

Actitudes hacia el tratamiento obligatorio con neurolépticos en pacientes ambulatorios con esquizofrenia.

Attitudes towards compulsory outpatients' treatment for schizophrenic patients with neuroleptics ()*

Guimón, J. (1, 2), I. Markez (2), N. Ozamiz (1, 2), J.A. Ozamiz (1)

Universidad del País Vasco, Bilbao; (2) Avances Médicos (AMSA), Bilbao.

Resumen: Dos consideraciones: Cuando se aprobó la Ley de Salud española (Ley 14/1986 25 de abril), se incluyeron los Principios de Salud Mental para evitar el establecimiento de una ley específica de Salud Mental que fue considerada estigmatizante por los profesionales. Más tarde, se extendió la legislación de medicamentos a pacientes ambulatorios obligatorios para los enfermos mentales, especialmente para aquellos con síndromes psicóticos, lo que fue aceptado en el Código Penal Civil (artículo 105, 1-a). Esto provocó algunas controversias debido a las dificultades en el manejo de los efectos secundarios relacionados con la administración de neurolépticos de acción prolongada. El gran impacto que causaron algunos incidentes criminales terribles cometidos por pacientes psiquiátricos a principios de 2012 provocó un debate acalorado entre los profesionales de salud pública y mental. Esto llevó a una discusión formal entre ellos que fue cuidadosamente documentada por los autores. Anteriormente (en 1986), habíamos explorado las actitudes de la población de Bizkaia hacia el uso terapéutico de los neurolépticos con un cuestionario Likert. Como actualización de aquella encuesta, hemos realizado un nuevo estudio para volver a analizar la situación actual. Encontramos diferencias significativas en las actitudes hacia los neurolépticos en las poblaciones estudiadas, y se detectó alguna evolución en los prejuicios que anteriormente se detectaron hacia los mismos. Estos datos nos llevan a proponer algunas acciones que influyen en las decisiones relativas a la política de administración de dichos neurolépticos.

Palabras clave: neurolépticos, actitudes, medicación, trastorno mental grave, legislación.

Abstract: Two considerations: When the Spanish Health Act (Law 14/1986 April 25th) was adopted, the Mental Health Principles were included to avoid the establishment of a specific Mental Health Act that was considered stigmatizing by the professionals. Further on, a compulsory outpatients' medication legislation, that was already accepted in the Civil Penal Code (Article 105 1 – a), was extended to mental patients, especially for those with psychotic syndromes. This elicited some controversies because of the difficulties in the management of side effects related to the administration of i.m. long acting neuroleptics.

* Paper presentado en 21st European Congress of Psychiatry (European Psychiatric Association), Niza, 2012. Un artículo de contenido afín fue publicado por José Guimón, I. Markez, N. Ozamiz, W. Dávila, A. Ozamiz. "Attitudes towards compulsory outpatients treatment for schizophrenic patients with long acting neuroleptics in Bilbao", en la revista online ASMR, *Advances in relational Mental Health* Vol. 12 nº 1, 2013.

The large impact of a few fatal criminal incidents committed by psychiatric patients at the beginning of 2012 provoked an unusual heated debate among the public and mental health professionals. This led to a public discussion that was carefully documented by the authors. Previously (in 1986), we had explored the attitudes of our population towards the therapeutic use of neuroleptics with an *ad hoc* Lickert questionnaire. As a result we performed a new study to re-analyze the present situation. We found significant differences in the attitudes towards neuroleptics in the studied populations detecting some evolution of the prejudices involved. This data leads us to propose some actions influencing decisions regarding policy.

Keywords: neuroleptics, attitudes, medication, severe mental disorder, legislation.

El uso de Neurolépticos en pacientes peligrosos con esquizofrenia

En la imagen pública, la psicosis (principalmente esquizofrenia) está vinculada a un concepto de peligro. En el ideario social esta suele ser una razón por la que las personas con este trastorno ingresan en hospitales psiquiátricos o entornos protegidos. Sin embargo, aunque la peligrosidad de algunos enfermos mentales es real, no suele ser frecuente. El comportamiento agresivo puede ser el primer signo de una enfermedad psicótica. Aun así, los pacientes con esquizofrenia no son más propensos a cometer homicidios que otros miembros de la población general, pero los medios de comunicación suelen ofrecer una información sensacionalista cuando una de estas personas mata a alguien. No obstante, cuando cometen los homicidios, puede ser por razones imprevisibles o extrañas, basadas en alucinaciones o delirios propios de la enfermedad, pudiendo ser de una naturaleza más violenta que la cometida por otros miembros de la población general.

