

# Vectores

## de Investigación

### ÍNDICE

#### **MONOGRAFÍA BIOÉTICA**

**NÚRIA TERRIBAS SALA**

Las voluntades anticipadas y su utilización en la toma de decisiones

**MARIA ISABEL RIVERA ET AL.**

El uso de un Consentimiento Informado único puede ser inadecuado en investigaciones biomédicas...

**EMMANUELLE VALENTI**

Nuevas perspectivas de investigación sobre los problemas éticos de los tratamientos coercitivos en salud mental...

**SERGIO LÓPEZ MORENO ET AL.**

Una exploración de las posturas filosóficas del personal operativo de servicios de atención a la salud ante dilemas bioéticos...

**MARÍA DEL ROSARIO GUERRA GONZÁLEZ**

Muerte y derechos humanos desde la transdisciplinariedad

**OCTAVIO MÁRQUEZ MENDOZA**

Bioética y responsabilidad universitaria

**MIGUEL-HÉCTOR FERNÁNDEZ-CARRIÓN**

Sociedad, identidad y defensa de lo propio: desde una perspectiva de la bioética

#### **MONOGRAFÍA ÉTICA**

**GUY BAJOIT**

Por un desarrollo ético y sostenible

**GUADALUPE IBARRA ROSALES**

Ética profesional y formación ética

#### **PROCESOS DE INVESTIGACIÓN**

**ARMANDO GARCÍA CHIANG**

El estudio sobre lo religioso en México: hacia un estado de la cuestión

**MARIA TERESA JARQUÍN ORTEGA**

Oportunidades y retos para la creación de Centros de Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades: El Colegio Mexiquense

#### **RESEÑA BIBLIOGRÁFICA**

**CENTRO DE INVESTIGACIÓN DE ESTUDIOS COMPARADOS DE AMÉRICA LATINA  
CIECAL**

# **Vectores**

## **de Investigación**

ARTÍCULOS ARBITRADOS

### **Centro de Investigación Estudios Comparados de América latina CIECAL**

**GRUPO EDUCATIVO SIGLO XXI**

en colaboración con el

**Centro de Investigación Estudios Comparados  
sobre México (antiguo Centro de Investigación )**

**CAMPUS UNIVERSITARIO SIGLO XXI**

incorporado a la

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉ-  
XICO (UAEMex)**

**Desarrollos Académicos y de Investigación  
Universitaria SCP e**

**Instituto de Estudios Históricos y Económicos  
Universidad Complutense de Madrid**



**Vol. 5 No. 5 Segundo Semestre 2012**

# Vectores

## de Investigación

ARTÍCULOS ARBITRADOS

### EDITOR-DIRECTOR

DR. MIGUEL-HÉCTOR FERNÁNDEZ-CARRIÓN

*Director del Centro de Investigación Estudios Comparados de América Latina y  
Director del Centro de Investigación Estudios Comparados sobre México*

