bajo. Viudo y sin hijos, no mantiene relación con el resto de sus familiares, salvo con un sobrino político que es el familiar responsable (contrato asistencial).
2. A comienzo del 2009 ingresa en el hospital, por ictus isquémico en múltiples territorios vasculares de origen cardioembólico y lleva asociado otras patologías médicas. En la actualidad precisa de ayuda de andador para caminar por hemiplejía residual del lado izquierdo, con supervisión de tercera persona. Resto de ABVD precisa de ayuda / supervisión en todas, excepto comer.
3. Después de ser valorado en el equipo multidisciplinar, se informa al Fiscal de Incapacidades, de la situación, para que provea medidas cautelares para protección del patrimonio, si así lo estima conveniente después de la valoración del caso, según lo indicado en el Código Civil para estos supuestos y la solicitud de Autorización Judicial de Internamiento.
4. Es aceptada a trámite la demanda interpuesta ante el Ministerio Fiscal. Posteriormente el Juzgado de 1ª Instancia correspondiente junto con el médico forense acuden al Centro a valorar su situación mediante entrevista con JR. y completar datos con el resto de profesionales.
5. A finales del 2009 el juez otorga la administración de bienes, hasta nombramiento de tutor, al sobrino político que vive fuera de la pro-

vincia, y dispone la autorización judicial de internamiento. El sobrino político tiene que hacerse cargo de todo y se desconoce la información que facilita a su tío.

6. En los dos últimos meses la relación de JR. con su hermano ha cambiado. Su hermano empieza a hacerle visitas y éstas se instauran a mediados del 2010, haciéndose cada vez más frecuentes, llegando a ser diarias. El hermano de JR. ha comenzado a realizar preguntas a JR. sobre su patrimonio, a indicarle que hable con un abogado, a solicitar las llaves de su piso, cartillas de ahorro y a indicar la necesidad de que su hermano salga a hacer sus gestiones. El hermano de JR. también pide explicaciones al Centro sobre cuestiones relacionadas con el patrimonio, se le indica que debe dirigirse al juzgado correspondiente a obtener información ya que JR. está en proceso de incapacitación, extrañándose, ya que indica que su hermano JR. está en sus "cabales".

PREGUNTAS AL CEAS

¿Podemos dar información al hermano de JR. de todos los temas que le afecten (salud, proceso de incapacitación, etc...) si nos la demanda? En caso afirmativo ¿Con algún límite? Debido a que JR. es un anciano frágil con pluripatología y su sobrino político, (administrador de bienes y familiar responsable) se encuentra en un provincia distante de la residencia, en caso de urgencia médica ¿Es válida la opinión o decisión del hermano?

RESPUESTA

1. La Ley de Autonomía del paciente prevé que: "Se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos:
 - a) "Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho" (art. 9.3).
 - b) Dado que JR. se encuentra en proceso de incapacitación, pero todavía no se ha dictado sentencia, continúa siendo responsable de sus actos, salvo que "no sea capaz de tomar decisiones a criterio

del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación", en cuyo caso, al carecer de representante legal, asumirán esta representación "las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho". Sin embargo, al figurar en el contrato asistencial como familiar responsable el sobrino político, la información terapéutica y la prestación del consentimiento informado, en su caso, corresponderá al sobrino político, sin que exista obligación legal de informar a ningún otro miembro de su familia.

- c) No obstante, teniendo en cuenta que el sobrino político reside lejos, si no es posible obtener su consentimiento informado, en caso de urgencia, podría actuar el responsable del Centro en su condición de guarda de hecho, como representante, y otorgar el consentimiento informado, si fuera preciso.
2. Cómo se ha comentado antes, JR. continuamente demanda el poder salir, le da igual el acompañante, por cualquier motivo; más ahora que cuenta con el apoyo del hermano ¿Cuál tiene que ser nuestra respuesta cuando desea ir a su piso, al banco, para hablar con el abogado, etc.? ¿Debemos oponernos? ¿Podemos indicarle el acompañante más idóneo? ¿Nos tenemos que mantener totalmente al margen? ¿Debemos informar de estas salidas al sobrino político (familiar responsable y administrador de bienes)?... ¿y al Juez?

