



Derechos humanos en salud mental (y sus vulneraciones)

*Manuel Cabrera Espinosa y Ana Carralero Montero.
Enfermero y enfermera especialistas de salud mental.*

Enero 2017. Boletín Psicoevidencias nº 47. ISSN 2254-4046

Quizá pueda resultar (desearíamos que resultara) antagónico hablar en el mismo artículo de salud mental y de vulneración de los derechos humanos. A primera vista parecen dos conceptos excluyentes, puesto que la búsqueda de la salud poco tendría que ver con la vulneración de los derechos humanos, sino más bien todo lo contrario. Sin embargo, las dicotomías –como las semejanzas- nunca son tan evidentes ni lineales como puedan parecer y trabajar desde los servicios de salud mental no siempre significa, lamentablemente, trabajar desde una perspectiva de derechos humanos.

¿Qué significa trabajar desde una perspectiva de derechos humanos? Aunque pueda parecer obvio señalarlo, creemos que esto significa comprender e integrar en nuestra práctica la idea de que las personas, por la sola condición de serlo, tienen una serie de derechos, independientemente –como nos recuerda la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de las Naciones Unidas¹- de cualquier condición, incluida la condición de tener un diagnóstico psiquiátrico.

Si asumimos esto, tendremos que ser sinceros y aceptar que no todas las personas que trabajan en los servicios de salud mental lo hacen desde una perspectiva de derechos humanos y entre los múltiples ejemplos que se podrían citar, nos viene la frase: “Hay gente que tiene una alergia tremenda a restringir libertades”, pronunciada por el psiquiatra Alfredo Calcedo en una ponencia hace pocos años². Precisamente creemos que trabajar desde una perspectiva de derechos humanos consiste en tener una alergia tremenda a restringir libertades.

Consideramos que los argumentos que defienden esta restricción de libertades de las personas con un diagnóstico psiquiátrico suelen condensarse alrededor de tres ejes principales: la peligrosidad, la falta de capacidad y/o lo que llamaremos aquí “la imposición de la salud”.

No nos vamos a detener en el argumento acerca de la peligrosidad porque, aunque aún hoy pervive –también entre los profesionales de salud mental- la falsa imagen de la “peligrosidad del loco” y de la “locura del delincuente”, que nombra Grotiuz³, la asociación de los diagnósticos psiquiátricos con la violencia ya ha sido ampliamente discutida y desmentida desde las más diversas disciplinas.



El discurso sobre la falta de capacidad es algo que, aunque también ampliamente discutido, consideramos que ha tenido menos resonancia en nuestro contexto. Suele derivar en una suerte de paternalismo (o maternalismo) que cristaliza en frases del tipo “es por su propio bien”, “les estamos protegiendo” o “nosotros también lo pasamos mal”. Esta presunción de incapacidad generalizada sobre todo un grupo humano, que justifica la restricción de sus libertades, no ha sido en absoluto exclusiva de las personas con problemas de salud mental. En el Estado español, por ejemplo, hasta el año 1975⁴ y según el Código Civil⁵ las mujeres requerían de licencias maritales para asuntos como obtener el carnet de conducir, trabajar o abrir una cuenta bancaria. De forma similar en Estados Unidos no fue hasta mediados de los años sesenta que se reconocieron como discriminatorias las leyes que no permitían el voto a los afroamericanos⁶ o que los separaban de los blancos en los lugares públicos como las escuelas o los lugares de trabajo⁷.

En nuestro contexto esta discriminación sigue estando muy instaurada, lo que provoca que estemos lejos de alcanzar “la total equiparación de la persona con enfermedad mental a las demás personas que requieren servicios sanitarios y sociales” que promulgó la Ley General de Sanidad de 1986⁸ con el impulso de la Reforma Psiquiátrica de los años 80. Veinte años después se aprobaría la Convención de Derechos de Personas con Discapacidad (CDPD), cuya ratificación por nuestro país⁹ no ha conseguido, casi diez años más tarde, derogar el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil¹⁰ que –discriminando por motivos de discapacidad- permite el “internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico”; como tampoco ha conseguido que tener un diagnóstico psiquiátrico deje de ser un motivo de exclusión para recibir algunos tipos de atención sanitaria, como el trasplante de órganos^{11,12}.

Nos detendremos algo más en explicar lo que hemos llamado “imposición de la salud”, ya que creemos que los profesionales nos hemos parado poco a reflexionar sobre esta cuestión que justifica demasiadas veces una serie de prácticas difíciles de identificar como dañinas, por encubrirse -en palabras de la Asamblea General de Naciones Unidas¹³- “so capa de buenas intenciones de los profesionales de la salud”.

