



Germanes
Hospitalàries

BENITO MENNI CASM

1

**DOCUMENTOS DEL
COMITÉ DE ÉTICA
ASISTENCIAL DE
BENITO MENNI CASM**



Recomendaciones
sobre el abordaje de
conductas disruptivas
para la convivencia en
pacientes ingresados
por patología dual



Índice

1. Presentación
2. Benito Menni CASM: hospitalidad, calidad y ética
3. Reflexión bioética introductoria
4. Principios básicos de la bioética
5. La institución Benito Menni CASM como colectividad con vocación ética
6. Patología psiquiátrica y consumo de sustancias. Patología dual
7. Enfermedad mental, dependencia de tóxicos y conductas perjudiciales para terceras personas
8. Conflictos éticos en pacientes psiquiátricos hospitalizados con consumo asociado de tóxicos y conductas perjudiciales para terceras personas
9. Recomendaciones
10. Bibliografía





Presentación

El presente documento es el fruto de la reflexión del Comité de Ética Asistencial de Benito Menni CASM acerca de un tema cada vez más presente en los centros de hospitalización de salud mental.

La dependencia de tóxicos como comorbilidad que a veces afecta a los pacientes con una patología mental conlleva una dificultad de manejo clínico y organizativo que incide en las entidades y en todas las personas a las que se atiende, y debe ofrecer atención asistencial y medidas adecuadas a cada caso, en el marco de los valores institucionales de cada organización y la debida reflexión ética.

Esperamos que el presente documento ayude tanto en el ámbito interno como en el externo de nuestra organización a reflexionar sobre la complejidad de dichas situaciones y los dilemas éticos que en ellas se plantean, y que sus recomendaciones sean de utilidad para todos los profesionales implicados en la asistencia sanitaria a estos pacientes.

Sor Teresa Íñiguez
Superiora local

Dr. Joan Orrit
Director gerente

Dr. Pedro Regalado
*Presidente del Comité de
Ética Asistencial (CEA)*

2 Benito Menni CASM: Hospitalidad, calidad y ética

Benito Menni Complejo Asistencial en Salud Mental (CASM), una entidad que pertenece a las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, desde el valor central de la **hospitalidad**, ofrece una atención sanitaria y social integral y de calidad a todas aquellas personas que presentan enfermedades mentales o necesitan asistencia en ámbitos sociosanitarios y sociales.

Nuestra misión se orienta hacia la prevención, el cuidado y la rehabilitación de los enfermos mentales, las personas con discapacidad intelectual, los pacientes psicogerítricos y los que presentan otras enfermedades, según su necesidad. La persona que sufre, dentro de su unidad y dignidad inviolable, es el centro de nuestra misión y a ella se han de subordinar todos los recursos de la institución. Todos los profesionales que trabajan en ella están comprometidos con el cumplimiento del más alto nivel de calidad posible en cada momento, velando por la atención integral del ser humano.



En la vertiente docente, nuestra misión es la de capacitar a personas para ofrecer servicios sanitarios propios de su ámbito profesional, con calidad técnica y en conformidad con los valores de la institución:

- La **hospitalidad** como valor central de nuestro trabajo desde la inspiración cristiana que las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús y su fundador, Benito Menni, aportan como su razón de ser, y también la hospitalidad entendida como un servicio a los demás, al cuidar, acompañar y ofrecer consuelo.
- La **calidad** como valor inseparable de la atención sanitaria y social que ofrecemos a las personas, basada en el trabajo y el compromiso de todos en la mejora continua y en el camino hacia la excelencia, y englobando en este concepto la calidad humana y técnica del servicio, y la calidad del trato dispensado y de los diversos dispositivos asistenciales.
- La **ética** como una forma de sentir, pensar y actuar. Las actuaciones de los profesionales tienen siempre en cuenta a la persona de manera integral y sus derechos como tal.

Dichos principios y valores quedan recogidos y se encuentran ampliamente desarrollados en el **Marco de Identidad de la Institución de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús**, documento que enmarca nuestra actuación institucional.



3

Reflexión bioética introdutoria

La bioética clínica es la ética aplicada a la asistencia sanitaria. En los últimos años se ha desarrollado fundamentalmente por tres motivos: los avances científicos, que condicionan una complejidad progresiva en las decisiones clínicas; el desarrollo de los derechos humanos, que devuelve al paciente el protagonismo en su proceso de enfermedad y en las decisiones que le afectan, y la generalización de la asistencia sanitaria, que obliga a reevaluar la relación recursos-necesidades. El aspecto más pragmático de la bioética es la identificación de los conflictos de valores que subyacen en las decisiones asistenciales, de forma que el análisis de los hechos objetivos pueda complementarse con el análisis de los valores en riesgo (Morera Pérez, 2000).