El responsable de la administración de los bienes de JR., por designación judicial, es su sobrino político, por lo que corresponde a él dar las instrucciones precisas sobre las cuestiones en las que puede intervenir JR. directamente en relación con la administración de sus bienes. Por todo ello, el Centro no tiene otra función que la de colaborar, si lo estima preciso, con JR. y con el administrador de sus bienes en el cumplimiento de estas directrices, salvo que advierta que atentan contra los intereses de JR., en cuyo caso deberá ponerlo en conocimiento del Juez o del Fiscal.

Nº 42 - 2010

CRITERIOS TÉCNICOS Y EL PAPEL DE LA FAMILIA

FECHA: 30 de junio de 2010

POBLACIÓN: Personas con Enfermedad Mental

TEMA: Asistencia integral

TEMA DE CONSULTA

Se han hecho llegar a diferentes miembros de la Dirección de un centro quejas formuladas por alguna familias sobre atención que se oferta en una Unidad específica del Centro, tales como la no existencia de canales de comunicación y falta de atención cuando han solicitado información y asesoramiento sobre su paciente ingresado.

Manifiestan también no entender que cuestiones básicas como un cambio de sábanas cuando se ensucian por alguna incidencia, tengan que esperar a la fecha señalada para que esto se produzca y otras demandas que manifiestan malestar y desconcierto en el ámbito familiar.

PREGUNTAS AL CEAS

1. ¿Los criterios terapéuticos deben anteponerse a los éticos?
2. ¿Cómo hacer llegar la información a familiares para que colaboren y se impliquen en el tratamiento de su paciente si no están establecidos canales de comunicación para ello?
3. Si un equipo asistencial es cuestionado en algunas de sus intervenciones tanto a nivel interno como externo, ¿Quién debe confrontar actuaciones?
4. Si la familia solicita entrevista con algún miembro de la Dirección para manifestar quejas ¿hasta dónde puede informar o implicarse este miembro cuando se puede interpretar por parte del equipo asistencial, como interferencias en el tratamiento terapéutico de los pacientes?
5. ¿Cuál es la intervención desde el Consejo de Dirección ante un equipo asistencial que no facilita la participación de sus miembros y pacientes en actos litúrgicos o de carácter humanitario que el Centro organiza con carácter global?

RESPUESTA

La Comisión de Ética Asistencial Sanitaria (CEAS), en su sesión del día 30 de junio, ha examinado y debatido el caso propuesto.

Ante la primera pregunta cabe recordar algunos aspectos de identidad de la Organización como son la misión, visión y valores. Todo ello enmarca no sólo el qué hacer sino el cómo hacerlo. Desde el inicio, la Congregación de las Hermanas Hospitalarias ha promovido la defensa de la dignidad humana, centrándose muy especialmente en el mundo del sufrimiento psíquico, con palabras tan conocidas en nuestro seno como las pronunciadas por San Benito Menni: "ciencia y caridad han de ir unidas".

Por otro lado hemos de reconocer los grandes avances científicos que se han producido en los últimos tiempos, avances que han permitido poder hacer intervenciones sanitarias que anteriormente podían ser impensables. El gran debate ético se inicia justamente cuando se observa que la ciencia puede hacer mucho pero que no todo es correcto, por lo que no todo lo que se puede hacer se debe hacer (ejemplos claros se pueden encontrar en el campo de la llamada Limitación del Esfuerzo Terapéutico).

Desde esta visión, tanto de la bioética, como de la propia identidad de nuestra Organización, claramente se ha de responder que no todo lo que técnicamente pueda estar justificado y sea viable, debe aplicarse desde los criterios éticos.

Justamente por ello se producen situaciones de conflicto de valores que no suelen ser fácil de dirimir y encontrar el mejor curso para dar una respuesta lo más ética posible al caso concreto.

Al respecto de otras preguntas, verdaderamente se encuentran más en el campo técnico (ya sea asistencial o de gestión de equipos) que ético, como por ejemplo el cómo conseguir que se impliquen las familias. Desde la ética tan sólo recordar que en ese "cómo", hay una serie de aspectos que se han de procurar tener en cuenta:

- Sí parece que las familias de los enfermos tienen necesidades derivadas de la convivencia o la atención a su familiar con enfermedad

mental que deben ser apoyadas y, por tanto, esto se convierte en una obligación ética para el equipo terapéutico y el propio centro o Unidad que debe atender. Además, y en función del propio concierto con la Administración Pública que tenga en vigor el centro o Unidad correspondiente, puede convertirse no sólo en un deber ético sino en un deber contractual el hecho de atender a dichas familias.

