
ORIGINALES Y REVISIONES

Actitudes éticas y práctica clínica de los psiquiatras españoles

M. DESVIAT*, C. GONZÁLEZ*, A.GONZÁLEZ*, A.MORENO*, E.PÉREZ*, N.PONTE*, J.L. RODRIGUEZ*, R.KOHN**, I. LEVAV***

* Psiquiatra. Instituto Psiquiátrico José Germain. Leganés

** Psiquiatra. Butler Hospital and Brown University Department of Psychiatry and Human Behavior, Providence RI, USA

*** Psiquiatra. Pan American Health Organization/World Health Organization, Washington, DC, USA

Resumen

Objetivo: Este estudio examina las actitudes y la práctica clínica de los psiquiatras españoles relativos a algunos dilemas éticos habituales.

Método: Se envió por correo un cuestionario que incluía tres casos clínicos sobre los que se planteaban preguntas de respuesta múltiple sobre diagnóstico, indicación de tratamiento, internamiento involuntario, uso de medidas restrictivas, consentimiento informado, tratamiento forzoso y confidencialidad. También se preguntaba sobre la actitud respecto a 19 cuestiones éticas y se pedía que se refiriera cualquier conocimiento sobre posibles abusos.

Resultados: Los psiquiatras eran remisos a informar al paciente sobre el diagnóstico o los efectos secundarios si esto podía interferir con el cumplimiento terapéutico. La hospitalización involuntaria se correlacionaba con la presencia de conductas violentas o riesgo de suicidio. El uso de medicación forzosa era más frecuente cuando existía sintomatología alucinatoria o conducta violenta. Del mismo modo, la conducta suicida se asociaba al uso de TEC. La mitad de los psiquiatras refería conocer situaciones de abuso.

Conclusión: Los resultados justifican la necesidad de discusión y seguimiento de las cuestiones éticas de la práctica psiquiátrica en España.

Palabras clave: Salud mental, ética, psiquiatras, España.

Summary

Objective: This study examines the attitudes and clinical practices of psychiatrists in Spain by focusing on frequently encountered ethical dilemmas.

Method: A questionnaire consisting of three case vignettes was mailed. Multiple choice questions inquired into diagnosis, disposition, involuntary commitment, restraint and seclusion, informed consent, imposed somatic treatment, and confidentiality. Psychiatrists were also asked about their attitudes to 19 ethical issues, and to report any instances of abuse.

Results: If communicating the diagnosis or informing about side effects of the medications would interfere with treatment compliance, the psychiatrists were reluctant to inform the patient. Involuntary hospitalization was correlated with presence of violent behaviors or suicidal risk. Compulsory use of medications increased with hallucinatory activity and violent behavior. Similarly, mounting suicidal behavior increased the use of involuntary ECT. Over half of the psychiatrists reported knowledge of instances of abuse.

Conclusion: The results warrant the need for monitoring and discussion of ethical issues facing psychiatric practice in Spain.

Key words: Mental health, ethics, psychiatrists, Spain.

Résumé

Objectif : Cette étude examine les attitudes et la pratique clinique des psychiatres espagnols en ce qui concerne certains dilemmes éthiques habituels.

Méthode : On a envoyé par courrier un questionnaire, qui incluait trois cas cliniques sur lesquels on posait des questions à réponse multiple sur le diagnostique, l'indication du traitement, l'hospitalisation involontaire, l'utilisation de mesures restrictives, le consentement informé, le traitement forcé et le caractère confidentiel. On posait également des questions sur l'attitude par rapport à 19 questions éthiques et on demandait de faire référence de toute connaissance de possibles abus.

Résultats : Les psychiatres étaient réticents au moment d'informer le patient sur le diagnostique ou sur les effets secondaires, si cela pouvait interférer sur l'accomplissement thérapeutique. L'hospitalisation involontaire était mise en corrélation avec la présence de conduites violentes ou avec le risque de suicide. L'usage forcé de médicaments était plus fréquent lorsqu'il existait une symptomatologie hallucinatoire ou une conduite violente. De la même façon, la conduite suicide associait l'utilisation d'une thérapie électro-convulsive (TEC). La moitié des psychiatres déclaraient connaître des situations d'abus.

Conclusion: Les résultats justifient le besoin de discussion et de suivi des questions éthiques de la pratique psychiatrique en Espagne.

Mots clé : Santé mentale, éthique, psychiatres, Espagne.

Riassunto

Obiettivo: Questo studio prende in esame i comportamenti e la pratica clinica in uso fra gli psichiatri in Spagna con particolare riferimento ad alcuni dilemmi etici fra i più frequenti.

Metodo: È stato inviato per posta un questionario in cui erano riportati tre casi clinici. Con domande a risposta multipla si è indagato sulla diagnosi, sull'indicazione al trattamento, sul ricovero coatto, sull'uso di mezzi coercitivi, sul consenso informato, sul trattamento forzato e

sulla privacy. Agli psichiatri è stato anche chiesto di esprimersi riguardo a 19 questioni di natura etica e di riferire su possibili casi di abuso di loro conoscenza.