Los comités de ética asistencial tienen tres funciones fundamentales: asesoría de casos que presentan conflictos éticos, docencia y elaboración de documentos, bien destinados a los usuarios, bien para el posicionamiento de la institución, entre otros (Gías, 2016).

El Comité de Ética Asistencial (CEA) de Benito Menni CASM es un órgano consultivo en materia de bioética al servicio de nuestra institu-

ción. Ayuda al asesoramiento en el ámbito asistencial en aspectos de la praxis clínica que puedan generar debate ético. El CEA aporta las claves para afrontar las decisiones y actuaciones con mayor justicia y prudencia, todo ello dentro del marco de los valores institucionales anteriormente referidos.

El presente documento tiene por finalidad abordar cuestiones y conflictos que se plantean desde una perspectiva bioética en la atención al paciente con trastorno mental al que se asocia el consumo de tóxicos y en el que aparecen conductas perjudiciales para terceros. Se trata de identificar los conflictos que se presentan y promover una reflexión bioética sobre ellos, y establecer un posicionamiento de nuestra institución frente a esta problemática basándonos en nuestros valores. En ningún momento se pretende proporcionar soluciones definitivas o consensos estándares.

Para contextualizar, brevemente recordamos los principios básicos de la bioética para, a continuación, exponer los valores éticos de la institución.



4

Principios básicos de la bioética

Los principios éticos propuestos para la bioética clínica son cuatro (Gracia, 1989):

- Principio de no maleficencia: ligado al *primum non nocere* hipocrático. Se trata del deber del clínico de no dañar al paciente. Trata de la obligación de establecer buenas prácticas y aplicarlas en cada caso.
- Principio de justicia: establece la obligación de proporcionar a todos los pacientes las mismas oportunidades, no discriminando. Procura la igualdad de oportunidades ante los recursos sanitarios.
- Principio de autonomía: exige respetar la libertad del otro para decidir, considerando lo que es bueno para él en función de su proyecto de vida y su voluntad, y reconociendo *a priori* en todo sujeto la capacidad para ello.
- Principio de beneficencia: exige hacer el bien a quien lo pide, o a quien lo precisa, pero respetando siempre al propio paciente.

La mejor decisión asistencial es aquella que respeta todos los principios enumerados. En ocasiones no es posible, con lo que se crea un conflicto de principios y es necesaria una jerarquización de estos. Diego Gracia (1989) establece una «ética de mínimos», donde engloba los principios de no maleficencia y justicia. Los principios de autonomía y beneficencia quedan englobados en el segundo nivel, «ética de máximos», que comprende unos máximos morales o deberes que protegen los valores y proyectos vitales de cada individuo de manera particular, en forma de actos que cada uno elige para sí mismo pero que no puede imponer a otros, por lo que, aun debiendo respetarse, no pueden ser exigidos de forma absoluta si ello requiere dañar o discriminar.



La institución Benito Menni CASM como colectividad con vocación ética

Una institución de salud mental sin una voluntad ética que la sostenga viva se debilita como institución verdaderamente humana. En paralelo a la praxis de cada profesional en particular (sea médico, enfermero, psicólogo, etc.) hay un acto de profesión colectivo de cada hospital, que hace que este se presente ante la sociedad como un sujeto moral bien definido, explícito, con un núcleo de convicciones que los constituye en una colectividad.

Esas convicciones colectivas acordadas —aunque plenamente compatibles con el respeto a la legítima diversidad ética y de valores de cada uno— inspiran y regulan, más allá de lo exigido por la competencia técnica, el modo de hacer a que todos se comprometen y, por ende, la atención al paciente no se detiene en el mínimo legal, sino que se inclina hacia una conducta virtuosa (Herranz, 2008).

En este sentido, Benito Menni CASM asume los valores fundamentales e insustituibles que son propios de nuestra institución Hermanas Hospitalarias y que la definen. Son el elemento sustancial que marca la actividad. El valor clave es la **hospitalidad**, del que se despliegan ocho valores más: **sensibilidad por los excluidos, servicio a los enfermos y necesitados, acogida liberadora, salud integral, calidad profesional, humanidad en la atención, ética en toda actuación y conciencia histórica**.

El *Marco de Identidad de la Institución* de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús es el documento institucional para la misión compartida, la referencia imprescindible común para las políticas de dirección, organización y gestión para todos los centros y la actividad de cada servicio, así como para los comportamientos concretos de los profesionales implicados.

5



Dicho documento despliega los valores que sustentan nuestra entidad, valores éticos y cristianos que se concretan en un modo de hacer, de obrar, centrado en la persona que sufre.

Desde este marco de referencia, técnico y de valores, abordamos las siguientes reflexiones bioéticas sobre el tema que nos ocupa.