- Por otro lado, este atender a las necesidades de los familiares no debe implicar el saltarse gratuitamente la confidencialidad necesaria que hay que mantener en cualquier relación terapéutica salvo que exista un consentimiento expreso del paciente o una situación de incapacidad del mismo.
- Además de todos estos aspectos, también habría que valorar que las intervenciones a realizar con las familias sean realmente benéficas y no se conviertan en maleficas, pues todos los miembros del CEAS somos conscientes que determinadas demandas de este tipo de pacientes o de sus familias podrían llegar a generar intervenciones que podrían no estar indicadas hacerlas para bien del enfermo o de la propia familia.

También se pregunta por la supervisión del equipo asistencial así como las relaciones entre este y el equipo de la Dirección del Centro. Sobre estos aspectos, el organigrama del centro define, o debería definir, este tipo de relaciones, tanto jerárquicas como funcionales y, por tanto, esto demarca las posibles supervisiones y responsabilidades. Desde la ética sólo cabe señalar la necesidad de mantener la necesaria confidencialidad de la información así como la conveniencia de tener unas buenas relaciones profesionales entre el propio equipo asistencial, y entre dicho equipo y el equipo de Dirección para poder generar las sinergias necesarias en orden a dar la mejor atención posible tanto a los enfermos como a las familias. En nuestra Institución el foco principal de la misión es el usuario, y las relaciones profesionales deben estar siempre al servicio de este fin último. Para ello es bueno que se mantenga un dialogo constante entre las partes, así como un respeto mutuo de las funciones propias que cada uno debe acometer y que estarán posiblemente definidas en el Reglamento de Régimen Interno.

Por último se pregunta por las acciones que debería acometer la Dirección del Centro ante un equipo asistencial que no apoya la participación

de los enfermos en determinadas acciones de pastoral que se ofertan a todo el Centro. Ante esta pregunta debemos volver a la identidad de nuestra Institución recordando que desde siempre se ha definido como necesario y obligado el dar una atención integral a los pacientes que se atiendan; esta atención integral incluye los aspectos médicos, psicológicos sociales y espirituales. Esta atención integral se convierte, por tanto, en un derecho de los pacientes atendidos en nuestros centros y una obligación para el personal que trabaja en ellos. En este sentido cada tipo de acción orientada a perseguir dicha atención integral debe contar con su espacio organizativo y debe ser facilitada por el resto del personal. Obviamente esto requiere coordinaciones y programaciones adecuadas que faciliten la asistencia de los usuarios interesados, y siempre desde el respeto individual (autonomía del enfermo), a las acciones comentadas aquí como son la liturgia u otros actos humanitarios. Como norma general cabe pensar que la asistencia a este tipo de actos y en las condiciones antes comentadas se deben facilitar, siempre que no sea contraproducente para la persona concreto, excepciones que lógicamente deberán hacerse aunque de manera justificada, desde el principio de la no maleficencia.

El CEAS agradece la consulta realizada y recuerda que la respuesta aquí expresada tiene por objeto que el profesional responsable del caso o situación de conflicto ético, pueda tener un mejor criterio para la toma de decisiones, por lo que las reflexiones y pautas arriba descritas quedan en el ámbito de la recomendación.

Nº 43 - 2010

HOMOSEXUALIDAD DESCONOCIDA POR EL TUTOR

FECHA: 15 de octubre de 2010

POBLACIÓN: personas con Enfermedad Mental

TEMA: Relaciones afectivo-sexuales

TEMA DE CONSULTA

Varón de unos 35 años con diagnóstico de esquizofrenia paranoide (CIE 29.5) y discapacidad intelectual (CIE 31-9). Tiene el grado de discapacidad reconocido del 65%. Está incapacitado legalmente siendo su padre, el tutor legal. Actualmente reside en un Piso Supervisado y es atendido en un Centro Diurno, desde donde se hace la consulta al CEAS.