Risultati: Il rischio di interferenze con l'efficacia della terapia determina una riluttanza da parte degli psichiatri nel riferire al paziente la diagnosi e gli effetti collaterali dei farmaci. Il ricovero coatto è associato alla presenza di comportamenti violenti o al rischio di suicidio. L'uso di trattamento farmacologico forzato risultata invece più frequente in presenza di sintomatologia allucinatoria o di comportamento violento. Analogamente il comportamento suicida determina un aumento dell'uso di TEC. La metà degli psichiatri ha riferito di essere a conoscenza di situazioni di abuso.

Conclusioni: I risultati giustificano la necessità di un monitoraggio e di un dibattito sulle questioni etiche della pratica psichiatrica in Spagna.

Parole chiave: igiene mentale, etica, psichiatri, Spagna.

Introducción

La confianza que permite que la sociedad deposite en los médicos el cuidado de la salud se basa, entre otras razones, en el respeto por éstos de algunos principios éticos. Es necesaria una mayor conciencia de la necesidad de que los principios éticos guíen la práctica de la psiquiatría, especialmente cuando los avances de la investigación amplían las opciones terapéuticas y las presiones económicas hacen más compleja la asistencia sanitaria¹. El concepto de tratamiento ético de un paciente psiquiátrico es el resultado de considerar iniciativas legislativas, opiniones de los usuarios y respeto a los derechos de los pacientes, así como también se deben considerar los cambios culturales y la diversidad religiosa de la sociedad española.

Aunque la literatura sobre ética y psiquiatría es amplia, sólo unos pocos estudios experimentales han examinado de modo sistemático las actitudes de los psiquiatras y los factores que influyen en su práctica. En los años 50 se publican estudios que sugieren que la personalidad y otras características del paciente pueden afectar el juicio del psiquiatra. La raza²⁻⁴, la clase social y el nivel de ingresos^{5,6}, y el sexo⁷⁻⁹ se han considerado factores influyentes. Estos estudios, sin embargo, se limitaban a una

sola cuestión, a un área geográfica específica o incluso a una sola institución¹⁰⁻¹⁵. La mayoría de estos primeros estudios sugerían la existencia de áreas problemáticas en la asistencia psiquiátrica. Hasta hoy no se había llevado a cabo un estudio internacional sobre ética en la práctica psiquiátrica.

El interés por una visión global de las cuestiones éticas en psiquiatría surge de la publicidad recibida por los abusos en instituciones de la antigua Unión Soviética¹⁶. Posteriormente el interés se extiende a asuntos más amplios que incluyen la práctica cotidiana de la psiquiatría. Por este motivo se ha iniciado un estudio internacional para conocer el estado de estas cuestiones en diferentes países, usando un mismo procedimiento de medida. Hasta hoy otros dos países han realizado la recogida de datos^{17,18}.

Este estudio examina las actitudes y la práctica clínica de los psiquiatras españoles centrándose en dilemas éticos que se presentan en la relación con los pacientes. Un segundo objetivo es analizar diferencias en el tratamiento psiquiátrico en función del sexo del paciente, su estatus social y las características sociodemográficas de los clínicos. Además, se explora la influencia de la formulación diagnóstica y las presiones externas de familiares y del personal sanitario en la toma de decisiones. Se examinan también cuestiones éticas específicas relativas a la hospitalización involuntaria, confidencialidad, carácter, consentimiento informado, uso de medidas restrictivas y conducta sexual. Por último, se investiga la frecuencia y el tipo de problemas éticos a los que se enfrenta la práctica psiquiátrica en España, tales como los abusos políticos, la discriminación racial o religiosa y los abusos sexuales o económicos.

Material y métodos

Cuestionario y muestra

El cuestionario consta de tres casos clínicos que describen a un individuo con una psicosis paranoide, un trastorno afectivo y un tercero sin trastorno mental. Siguiendo a cada caso una serie de preguntas de respuesta múltiple interrogan sobre diagnóstico, carácter, ingreso involuntario, medidas restrictivas, consentimiento informado, tratamiento forzoso y confidencialidad. Tras los casos clínicos aparecen 19 enunciados que examinan cuestiones éticas específicas, incluyendo conducta sexual inadecuada. Además, hay algunas preguntas sobre las características sociodemográficas del encuestado y su

opinión sobre su práctica clínica. Por último se invita a referir en texto libre aquellas situaciones de abusos en la psiquiatría que conozcan.

Con el apoyo de la Organización Panamericana de Salud/Organización Mundial de la Salud, se desarrolló la versión española del cuestionario en la Unidad de Investigación del Instituto Psiquiátrico José Germain de Leganés. Un grupo de cinco psiquiatras evaluó la validez de criterio del instrumento en España y se aseguró de que la traducción estaba culturalmente adaptada a las prácticas psiquiátricas locales. Cada caso clínico se presentó en cuatro versiones, variando el sexo y la clase social (alta o baja) del paciente. Por otro lado, cada versión del cuestionario tenía seis alternativas según el orden de presentación de los casos clínicos, para estudiar un posible efecto en las respuestas del orden de presentación.

Se obtuvo una lista completa de los psiquiatras españoles en activo del Colegio de Médicos, así como de las listas de suscriptores de revistas españolas de la especialidad. Se seleccionó una muestra aleatoria de 1500 psiquiatras, aproximadamente la mitad del total. Las distintas versiones del cuestionario de distribuyeron por correo asignándolas al azar. Diez semanas después se envió una carta de recuerdo con un segundo cuestionario, lo que elevó el índice de respuesta al 20%. El proceso de envío y recepción de los cuestionarios se realizó en el año 1995.