No obstante, es necesaria una breve reflexión sobre la patología psiquiátrica y la posible comorbilidad con consumos de sustancias tóxicas (patología dual).



Patología psiquiátrica y consumo de sustancias. Patología dual

La comorbilidad entre los trastornos mentales y los trastornos por uso de sustancias (TUS) ha sido (y es aún) frecuentemente considerada como la suma de dos entidades diferentes que sufre un único paciente con manifestaciones psicopatológicas escindidas —una conducta adictiva y otro trastorno mental—, el cual se ve, así, abocado a poder sufrir el «síndrome de la puerta equivocada», donde no encuentra la entrada correcta al sistema sanitario.

El término *diagnóstico dual* fue acuñado para referirse a la combinación de una drogodependencia con otro trastorno mental no debido al consumo de sustancias psicótropas. No obstante, la visión de la patología dual actual no es la suma de dos «trastornos diferentes», sino que probablemente es una nueva entidad clínica sindrómica, en la que subyacen factores y sustratos cerebrales comunes a ambas manifestaciones psicopatológicas, con el correlato de un curso clínico más tórpido y mayor morbimortalidad.

En nuestro entorno, los datos proporcionados en el Plan Nacional sobre Drogas (2014) muestran, de forma muy resumida, la situación actual en lo que se refiere al consumo de drogas en España:

- Las drogas consumidas por una mayor proporción de personas continúan siendo drogas «legales»: alcohol (78,6 %), tabaco (40,7 %) e hipnosedantes (12,2 %).
- El cannabis es la droga ilegal más consumida (9,2 %), seguida de la cocaína (2,2 %).
- En la conducta de policonsumo, el alcohol y el cannabis mantienen una posición predominante.

Desde el punto de vista clínico las alteraciones que se describen asociadas al TUS son trastornos de la mente y el comportamiento, y por lo tanto afectan directamente a la práctica psiquiátrica. En el plano teórico las drogodependencias se encuentran plenamente integradas en la psiquiatría: el DSM-IV le dedica una sección específica, y, por su parte, la CIE-10 ordena las situaciones clínicas relacionadas con el consumo de cualquier sustancia. No obstante, las drogodependencias se integran con dificultad en la psiquiatría porque ponen a prueba algunos conceptos fundamentales de la medicina. El término *paciente* indica pasividad y se refiere a una persona que a su pesar sufre o padece la acción de un agente determinado. Sin embargo, las drogodependencias se caracterizan por un proceso circular en virtud del cual la persona afectada es al mismo tiempo el sujeto y el objeto de la acción. Con frecuencia, las personas con diagnósticos relacionados con TUS sufren otros trastornos mentales.

Los estudios epidemiológicos internacionales y nacionales determinan que hasta un 70 % de estos pacientes con TUS presentan de forma simultánea o secuencial otro trastorno mental. Por otra parte, la población general que sufre trastornos mentales presenta, en más del 50 % de los casos, un trastorno por uso de sustancias cuando se incluye el tabaco (excluido en estudios anteriores).

DEPRESIÓN Y TUS. En todos los estudios se encuentra una elevada asociación entre depresión y TUS. La asociación es mayor para el consumo de drogas ilegales que para el alcohol, y más aún con criterios de dependencia que de abuso (para cualquier tipo de sustancia).

ESQUIZOFRENIA Y TUS. Los pacientes con esquizofrenia son más vulnerables a desarrollar una dependencia de sustancias. El estudio CATIE (Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness) de 2006, realizado específicamente en pacientes psicóticos, señala que el 60 % de pacientes presentaba un TUS y el 37 % describía un consumo activo. La nicotina y la cafeína son las sustancias más prevalentes (cerca del 90 %). Entre un 31 % y un 60 % presentan consumo de alcohol (hasta tres veces más prevalente que en la población general). La cocaína varía según los estudios (oscila entre el 22 % y el 50 %), sobre todo por el crecimiento de su consumo en los últimos años. Para el cannabis, algunos estudios la cifran en torno al 30-40 %, y cerca del 40 % en los primeros episodios. La prevalencia de la dependencia de opiáceos en personas diagnosticadas de esquizofrenia oscila entre el 4 % y el 12 %.

TRASTORNO BIPOLAR (TB) Y TUS. En el estudio realizado por la OMS en América, Europa y Asia en 2011 se encontró que la tasa de comorbilidad con TUS para todo el espectro del TB fue del 36,6 %, con riesgo máximo para el TB-I (52,3 %), seguido del TB-II (36,5 %) y, finalmente, de los trastornos subumbrales (29,5 %). En algunos estudios la prevalencia por trastornos por uso de alcohol entre las personas con trastorno bipolar fue del 23,6 % el año previo, y la de trastornos por uso de otras sustancias, del 12,9 %. Sin embargo, la prevalencia a lo largo de la vida fue del 58 % y del 37,5 %, respectivamente.