Por otro lado, el comportamiento agresivo (excluyendo los homicidios) suele acontecer en pacientes con esquizofrenia que no han sido tratados. Presentan a menudo poco control de los impulsos y a veces presentan agitación aguda e inesperada. Se ha observado que entre los esquizofrénicos que cometen actos delictivos, suele haber consumo de muchas sustancias tóxicas, ya sean drogas ilícitas o alcohol. Aún así, entre los delincuentes, sólo se reconoce a un 2% de personas con psicosis. Otros datos que se utilizan con frecuencia para no permitir vivir a los pacientes con esquizofrenia en comunidad es el hecho de que muchas personas que cometen delitos acababan de salir de los hospitales psiquiátricos. Pero no se habla de los miles de

pacientes psiquiátricos que son dados de alta del hospital y nunca cometen un delito, no son noticia. Sin embargo, es cierto que muchos pacientes se comportaron agresivamente antes de ser ingresados en el hospital; por lo que el porcentaje está sesgado.

En los medios de comunicación y en la población, es frecuente la exageración de la imagen del loco peligroso [1]. La violencia en los enfermos mentales es difícil de predecir o que algunos sean un peligro para su entorno. El mejor predictor del comportamiento violento en los pacientes es la historia de un acto violento o un comportamiento peligroso anterior. El comportamiento agresivo, la presencia de alucinaciones o ideas delirantes de tipo persecutorio combinadas con daño cerebral, el abuso de sustancias, una historia de abuso en la niñez, y otros son factores de riesgo.

El uso de los neurolépticos y las restricciones de la libertad de movimiento en estos pacientes no están justificadas por sí mismos, pero son necesarios si hay un riesgo de violencia. El paciente violento habitualmente acepta bien este tipo de medidas, ya que generalmente se asusta de sus propios impulsos agresivos y busca ayuda para evitar la pérdida de control. Sin embargo, el miedo puede ser excesivo e injustificado y puede llevar al uso prematuro y excesivo de la sedación o contención física. Siempre se mencionan como indeseables los efectos colaterales de los neurolépticos, pero en los últimos 20 años, incluso con la introducción de sustancias de acción prolongada, han disminuido los prejuicios. Sin embargo, las críticas siguen siendo abundantes además de ser la causa de muchas demandas presentadas contra los servicios psiquiátricos. Por lo tanto, dado el profundo desacuerdo en importantes



sectores de la opinión pública, los psiquiatras se encuentran en una situación muy delicada.

En 1986 [2, 3], encontramos una actitud negativa hacia el alto consumo de psicofármacos [4, 5] en los pacientes que asisten a los médicos de atención primaria (n=400) en Getxo (País Vasco). El análisis factorial de las respuestas en una escala de actitudes hacia las drogas psicotrópicas nos ayudó a extraer cinco factores: a) las actitudes basadas en los efectos negativos de los agentes psicotrópicos (rigidez, cambios de personalidad, alucinaciones, pérdida del contacto con la realidad) (38,9% de la varianza); b) las actitudes a favor de la utilización de sustancias naturales para el tratamiento de problemas psicológicos (18% de la varianza); c) las actitudes que acusan al sistema socio-económico de ser la causa de la utilización de psicofármacos (12% de la varianza); d) las actitudes que acusan a las drogas psicotrópicas de hacer daño a las funciones reproductivas y sexuales (12% de la varianza); y e) las actitudes que aunque admiten su uso en casos extremos, destacan los efectos secundarios indeseables causados por estos fármacos (9% de la varianza). Salvo en casos extremos, las mujeres son más reservadas que los hombres sobre el uso de drogas psicotrópicas.

Las actitudes negativas aumentaban con la edad, y las personas mayores estaban más a favor de los remedios naturales. Cuanto mayor era el estatus social, menos eran las expresiones de miedo hacia las drogas psicotrópicas. Paradójicamente, el consumo de cualquier tipo de sustancia psicoactiva (drogas, alcohol) tuvo una correlación negativa con las actitudes hacia las drogas psicotrópicas. Del mismo modo, las personas más conservadoras eran mucho más reservadas en cuanto a la utilización de psicofármacos se refiere. Por último, los sujetos que presentaban síntomas más graves, estaban más a favor de los psicofármacos, y tenían menos miedo a sus efectos secundarios.

Durante los últimos años se ha obtenido un avance significativo en la comprensión y la gestión de los antipsicóticos de acción retardada especialmente los llamados "Depot". Los resultados de una revisión Cochrane [8] demuestran que los antipsicóticos depot tienen eficacia y son seguros para los pacientes esquizofrénicos.. También

se ha demostrado su eficacia y seguridad en un ensayo aleatorio para la prevención de recaídas en esquizofrenia [10]. De hecho se han recomendado algunos de ellos no sólo para los pacientes crónicos recidivantes sino para ciertos pacientes con primeros episodios de esquizofrenia aguda. Sin embargo, otros estudios, han encontrado resultados pobres con una sustancia [12] y efectos secundarios poco comunes pero prolongados con otra [13]. Parece que, en general, las actitudes hacia los antipsicóticos inyectables de acción prolongada son positivas entre psiquiatras, enfermeras y pacientes, y la actitud negativa de algunos de ellos pueden contribuir a restringir el uso de estos productos [14] más que las reticencias de los pacientes.