Análisis estadístico

El análisis de variables categóricas se realizó empleando chi cuadrado. La chi cuadrado de McNemar se usó para el análisis de datos categóricos apareados. Para las variables continuas se empleó el test t de comparación de medias apareadas, y la regresión múltiple para examinar la relación entre covariables.

Resultados

De las 306 respuestas obtenidas, el 69.3% correspondieron a hombres y el 30.7% a mujeres. Los psiquiatras varones eran mayores que las mujeres, 46.1 ± 9.9 años frente a 41.5 ± 7.7 ($t = -4.18$, $gl = 301$, $p < 0.001$). La mayoría estaban satisfechos con su trabajo: el 21.9% estaban muy satisfechos, el 57.0% satisfechos y el 21.1% estaban de algún modo insatisfechos. La calidad de la asistencia psiquiátrica era vista más bien negativamente: el 20% afirmaban que era excelente, el 13.5% la consideraban en la media, y el 30.7% decían que estaba por debajo de

la media. La tabla I contiene datos demográficos adicionales sobre la muestra.

Tabla I

Características demográficas de los encuestados (en porcentaje), n=306

Sexo, varón	69.3
Ámbito de trabajo, sector público	47.7
Tipo de pacientes, adultos	88.7
Título de especialista	96.7
Orientación predominante	
Biológica	38.4
Psicodinámica	30.1
Otra	31.5

Caso 1: Esquizofrenia

Casi todos los encuestados (96.7%) diagnosticaron el caso como esquizofrenia o trastorno psicótico. Aunque la mayoría, el 64.1%, le dirían al paciente el diagnóstico, el porcentaje caía a la mitad si pensaban que esto podría complicar el tratamiento (Chi cuadrado de McNemar=76.70, $gl=1$, $p<0.001$). Es mayor el número de psiquiatras que informarían al paciente de los efectos secundarios de la medicación si el cumplimiento no estaba comprometido (Chi cuadrado de McNemar=80.05, $gl=1$, $p<0.001$). El grado de peligrosidad aumenta de modo significativo la indicación de ingreso involuntario: 66.4% de los casos si se amenaza a la familia (Chi cuadrado de McNemar=25.51, $gl=1$, $p<0.001$) y 85.4% si hay violencia (Chi cuadrado de McNemar=51.57, $gl=1$, $p<0.001$) comparado con el 49.0% si no la hay. La presión familiar aumenta la probabilidad de ingreso involuntario sea o no peligroso el paciente (Chi cuadrado de McNemar=7.90, $gl=1$, $p<0.005$), así como cuando amenaza a la familia (Chi cuadrado de McNemar=21.56, $gl=1$, $p<0.0001$). Sólo el 14.9% opinan que este paciente necesita medicación contra su voluntad si está asintomático, comparado con el caso en que tenga alucinaciones (87.5%) (Chi cuadrado de McNemar=207.62, $gl=1$, $p<0.001$), potencial para la violencia (68.2%) (Chi cuadrado de McNemar=66.22, $gl=1$, $p<0.001$), o sea violento (91.4%) (Chi cuadrado de McNemar=4.00, $gl=1$, $p<0.05$). Si el personal de enfermería pide al psiquiatra que medique al paciente, aquél es menos propenso a hacerlo incluso cuando el paciente está alucinando (Chi cuadrado de McNe-

mar=8.53, $gl=1$, $p<0.005$) o es violento (Chi cuadrado de McNemar=11.84, $gl=1$, $p<0.001$). En este caso clínico, cuando el paciente se opone a que se informe a su cónyuge de la hospitalización, el 77.2% de los psiquiatras lo llamaría de todos modos, especialmente si fuera útil para el plan terapéutico (84.3%) (Chi cuadrado de McNemar=6.05, $gl=1$, $p<0.03$).

Sólo en dos ocasiones se alteran las respuestas en función del sexo del paciente. Si el paciente es violento y la enfermería solicita medicación, es más probable que ésta se indique si el paciente es mujer (Chi cuadrado=5.55, $gl=1$, $p<0.02$). El esposo de una paciente sería informado de la hospitalización contra la opinión de la misma con más frecuencia (Chi cuadrado=4.70, $gl=1$, $p<0.03$) así como informado sobre el estado de aquella (Chi cuadrado=6.10, $gl=1$, $p<0.02$). La clase social del paciente no altera de modo estadísticamente significativo las respuestas.

En varias ocasiones las características de los psiquiatras alteran las respuestas. Los psiquiatras varones obligarían a los enfermeros a medicar a un paciente potencialmente violento con más frecuencia (Chi cuadrado=4.73, $gl=1$, $p<0.03$). Además, los psiquiatras varones son más propensos a informar a un cónyuge que lo solicita, al margen de los deseos del paciente (Chi cuadrado=5.21, $gl=1$, $p<0.03$). Los psiquiatras más jóvenes indicarán la hospitalización ($t=-2.90$, $gl=300$, $p<0.004$) y la contención física ($t=-2.10$, $gl=299$, $p<0.04$) con más frecuencia.