Actualmente no manifiesta sintomatología psicótica activa. Presenta conductas repetitivas que interfieren en sus relaciones interpersonales. En su funcionamiento cotidiano necesita apoyo para organizar sus rutinas, realizar las tareas domésticas y para organizar su tiempo de ocio. Muestra buena adherencia al tratamiento y acude con regularidad a sus citas médicas.

En las últimas citas ha empezado a expresar, con muchas dificultades y un alto nivel de malestar, información acerca de su sexualidad, y de haber comenzado a mantener relaciones sexuales con algunos compañeros. Verbaliza encontrarse mejor al poder hablar de estos temas aunque manifiesta su preocupación porque esta información pueda llegar a su padre. Refiere que las relaciones siempre son consentidas y nunca se ha sentido coaccionado a tenerlas. La mayoría de las veces no utiliza ningún método de protección aunque conoce los preservativos y en una ocasión ha demandado su uso.

Una de las personas con las que mantiene relaciones ha sido diagnosticada en el pasado de sífilis presentándose asintomática en este momento. Existe conocimiento de la probabilidad de que alguno de estos compañeros haya mantenido relaciones sexuales ajenas a éstas personas.

Con respecto a la figura del padre, es importante destacar que habitualmente tiene tendencia a centrarse más en las dificultades de su hijo que en los logros, se muestra resistente a los cambios, planteando quejas y obstaculizando cualquier intento de avance en su autonomía.

Atendiendo a su incapacidad civil y a su discapacidad intelectual:

1. Además de la educación sexual que se está realizando, ¿sería necesario adoptar otro tipo de medidas?
2. ¿Sería necesario informar al padre (tutor legal) de la situación?
En caso de que fuera necesario informar al padre de la situación, ¿se vulneraría la LOPD al transmitir información relativa a la salud y/o la orientación sexual de terceros?
3. ¿Tiene algún tipo de repercusión legal el hecho de mantener relaciones sexuales con una persona incapacitada con discapacidad intelectual?, ¿y en el caso de no tener conocimiento de ello?
4. Atendiendo a la confidencialidad y a que la información contenida es de máxima protección, habiendo personas implicadas usuarias del recurso, ¿sería necesario algún tipo de intervención y cómo habría que manejar la información?

RESPUESTA

El CEAS, reunido en fecha 15 de octubre en reunión ordinaria, ha podido analizar el caso que se nos presenta. Lo primero que los miembros del CEAS quieren destacar es el agradecimiento al profesional que remite el caso por su sensibilidad antes este tipo de problemática, percibiendo la situación, interrogándose por los límites éticos ante estas situaciones y procurando afrontarla del mejor modo posible.

Los miembros del CEAS han percibido varias características del caso que se destacan a continuación:

- Se trata de un varón con escasa autonomía personal, incapacitado legalmente pero con suficientes habilidades como para poder vivir en un piso supervisado afrontando por sí mismo, y con el apoyo de los profesionales, las demandas cotidianas del día a día.
- Por otro lado se percibe un posible riesgo grave en su salud física.
- Además aparece un problema en la integración de la vivencia de su esfera afectivo sexual, como muestra el que hasta hace poco no haya hablado del tema y que cuando lo hace presenta grandes dificultades y un alto malestar.
- Por último parece que sus conductas homosexuales podrían resultar un conflicto en la relación con su padre y tutor.

Aparece un conflicto de valores entre la necesidad de informar al tutor (padre) de la persona incapacitada, sobre de los riesgos en la salud derivados de la conducta sexual del usuario y por otro lado la necesidad de mantener una relación terapéutica de confianza que podría romperse de manera irrecuperable impidiendo o cortando el proceso de su recuperación.

Por otra parte la vivencia de su sexualidad, como ya se ha comentado, no parece estar integrada saludablemente como una esfera más de su persona. Nuestra Institución desde siempre ha promovido una atención integral (corporal, psicológica, social y espiritual). Esta atención conlleva apoyar el que la persona pueda llegar a integrar y vivir de una manera sana y digna su sexualidad. Así pues la educación sexual no debe limitarse a los medios preventivos de las ETS, sino que debe buscar ayudar a este usuario a comprender sus afectos, analizar sus conductas sexuales, el componente relacional de las mismas, entender su identidad sexual... y todo ello integrarlo en su persona.