Nueva Encuesta sobre las Actitudes hacia los Neurolépticos en nuestro entorno

El gran impacto que causaron los hechos delictivos cometidos por pacientes psiquiátricos a principios de 2012 en Bilbao, provocó un acalorado debate (como también ha ocurrido en muchos otros países en circunstancias parecidas [15]) entre profesionales de salud pública y salud mental [16]. Los autores nos informamos cuidadosamente sobre este debate, y a continuación, decidimos realizar un nuevo estudio para analizar la situación actual.

Se realizó una encuesta con 100 estudiantes de Medicina de la Universidad del País Vasco (UPV-EHU) para investigar la evolución en las actitudes hacia las drogas psicoactivas y neurolépticas. El estudio se hizo en el año 2012 con las mismas nueve preguntas utilizadas en nuestra investigación realizada en 1986. Se construyó un cuestionario tipo Likert de 28 ítems con las respuestas obtenidas en este. Se añadieron tres ítems sobre el tratamiento obligatorio, la nueva legislación y los procedimientos de diagnóstico para el tratamiento neuroléptico involuntario. Este cuestionario se pasó a otro grupo de 83 alumnos de Medicina.

Se encontraron diferencias significativas en las actitudes hacia los neurolépticos entre las poblaciones estudiadas y se detectó una evolución en los prejuicios implicados. Los resultados demuestran que hay actitudes hacia las drogas psicoactivas que se mantienen igual, y otras que han evolucionado.

En ambos estudios, un análisis de correspondencia múltiple detecta un factor que podemos llamar “naturista” que representa la idea de que los recursos naturales son mejores que los neurolépticos, ya que estos no tienen efectos secundarios. En ambos estudios no se han encontrado diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto a la desconfianza hacia los neurolépticos y a la legislación se refiere. Las mujeres tienen más actitudes de desconfianza que los hombres.

En el estudio de 2013, no se detectaron las actitudes negativas hacia las drogas psicoactivas por efectos secundarios o “dependencia” que aparecieron en 1986. Puede ser que el mayor uso de drogas psicoactivas esté relacionado con que, en el modelo socioeconómico actual, no hay tanta censura hacia su uso.

En resumen, parece que existe actualmente un reconocimiento hacia la necesidad de neurolépticos en el tratamiento de enfermos mentales, pero siempre bajo un control y supervisión. Estos datos, nos llevan a proponer algunas decisiones que habría que tener en cuenta en la política socio-sanitaria en salud mental.

Modificación de las actitudes negativas

Las actitudes negativas hacia la enfermedad mental (y cuestiones psiquiátricas en general) pueden estar basadas no sólo en la ignorancia y la intolerancia, sino también en factores reales como pueden ser la peligrosidad, la imprevisibilidad, la discapacidad y la carga que representa el paciente psiquiátrico para la comunidad, en particular para los miembros de su familia y para los profesionales que experimentan el estrés que resulta de cuidar de ellos.

Los profesionales de la salud mental, y principalmente los psiquiatras, también están sujetos a los mismos prejuicios que sus propios pacientes, en lo que a su supuesta frágil salud mental, ineficacia y actuaciones de ‘poli malo’ [17] se refiere. Como consecuencia de la legislación, muchos profesionales (principalmente psiquiatras y enfermería psiquiátrica) han sufrido denuncias legales presentadas contra ellos a causa de los sucesos durante el tratamiento de los pacientes con enfermedad mental [18]. Es obvio que estos profesionales deben ser consecuentes con sus

acciones, como lo haría cualquier otro ciudadano. Sin embargo, es importante recordar que en ciertos países desarrollados, el creciente número de juicios por mala praxis contra los profesionales de la salud, ha dado lugar a una “posición defensiva”. Por otra parte, los medios de comunicación y algunos grupos de defensa de los Derechos de los pacientes suelen exagerar los (por otra parte) indudables efectos secundarios de algunos tratamientos psiquiátricos, creando un perjuicio innecesario contra los psicofármacos, lo que dificulta el cumplimiento de los pacientes con estos tratamientos [6].

Los prejuicios y la estigmatización dependen en parte de la ignorancia, la intolerancia y los factores psicológicos (normales o patológicos) de cada individuo, pero también de factores reales como pueden ser el comportamiento agresivo o falta de habilidades sociales de algunos pacientes. Efectivamente, algunas personas con trastornos psiquiátricos, especialmente aquellos con una psicosis orgánica (pero también algunos tipos de “funcionales”) presentan un handicap “psíquico”, una desventaja que limita su cumplimiento terapéutico [19]. Por otra parte, la carga que el paciente psiquiátrico representa para la comunidad y en particular para los miembros de la familia [20] puede ser muy dolorosa, y puede conducir a un grave estrés. Los pacientes graves, incluso en las mejores condiciones hospitalarias y comunitarias, pueden ser difíciles de manejar. Hay profesionales que prefieren no trabajar con aquellos pacientes con enfermedades crónicas, ni con los que están más deteriorados o si la convivencia es difícil. Así, cuando no hay suficiente apoyo social para asegurar las necesidades físicas básicas y mejorar la autoestima, se desequilibra la poca homeostasis que tiene el paciente para adaptarse a la sociedad. Esto, a la vez, produce un empeoramiento en su funcionamiento social, y puede llegar a ser un peligroso círculo vicioso.