Caso 2: Depresión mayor

La mayoría de los encuestados, el 87.8%, identificaban el caso como el de un sujeto con un trastorno depresivo. A diferencia del caso anterior, el 94.0% opinaba que el paciente debería ser informado de su diagnóstico (Chi cuadrado de McNemar=79.41, $gl=1$, $p<0.001$). Sin embargo, si informar del diagnóstico complicara el tratamiento, el número de los que lo haría desciende de modo significativo (Chi cuadrado de McNemar=61.06, $gl=1$, $p<0.001$). De igual modo, informar sobre los efectos secundarios de la medicación antes del inicio del tratamiento es menos probable si el cumplimiento está en entredicho (Chi cuadrado de McNemar=97.00, $gl=1$, $p<0.001$). La indicación de hospitalización involuntaria se asocia directamente con el riesgo del paciente de autoagredirse. La hospitalización involuntaria fue recomendada por el 25.1% de los encuestados si el paciente presenta ideas de suicidio pero se compromete a no autolesionarse (Chi cuadrado

de McNemar=50.45, $gl=1$, $p<0.001$), por el 82.8% cuando las ideas de suicidio no se acompañan de un compromiso de no agredirse (Chi cuadrado de McNemar=169.20, $gl=1$, $p<0.001$), y por el 90.0% después de un intento de suicidio grave en el día del ingreso (Chi cuadrado de McNemar=11.52, $gl=1$, $p<0.001$). Este porcentaje disminuye al 5.6% si no hay ideas de suicidio. En cada caso, excepto cuando el paciente presenta un riesgo muy grave de suicidio, la presión familiar produce un incremento estadísticamente significativo de la indicación de ingreso involuntario. En este caso se exploró también el uso involuntario de terapia electroconvulsiva (TEC). Este tratamiento fue recomendado por el 54.3% de los encuestados si estaban presentes de modo constante las ideas de suicidio (Chi cuadrado de McNemar = 104 .50, $gl=1$, $p<0.001$), y por el 65.6% si ocurrieran múltiples intentos de suicidio durante la hospitalización (Chi cuadrado de McNemar=19.27, $gl=1$, $p<0.001$) comparado con el 15.5% que lo indicarían cuando el paciente no tiene ideas de suicidio. Si la enfermería solicita esta intervención los psiquiatras son menos propensos a indicarla. Es menos probable que se informe al cónyuge de la hospitalización, si el paciente se opone, que en el caso anterior (59.9%) (Chi cuadrado de McNemar=40.97, $gl=1$, $p<0.001$). Sin embargo, existe una gran probabilidad de que la confidencialidad se rompa si el cónyuge llama pidiendo información del estado del paciente (66.9%) (Chi cuadrado de McNemar=6.04, $gl=1$, $p<0.03$), especialmente si se necesita que colabore en el tratamiento (83.1%) (Chi cuadrado de McNemar = 33.82, $gl=1$, $p<0.001$).

En ocasiones el sexo del paciente influye en las respuestas. Es más probable que se informe de su diagnóstico a un paciente varón (Chi cuadrado=10.55, $gl=2$, $p<0.006$), incluso si esto puede interferir en el tratamiento (Chi cuadrado=7.60, $gl=2$, $p<0.03$). Un paciente varón será hospitalizado involuntariamente con más frecuencia si tiene ideas suicidas y no se compromete a no autolesionarse (Chi cuadrado=8.82, $gl=1$, $p<0.003$), así como si la familia insiste (Chi cuadrado=4.05, $gl=1$, $p<0.05$). La esposa de un paciente varón será informada con más frecuencia contra los deseos del aquél si se necesita que colabore en el tratamiento (Chi cuadrado=4.90, $gl=1$, $p<0.03$). La clase social del paciente no parece alterar de modo significativo las respuestas.

Sólo en una ocasión el sexo del psiquiatra modifica de

modo estadísticamente significativo las respuestas. Los psiquiatras varones son más propensos a la indicación de la contención física de un paciente violento (Chi cuadrado=4.81, $gl=1$, $p<0.03$). La hospitalización involuntaria de un paciente deprimido a requerimiento de la familia es indicada con más frecuencia por los psiquiatras de más edad ($t=2.76$, $gl=300$, $p<0.006$), así como la hospitalización involuntaria de un paciente con ideas suicidas que se compromete a no autolesionarse ($t=3.47$, $gl=300$, $p<0.001$), incluyendo el caso de que la familia insista ($t=2.61$, $gl=299$, $p<0.01$). La puesta de límites cuando un paciente presenta conductas disruptivas es usado con más frecuencia por los psiquiatras más jóvenes ($t=-2.22$, $gl=301$, $p<0.03$).

Caso 3: Sin trastorno psiquiátrico evidente

El tercer caso clínico fue diseñado para que representara una persona sin ningún trastorno mental evidente. Sin embargo, sólo el 12.7% afirmaron que el sujeto no tenía diagnóstico o lo dejaron en blanco. Un 13.1% adicional indicaron un diagnóstico no incluido en el eje I.