Esta imposición de la salud está íntimamente relacionada con el concepto de “enfermedad mental”, que desde sus mismos inicios no ha gozado de consenso social. En todo su recorrido histórico encontramos voces (como Foucault, Szasz o Laing) que han llegado a negar la realidad del mismo concepto y que describen la asistencia que trata de curarla o eliminarla como parte de un sistema coercitivo y segregador que, en muchos casos, busca más el control social que el alivio del sufrimiento psíquico de la persona.



Tampoco es nueva la necesidad de sanar a un colectivo que muchas veces no entiende por qué necesita ser sanado. Los homosexuales, que fueron considerados enfermos por la CIE-9 hasta 1990 (algún psiquiatra español sigue defendiéndolo todavía en el siglo XXI¹⁴) son un buen ejemplo de esta falta de conciencia de enfermedad que justifica la imposición de la salud. De forma análoga al movimiento LGTB, en el ámbito de la salud mental han surgido algunas voces que proclaman “el orgullo loco¹⁵”, reivindican “el derecho al delirio¹⁶” y/o exigen el respeto a lo que denominan “experiencias psíquicas inusuales^{17,18}” (no enfermedades, síntomas, defectos o déficits); el premio nobel John Nash habla abiertamente de momentos en los que “era más feliz loco que cuerdo¹⁹”; mientras que otras personas consideran que los servicios de salud mental lejos de disminuir su sufrimiento, les han maltratado y dañado, por lo que se autodenominan “supervivientes de los servicios de salud mental²⁰”.

Es precisamente desde el convencimiento de que la persona tiene una “enfermedad mental”, lo considere ella o no, que nos permitimos imponerle por su bien un tratamiento, lo quiera ella o no, en función de lo que nosotros, los expertos, consideramos que son sus verdaderas necesidades de salud. Y no podemos olvidar que en nuestra área imponer un tratamiento puede implicar -e implica en demasiadas ocasiones- un control absoluto sobre todos los aspectos de la vida de la persona: desde la obligatoriedad de un tratamiento farmacológico, a la selección de las personas con las que puede tener contacto o el lugar y personas con las que ha de vivir.

En este punto, creemos que es importante preguntarnos: ¿Por qué una persona no puede preferir tener alucinaciones a impotencia sexual? ¿Qué pasa si para ella es mejor sentirse autorreferencial que cansada o abotargada emocionalmente? ¿Por qué consideramos tan importante eliminar la sintomatología psiquiátrica y nos resultan tolerables (a nosotros) efectos secundarios tan perjudiciales como la obesidad, la diabetes, la rigidez muscular, la falta de energía o los tumores de mama^{21,22}? ¿Qué de patológico tiene que la persona quiera ser sujeto de sus propias decisiones y no objeto de las nuestras? ¿No le corresponde a la persona que recibe esos tratamientos tomar estas decisiones? ¿No nos corresponde a nosotros respetarlas, incluso aunque pensemos que no son las correctas, o que no son las que nosotros tomaríamos?

En respuesta a esta imposición de la salud existe cada vez más una denuncia por parte de los “pacientes” de recibir unos tratamientos que no desean, pero que nosotros justificamos -y a veces forzamos- en base a su efectividad (efectividad nuevamente decidida por nosotros). Ejemplos de esto son la terapia electroconvulsiva, la medicación forzosa, la contención mecánica o los ingresos involuntarios; sobre ellos existe evidencia científica y recomendaciones de organismos internacionales desaconsejando su utilización^{13,23,24,25}, pero incluso aunque esto no fuera así ¿justificaría la evidencia



su uso? ¿No tenemos ya “evidencia” suficiente de que no todo vale en los tratamientos psiquiátricos²⁶, por muy “efectivos” que estos puedan parecer?

Es llamativo que nos resulte fácil ver tratamientos como las leucotomías, los comas insulínicos o los bombeos espinales como tratos inhumanos o incluso como torturas (sin casi poder considerar que aquellos profesionales también tenían buenas intenciones y lo hacían por el bien de los pacientes) y nos resulte tan difícil poder siquiera escuchar acusaciones parecidas de los que son ahora los receptores de nuestros “cuidados”.

Trabajar desde una perspectiva de derechos humanos en salud mental significa para nosotros poder escuchar estas acusaciones y –sobre todo- darles credibilidad. Significa también respetar los valores y las decisiones de las personas para las que trabajamos. Creemos que necesitamos mayor capacidad de escucha y empatía ante sus sentimientos, deseos y percepciones y tener el absoluto convencimiento de que nunca podrá ser compatible lo terapéutico con la vulneración de derechos humanos.