TRASTORNO DE ANSIEDAD (TA) Y TUS. Los grandes estudios epidemiológicos muestran una elevada asociación especialmente con el alcohol: casi el 24 % de pacientes con TA padecen un TUS




comórbido a lo largo de su vida (17,9 % con diagnóstico de abuso o dependencia de alcohol y 11,9 % con diagnóstico de abuso o dependencia de otras drogas).

TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD (TP) Y TUS. Existe una alta prevalencia de TUS en pacientes diagnosticados de TP: según los diferentes estudios, la prevalencia de trastornos del eje II en pacientes psiquiátricos con TUS oscila entre 45,2 y 80%, y en adictos en tratamiento entre 34,8 y 73%. No obstante, el diagnóstico del TP en adictos a sustancias es controvertido dada la dificultad de valoración de rasgos disfuncionales, que pudieran resultar condiciones transitorias secundarias a los problemas adictivos más que a verdaderos TP.

En España, un estudio epidemiológico promovido por la Sociedad Española de Patología Dual obtuvo una prevalencia de trastorno de personalidad de un 71 %, donde destaca la presencia de los trastornos «depresivo» (25%), límite (25%) y paranoide (24%), seguidos por evitativo (23%), obsesivo-compulsivo (22%) y antisocial (20%).

Por lo tanto, se trata de un problema frecuente y complejo, que presenta importantes retos clínicos y asistenciales. Por otra parte, las repercusiones conductuales y sobre terceros plantean retos bioéticos que este documento pretende abordar.



Enfermedad mental, dependencia de tóxicos y conductas perjudiciales para terceras personas

El consumo de tóxicos en pacientes con patología psiquiátrica es, por sus características, un fenómeno con implicaciones bioéticas, ya que además de razones epidemiológicas, existen factores sanitarios, culturales y de seguridad que hacen que, con frecuencia, se creen conflictos de valores.

Estos conflictos pueden producirse en diversas situaciones. Básicamente existen situaciones conflictivas ligadas a la asistencia al paciente psiquiátrico que consume tóxicos o presenta conductas perjudiciales para terceras personas relacionadas con dicho consumo, tanto en el diagnóstico, que supone una cierta forma de «etiquetaje», como en la asistencia a estos, cuando rechazan o incumplen tratamientos. Cuando esto sucede, ponen en jaque su propia seguridad y la de otros pacientes y existe un aumento del riesgo de conductas lesivas en general.

En este sentido, el primer estudio sobre comorbilidad entre trastorno mental y consumo de tóxicos fue el Epidemiological Catchment Area (ECA) (Regier *et al.*, 1990), que confirmó que más del 47 % de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia habían presentado un diagnóstico comórbido con consumo de sustancias; la prevalencia para el trastorno bipolar fue del 56,1 %. Se relacionó con episodios de agresividad y los resultados mostraron que la prevalencia de estos episodios entre las personas con esquizofrenia era del 12,7 %, y que aumentaba hasta el 24,5 % entre los que presentaban además consumo de alcohol, y hasta el 34,7 % entre los consumidores de otro tipo de tóxicos.

Estudios actuales objetivan que pacientes afectados de esquizofrenia con dependencia de sustancias asociada presentan mayor riesgo de suicidio (Hawton *et al.*, 2005) y que, además, dicho consumo de sus-



tancias es un poderoso factor predictivo de recaídas en estos pacientes (Laudet *et al.*, 2000). El perfil más típico sería el de un varón, con nivel socioeducativo bajo, predominio de síntomas positivos (Swartz *et al.*, 2006), mayores tasas de conductas violentas, de suicidio y de incumplimiento terapéutico (Scheller-Gilkey *et al.*, 1999).

Como vemos, el consumo de tóxicos en pacientes psiquiátricos en ocasiones se relaciona con conductas violentas, pero es importante recalcar también que no siempre es así. Es decir, y sobre la base de la evidencia, el consumo de tóxicos puede tener o no repercusión funcional en los pacientes y en algunos casos asociarse con conductas violentas. Todo ello hace que se presenten conflictos éticos con cierta frecuencia en el quehacer asistencial diario.



Conflictos éticos en pacientes psiquiátricos hospitalizados con consumo asociado de tóxicos y conductas perjudiciales para terceras personas

Por *conflicto ético* se entiende una situación donde existen distintas soluciones posibles, pero no está claro cuál es la más adecuada para el bien de la persona enferma. Cuando los profesionales consideran por unanimidad que solo hay una solución posible y hay coincidencia con la voluntad del paciente, no existe conflicto ético, pero cuando no existe unanimidad respecto a la mejor *praxis*, resulta esencial deliberar a la luz de los principios de la bioética clínica con el fin de ponderar lo más adecuado considerando las circunstancias personales, familiares e institucionales de la persona afectada.