Una vez más, si decir el diagnóstico podía crear complicaciones al tratamiento, los encuestados tendían a no hacerlo (Chi cuadrado de McNemar = 55.07, $gl=1$, $p<0.001$). La mayoría, el 64,6%, habría informado de los efectos secundarios de la medicación al inicio; sin embargo, si el cumplimiento podía ser un problema, sólo el 44,6% habría informado al paciente antes del inicio del tratamiento (Chi cuadrado de McNemar = 57.07, $gl=1$, $p<0.001$), y el 35.0% una vez que el paciente hubiera mejorado. Apenas uno de cada cinco encuestados habría hospitalizado involuntariamente a un paciente de las características descritas. Si el paciente hubiera empujado al psiquiatra, la decisión de ingreso involuntario se hubiera elevado al 28.1% (Chi cuadrado de McNemar=69.96, $gl=1$, $p<0.001$), y al 49.7% si el paciente hubiera golpeado a un familiar (Chi cuadrado de McNemar=55.35, $gl=1$, $p<0.001$). Como en los otros casos, siempre que la familia ejerce presión se produce un incremento estadísticamente significativo en la indicación de internamiento involuntario.

Sólo el 28.6% de los encuestados estaban de acuerdo con la afirmación de que la ausencia de rechazo a la medicación por parte del paciente suponía de modo implícito un consentimiento informado. Además, sólo el 28.0% de los psiquiatras se mostraban de acuerdo con que el consentimiento informado no es necesario en alguien que está confuso.

Como en los dos casos previos, la mayoría (64.5%) habría informado al cónyuge del paciente acerca de la hospitalización aún en contra de sus deseos. En este caso apenas hay cambios si el cónyuge llama (65.2%), pero si debe colaborar en el tratamiento, el 79.9% le habría informado (Chi cuadrado de McNemar=34.57, $gl=1$, $p<0.001$).

El sexo del paciente influye en el uso de contención física en caso de conductas disruptivas. Los pacientes varones serán contenidos con más frecuencia (Chi cuadrado=4.33, $gl=1$, $p<0.04$). La clase social del paciente no modifica las respuestas.

El sexo y la edad de los psiquiatras juega un papel en algunos casos. Los psiquiatras varones son más propensos a considerar que este sujeto no necesita tratamiento y, por tanto, indican hospitalización con menos frecuencia (Chi cuadrado=18.83, $gl=3$, $p<0.001$). Las mujeres encuestadas están más a favor de la hospitalización involuntaria en este caso si el paciente les empuja (Chi cuadrado=6.78, $gl=1$, $p<0.01$). También es más probable que las mujeres psiquiatras informen al cónyuge del paciente contra sus deseos si es necesaria su colaboración (Chi cuadrado=4.16, $gl=1$, $p<0.05$). El acuerdo con la afirmación de que el paciente que no pone objeciones a la medicación ha consentido en tomarla ($t=2.42$, $gl=298$, $p<0.02$), y que el consentimiento informado no es necesario para pacientes confusos, ($t=3.32$, $gl=297$, $p<0.001$) es más frecuente entre los psiquiatras de mayor edad. La puesta de límites para las conductas disruptivas ($t=-2.97$, $gl=298$, $p<0.003$) es indicada con más frecuencia por los psiquiatras más jóvenes. La tabla 2 contiene otros resultados de los tres casos clínicos.

Cuestionario de actitudes

La escala de Likert de cinco puntos para las 19 preguntas relativas a actitudes sobre cuestiones éticas en la práctica clínica se colapsó en tres categorías: ético, neutral y no ético (ver tabla III).

El sexo de los psiquiatras afectó a las respuestas en dos ocasiones. Las mujeres fueron menos propensas a considerar como no ético el informar a la familia sin el permiso del paciente ($t=-3.34$, $gl=297$, $p<0.001$), y el dar TEC involuntariamente ($t=-2.20$, $gl=294$, $p<0.03$). La edad de los psiquiatras tuvo una relación significativa con varias actitudes. Los psiquiatras de más edad consideran con más frecuencia como no ético administrar de modo involuntario TEC ($B=-0.014$, $se=0.007$,

Tabla 2. Respuestas de los psiquiatras a los casos clínicos (en porcentaje)

	Caso 1	Caso 2	Caso 3
Clase social, alta	51.0	49.0	46.4
Sexo del paciente, varón	46.7	53.6	49.0
Nº orden del caso			
Primero	38.2	29.9	31.9
Segundo	30.6	40.8	28.6
Tercero	31.3	29.3	39.5
Diagnóstico correcto	96.7	87.9	12.1
Confianza en el diagnóstico	89.8	77.8	57.8
Información sobre diagnóstico			
Al paciente	64.1	94.0	70.1
Sólo a la familia	34.2	4.3	26.8
A nadie	1.7	1.7	3.1
Si se compromete el cumplimiento			
Al paciente	36.1	73.0	50.5
Sólo a la familia	62.3	23.7	47.1
A nadie	1.7	3.3	2.4
Información efectos secundarios			
Previa al tratamiento	57.6	91.0	64.7
Después del tratamiento	11.2	4.7	11.6
Cuando mejore	27.0	3.7	20.9
Nunca	4.3	0.7	2.7
Lugar del tratamiento			
Hospitalización	60.9	6.3	21.4
Ambulatorio/h.parcial	28.1	91.7	64.7
Sin tratamiento	1.0	2.0	13.9
Hospitalización involuntaria	49.0	5.6	18.1
Si la familia pide ingreso	56.6	11.6	25.3
Informar al cónyuge contra el deseo del paciente			
Al ingreso	77.2	59.9	64.5
Si telefonea	73.7	66.9	65.2
Si necesaria colaboración	84.3	83.1	79.6
Si el paciente es disruptivo1			
Establecer límites	71.4	77.6	71.4
Fármacos	94.4	80.8	71.5
Cont.física/aislamiento	69.6	24.4	7.5
Alta	5.0	5.6	18.9

Diagnóstico: Caso 1: Esquizofrenia; Caso 2: Depresión mayor; Caso 3: Sin diagnóstico.