### CONSEJO EDITORIAL

DR. ENRIQUE DUSSEL

*UNAM, UAM Unidad Iztapalapa, México, SNI III*

DR. ANTONIO GARCÍA ZENTENO

*Instituto de Ciencias Nucleares, UNAM, México, SNI II*

DR. HÉCTOR DÍAZ ZERMEÑO

*Escuela de Estudios Profesionales Acatlán, UNAM, México, SNI II*

DR. DANIEL GUTIÉRREZ MARTÍNEZ

*El Colegio Mexiquense, SNI II*

DRA. MARÍA DEL ROSARIO GUERRA GONZÁLEZ

*Instituto de Estudios Sobre la Universidad, UAEMex, México, SNI I*

DR. RUBÉN H. ZORRILLA

*Universidad de Buenos Aires, Argentina, Prof. Emérito*

DRA. CONCEPCIÓN NAVARRO AZCUE

*Universidad Complutense de Madrid, España*

DR. ALFONSO GALINDO LUCAS

*Universidad de Cádiz, España*

DRA. CONSUELO ASCANIO RODRÍGUEZ

*Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela*

### COMITÉ COLABORADOR

DRA. ISABEL SANZ VILLARROYA

*Universidad de Zaragoza, España*

DR. RUBÉN MENDOZA VALDÉS

*IESU, UAEMex, México, CSNI*

DR. PABLO LORENZANO

*Universidad Nacional de Quilmes, Argentina*

### CONSEJO DE DIRECCIÓN INSTITUCIONAL

DRA. EDUWIGES ZARZA ARIZMENDI

*Representante del Consejo Administrativo del Campus Universitario Siglo XXI*

DR. MANUEL ALONSO GARCÍA

*Director Administrativo y Miembro del Consejo Administrativo del Campus  
Universitario Siglo XXI*

MTRO. ALFREDO GORDILLO GONZÁLEZ

*Director Académico del Campus Universitario Siglo XXI*

La **Revista Vectores de Investigación** es editada por el Centro de Investigación Estudios Comparados de América Latina del Grupo Educativo Siglo XXI, en colaboración con el Centro de Investigación Estudios Comparados sobre México del Campus Universitario Siglo XXI incorporado a la Universidad Autónoma del Estado de México, Centro de Investigación Desarrollos Académicos y de Investigación Universitaria SCP, Centro Internacional de Estudios e Investigaciones Científicas e Instituto de Estudios Históricos y Económicos, con sede académica en la Universidad Complutense de Madrid.

---

Los manuscritos propuestos para su publicación en esta Revista deberán ser inéditos o contar con cambios sustanciales y no haber sido sometidos a consideración a otras revistas al mismo tiempo.

Los manuscritos son analizados para su selección por dos lectores anónimos y a su aceptación los derechos de reproducción se transfieren a la Revista.

Podrá reproducirse parcialmente los textos publicados *en Vectores de Investigación* indicando el nombre del autor y el lugar de procedencia del artículo.

---

**PRODUCCIÓN EDITORIAL**

**Diseño y maquetación** Héctor Carrión

**Traducción** Lic. Claudia Elena Domínguez Porcayo

**Correcciones** Lic. Leticia Villamar López, Lic. Ana Rosa Fuentes Armentariz, Dalila López García

**Cubierta y fotografías** Héctor Carrión

**Fotografías** Rubén Darío Hernández Mendo

**ASISTENTE EDITORIAL**

Leticia Villamar López

**SEGUNDA ASISTENTE EDITORIAL**

Dalila López García

---

Impreso en Toluca, Estado de México, México  
Made in Mexico

<b>INTRODUCCIÓN Entre la vida y la bioética: entre la vida social-política y la ética-bioética</b> FERNÁNDEZ-CARRIÓN	9 -
<b>INTRODUCTION</b>	11
<b>VECTORES RESEARCH 5</b>	13
<b>MONOGRAFÍA BIOÉTICA</b> NÚRIA TERRIBAS SALA <i>Institut Borja de Biètica Universitat Ramon LLull, Barcelona, España</i>	
Las voluntades anticipadas y su utilización en la toma de decisiones <i>Anticipated wills and their use in decision making</i>	17 17
<b>MARÍA ISABEL RIVERA, PAULA SOLAR, HERNÁN DÍAZ, ASTRID MANDEL, MARÍA E. CASADO, OSCAR SAAVEDRA, HUGO CÁRDENAS</b> <i>Universidad de Santiago de Chile, Comité de Ética de la Vice-Rectoría de Investigación y Desarrollo</i>	
El uso de un Consentimiento Informado único puede ser inadecuado en investigaciones biomédicas: heterogeneidad del alfabetismo en salud en Chile <i>The use of a one and only Informed Consent may be inadequate in biomedical research: health literacy heterogeneity present in Chilean population</i>	31 31
<b>EMMANUELLE VALENTI</b> <i>Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España</i>	
Nuevas perspectivas de investigación sobre los problemas éticos de los tratamientos coercitivos en salud mental: las neurociencias como alternativa metodológica para evaluar el impacto de la coacción en el paciente <i>New perspectives for research over ethical problems on metal health coercive treatments: neurosciences as a methodological alternative to evaluate coercion impact in patients</i>	39 39
<b>SERGIO LÓPEZ MORENO, CAROLINA MANRIQUE NAVA, DIANA ALEJANDRA FLORES RICO, MANUEL HERNÁNDEZ REYES, JESÚS GONZÁLEZ MARTÍNEZ</b> <i>Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco (UAMX), Centro de Investigaciones Económicas, Administrativas y Sociales, Instituto Politécnico Nacional (CIECAS-IPN)</i>	
Una exploración de las posturas filosóficas del personal operativo de servicios de atención a la salud ante dilemas bioéticos: ciudad de México	53