Las causas de determinados aspectos actuales de los pacientes psiquiátricos y de la profesión de la psiquiatría en sí, han sido la crítica radical de la anti-psiquiatría hacia la misma existencia de la enfermedad mental, el poder excesivo de los psiquiatras en la sociedad, y la justificación de la existencia de los hospitales psiquiátricos. La anti-psiquiatría luchó por el respeto de los derechos humanos de los enfermos mentales, contribuyó a



desmantelar los antiguos centros psiquiátricos y despertó a los psiquiatras clásicos de su excesiva autosatisfacción. La respuesta por parte de los psiquiatras “neokraepelinianos” a estas críticas fueron un gran esfuerzo para mejorar las descripciones de síntomas que proporcionarían un lenguaje común con el que hacer diagnósticos psiquiátricos más fiables y un compromiso de búsqueda de mejores tratamientos para los trastornos psíquicos a través de la investigación en neurociencias [21]. En los años ochenta, una vez se aceptó la existencia de trastornos mentales, los anti-psiquiatras comenzaron a discutir cuestiones tales como si un paciente “debe” ser catalogado como una persona enferma o “si él / ella debe” ser tratado, “el derecho a estar enojado”, “el poder de el/la paciente”, “la democratización de la gestión”, el derecho de la sociedad a obligar a una persona con enfermedad mental a que se trate. En los últimos años, la polémica sobre estas cuestiones se ha centrado principalmente si se puede obligar a hacer tratamiento a un paciente en contra de su voluntad, cuando su salud no está en peligro. En psiquiatría, el principal argumento a favor o en contra se basa en el riesgo de auto/heteroagresión.

Actualmente, se puede justificar el tratamiento involuntario por las siguientes condiciones: 1) que no solo esté en riesgo la salud del paciente, sino que su enfermedad implique un riesgo para otras personas, y 2) que las medidas terapéuticas sean beneficiosas para la persona que las recibe.

El problema con la primera condición puede ser que la capacidad intelectual del enfermo mental esté perturbada y que por esta razón, su consentimiento se sustituya por una intervención judicial. Por otro lado, a veces perturbación mental puede conducir a una negligencia o a la autodestrucción. Pero está claro que un comportamiento extraño o una excentricidad por sí sola no puede ser la causa para el tratamiento involuntario.

Todo lo contrario, la violencia no se da sólo en los enfermos mentales, pero a veces los pacientes mentales suelen ser peligrosos. Se puede aplicar el tratamiento psiquiátrico involuntario cuando la persona ha demostrado que lo necesita (por poner en peligro su vida o la de los demás), ya que si no se trata, la persona probablemente tenga actos criminales.

Problemas con el cumplimiento con las medicaciones

En general, las actitudes que hay hacia la administración oral de las medicaciones entre los pacientes ambulatorios, están estrechamente vinculadas a su cumplimiento. En cuanto al tratamiento con neurolépticos orales en pacientes ambulatorios, varía entre el 10% y el 76% el índice de alta de cumplimentación [20]. Un estudio que se realizamos en Ginebra mostró que las actitudes negativas hacia la medicación psicotrópica tienen una baja correlación con el cumplimiento en la administración de la misma. En el estudio [22], el 10% de los sujetos tenían actitudes negativas hacia las medicaciones psicotrópicas, y esto mostraba una correlación baja con el cumplimiento del tratamiento.[23]. Otros estudios estudiaron más específicamente las prácticas de prescripción de los terapeutas, y particularmente de los médicos generales: Las principales razones para el incumplimiento del tratamiento, principalmente al inicio del tratamiento farmacológico eran la posología, la vía de administración, y la máxima dosificación para disminuir lo máximo posible los efectos secundarios.

Di Matteo et al. [23] consideraron que el incumplimiento no era un acto irracional, sino más bien una decisión racional basada en los siguientes dos factores. En primer lugar, la falta de fe por parte del paciente en la utilidad y la eficacia del medicamento, por el hecho de que sus beneficios podrían parecer insuficientes en comparación con los inconvenientes, como el coste, y las molestias asociadas al alta de cumplimiento de este. En segundo lugar, la dificultad también tenía que ver con la falta de apoyo familiar y social para el paciente. En otro artículo, Angermeyer y Matschinger [15] encontraron que hay mayor cumplimiento del tratamiento, cuando el paciente cree que la terapia es eficaz. Por el contrario, cuando un paciente duda de los efectos beneficiosos del tratamiento, también pone en duda los conocimientos psiquiátricos respecto a la etiología, el pronóstico y el tratamiento adecuado para el trastorno. Por lo tanto, es casi inevitable el bajo cumplimiento de estos pacientes.