Referencias

¹ Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de las Naciones Unidas [Homepage]. Ginebra: Naciones Unidas; [acceso 1 de diciembre de 2016]. ¿Qué son los derechos humanos? Disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/Issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx>

² Calcedo Barba A. El tratamiento ambulatorio involuntario desde el punto de vista psiquiátrico-legal. En: El tratamiento ambulatorio involuntario en la enfermedad mental grave desde una perspectiva global. Madrid: Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental del Servicio Madrileño de Salud; 16 marzo 2012. Disponible en: <https://vimeo.com/39569938>

³ Cultura, clínica y psicoanálisis [Homepage]. [Acceso 1 de diciembre de 2016]. Grotiuz J. De la peligrosidad del loco y de la locura del delincuente (2000). Disponible en: <https://embarcados.blogspot.com.es/2009/04/de-la-peligrosidad-del-loco-y-de-la.html>

⁴ Ley sobre reforma de determinados artículos del Código Civil y del Código de Comercio sobre la situación jurídica de la mujer casada y los derechos y deberes de los cónyuges. Ley 14/1975. Boletín Oficial del Estado, nº 107 (5 mayo 1975).

⁵ Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se publica el Código Civil. Boletín Oficial del Estado, nº 206, (25 julio 1889).

⁶ Ourdocuments [Homepage]. College Park: National Archives and Records Administration; [acceso 1 de diciembre de 2016]. Voting Right Act (1965). Disponible en: <https://ourdocuments.gov/doc.php?flash=true&doc=100>

⁷ Our documents [Homepage]. College Park: National Archives and Records Administration; [acceso 1 de diciembre de 2016]. Civil Rights Act (1964). Disponible en: <https://www.ourdocuments.gov/doc.php?flash=true&doc=97>

⁸ Ley General de Sanidad. Ley 14/1986. Boletín Oficial del Estado, nº 102, (29 abr 1986).

⁹ Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Boletín Oficial del Estado, nº96, (21-04-2008).





- ¹⁰ Ley de Enjuiciamiento Civil. Ley 1/2000. Boletín Oficial del Estado, nº7, (8-01-2000).
- ¹¹ Crespo Leiro MG, Almenar Bonet L, Alonso-Pulpón L, Campreciós M, Cuenca Castillo JJ, de la Fuente Galván L, et al. Conferencia de consenso de los grupos españoles de trasplante cardíaco. Rev Esp Cardiol Supl. 2007;7(B):4-54.
- ¹² Román A, Ussetti P, Solé A, Zurbano F, Borro JM, Vaquero JM, et al. Normativa para la selección de pacientes candidatos a trasplante pulmonar. Arch Bronconeumol. 2011;47(6):303-9.
- ¹³ Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez. Asamblea General de Naciones Unidas, A/HRC/22/53, (1 feb 2013).
- ¹⁴ ARVO Comunicación. La homosexualidad a examen [vídeo]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=ZUVcUmO9RJ8>
- ¹⁵ MadPride [Homepage]. [Acceso 1 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://madpride.org.uk/index.php>
- ¹⁶ Mad in America para el mundo hispanohablante [Homepage]. Madrid: Locomún; 6 de noviembre de 2016; [acceso 1 de diciembre de 2016]. Alan Robinson. La Locura de teatro. Disponible en: <http://madinamerica-hispanohablante.org/la-locura-del-teatro-alan-robinson/>
- ¹⁷ Entrevoces [Homepage]. Madrid: Entrevoces; [acceso 1 de diciembre de 2016]. Disponible en: https://entrevoces.org/es_ES/
- ¹⁸ Intervoice. The International Hearing Voices Network [Homepage]. Intervoice; [acceso 1 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.intervoiceonline.org/>
- ¹⁹ AMP Blog [Homepage]. 3 de diciembre de 2007 [acceso 1 de diciembre de 2016]. Lluís Amigué. Entrevista a John Nash. Disponible en: <http://ampblog2006.blogspot.com.es/2007/12/entrevista-john-nash.html>
- ²⁰ Alonso F. Se necesita otro pensar. Y se necesita ya. Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental. 2015; (38):7-13.
- ²¹ Naderi A. Prolactin-Induced Protein in Breast Cancer. Adv Exp Med Biol. 2015; 846:189-200.
- ²² Shemanko CS. Prolactin receptor in breast cancer: marker for metastatic risk. J Mol Endocrinol. 2016; 57(4):R153-R165.
- ²³ Sailas EES, Fenton M. Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. Cochrane Database of Systematic Review 2000, Issue 1. Art. No: No.: CD001163. DOI: 10.1002/14651858.CD001163.
- ²⁴ Organización Mundial de la Salud. La importancia de los derechos humanos consagrados internacionalmente en la legislación nacional sobre salud mental. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004.
- ²⁵ Organización Mundial de la Salud. Manual de recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2006.
- ²⁶ Duro Sánchez A, Sánchez López L, Núñez Rueda JM, Benito Delgado R, Celorio Fries GA. Tratamientos en psiquiatría del Siglo XX. En: XXXI Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental. Toledo: Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental; 9-11 abril de 2014. Disponible en: <http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/3FEA1EA3-5C50-4957-ABAF-A1A4CD038E91/88ae5efb-1d7d-4c9e-8354-ca2d48cb4f51/88ae5efb-1d7d-4c9e-8354-ca2d48cb4f51.pdf>