	Centro de Investigación CIECAL, CIECM-CICUSXXI / <i>Revista Vectores de Investigación</i> 5	
	<i>A study about philosophical attitudes of the health-care services operational staff facing bioethical dilemmas: Mexico city</i>	53
	<b>MARÍA DEL ROSARIO GUERRA GONZÁLEZ</b>	
	<i>Coordinadora del Centro de Ética y Responsabilidad Social, Instituto de Estudios sobre la Universidad (IESU), Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMex), SNI I</i>	
	Muerte y derechos humanos desde la transdisciplinaridad	67
	<i>Death and human rights from transdisciplinarity</i>	67
	<b>OCTAVIO MÁRQUEZ MENDOZA</b>	
	<i>Centro de Investigación en Ciencias Médicas (CICMED, UAEMex). SNI I</i>	
	Bioética y responsabilidad universitaria	85
	<i>Bioethics and university responsibility</i>	85
	<b>MIGUEL-HÉCTOR FERNÁNDEZ-CARRIÓN</b>	
	<i>Director del Centro de Investigación de Estudios Comparados de América Latina (CIECAL), CIEM-CICUSXXI, Campus Universitario Siglo XXI incorporado Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMex)</i>	
	Sociedad, identidad y defensa de lo propio: desde una perspectiva de la bioética	97
	<i>Society, identity and the defense of the "self": a bioethical perspective</i>	97
	<b>GUY BAJOIT</b>	
	<i>Université Catholique de Louvain, Bélgica</i>	
	Por un desarrollo ético y sostenible	105
	<i>Ethical and sustainable development</i>	105
	<b>GUADALUPE IBARRA ROSALES</b>	
	<i>Investigadora del Instituto de Investigaciones sobre la Universidad y la Educación (IISUE) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)</i>	
	Ética profesional y formación ética	111
	<i>Professional ethics and ethical training</i>	111
	<b>ARMANDO GARCÍA CHIANG</b>	
	<i>Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa (UAMI), SNI II</i>	
	El estudio sobre lo religioso en México: Hacia un estado de la cuestión	127
	<i>Studies over religious issues in Mexico: comprehensive report</i>	127
	<b>MARÍA TERESA JARQUÍN ORTEGA</b>	
	<i>Profesora-Investigadora de El Colegio Mexiquense, SNI I</i>	
	Oportunidades y retos para la creación de Centro de Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades: El Colegio Mexiquense	143
	<i>Opportunities and challenges in the creation of research centers in</i>	143

*social sciences and humanities: in the institution El Colegio Mexiquense*

## **RESEÑA BIBLIOGRÁFICA**

*La calidad de vida* 151 -

Marha C. Nussbaum, Armartya Sen  
*México, FCE, 1993*

**HILDA C. VARGAS CANCINO**

*Las mujeres y el desarrollo humano* 152

Marha C. Nussbaum  
*Barcelona, Herder, 2002*

**HILDA C. VARGAS CANCINO**

*Fronteras de la justicia* 153

Marha C. Nussbaum  
*Barcelona, Paidós, 2007*

**HILDA C. VARGAS CANCINO**

*Las constituciones españolas*

Congreso de los Diputados

*Madrid, Congreso de los Diputados, Agencia estatal Boletín Oficial del Estado, 2011*