Desde otra perspectiva ligeramente diferente, en el Departamento de Psiquiatría de Ginebra, con Goerg et al. [24], mostramos que el abandono del

tratamiento era mayor cuando los pacientes no compartían los mismos valores que la institución psiquiátrica y cuando las actitudes respecto a la definición de los problemas y las expectativas del tratamiento de los pacientes no coincidían con las de los terapeutas. El hecho de que un número de pacientes siguiese el tratamiento a pesar de no estar de acuerdo con los valores de los terapeutas, puede ser por conformidad, sumisión y diferentes presiones, y no tanto por los valores y expectativas del paciente.

Estos y otros datos, han mostrado diversos factores que actualmente condicionan las insuficiencias a la hora de cumplir con el tratamiento. A partir de su consideración, se han propuesto diversas posibles estrategias de intervención. Ciancetta [25] comparó los resultados de un programa psicoterapéutico en el que el paciente era examinado individualmente por un psiquiatra durante media hora todos los meses, con un formato de grupo en el que se observaban 7 pacientes durante 75 minutos una vez al mes. El formato de grupo fue significativamente más eficaz. Pakes obtuvo, en su estudio, buenos resultados con un programa de "orientación no dirigida". [26].

En la misma línea, examinamos en Bilbao con Eguiluz [27-29], en un estudio controlado realizado en un centro ambulatorio, la evolución de los pacientes con esquizofrenia que participaron en un programa de grupo sobre medicamentos neurolépticos. Estos pacientes asistieron a 8 reuniones semanales de grupos semiestructurados; también se incluyeron a sus familias en un programa similar. Se midieron sus actitudes hacia la medicación psicotrópica, su cumplimiento y su evolución clínica en intervalos trimestrales durante un año y se compararon con los del grupo de control, los cuales no se beneficiaron de ninguna intervención.

El cumplimiento del tratamiento farmacológico y los índices sintomáticos en el BPRS mejoraron significativamente más en el grupo experimental que en el grupo control. Después de un periodo de observación de 12 meses, las actitudes hacia la medicación mejoraron de manera similar en ambos grupos, aunque, durante los dos primeros meses, mejoraron significativamente más en el grupo experimental. También se observaron

cambios de actitudes en las familias de los pacientes, tanto en el grupo experimental como en el grupo de control.

En un estudio posterior con González Torres y Eguiluz [28, 29], encontramos, a través de técnicas similares, que los pacientes que participan en la terapia de grupo psicoeducativa presentan un menor número de casos de reingresos que los del grupo de control.

En conclusión, creemos que los intentos para modificar las actitudes hacia las sustancias psico-farmacológicas requieren la creación de programas de educación pública, y campañas de información dirigidas a los médicos que recetan estos medicamentos, con el fin de ayudarles a identificar y modificar los prejuicios de los pacientes.

Otros autores [30] señalan que a pesar del esfuerzo realizado por los profesionales, por medio de campañas para mejorar las actitudes, e iniciativas contra el estigma, hay fuerzas mucho más fuertes, como son la representación de la enfermedad mental en los medios de comunicación (televisión, radio, prensa, revistas, etc.) que ejercen influencias negativas. Por último, los resultados de algunos estudios variaron dependiendo de los contenidos de los diferentes programas. Rabkin [31] sostiene que entre los trabajadores de la salud, el contacto con los pacientes es un ingrediente fundamental en cualquier cambio de actitud, y no tanto los programas educativos.

Yllá et al. [32] observaron, en contra de todas las expectativas, mayor aumento en el autoritarismo en los grupos de control que en los grupos experimentales. Sin embargo, esta dimensión no cambió significativamente en los grupos experimentales expuestos a la sensibilización dinámica. Estos resultados coinciden con los obtenidos por Augoustinus et al. [33], que informó de un aumento en el autoritarismo en los estudiantes de Medicina después de un programa de seis semanas de entrenamiento en psiquiatría. Asimismo, coincide con los resultados obtenidos en un estudio realizado en un grupo de profesionales de la salud mental que realizaron un programa de sensibilización [34]. La conclusión de estos estudios es que, por desgracia, las representaciones sociales de las enfermedades mentales no se



pueden cambiar en un día. Si queremos crear un cambio, se deben crear nuevas imágenes y teorías durante un largo período de tiempo y propagarlas a través de los medios de comunicación. En última instancia, la única manera de reducir los prejuicios en la población puede ser tratando de reducir la alienación de los pacientes, mejorando su autoestima, y creando alternativas a la hospitalización y de trabajar actividades que den dignidad a su existencia. Para trabajar con las poblaciones que sean objetivo de sensibilización, es preferible trabajar con grupos pequeños que hacer campañas masivas mediante medios.

El primer objetivo del programa es detectar actitudes negativas a las que han podido ser sometidas durante el curso de su enfermedad a través de entrevistas con los pacientes y sus familias. En una investigación de González Torres [29] en Bilbao, se hizo un estudio piloto cualitativo con grupos en Bilbao, y se realizaron tres grupos con pacientes ambulatorios con esquizofrenia clínicamente estables (N=18) y con sus familiares (N=26). Tanto pacientes como familiares describían una variedad de experiencias de estigma y discriminación en todos los ámbitos de la vida, incluida en la atención de la salud.