1. Conducta disruptiva: Caso 1: Amenaza a otros; Caso 2: Agresión al personal; Caso 3: Gritos y portazos.

Tabla 3. Cuestionario de actitudes: Consideraciones éticas en la práctica clínica (en porcentaje)				Ético	Neutral	No ético	
	Ético	Neutral	No ético	Hospitalización involuntaria de alguien peligroso para sí o para otros	86.0	5.0	9.0
Administrar TEC a un paciente que podría beneficiarse y da consentimiento	82.5	7.4	10.1	Recomendar el aborto para pacientes psicóticas	24.8	26.1	49.2
Informar a los familiares sin el permiso del paciente	20.3	32.3	47.4	Mantener relaciones sexuales con un paciente adulto que da su consentimiento	5.0	7.4	87.7
No informar a un paciente psicótico de los efectos secundarios del tratamiento	25.8	23.5	50.7	Hospitalización involuntaria de alguien sólo porque las autoridades lo requieran	10.1	11.1	78.8
Aplicar contención mecánica a alguien agitado	77.3	10.4	12.4	Hospitalización involuntaria de un paciente por presión de la familia	2.7	8.8	88.6
Recomendar la esterilización de pacientes psicóticos	5.6	14.3	80.0	Mantener relaciones sexuales con un ex paciente adulto que da su consentimiento	19.8	22.8	57.4
Usar neurolépticos depot en pacientes psicóticos con ingreso voluntario que se niegan a tomar medicación	63.7	15.7	20.6	Leer la correspondencia de un paciente	3.0	11.4	85.6
Usar neurolépticos depot en pacientes psicóticos con ingreso involuntario que se niegan a tomar medicación	77.0	13.0	10.0				
Administrar TEC a un paciente que podría beneficiarse pero rehúsa, ingresado voluntariamente	15.8	13.1	71.0				
Administrar TEC a un paciente que podría beneficiarse pero rehúsa, ingresado involuntariamente	34.4	15.7	49.8				
Aplicar contención mecánica a alguien que presenta conducta levemente desorganizada	4.7	11.0	84.4				
Hospitalización involuntaria de alguien que no representa peligro para sí o para otros	6.0	7.0	87.0				
No informar a un paciente no psicótico de los efectos secundarios de la medicación	5.4	3.3	81.3				

f=4.00, gl=1/294, p<0.05), usar contención mecánica con pacientes agitados (B=-0.038, se=0.007, f=27.91, gl=1/296, p<0.001), hospitalizar involuntariamente pacientes no peligrosos para sí o para otros (B=-0.012, se=0.006, f=4.09, gl=1/297, p<0.05), recomendar un aborto a pacientes psicóticas (B=-0.022, se=0.009, f=6.41, gl=1/292, p<0.02) y mantener relaciones sexuales con antiguos pacientes (B=-0.020, se=0.008, f=5.56, gl=1/295, p<0.02). Los psiquiatras más jóvenes consideran en más ocasiones como no ético informar a familiares contra el deseo del paciente (B=0.022, se=0.008, f=8.66, gl=1/297, p<0.004), no informar a un paciente psicótico sobre los efectos secundarios de la medicación (B=0.022, se=0.008, f=7.76, gl=1/295, p<0.006) y usar TEC contra la opinión del paciente (B=0.019, se=0.008, f=5.66, gl=1/294, p<0.02). Las respuestas no se modifican si se controla a la vez la edad y el sexo de los psiquiatras. En 9 de las 19 preguntas, aquellos que puntuaban alto en la escala de conveniencia social (Chronbach's alpha=0.60) dieron respuestas que tendían a calificar las afirmaciones como no éticas. Ni el sexo ni la edad de los

psiquiatras se relacionaba con la presencia de respuestas más socialmente convenientes.

Abusos psiquiátricos en España

Cuando se preguntó a los encuestados si la psiquiatría española respetaba los derechos de los pacientes, el 38.5% opinaba que era cierto, el 43.1% se mostró neutral y el 18.4% no estuvo de acuerdo con esa afirmación. El 12.5% de los encuestados refirió conocer abusos por motivos políticos, el 15.9% discriminación racial, el 13.6% discriminación religiosa, el 59.1% abusos sexuales y el 62.9% abusos económicos. Más de 150 de los 306 que respondieron al cuestionario afirmaron tener conocimiento de abuso de uno u otro tipo en psiquiatría. Para la mayoría la fuente de información de estas situaciones fue la prensa, más que el conocimiento directo.