**M-H FERNÁNDEZ-CARRIÓN**

## **CURRÍCULUM DE LOS AUTORES**

167

## **NORMAS DE PUBLICACIÓN**

171

## **PUBLICIDAD**

Economía, Sociedad y Territorio

*El Colegio Mexiquense*

175

*Polis*

176

*Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa (UAM-I)*

*Política y Cultura*

177

*Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco (UAM-X)*

*Estudios*

178

*Instituto Tecnológico Autónomo de México (ITAM)*

*III Congreso Internacional de Ciencias Sociales, Humanidades y*

179

*Salud: Metodología y Análisis*

*CIECAL, Grupo Educativo Siglo XXI, CIECM-CICUSXXI, Campus*

*Universitario Siglo XXI UAEMex, IEHE-UCM*

*Acta Sociológica Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)* 180

# **CAMPUS UNIVERSITARIO SIGLO XXI**

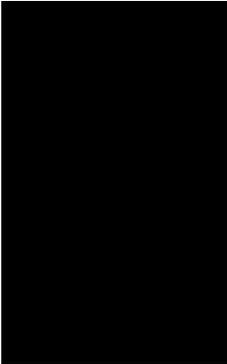
10 Licenciaturas UAEMex **Derecho** **Nutrición** **Comunicación**  
**Economía** **Administración** **Informática** **Administrativa**  
**Psicología** **Relaciones Económicas** **Internacionales**  
**Contaduría** **Gastronomía**



*Evolución:* Se parte del Siglo XXI



**Miguel-Héctor  
Fernández-  
Carrión**  
Editor-Director  
*Revista Vectores  
de Investigación*



## ENTRE LA VIDA Y LA BIOÉTICA: ENTRE LA VIDA SOCIAL-POLÍTICA Y LA ÉTICA-BIOÉTICA

En el presente número 5 de la *Revista Vectores de Investigación* se publica un monográfico sobre “Bioética” y otro sobre “Ética”, dos teorías del conocimiento próximas, pero diferentes en la forma de entender la vida. El primero está constituido por trabajos teóricos elaborados por Núria Terribas Sala, Emmanuelle Valenti, María Isabel Rivera y Sergio López Moreno, entre otros, desde sus respectivos saberes y prácticas profesionales, así como las instituciones dispares a las que pertenecen cada uno de ellos (Universitat Ramon Llull, Barcelona; Universidad Rey Juan Carlos, Madrid; Universidad de Santiago de Chile y Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, DF, respectivamente), nos muestran distintas perspectivas sobre la bioética.

Núria Terribas trabaja sobre un apartado importante y actual de la aplicación de los códigos de bioética en la salud pública y privada, como es “las voluntades anticipadas y su utilización en la toma de decisiones”, para lo que anexa un “Modelo orientativo de documento de voluntades anticipadas”, de la que España es pionera a nivel internacional. Seguidamente María Isabel Rivera, Paula Solar, Hernán Díaz, Astrid Mandel, María E. Casado, Oscar Saavedra y Hugo Cárdenas trata de demostrar que el uso de un consentimiento informado único “puede ser inadecuado en investigaciones biomédicas” por la heterogeneidad del alfabetismo en salud existente entre la población de Chile, por ejemplo, y que puede hacerse extensible al resto del mundo. Emmanuelle Valenti estudia la neurociencia como “impacto de la coacción en el paciente” con problemas de salud mental. Mientras que Sergio López Moreno, Carolina Manrique Nava, Diana Alejandra Flores Rico, Manuel Hernández Reyes y Jesús González Martínez realizan “una exploración de las posturas filosóficas del personal operativo de servicios de atención a la salud ante dilemas bioéticos”, sobre aspectos específicos como la eutanasia pasiva o activa, distanasia (o encarnizamiento terapéutico), trasplante de órganos... o reproducción asistida, a partir de una encuesta aplicada en varios hospitales y centros de salud de la ciudad de México, llegando a la conclusión “parcial” de que “la experiencia laboral de los trabajadores encuestados en general se puede observar de escasa experiencia, por lo que sus edades también influyen en la forma como perciben los dilemas éti-

Centro de Investigación CIECAL, CIECM-CICUSXXI / *Revista Vectores de Investigación* 5  
cos”..., para su solución recomiendan “proponer una población más amplia de profesionales de todas las ramas de atención a la salud para conocer de forma más veraz las posturas ante dilemas bioéticos. Establecer otras metodologías para acercarse desde un enfoque cualitativo a la forma en cómo perciben los dilemas éticos, dándole mayor peso a los discursos, es decir darles la voz para que de forma profunda podamos identificar que los lleva a pensar de tal o cual manera”.