En el caso de pacientes psiquiátricos hospitalizados con dependencia de tóxicos y conductas que en ocasiones resultan perjudiciales para ellos mismos o para terceros (p. ej., tráfico de sustancias o conductas disruptivas), se plantean diversos conflictos.

¿Qué ocurre cuando un paciente con patología psiquiátrica utiliza su libertad en su propio perjuicio? ¿Dónde se establecen los límites entre la ley, la seguridad del paciente y la autonomía individual? ¿Hasta dónde puede actuar una institución o un sanitario en la prevención del daño a terceros? ¿Tiene obligaciones el hospital con un paciente que no puede cumplir sus responsabilidades sociales por una elección libre? Muchos de estos conflictos son comunes a otras situaciones tratadas por la bioética. Dar una solución concreta a todos estos problemas probablemente no es posible y, en todo caso, excede los límites de este documento.

No obstante, a continuación, se exponen los conflictos más frecuentes y una reflexión bioética sobre los mismos, que esperamos que sean de utilidad.



a) Discernimiento de la autonomía del usuario

En muchos usuarios existe una fundada duda respecto a su grado de competencia para tomar decisiones libres y responsables. Según el principio de autonomía, es fundamental tratar al paciente como un sujeto de derechos, como alguien capaz de determinarse a sí mismo y de planificar su proyecto vital. La defensa de la autonomía es clave para evitar caer en el paternalismo. Sin embargo, existen muchas personas cuya autonomía es difícil de dilucidar, porque no hay indicadores claros para discernir su competencia en la toma de decisiones libres y responsables.

Se plantean algunas preguntas: ¿Sabe a qué se expone el usuario al tomar determinados tóxicos? ¿Es consciente de los efectos que tienen en su organismo, de cómo le influyen en las conductas violentas? Para poder delimitar mejor este grado de autonomía, se impone la necesidad de elaborar algunos indicadores que permitan sopesar si la persona que consume tóxicos es o no es competente para tomar esta decisión (Morera, 2000) y si existen factores de coacción interna o externa. Este análisis es importante para decidir el curso de acción a seguir.

La definición clásica de *competencia* es el estado cognitivo y volitivo que permite, en decisiones asistenciales, comprender la situación a la que se enfrenta la persona y las consecuencias previsibles de cada uno de los cursos de acción que se le ofrecen, para a continuación realizar la elección más acorde con su propio proyecto vital y su escala de valores. La competencia o capacidad va más allá de la capacidad legal y debe valorarse en cada situación de forma individual (Simon, 1997). Diversos autores han matizado posteriormente esta definición (Edelstein, 2000), ya que en ocasiones estas exigencias pueden resultar excesivas, puesto que, a veces, personas competentes no son capaces de explicar de forma sistemática sus procesos de razonamiento, ni estos siempre son totalmente consistentes con la trayectoria vital, pese a lo cual no son «incompetentes».

La competencia permite el ejercicio de la autonomía, del autogobierno, también en las decisiones sanitarias, sin otro límite que la no

maleficencia (sin aplicar medidas contrarias a la *lex artis*) o la justicia. Para que la competencia pueda ejercerse el paciente debe estar informado de su proceso patológico y de las alternativas de tratamiento, y encontrarse libre de coacciones internas (afectación de las facultades volitivas o cognitivas) y sin coacciones externas. La evaluación de la competencia es problemática, ya que no se establece como un sistema categorial, sino que se trata de una dimensión en donde se establecen grados entre la incompetencia y la competencia (Drane, 1985).

¿Un paciente afecto de enfermedad psiquiátrica con dependencia de tóxicos asociada es competente para tomar decisiones relativas a dicho consumo? ¿Cómo afecta la sustancia de la que depende a su funcionamiento cognitivo y, por tanto, a su capacidad para la toma de decisiones sanitarias en relación con otros trastornos ligados o no a su dependencia? Cuando el paciente es incompetente, entran en juego las medidas de beneficencia. Estas consisten fundamentalmente en la necesidad de que un tercero (generalmente un familiar) tome por el paciente las decisiones sanitarias necesarias para realizar un tratamiento (Morera, 2000).

b) Tensión entre el principio de autonomía y el de no maleficencia

En caso de que se pueda determinar de un modo razonado que el paciente es autónomo para tomar sus propias decisiones, dado que entiende las consecuencias que se derivan de ellas, tanto para sí mismo como para otros, es fundamental ponderar este principio con el de no maleficencia. Es un deber profesional del equipo médico evitar un mal, pero también es un deber de la institución en la que reside el paciente garantizar la integridad física y moral de todas las personas que forman parte de ella, ya sean pacientes, profesionales o familias.