En relación con los abusos políticos, las referencias se remontan al gobierno de Franco. Estos abusos incluían casos de sujetos hospitalizados por desacuerdos con el gobierno, falsificación de documentos de identidad de individuos hospitalizados para usar sus votos en referéndums y despidos de psiquiatras por su ideología política. También se refirieron algunos abusos más recientes, como el caso de algunos profesionales separados de su puesto de trabajo por desacuerdos con los gobiernos de algunas comunidades autónomas, así como la hospitalización injustificada de presuntos colaboradores de ETA.

Se describen algunos ejemplos de discriminación racial referida a los gitanos, incluyendo el empleo de algunos tratamientos como castigo, los abusos físicos y la escasa preocupación por la evolución de su trastorno mental. También se reseñan algunas prácticas discriminatorias hacia emigrantes y personas de bajo nivel socioeconómico. Se mencionan numerosas ocasiones en las que se imponen las creencias religiosas a pacientes y compañeros de trabajo. Además, algunos encuestados indican que algunos profesionales de salud mental han perdido su trabajo por su ideología religiosa.

Se hacen constar casos de abusos sexuales a pacientes del sexo femenino, retrasados mentales y psicóticos crónicos. La forma más común de abuso referido, sin embargo, es el económico, especialmente en la práctica privada. Se incluye la petición de exploraciones innecesarias y de alto coste, el traspaso de pacientes de centros públicos a privados, el uso de formas prolongadas de psicoterapia, las hospitalizaciones innecesarias,

las facturas exageradas, la venta de fórmulas magistrales a alto precio directamente a pacientes, la falsificación de informes psiquiátricos y la incapacitación de pacientes para mantenerlos en tratamiento. En el sector público se reseñan robos por parte del personal del dinero de los pacientes y casos en que se obligó a los pacientes a realizar tareas que correspondían al personal del centro.

Discusión

El proceso de reforma psiquiátrica llevado a cabo en España desde los años 80, basado en la desinstitutionalización y el cuidado comunitario ha modificado tanto los servicios de salud mental como la percepción social de la enfermedad mental entre los profesionales y la sociedad en general^{19,20}.

La principal limitación de este estudio ha sido el bajo índice de respuesta obtenido con la dificultad añadida de no poder determinar si esto ha introducido sesgos. Este bajo porcentaje de respuestas es consistente con otras encuestas postales realizadas en España^{21,22}.

El grado de acuerdo con el diagnóstico y la confianza en el mismo entre los psiquiatras fue alto para los casos de esquizofrenia y depresión mayor. El tercer caso, que presentaba a un sujeto sin trastorno mental evidente, tuvo una amplia gama de respuestas, aunque el 58% de los que respondieron confiaban en su diagnóstico. El elevado acuerdo en los dos primeros casos refleja hasta qué punto están extendidas en el país las clasificaciones internacionales. Respecto a la discusión del diagnóstico con el paciente, los psiquiatras actúan de acuerdo con la gravedad de la sintomatología. La oposición del paciente a que se informe a su cónyuge con frecuencia no influye en la actitud de los médicos. Si comunicar el diagnóstico o informar de efectos secundarios de la medicación interfiere con el cumplimiento terapéutico, se es más reticente a informar al paciente. La hospitalización involuntaria se correlaciona con la presencia de conductas violentas o riesgo de suicidio. Del mismo modo, el aumento del riesgo suicida supone un incremento de la prescripción involuntaria de TEC. En general, el psiquiatra tiende a adoptar una actitud paternalista cuando los intereses clínico-terapéuticos pueden resultar comprometidos o cuando el paciente presenta una sintomatología más grave.

Los psiquiatras tienen más dificultades para indicar restricciones físicas que agentes psicofarmacológicos para tratar la agitación o la conducta violenta. El uso de

medicación es consistente con nuestra cultura médica, mientras que las medidas restrictivas se asocian con contextos carcelarios. Por otro lado, se infravaloran los riesgos asociados al uso de medicación.

La mujer es considerada más frágil, necesitada de protección o infravalorada. Esto puede explicar la resistencia a decir a mujeres deprimidas su diagnóstico, o el por qué el esposo de una mujer psicótica es informado con más frecuencia contra la opinión de la paciente. Una mujer psicótica y con conductas violentas tiene más probabilidades de ser medicada. El varón con ideas suicidas es hospitalizado involuntariamente con más frecuencia, y su esposa informada si es necesaria su colaboración en el tratamiento.

A pesar de algunos comentarios de los encuestados sobre diferencias en el tratamiento en función de la clase social, no aparece ninguna evidencia de ello en las respuestas al cuestionario.

Las características demográficas del psiquiatra modifican su práctica clínica en algunas ocasiones. Los médicos varones son más propensos a indicar la hospitalización involuntaria, a medicar de modo forzoso y a informar a los cónyuges de los pacientes psicóticos. Del mismo modo, en el caso de la depresión, los psiquiatras varones tienden a contener físicamente con más frecuencia a un paciente violento. Curiosamente, en el tercer caso son los psiquiatras varones los que opinan en mayor número que el paciente no requiere tratamiento.