Por otra parte, María del Rosario Guerra González presenta un trabajo filosófico que relaciona el concepto de la muerte con los derechos humanos “desde la transdisciplinariedad”, señalando que la “diversidad cultural” siempre “beneficia a la dignidad de la persona”. Desde otra perspectiva Octavio Márquez relaciona la problemática de la comprensión de la bioética con la responsabilidad social universitaria. Y, Miguel Héctor Fernández Carrión trata de establecer una relación entre la identidad y la defensa de “lo propio”, pero desde la visión de la bioética, a partir de la comprensión de las causas de la reproducción asistida y la falta de identidad civil en relación directa con el criterio de la identidad personal.

En el monográfico sobre “Ética” Guy Bajoit elabora un supuesto de sociedad donde se conjuga la ética y la sostenibilidad, a la manera como lo establecía Tomás Moro en su *Utopía*. Mientras Guadalupe Ibarra Rosales se refiere a la ética profesional y a la formación ética de los abogados, a partir de una encuesta que realiza entre los estudiantes de la Licenciatura de Derecho de la UNAM.

En un apartado distinto, Armando García Chiang elabora un estado de la cuestión extenso “sobre lo religioso” en México, que puede estudiarse comparativamente o completarse con el realizado por Fernández Carrión sobre “Religión, política y sociedad en América Latina: crítica documental”, publicado en la revista *Istmo* de la Casa de los tres mundos, Granada, Nicaragua y Denison University, Ohio, Estados Unidos *et al.*

María Teresa Jarquín Ortega fundadora de El Colegio Mexiquense presenta una visión conjunta de las motivaciones generales que llevan a la creación de tan relevante institución de investigación mexicana, el particularismo de la investigación regional y el estudio histórico del valle de Toluca desarrollado por dicha institución.

En el apartado de Reseñas bibliográficas Hilda Vargas Cancino elabora una reseña sobre tres obras de Martha Nussbaum que aluden a la calidad de vida. Mientras, Fernández Carrión trata sobre “Las constituciones españolas”, que comprende el *Estatuto de Bayona de 1808* y *Constitución de 1812* hasta la *Reforma de la Constitución de 1978*, de 1992.

## **WITHIN LIFE AND BIOETHICS: WITHIN SOCIAL-POLITICAL LIFE AND ETHICS-BIOETHICS**

The current edition of the *Magazine Research Vectors* number 5, presents monographic studies about 'Bioethics' and 'Ethics'; theories in close proximity; yet, different in their understanding of life.

The one about bioethics comprises theoretical works written by Nuria Terribas Sala, Emmanuelle Valenti, Maria Isabel Rivera, Sergio Lopez Moreno, among some others, who contribute from their different expertise areas and from the different universities each of them belong to (*Universitat Ramon Llull*, Barcelona; *Universidad Rey Juan Carlos*, Madrid; *Universidad de Santiago de Chile* and *Universidad Autonoma Metropolitana Xochimilco*, Mexico city, respectively) who present different perspectives about bioethics.

First, Nuria Terribas writes about a current and important section of bioethics' codes, implemented in public and private health in "anticipated wills and their use in decision making"; where she attaches a "document of the Orientative Model of anticipated wills", which Spain leads internationally.

Second, Maria Isabel Rivera, Paula Solar, Hernan Diaz, Astrid Mandel, Maria E. Casado, Oscar Saavedra and Hugo Cardenas attempt to prove the use of a one and only informed consent "may be inadequate in biomedical research", due to the low levels of health literacy heterogeneity present in Chilean population, and its possible expansion to the rest of the world.