Los profesionales del centro parece que han analizado adecuadamente y descartado el que esta persona esté sufriendo abusos en esta área. En este tipo de poblaciones, que en la mayoría de los casos son vulnerables a presentar abusos por parte de terceros, se hace absolutamente necesario intervenir de un modo contundente para proteger a la persona y enseñarle que tiene el derecho a ser respetado por los demás, entrenándole en las habilidades asertivas necesarias para poder defenderse por sí mismo y llegar a tener unas relaciones sociales normalizadas con sus prójimos.

Pero existe un continuum entre el sufrir abusos por parte de terceros y el que las relaciones sexuales que consienta y mantenga sean deseadas y buscadas por él, pasando por tolerar cuando aparece la petición o presión por parte de un tercero. Es diferente consentir que tolerar y por tanto se hace necesario valorar no solamente la existencia de abusos sino también el grado de consentimiento de este tipo de relaciones por parte de este residente.

Por último el usuario tiene una relación complicada con su padre y tutor. Desde nuestros centros siempre se ha considerado a la familia como una parte central del proceso de atención. Se ve absolutamente necesario ir trabajando por mejorar la relación entre ambos, de manera que, en la medida de lo posible, se consiga mejorar la aceptación y confianza mutua para poder llegar a afrontar asuntos como el que nos ocupa.

Es por todo esto que desde el CEAS se considera que:

- 1) la educación afectivo sexual centrada en el usuario se hace absolutamente necesaria en este caso, siendo una parte de ella la prevención de las ETS y trabajar por intentar proteger la salud de la persona incapacitada de una manera urgente, de forma que pueda llegar a ser autónomo en esta área para cuidar de su salud;
- 2) es necesario trabajar por la mejora en la relación entre el hijo y el padre de manera que puedan llegar a afrontar los conflictos y problemas que vayan surgiendo, dentro de una relación no sólo filial sino también de responsabilidad legal;
- 3) en caso de que esta persona, en un tiempo prudente, no llegue a mejorar en su autonomía para la protección de su salud y continúen apareciendo situaciones que la pongan en riesgo, sería necesario informar al padre del riesgo relativo a su salud derivada de sus conductas sexuales;
- 4) que en caso de tener que informar al padre y tutor, nunca deben darse datos de terceras personas:
- 5) en cuanto a la responsabilidad de terceras personas que puedan tener relaciones sexuales con este usuario incapacitado, esta no existe siempre que se de un exquisito respeto a sus derechos como persona. No se trata sólo de que no se produzca un forzamiento físico sino también pudiera haber uno de carácter psicológico al que esta persona podría ser más vulnerable.

El CEAS agradece la consulta realizada y recuerda que la respuesta aquí expresada tiene por objeto que el profesional responsable del caso o situación de conflicto ético, pueda tener un mejor criterio para la toma de decisiones, por lo que las reflexiones y pautas arriba descritas quedan en el ámbito de la recomendación.

¿APOYAR EL DESARROLLO DE LA AUTONOMÍA?

FECHA: 17 de diciembre de 2010

POBLACIÓN: Personas con Discapacidad Intelectual

TEMA: Relaciones afectivo-sexuales

TEMA DE CONSULTA

El caso presentado se refiere a un usuario que podría pasar a ser atendido en un piso supervisado, y a su relación con otra residente del piso. Ambos usuarios con discapacidad intelectual.

Se trata de un chico, mayor de edad, no incapacitado legalmente y que presenta unos niveles cognitivos y de autonomía muy altos (es uno de los usuarios más avanzados en el Centro Especial de Empleo) puede que en breve cambie de dispositivo, esto es, en el presente mes se llevará a cabo un comité de valoración para estimar si sería adecuado que dicho usuario pasara de la Residencia de Adultos a la Vivienda Tutelada, y aunque si bien es cierto que manifiesta capacidades y cualidades adecuadas para ser trasladado a tal dispositivo (teniendo en cuenta que él ha manifestado en repetidas ocasiones que así lo desea) nos surge un problema con una de las usuarias que ya reside en la Vivienda Tutelada.