Respecto a la edad, en los tres casos clínicos se mantiene constante la tendencia de los psiquiatras más jóvenes a establecer límites verbales, mientras que los de mayor edad se inclinan por la contención física y la hospitalización involuntaria. En el cuestionario de actitudes los psiquiatras de más edad aparecen más preocupados por cuestiones claramente asociadas con el abuso de los pacientes, tales como las medidas de restricción física, la TEC, la hospitalización involuntaria, las relaciones sexuales y el aborto. Mientras tanto los psiquiatras más jóvenes centran su interés en el consentimiento informado y en la información sobre el diagnóstico y los efectos secundarios de la medicación. Las diferencias de valores éticos se corresponden con dos modelos: cuestiones filosóficas e ideológicas en el grupo de más edad frente a preocupaciones pragmáticas de la clínica cotidiana entre los jóvenes.

Aparecen algunas discrepancias entre las respuestas a los casos clínicos y al cuestionario de actitudes, donde las cuestiones se presentan fuera de un contexto clínico. Por

ejemplo, los psiquiatras tienden a respetar los derechos del paciente a la información y a la confidencialidad, pero cuando se enfrentan a una decisión clínica algunos encuestados alteran sus actitudes.

Más de la mitad de los encuestados refieren abusos de la psiquiatría en España, tanto en el pasado como en la actualidad. Nuestra exposición de resultados no ha detallado todas las cuestiones que surgieron, tales como la limitación de derechos civiles, el tratamiento de homosexuales o las consecuencias de la desinstitutionalización. Es evidente que los resultados muestran la necesidad de debatir y seguir de modo permanente la situación de las cuestiones éticas de la práctica psiquiátrica. Este debate es congruente con el respeto a los derechos humanos y a la ética que caracterizan a la actual reforma de los servicios psiquiátricos.

Bibliografía

1. González A, Moreno A, Pérez E, Ponte N, Rodríguez JL. Ética y psiquiatría. *Psiquiatría Pública* 1995;3:143-152.
2. Adebimpe V. Race, racism and epidemiological surveys. *Hosp Community Psychiatry* 1994;45:27-31.
3. Lawson WB, Hepler N, Holladay J, Cuffel B. Race as a factor in inpatient and outpatient admissions and diagnosis. *Hosp Community Psychiatry* 1994;45:72-74.
4. Strakowski S, Shelton RC, Kolbrener ML. The effects of race and comorbidity on clinical diagnosis in patients with psychosis. *J Clin Psychiatry* 1993;54:96-102.
5. Ubenhauer SL, DeWitte LL. Patient race and social class: attitudes and decisions among three groups of mental health professionals. *Comprehensive Psychiatry* 1978;19:509-515.
6. Pallis DJ, Stoffemayr BE. Social attitudes and treatment orientation among psychiatrists. *Br J Med Psychology* 1973;46:75-81.
7. Loring M, Powell B. Gender, race and DSM-III: A study of objectivity of psychiatric diagnosis behavior. *J Health and Social Behavior* 1988;29:1-22.
8. Fenton WS, Robinowitz CB, Leaf PJ. Male and female psychiatrists and their patients. *Am J Psychiatry* 1987;144:358-361.
9. Dial TH, Grimes PE, Leibeluft E, Pincus HA. Sex differences in psychiatrists' practice patterns and incomes. *Am J Psychiatry* 1994; 151 : 96 - 101.
10. Lindenthal JJ, Thomas CS. A comparative study of the handling of confidentiality. *J Nerv Ment Dis* 1980;168:361-369.
11. Hermen JL, Gartrell N, Olarte S, Feldstein M, Localio R. Psychiatrist-patient sexual contact: results of a national survey II: psychiatrists' attitudes. *Am J Psychiatry* 1987;144:164-169.
12. Riecher A, Rössler W, Löffler W, Fätkenheuer B. Factors influencing

- compulsory admission of psychiatric patients. *Psychol Med* 1991;21:197-208.
13. Pippard J, Ellam L. Electroconvulsive treatment in Great Britain. *Br J Psychiatry* 1981;139:563-568.
14. Rosenfield S. Race differences in involuntary hospitalization: psychiatric vs. labeling perspectives. *J Health Soc Behavior* 1984;25:14-23.
15. Peszke MA, Affleck GG, Wintrob RM. Perceived statutory applicability versus clinical disability of emergency involuntary; hospitalization. *Am J Psychiatry* 1980;137:476-480.
16. Levav I, Kohn R, Flaherty JA, Lerner Y, Aisenberg E. Mental health attitudes and practices of Soviet immigrants. *Israel J Psychiatry Related Sci* 1990;27:131-144.
17. Kullgren G, Jacobsson L, Lynöe N, Kohn R, Levav I. Practices and attitudes among Swedish psychiatrists regarding the ethics of compulsory treatment. *Acta Psychiatr Scand* 1996;93:389-396
18. Szabo CP, Kohn R, Gordon A, Levav I, Hart GAD: Ethics in the Practice of Psychiatry in South Africa. *SAMJ* (in press).
19. Desviat M. La Reforma Psiquiátrica. Madrid:Dor, 1994.
20. Desviat M, Delgado M, Fernández San Martín I, et al. Morbilidad psiquiátrica en población general en Leganés y Pinto (Madrid). Uso de servicios de salud mental y opiniones y actitudes de la población hacia la salud mental. *Psiquiatría Pública* 1997;5:315-326.
21. Lebow JL. Client satisfaction with mental health treatment: methodological considerations in assessment. *Eval Rev* 1983;7:729-752.
22. Ruggeri M. Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services: the state of the art of its measurement. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1994;29:212-227.