Third, Emmanuelle Valenti studies neuroscience as "coercion impact in the patient" with mental health problems. Then, Sergio Lopez Moreno, Carolina Manrique Nava, Diana Alejandra Flores Rico, Manuel Hernandez Reyes, and Jesus Gonzalez Martinez "explore the philosophical views of health care provider staff facing bioethical dilemmas"; namely, euthanasia –passive or active-, dysthanasia (or therapeutic obstinacy), organs transplant or assisted reproduction; though a survey carried out in several different hospitals and health centers of Mexico city. The 'partial' conclusion was "the working experience of the surveyed employees can be generally observed to lack of experience; hence, their ages have an influence on how the ethical dilemmas are perceived". For solving the former they recommend "to propose a wider net of health care providers to know, clearly and fairly, the different views facing the bioethical dilemmas; as well as to establish other different methodologies to approach a qualitative scheme for evaluating ethical dilemmas within speech. This is, voice their ideas to be able to identify the reasons driving them to think in one way or another".

Later, Maria del Rosario Guerra Gonzalez presents a philosophical paper relating death concept with human rights, "from a transdisciplinary approach", pointing that "cultural diversity" always "benefits the person's dignity". After that, Octavio Marquez relates the complex set of issues af-

Centro de Investigación CIECAL, CIECM-CICUSXXI / *Revista Vectores de Investigación* 5  
fecting the comprehension of bioethics with the university social responsibility. To conclude, Miguel Hector Fernandez Carrion aims to establish a relationship between identity and the defense of the “self”, from bioethics. The former, through the comprehension of the causes for the assisted reproduction and the lack of civil identity – related directly to personal identity criteria –.

As for the monographic studies about ‘Ethics’, Guy Bajoit creates a supposed society where ethics and sustainability merges; just as Tomas Moro in *Utopia*. Formerly, Guadalupe Ibarra Rosales discusses the professional code of ethics and the ethics training for lawyers, from a survey conducted among the students of undergraduate studies of Law at the UNAM<sup>1</sup>.

Afterwards, Armando Garcia Chiang writes a comprehensive report about the current studies “of religious issues” in Mexico; which can be used for comparison or addition for the one developed by Fernandez Carrion about “Religion, politics and society in Latin America: documental critic”, article published in the magazine *Istmo* from *la Casa de los tres mundos*, Granada, Nicaragua and Denison University, Ohio, United States *et al.*

Subsequently, Maria Teresa Jarquin Ortega, founder of *El Colegio Mexiquense*, presents a common overview about: the main motivations leading the creation of such relevant Mexican research institution, the particularities of regional research, as well as the historical studies of Toluca, developed within the above mentioned institution.

Therefore, Hilda Vargas Cancino, in the bibliographic reviews section, writes a review about three works of Martha Nussbaum, which consider well-being. To sum up, Fernandez Carrion deals with “Spanish constitutions”, from the statute *Estatuto de Bayona* from 1808 and the Constitution of 1812 to the Reformation of the Constitution of 1978, of 1992.

---

<sup>1</sup> National Autonomous University of Mexico (UNAM, due to its initials in Spanish)

## **ANTICIPATED WILLS AND THEIR USE IN DECISION MAKING**

Facing death as the unavoidable deadline for every human being has been a concern for humankind since the beginning of the times, as well as the origin of countless literature of all times. So, the former may be the reasons for the actions of the health professional at the end of the cycle of his patients; which, traditionally, has been framed within the individual or the individual's family jointly decision making. Hence, the debate between his foremost aspiration of saving the life and the acceptance of the unavoidable ending—a consequence of the disease—slowly interiorizes professional ethics to know when one has to draw the line and go along with the patient's death process, for it to be as painless and peaceful as possible.

## **THE USE OF A ONE AND ONLY INFORMED CONSENT MAY BE INADEQUATE IN BIOMEDICAL RESEARCH: HEALTH LITERACY HETEROGENEITY PRESENT IN CHILEAN POPULATION**

Over the years, ethics evaluation of human health research projects in the Chilean university *Universidad de Santiago de Chile*, about the requirement of an informed consent for low-socio economical and educative studies strata, have led the question for the comprehension over health issues and the relation with the effectiveness, within conventional informed consent processes in such social sectors of society. Such particular experience, among the Chilean population, set the possibility for the need of adapting the procedure and the informed consent document in the biomedical research projects for the apparent health literacy heterogeneity among different social sectors of society.