Usos y Abusos de las actuales legislaciones

Algunos documentos internacionales

Diferentes documentos internacionales hablan de una manera indirecta sobre los derechos de los ciudadanos a la salud mental [16]. Algunas otras se ocupan de manera más directa de las cuestiones de los derechos humanos de los pacientes psiquiátricos para poder ser tratados en un entorno adecuado en la comunidad. Regulan la hospitalización involuntaria y algunos otros procedimientos de tratamiento que disminuyen la libertad del paciente (aislamiento, restricción de movimiento, etc.). El ingreso involuntario sólo debe llevarse a cabo con algunos requisitos previos.

En las últimas décadas, ha habido una serie de principios que proponen los gobiernos, las instituciones psiquiátricas y los proveedores de salud mental para promover los derechos de las personas con enfermedad mental. En las legislaturas nacionales, se han adoptado recomendaciones sobre la equidad y la no discriminación,

el diagnóstico, el tratamiento, la investigación y otras cuestiones relevantes. Sin embargo, en muchos países, todavía se están denunciando violaciones de estas leyes.

Por el contrario, la aplicación de regulaciones demasiado estrictas puede conducir a una actitud defensiva entre los psiquiatras, y esto puede tener repercusiones negativas sobre la libertad de los pacientes [38]. Por ejemplo, al prescribir un neuroléptico, surgen cuestiones éticas importantes: la evaluación de los beneficios y los posiblemente nocivos efectos secundarios del medicamento, y el derecho del paciente a aceptar o rechazar un medicamento. Esto crea otro problema, el de saber si es siempre indispensable el consentimiento del paciente al tratamiento. La existencia de efectos secundarios permanentes, tales como la discinesia tardía y otros efectos colaterales en el caso de los neurolépticos, subraya la importancia de la cuestión. Frecuentemente, los psiquiatras suelen ser confrontada por este dilema. Aunque las cuestiones éticas que se puedan aparecer no tienen soluciones fáciles, el profesional de la salud mental al menos debe ser consciente de los riesgos que se derivan de este tipo de medicamentos y seguir el precepto del mal menor: «lo primero es no hacer daño».

Estas normas deben establecerse en un formato operacional que permita la creación de instrumentos para la evaluación de la calidad de la atención en la salud mental. Los instrumentos son por lo tanto necesarios para ayudar a evaluar los efectos de las políticas de derechos humanos y la dignidad. Gostin y Mann [39] proponen una herramienta de “Evaluación de Impacto Derechos Humanos” para ayudar a los que trabajan en el ámbito de la salud pública, organizaciones de derechos humanos y grupos de apoyo, para desarrollar estrategias efectivas para asegurar el respeto de los derechos humanos de los pacientes, la búsqueda de políticas para no crear guetos, teniendo en cuenta el bien común y eligiendo alternativas menos restrictivas, tomando estas medidas sólo en casos de necesidad. Desde 2001 se utiliza una lista de los derechos que se han proclamado en documentos internacionales [16] y que también pueden ser útiles para evaluar los efectos de las normas sobre la administración involuntaria de neurolépticos inyectables.

Hace falta hacer supervisiones para poder detectar cualquier violación de derechos humanos de los convenios y tratados internacionales de las personas con trastornos mentales y discapacidades. Para ello, el defensor del pueblo y otras instituciones cuasi-judiciales podrían trabajar conjuntamente. Sin embargo, en muchos países no existe un marco jurídico para proteger a las personas con enfermedad mental, y algunos que tienen legislaciones sobre salud mental, a veces están obsoletas, no se aplican, o están sesgadas.

Por otro lado, las personas con enfermedades psiquiátricas no tienen lugar en la mayoría de los países, y las redes internacionales como la Red Mundial de “Usuarios y “Supervivientes de la Psiquiatría” son muy débiles todavía. Una consecuencia de que los pacientes psiquiátricos no tengan voz es que estos grupos no suelen estar en la mesa de decisiones cuando los gobiernos debaten planes y desarrollos en la salud mental. La OMS ha prestado apoyo a varios países que se han comprometido a mejorar sus leyes para las personas con trastornos mentales [40]. Otras organizaciones internacionales tratan de influir en la legislación nacional de salud mental mediante la adopción de directrices que, incluso si no son directamente ejecutables, pueden influir en la legislación de muchos países. En todo caso, es necesario un órgano de seguimiento multidisciplinar para garantizar la aplicación de la legislación de la salud mental. Esta agencia debería ser financieramente independientes de los proveedores de servicios y tener un estatus cuasi legal de las facultades necesarias para exigir el cumplimiento.