En este sentido, el bien individual que quiere protegerse (principio de autonomía), a veces, solo se puede obtener de la protección de un bien público o colectivo. Se trataría de coartar la libertad (autonomía) de algún individuo de forma necesaria para proteger la seguridad de muchos otros. Su justificación viene determinada por algo más que el principio de autonomía, va más allá del principio de autonomía, necesita



una concepción del bien público que incluya la defensa de la libertad individual sin reducirse a ella (Puyol, 2012). Se trata de priorizar o no la libertad individual frente a proteger la salud de otros enfermos.

c) Respeto a la normativa vigente y atención individualizada

Existe una normativa vigente para tratar este tipo de conductas. Aunque esta norma deba cumplirse, hay situaciones, en los pacientes que consumen tóxicos, que hacen que la norma no deba aplicarse de un modo indiferenciado a todos los sujetos, si bien es importante justificar correctamente las excepciones que se realicen. El principio ético de justicia exige dar a cada persona lo que le corresponda, lo que no significa un trato homogéneo si realmente se dan situaciones, capacidades y necesidades distintas entre las personas afectadas.

La norma es común, pero se debe discernir en cada caso cómo proceder, lo que en ocasiones puede ser fuente de conflicto. Es distinto un caso de reincidencia que un primer consumo. También es fundamental distinguir entre consumo y transferencia comercial. A la hora de aplicar la norma, es básico poder delimitar el grado de competencia del paciente, pues hay afectados que pueden no comprender la norma o bien no recordarla, mientras que otros, dado su grado más elevado de competencia, conocen la norma, pero la transgreden intencionalmente.

d) El derecho humano a la seguridad y conductas de riesgo para terceras personas asociadas al consumo de tóxicos

A partir de la evidencia de diversos estudios, se ha puesto de manifiesto que el consumo de tóxicos aumenta el riesgo de que las personas presenten conductas agresivas. Esto también es válido para las personas que padecen una enfermedad psiquiátrica. Cualquier agresión vulneraría el principio de no maleficencia. Frente a ello, es esencial recordar que todo ser humano, sea paciente, profesional sanitario o visitante, tiene derecho a la seguridad, por lo que las instituciones están obligadas a hacer todo lo posible para mantenerla.

e) Distribución de recursos y eficiencia en el uso de los mismos

El principio de justicia exige una distribución de recursos de manera equitativa, sin sucumbir a ningún tipo de discriminación apriorística. Todos los usuarios tienen derecho a ser atendidos correctamente y ello exige la utilización de los recursos adecuados para evitar un mal y promover su salud integral.

El dilema se produce cuando, en ocasiones, se observa que el uso de los recursos sanitarios o sociales no tiene el efecto deseado o bien que no se utilizan adecuadamente, con lo cual el resultado es ineficiente. Dado que los recursos no son ilimitados y que hay pacientes que, siendo competentes para tomar decisiones libres y responsables, usan los recursos inadecuadamente o bien de un modo ineficiente, se deben tomar medidas psicoeducativas para cambiar estas actitudes, en el caso que sea posible, y suscitar un uso justo y adecuado de los recursos.

f) La atención a los más vulnerables y el derecho de admisión

Uno de los valores corporativos de la institución hospitalaria es la atención a los más vulnerables de la sociedad, es decir, la **hospitalidad**. Este imperativo de hospedar y de atender a las personas más frágiles de la sociedad plantea un debate ético de mucho calado. En primer lugar, porque esta acogida incondicional no siempre se puede efectuar, porque la persona interesada requiere de un recurso, de unos profesionales y de un entorno que la institución, dadas sus características, no puede ofrecer.

¿Tiene sentido acoger a alguien cuando no se le puede ayudar a salir de su situación? ¿Esta acogida es beneficiosa para él? Y, en caso de que no exista ninguna organización preparada para acogerle, ¿debe la institución hospitalaria desarrollar esta tarea de sustitución? Partiendo del valor corporativo citado aquí, parece que la exigencia de atención a nuestros pacientes es muy clara, pero ello no exime a las autoridades públicas de buscar la mejor ubicación para el enfermo en cuestión, y hay que tener en cuenta que en muchas



ocasiones no es posible acoger a pacientes con un perfil que no permite que sean atendidos correctamente en nuestro centro.

g) Conductas asociales y criterios de alta médica

El debate sobre el alta médica y las conductas asociales no es fácil de resolver. En personas plenamente competentes para tomar decisiones, se puede proceder al alta voluntaria o asumiendo el paciente competente las consecuencias que se pueden derivar de tal decisión. Sin embargo, en personas con la autonomía reducida, el alta médica no depende de su criterio, sino del buen hacer del equipo médico. A este corresponde tomar esta decisión. Si el paciente manifiesta conductas perjudiciales para terceros, se deberán tomar las medidas terapéuticas oportunas y, en último caso, derivarlo a otra institución con recursos para pacientes de esas características. La derivación obedecería al principio de no maleficencia que tiene como objetivo preservar la integridad física y psicológica de todas las personas de la institución.