Esta usuaria está tutorizada por la Responsable del centro, es mayor de edad, tiene el implanóm (método anticonceptivo subcutáneo), y al igual que el chico que comentábamos con anterioridad, también presenta unos niveles muy elevados en cuanto a su capacidad cognitiva y autonomía.

Si bien cabría esperar que entre dichos usuarios, y teniendo en cuenta el perfil de ambos, pudiera surgir algún tipo de relación afectivo-sexual, este hecho se hace más probable si cabe ya que, no hace mucho estuvieron saliendo durante un par de meses, aunque la relación no llegó a ser estable (se limitó a algunas salidas y a pequeñas muestras de afecto). Aunque en aquel momento no parece que llegaran a tener relaciones sexuales, el hecho de que el chico pueda ser trasladado a la Vivienda Tutelada hace sospechar que, en un nuevo dispositivo donde no hay control de profesionales las 24 horas del día, podrían llegar a mantener relaciones sexuales plenas ya que, según han detectado los profesionales parecen haber vuelto a comenzar a mostrar conductas

afectivas recíprocas desde hace aproximadamente dos semanas (en la actualidad se limita a lo que podríamos llamar coloquialmente “un tonto de adolescentes”).

El hecho es que se nos plantea una duda moral/profesional ya que, de una parte consideramos que el usuario se merece, desea y está sobradamente capacitado para ser trasladado a la Vivienda Tutelada. Pero de otro lado se nos plantea el debate moral sobre si proponer o no tal traslado sabiendo de antemano que el mismo supondrá una situación “muy delicada” en cuanto a la posibilidad de que se puedan producir relaciones sexuales entre dicho usuario y la usuaria mencionada con anterioridad.

En pocas palabras; ¿consideran adecuado apoyar dicho traslado o se debería denegar para evitar toda posibilidad de que haya algún tipo de relación sexual entre dichos usuarios sobre los que versa la presente consulta?

RESPUESTA

La persona objeto de la consulta parece, por lo que en la misma se expresa; que tiene autonomía suficiente para gestionar su vida en un piso supervisado, a pesar de su discapacidad intelectual, al igual que la chica a la que se hace referencia.

Además se refleja que el equipo terapéutico está de acuerdo en que es indicado que esta persona pase a la vivienda tutelada para poder seguir avanzado en su proceso de recuperación.

Así mismo el equipo prevé que en esta situación pueda surgir una posible relación afectiva entre este usuario y la residente de la vivienda tutelada, ya que parece que se han producido acercamientos entre ambos en fechas recientes.

Sin embargo el CEAS no ha podido tener acceso a algún dato que podría ser importante en la toma de decisiones sobre este caso, como por ejemplo el Reglamento de Régimen Interno del centro y de los pisos, ya que en él debería estar recogida la normativa aplicable a esta situación, algo que el CEAS presupone. Tratándose de un piso mixto en el que pueden darse este tipo de relaciones afectivo sexuales entre los residentes nos preguntamos: ¿son aceptadas entre los usuarios?, ¿hasta qué nivel?, ¿se cuenta con las familias en la toma de decisiones y en el proceso de incorporación de los usuarios y usuarias al piso?....

Por todo ello, el Comité de Ética Asistencial considera que:

- Es un deber apoyar el proceso de recuperación de este chico y, por tanto, el paso a un recurso cada vez más normalizado
- Que en este paso, a recursos más normalizado, el Centro y sus profesionales deben acompañar a cada persona y prepararla de la mejor manera posible en cada una de las esferas a las deberá enfrentarse. Por ello, el CEAS considera que es muy importante que el equipo técnico trabaje con este chico que va a dar un paso importante en su vida y su autonomía, en ir progresando en sus actividades de la vida diaria, en conductas que favorezcan su autonomía, etc.... pero que también se le acompañe en su esfera afectivo sexual al mismo nivel que las demás.
- También se cree que se debe preparar y acompañar en sus relaciones, tanto al potencial nuevo residente como al resto de residentes de la vivienda, para facilitar su convivencia. Por otra parte, ya que el equipo observa y prevé una posible relación entre estas dos personas, se considera importante ir trabajándola y acompañándola según vaya creciendo y madurando, pero tampoco siendo forzada por el equipo terapéutico.
- Además se debe considerar la posibilidad que este chico pueda iniciar otro tipo de relaciones afectivas con otras residentes del piso, con todo lo que esto podría implicar en la convivencia entre los usuarios de la vivienda, algo que también se debería prever y abordar. Da la sensación que a este chico se le podría acompañar en una maduración de la vivencia de su sexualidad de manera que la viva como un componente de la relación madura entre dos personas, como un acto de expresión de amor y compromiso ya que parece que podría moverse en algunos momentos por la obtención del beneficio a corto plazo y del placer más allá de otros significados que pueda tener la sexualidad del ser humano pudiendo llegar a utilizar a otras terceras personas como un mero medio y no como un fin en sí mismas. En este sentido el CEAS considera que no se trata de evitar ni fomentar que existan relaciones sexuales, sino de reflexionar qué significado tienen estas relaciones sexuales y que estas no se conviertan en actos puntuales carentes de sentido sino la consecuencia lógica de la expresión del amor dentro de una madurez afectiva entre dos personas, con absoluto respeto por la dignidad de la otra persona e incluso la de uno mismo.

- En la toma de decisiones se ven implicadas varias personas: de un lado el usuario, no incapacitado, el equipo de profesionales, la chica que sí está incapacitada y el resto de personas que residen en la vivienda. Se echa de menos en este proceso el haber trabajado e incorporado a las familias, en este caso a la tutora de la chica. Ya que se prevé la posibilidad de que se inicie esta relación, la tutora debería estar informada de manera que pueda tomar decisiones sobre el proceso de recuperación de la chica incapacitada.
- Por otro lado se recomienda abrir un debate en el centro sobre el futuro de este tipo de relaciones afectivo sexuales. Si como se dice en la exposición del caso, estas son personas autónomas podría ocurrir que efectivamente esta expresión de amor pudiera terminar en una relación de pareja estable y que en algún momento quieran formalizarla de algunas de las maneras que existen hoy en día, incluso el matrimonio. ¿Cuál debería ser la actitud de los profesionales ante estas posibilidades? Y en el caso de que estas personas quisieran tener descendencia, ¿sería esto posible?, ¿nuestros centros están preparados para apoyar estos procesos tanto a nivel afectivo, funcional y estructural?, etc.... En fin son preguntas y reflexiones que en este momento pueden parecer precipitadas para este caso concreto, pero que consideramos sería conveniente que el centro reflexiones ante estas situaciones que podrían darse en un futuro con esta u otras personas.

La Comisión recuerda que este dictamen es orientativo y no vinculante y agradece la consulta realizada.

MENOR DE EDAD Y MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

FECHA: 17 de diciembre de 2010

POBLACIÓN: Personas con Discapacidad Intelectual

TEMA: Relaciones afectivo-sexuales

TEMA DE CONSULTA

El caso presentado se refiere a una usuaria con discapacidad intelectual sobre la que se pide asesoría para que le pueda ser implantado un método anticonceptivo:

En el presente mes ha habido una nueva incorporación a la Residencia de Menores, se trata de una usuaria de 14 años de edad, tutelada por el Servicio de Protección de Menores y que presenta un buen nivel cognitivo (teniendo en cuenta su discapacidad) ya que comprende toda clase de mensajes así como es capaz de emitirlos (por no mencionar su buen nivel de conocimientos académicos). Si bien su conducta suele ser bastante adecuada, en lo referente al tema afectivo-sexual manifiesta conductas demasiado despiertas para su edad, es decir, presenta actitudes afectivo-sexuales propias de una edad más adulta lo que nos hace plantearnos la cuestión que a continuación presentamos y a la que esperamos puedan darnos respuesta; ¿sería adecuado que esta usuaria llevase el Implanon (método anticonceptivo subcutáneo)?

Si bien en principio podríamos pensar que al estar en un dispositivo con chicos menores de edad no debería haber problema (dando por hecho que los profesionales siempre están pendientes de cualquier conducta inadecuada para corregirla/educar sobre la misma), también es cierto que el desarrollo sexual puede producirse en los varones a partir de los 13 años, lo que nos hace plantearnos la posibilidad de que, de llegar a darse alguna relación sexual con esta chica podría producirse un embarazo no deseado/meditado de forma responsable.