Por otra parte, se necesita educación especial para la población en general y para las autoridades de todos los niveles. Las organizaciones no gubernamentales de consumidores y las familias deben participar en la educación y los procedimientos en la elaboración de la legislación de salud mental. Sin embargo, hay que tener en

cuenta que una aplicación demasiado estricta de las leyes que protegen los derechos de los pacientes (el rechazo del tratamiento, obtener un tratamiento menos restrictivo, etc.) puede conducir a un aumento de riesgo para la sociedad. Hay que saber los riesgos que se deben asumir si se quiere ser considerado tolerante, moderno y progresista. Con el movimiento de los derechos civiles de los años 60 y el escándalo sobre los derechos de las personas en las sociedades occidentales, surgieron obstáculos para el compromiso del paciente ya que se defendía la teoría de que los pacientes tenían que ser protegidos de una sociedad represiva.

En consecuencia, los pacientes psiquiátricos en los países occidentales, que en el pasado han sido legalmente vulnerables, pueden contar en la actualidad las leyes específicas para proteger efectivamente sus derechos, a pesar de que la aplicación de estas leyes no ha sido en todos los casos, adecuada. A partir de los años 80, esta actitud ha ido cediendo a las demandas para proteger a la sociedad contra la amenaza supuestamente planteada por enfermos mentales fuera de control. Profesionales de la salud mental (especialmente los psiquiatras) siguen siendo objeto de ataques por errores teóricos del diagnóstico (no haber detectado tendencias suicidas u homicidas en un paciente, la existencia de una enfermedad médica subyacente, o la posibilidad de efectos secundarios) y por una posible mala praxis (excesivo, insuficiente o erróneo tratamiento).

Esto requerirá una combinación de enfoques psicológicos, tales como modificaciones en las actitudes públicas hacia las personas con discapacidad, los esfuerzos sociales para hacer frente a las realidades concretas de la discapacidad y medidas legales (incluyendo, en opinión de los autores, la discriminación positiva), cuando los pasos anteriores no son suficientes.

Contacto

José Guimón • jose.guimon@ehu.es

Referencias

1. Guimon, J., *Mass Media and Psychiatry*. Current Opinion in Psychiatry, 2001. 14(6): p. 533-534.
2. Ozamiz, J.A., *Actitudes hacia las enfermedades mentales en el País Vasco*. 1980: Madrid.
3. Ozamiz, J.A. and Z. Sarabia, *Prejudices of the general public towards neuroleptics*. European Psychiatry, 1997. 12(suppl. 2): p. 132s.
4. Bulbena, A., et al., *Adaptación castellana y estudio factorial del cuestionario del chocolate y dulces (CCHD)*. Anales de Medicina, 1993. 9(6): p. 251-255.
5. García-Sevilla, J.A., et al., *Immunodetection and Quantitation of Imidazoline, Receptor Proteins in Platelets of Patients with Major Depression and in Brains of Suicide Victims*. Archives of General Psychiatry, 1996. 53: p. 801-810.
6. Brandli, H., *The Image of Mental Illness in Switzerland*, in *The Image of Madness*, J. Guimón, W. Fischer, and N. Sartorius, Editors. 1999, Karger: Basel. p. 29-38.
7. Manheimer, D.I., et al., *Popular attitudes and beliefs about tranquilizers*. Am J Psychiatry, 1973. 130(11): p. 1246-1253.
8. Spanarello, S. and T. La Ferla, *The Pharmacokinetics of Long-Acting Antipsychotic Medications*. Cochrane Database Syst Rev. Curr Clin Pharmacol, 2013(Jan 4.).
9. Kishimoto, T., et al., *Long-Acting Injectable vs Oral Antipsychotics for Relapse Prevention in Schizophrenia: A Meta-Analysis of Randomized Trials*. Schizophr Bull, 2013(pubmed/23256986).
10. De Berardis, D., et al., *Efficacy and Safety of Long Acting Injectable Atypical Antipsychotics: A Review*. Curr Clin Pharmacol, 2013(Jan 4. [Epub ahead of print]).
11. Fu, D., et al., *Paliperidone palmitate versus risperidone long-acting injection in markedly-to-severely ill schizophrenia subjects*. Clin Schizophr Relat Psychoses, 2013 (Feb 27: p. 1-31).
12. Purgato, M. and C. Adams, *Bromperidol decanoate (depot) for schizophrenia*. Cochrane Database Syst Rev, 2012(Nov 14).
13. Duran-Sindreu, S., et al., *Olanzapine long-acting post-injection syndrome: a case report and brief review*. Actas Esp Psiquiatr, 2013. 41 (1): p. 60-2.
14. Kim, S., et al., *Comparison of attitudes toward long-acting injectable antipsychotics among psychiatrists and patients*. Int Clin Psychopharmacol, 2013. 28(2): p. 80-6.
15. Angermeyer, M.C. and a. et, *Benefits and risks of Psychotropic Medication in the Eyes of the General Public: Results of a Survey in the Federal Republic of Germany*. Pharmacopsychiatry, 1993. 26: p. 114-120.
16. Fredenrich-Mülebach, A., et al., *Ten years of Analytical Group Training in "blocks" in Geneva*. The European Journal of Psychiatry., 2004. 18(Sup): p. 44-49.
17. García Sevilla, J., et al., *Density of imidazoline receptors in platelets of euthymic patients with bipolar affective disorder and in brains of lithium-treated rats*. Biol Psychiatry, 1998. 43: p. 616-618.
18. Guimón, J., *Liberté et risque dans l'assistance psychiatrique*. Médecine & Hygiène, 1994. 45(4).
19. Goerg, D., et al., *Public Attitudes towards Deviant Situations in Daily Life. Intervention Proposed*, in *The Image of Madness. The Public Facing Mental Illness and Psychiatric Treatment.*, J. Guimon, W. Fischer, and N. Sartorius, Editors. 1999, Karger: Basel.
20. Eker, D. and H. Arkar, *Experienced Turkish nurses' attitudes towards mental illness and the predictor variables of their attitudes*. The International Journal of Social Psychiatry, 1991. 37(3): p. 214-222.
21. Davila, R., et al., *Dopaminergic balance and subtypes of schizophrenia*. The British Journal of Psychiatry, 1989. 154: p. 33-38.
22. Fischer, W., et al., *Determining Factors and the Effects of Attitudes towards Psychotropic Medication*, in *The Image of Madness The*