Protocolizar las buenas prácticas, valorar la competencia, desarrollar la autonomía individual, ser equitativos en la distribución de recursos asistenciales sin olvidar fomentar las medidas que optimicen la beneficencia, puede ayudar a comprender y superar algunos dilemas que se presentan en la atención sanitaria a pacientes psiquiátricos con dependencia de tóxicos. También es cierto que, aun siguiendo todas estas recomendaciones, existen algunas situaciones en las que se plantean dilemas éticos importantes.

A continuación, se exponen recomendaciones del CEA del Hospital Benito Menni CASM basadas tanto en principios de la bioética como en los valores de nuestra institución.



Recomendaciones

En aquellos pacientes ingresados con patología psiquiátrica y dependencia de tóxicos en los que exista riesgo de conductas lesivas para terceros (agresividad, intercambio o comercio de estas sustancias), consideramos relevantes las siguientes recomendaciones:

Recomendaciones generales

- Analizar cada situación pormenorizadamente a partir de la historia integral, de su situación legal y de su competencia mental.

Para tomar una decisión ética, no es suficiente seguir reglas y principios. No existen soluciones predeterminadas, pues las situaciones son particulares y cada conflicto debe analizarse y ponderarse mediante deliberación.

- Valorar que las decisiones asistenciales adoptadas se encuentren en consonancia con nuestro ordenamiento jurídico.

Si bien es cierto que los enfoques ético y jurídico son sensiblemente diferentes, no lo es menos que el derecho tiene una función pedagógica desde el punto de vista de los valores. El objetivo del derecho es evitar los conflictos mediante el establecimiento de límites al libre ejercicio de la autonomía, y las leyes son la plasmación de ciertos valores. En cambio, el objetivo de la bioética es el análisis del problema mediante la búsqueda de una solución óptima que lesione en menor medida los valores.

Las decisiones que se tomen deben respetar y fomentar al máximo los valores siguiendo el análisis de la bioética, pero al mismo tiempo deben respetar escrupulosamente el ordenamiento jurídico. Por lo tanto, al final de una decisión, esta debe contrastarse con la norma jurídica para asegurar que no vulnera o traspasa límites establecidos por el derecho.



■ En el proceso de toma de decisiones, consideramos fundamental actuar conforme a una ética de máximos (respetar los cuatro principios de la bioética).

En este sentido, abogamos por que las decisiones se analicen a la luz de la **hospitalidad**, es decir, la atención a los más vulnerables de la sociedad a y los ocho valores en los que se despliega: sensibilidad por los excluidos, servicio a enfermos y necesitados, acogida liberadora, salud integral, calidad profesional, humanidad en la atención, ética en toda actuación y conciencia histórica. Dichos valores, propios de nuestra institución, fundada por Benito Menni, entran además en consonancia con una ética de máximos.

Si, como se ha analizado anteriormente, no es posible alcanzar esta ética de máximos, se debe mantener una ética de mínimos (principios de no maleficencia y justicia), para asegurar la menor lesión de valores.

Recomendaciones específicas

En el caso de los pacientes ingresados con patología psiquiátrica que consuman tóxicos y en los que no haya duda sobre su competencia y que presenten conductas agresivas que pueden poner en riesgo a terceros o transaccionen con sustancias, se recomienda, en primer lugar, tratar de utilizar todas las medidas terapéuticas posibles que puedan corregir esta situación. Estas serán las que marque la *lex artis*, como medidas de rehabilitación, psicoeducativas o farmacológicas, entre otras. Estas medidas representan el llamado «curso de acción intermedio» entre el principio de beneficencia y el de justicia. Una vez agotados todos estos cursos de acción intermedios, si no han resultado eficaces, se sopesarán los valores en juego y la autonomía del paciente (como bien individual) frente al principio de no maleficencia (bien colectivo), para tratar de escoger la opción más adecuada (traslado a otro recurso más adecuado, alta médica) dentro del marco legal vigente. En todo

momento se informará al paciente de las consecuencias de su conducta y de las medidas que tomará el centro.

En el caso de aquellos pacientes que consuman tóxicos, sin competencia mental, que presenten conductas agresivas que pueden poner en riesgo a terceros o transaccionen con sustancias tóxicas, se recomienda, como en el caso anterior, explorar y utilizar todas las opciones terapéuticas (por ejemplo, los cursos de acción intermedios). Si estas actuaciones no son eficaces, se analizarán los valores en juego y se sopesará el derecho humano a la seguridad y la no vulneración del principio de no maleficencia, pero sin olvidar el principio de justicia distributiva.