Además, debido a su capacidad y necesidades en cuanto a las relaciones sociales se refiere, en la actualidad estamos tratando, los profesionales que nos relacionamos con ella desde el ámbito residencial, que dicha usuaria participe en el mayor número de actividades posibles con los usuarios de Residencia de Adultos ya que estimamos que será lo más adecuado para su desarrollo personal y social.

Este hecho, unido al expuesto en inicio, esto es, la actitud sexual activa que manifiesta dicha menor puede inducir a algún compañero a llegar a mantener relaciones sexuales con ella (que más bien serían una forma de experimentar el afecto pero que por desgracia podría tener unas consecuencias nefastas), hacen plantearnos lo acertado o no de que dicha usuaria llevase el Implanon.

RESPUESTA

La persona que es objeto de la consulta parece, por lo que se expresa en la misma, tiene bastante capacidad en comparación con los usuarios de la Residencia de Menores en la que vive. Sin embargo hay que considerar que está tutelada por Servicio de Protección de Menores, siendo el tutor el que debe velar por los sus intereses. Esta chica tiene en la actualidad 14 años por lo que se encuentra en plena maduración física y sexual.

Por todo ello, el Comité de Ética Asistencial considera que:

- La implantación de un método anticonceptivo como el que es planteado podría tener efectos secundarios adversos y especialmente significativos en una persona que se encuentra en un proceso físico madurativo.
- Parece que se quiere evitar a todo precio el que esta persona pueda quedar embarazada con la implantación de un método anticonceptivo; efectivamente el que una chica con discapacidad intelectual y con 14 años pudiera quedarse embarazada es algo totalmente inconveniente, para ella ni para la nueva vida que se gestase. Sin embargo el Comité de Ética Asistencial considera que en este caso deberían procurarse los medios suficientes para asegurar que no se produzcan situaciones de este tipo dentro del centro, con la supervisión y apoyo necesarios para los menores de edad. El hecho de plantear este medio como la solución a la prevención del embarazo parece más responder al ejercicio de lo que se ha venido denominando "medicina defensiva", que busca evitar responsabilidades, más que a dar respuesta adecuada a las necesidades personales de esta chica.
- Antes de plantearse la implantación de un medio anticonceptivo se debería discernir cómo se está acompañando la necesaria madu-

ración de las relaciones afectivas de una persona adolescente y la expresión de estos afectos con sus iguales. La implantación de un medio de este tipo en una persona que aún no es consciente del alcance de muchas de sus conductas, podría llevar a dar un mensaje equivoco de lo que es su sexualidad y el alcance de la misma.

- Además, el hecho de evitar un embarazo no lo es todo lo que debe procurarse evitarse en esta persona. La implantación del Implanon no suprimiría los riesgos de enfermedades de transmisión sexual a las que esta chica podría quedar incluso más expuesta con la indicación de este método anticonceptivo, por lo comentado en el párrafo anterior.
- Por todo ello el CEAS considera en este caso que no sería prudente la indicación de la implantación de este método anticonceptivo en esta persona, aunque la decisión debe estar centrada en los que actualmente ejercen su rol de tutor.
- Por otro lado, el CEAS se cuestiona la indicación de que esta chica se incorpore en actividades de la residencia de adultos, si pudieran existir riesgos de abusos por parte de personas adultas hacia esta chica menor de edad. El comité considera que no tiene datos suficientes ni conoce el funcionamiento de la Residencia de Adultos, por lo que podría equivocarse en sus reflexiones a este respecto, pero sí considera fundamental que en el caso de que efectivamente esté indicada esta incorporación, se debería cuidar especialmente el perfil de personas con las que se relacionará y que pueda estar en todo momento protegida de los posibles abusos a los que podría verse sometida por ese entorno.

La Comisión recuerda que este dictamen es orientativo y no vinculante y agradece la consulta realizada.

“La hospitalidad no es sólo un valor cristiano sino también humano, del que nuestra sociedad plural y secularizada está tan necesitado o más que en cualquier otra época anterior. He aquí un bonito reto para todos, y en especial para quienes han hecho de la hospitalidad el objetivo de su vida”.

Diego Gracia.



Hermanas
Hospitalarias

www.hospitalarias.org