- Public Facing Mental Illness and Psychiatric Treatment*, J. Guimon, W. Fischer, and N. Sartorius, Editors. 1999, Karger Medical and Scientific Publishers: Basel. p. 162-186.
23. DiMatteo, M.R. and a. et, *Enhancing Medication Adherence through Communication and Informed Collaborative Choice*. Health Communication, 1994. 6(4): p. 253-265.
 24. Goerg, D. and a. et, *Congruence patients – thérapeutes et dropout en psychiatrie ambulatoire publique*. Sciences Sociales et Santé, 1990. 8(3): p. 49-71.
 25. Ciancetta, M.D., *Individual vs Group medication review programs for chronic Psychiatry patients*. Dissertation Abstracts, 1983. B – 44(2).
 26. Pakes, G.E., *Group medication counseling conducted by a pharmacist for severely disturbed clients*. Hospital Community Psychiatry, 1979. 30(4): p. 237-238.
 27. Eguiluz, I., M.A. González Torres, and J. Guimón, *Psychoeducational Groups in Schizophrenic Patients*, in *The Image of Madness. The Public Facing Mental Illness and Psychiatric Treatment*, J. Guimón, W. Fischer, and N. Sartorius, Editors. 1999, Karger: Basel.
 28. Gonzalez Torres, M.A. *Aspectos contratransferenciales en el analista en formación*. in *II Jornadas de Profesionales del Psicoanálisis*. 1989. Almería.
 29. Gonzalez Torres, M.A., *Stereotypes towards neuroleptics compliance*. European Psychiatry, 1997. 12(suppl. 2): p. 132s.
 30. Hillert, A., et al., *The General Public's Cognitive and Emotional Perception of Mental Illnesses: An Alternative to Attitudes Research*, in *The Image of Madness*, J. Guimón, W. Fischer, and N. Sartorius, Editors. 1999, Karger: Basel.
 31. Rabkin, J., *Public attitudes toward mental illness : a review of the literature*. Schizophrenia Bulletin, 1974(10): p. 9-33.
 32. Ylla Segura, L. and A. Gonzalez-Pinto Arrillaga, *Group therapy and attitudinal changes in mental illness in medical students*. European Psychiatry, 1997. 12(suppl. 2): p. 114s.
 33. Augustinos, M., et al., *Medical students attitudes towards psychiatry: a conceptual shift*. Psychological Medicine, 1985. 15: p. 671-678.
 34. Gonzales-Pinto-Arrillaga and a. et, *Cambios en la actitud ante la enfermedad mental tras un programa de sensibilización grupal*. Psiquis, 1993. 14(4): p. 139-151.
 35. Eker, D. and B. Oner, *Attitudes toward Mental Illness among the General Public and Professionals, Social Representations and Change*, in *The Image of Madness*, J. Guimon, W. Fischer, and N. Sartorius, Editors. 1999, Karger: Basel. p. 1-13.
 36. Malla, A. and T. Shaw, *Attitudes towards mental illness: The influence of education and experience*. The International Journal of Social Psychiatry, 1987. 33(1): p. 33-41.
 37. Gonzalez-Torres, M., et al., *Stigma and discrimination towards people with schizophrenia and their family members : A qualitative study with focus groups*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol., 2006. Oct 11; .
 38. Guimon, J., *Liberté et risque dans l'assistance psychiatrique*. Médecine & Hygiène, 1994 (décembre): p. 2064,.
 39. Gostin, L. and J.M. Mann, *Towards the development of a Human Rights Impact Assessment for the Formulation and Evaluation of Public Health policies*. Health and Human Rights, 1994. 1(1): p. 59-81.
 40. Ehrensperger, S., et al., *Práctica de grupo entre los miembros de la Federación Española de Psicoterapeutas*. Intersubjetivo, 2002.

• Recibido: 23/10/2013.

• Aceptado: 17/10/2014.