El principio de no maleficencia nos exige preservar la seguridad y la integridad física y psíquica de todas las personas (personal del centro y el resto de pacientes), mientras que la justicia distributiva hace que deba valorarse si el recurso no se utiliza adecuadamente y no es razonablemente eficaz, con lo que se malgastan recursos, siempre teniendo en cuenta las características del paciente para fijar unos objetivos razonables y realistas. En este sentido, una posibilidad es el traslado del paciente a otro recurso más adecuado. Esta decisión se llevará a cabo, de conformidad con el ordenamiento jurídico vigente, valorando sobre todo el tipo de ingreso, si el paciente está incurso o no en algún tipo de procedimiento penal o civil y considerando las fundaciones tutelares en el caso de los pacientes que tengan su capacidad modificada.

Cuando se trate de pacientes sobre los que existen determinados dilemas que excedan a las recomendaciones, y las actuaciones puedan lesionar principios de la bioética y valores institucionales, se recomienda consultar al CEA. El CEA es un órgano consultivo, cuyas decisiones no son vinculantes, pero pueden arrojar luz sobre aquellos dilemas éticos que se plantean en nuestro quehacer diario.

La temática tratada en este documento confronta al profesional con dos dimensiones en su práctica asistencial. En primer lugar, con el paciente, que se presenta como un ser humano que necesita



ayuda. En segundo lugar, con una decisión en la que confluyen temáticas sociales, legales, de riesgo de violencia, de distribución de recursos y de necesidades asistenciales específicas. De la adecuada valoración y ponderación de la relevancia de ambas dimensiones depende que la asistencia sea óptima desde un punto de vista asistencial y ético.

Esperamos que los conceptos y las reflexiones expuestas en este documento ayuden a lograr progresivamente este objetivo.

Bibliografía

Beauchamp TL, Childress, JF. *Principios de ética biomédica*. Barcelona, Masson, 1999.

Gracia D. *Fundamentos de bioética*. Madrid, Eudema, 1989.

Drane, JF. The many faces of competence. *Hastings Center Report*, 1985; 15(2):17-21.

Engelhardt HT, Jr. Integrity, humaneness, and institutions in secular pluralistic societies. En: Bulger RE, Reiser SJ. *Integrity in Health Care Institutions. Humane Environments for Teaching, Inquiry, and Healing*. Iowa City, University of Iowa Press, 1990; 33-43.

Gías Gil B. Comités de ética asistencial, orígenes y funcionamiento desde la experiencia del Comité de Ética de Benito Menni CASM. *Informaciones psiquiátricas*, 2016; [223]:61-68.

Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Deeks JJ. Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *British Journal of Psychiatry*, 2005; [187]:9-20.

Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús. *Marco de Identidad de la Institución*. Roma, 2010.

Herranz G. El Hospital como organismo ético. *Cuadernos de Bioética*, 2008; (3):423-432.

Khushf G. A radical rupture in the paradigm of modern medicine: conflicts of interest, fiduciary obligations, and the scientific ideal. *Journal of Medicine and Philosophy* 23, (1998), 98-122.

Laudet AB, Magura S, Vogel HS, Knigh E. Recovery challenges among dually diagnosed individuals. *Journal of Substance Abuse and Treatment*, 2000; 18(4):321-9.

Morera Pérez B. Aspectos bioéticos de la asistencia al drogodependiente. *Adicciones*, 2000; 12(4):515-26.

Puyol A. Hay bioética más allá de la autonomía. *Revista de bioética y derecho*, 2012; [25]:45-58.

Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LJ et al.



Comorbidity of mental disorders with alcohol and other abuse. Results for the Epidemiological Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*, 1990; 264(19):2511-8.

Scheller-Gilkey G, Lewine RJ, Claudle J, Brown FW. Schizophrenia, substance abuse and brain morphology. *Schizophrenia Research*, 1999; 35(2):113-20.

Simón P. La evaluación de la capacidad de los pacientes para tomar decisiones y sus problemas. En: *Cuestiones de Bioética* (Feito L, ed.). Madrid, Dykinson, 1997: 119-154.

Swartz MS, Wagner HR, Swanson JW, Stroup TS, McEvoy JP, Canive JM et al. Substance use in persons with schizophrenia: baseline prevalence and correlates from the NIMH CATIE study. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 2006; 194(3):164-72.

Szerman N, Roncero C, Casas M. Protocolos de intervención en Patología Dual. Sociedad Española de Patología Dual. Edika-Med, SL. 2016. Barcelona.

Memoria del Plan Nacional sobre Drogas 2014. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Barcia D. *Tratado de Psiquiatría*. Madrid, Aran Ediciones, 2000.

Palomo T, Jiménez-Arriero MA. *Manual de Psiquiatría*. Madrid, Grupo ENE Publicidad, SA, 2009.