## **NEW PERSPECTIVES FOR RESEARCH OVER ETHICAL PROBLEMS ON MENTAL HEALTH COERCIVE TREATMENTS: NEUROSCIENCES AS A METHODOLOGICAL ALTERNATIVE TO EVALUATE COERCION IMPACT IN PATIENTS**

Coercion and coercive measures represent a burning ethical problem for clinical psychiatry and remain to be an unresolved issue. The stigma associated with the patient represents an urgent social *justice* matter for democratic societies. The limited treatment adhesion, for the constant application of such measures, constitutes an ethical problem from two different perspectives: on the one hand, the *deontological one* as a threat such treatments are for human rights; and, on the other hand, the *utilitarian one* due to the benefits for coercion in mental health.

## **A STUDY ABOUT PHILOSOPHICAL ATTITUDES OF THE HEALTH-CARE SERVICES OPERATIONAL STAFF FACING BIOETHICAL DILEMMAS: MEXICO, CITY**

Nowadays health institutions aim is to monitor and promote commitment for the patients' human rights. However, most of the ethical-clinical problems do not derive directly from the health-patient professional relation but from other two major factors: institutional and ethical problems both established by the politics and health system itself.

### **DEATH AND HUMAN RIGHTS FROM TRANSDISCIPLINARITY**

"Death", in bioethics, is a common topic. The main objective is for the decision making to respect the person's dignity; where one turns to the monitored for human rights. Scientific research is a source of knowledge; yet, not the only one recognized as psychological, cultural and even spiritual aspects from the person must also be taken into consideration.

### **BIOETHICS AND UNIVERSITY RESPONSIBILITY**

How is a responsibility generated? Is it a feeling? Is it an obligation? How can one define it? For such observation one must consider the following factors; first, it is a responsibility emerging from the generalized pursuit of ethics in Latin America and in all over the world, as the contrasting lack of proposals for ethical programs in the universities. Society demands more professionals committed to the equitable and sustainable development of their countries; more political leaders, whose foundations are ethics; and more public and private socially responsible organizations.

### **IDENTITY AND THE DEFENSE OF THE "SELF": A BIOETHICAL PERSPECTIVE**

Comprehending the individual or the social entity may be focused on the analysis over identity (with its individual and collective variants) through the study of the defense over the inner self and/or the common; the former, by adding the bioethics perspective for the comprehension of some specific aspects of the human being in the evolution of his life. New development of communication-information technologies in society, though a bioethical vision to human action, determines certain identity traits; which, in special cases relate to civil and affiliation identity.

### **ETHICAL AND SUSTAINABLE DEVELOPMENT**

How can I give a small step forward for solving *six essential problems* for the development of my country and the welfare of my people? Why six? Well, after several years of long reflection I came to the conclusion that development is a pretty complex process, achieved only through the simultaneous implementation of *six public policies programs*, equally important. So, if the implementation of the previous mentioned programs is as difficult and as delicate it is due to the problems to be solved are presented as *contradictions*.

## PROFESSIONAL ETHICS AND ETHICAL TRAINING

The study axis of the project is ethics and professional values of lawyers. Significant aspects of professional ethics and ethical training in the future lawyers are presented.

### **Studies over religious issues in Mexico: Comprehensive report**

The current paper addresses the background and the development of studies that analyze religious phenomenon in Mexico; in which, the central place of religion, as a constant of social structure in the occidental world, is lost. However, in the previous decades we have witnessed a *religious return* or better a *religious reconstruction* as the essential part of social and political phenomenon.

### **Opportunities and challenges in the creation of Research Centers in Social Sciences and Humanities: in the institution *El Colegio Mexiquense*.**

Why a college? What is the aim of a research or teaching institution as this one? How is it different? The aim is to educate researchers and research. So, it is necessary to have an institution that develops different activities, as: first, analyze the problems to be able to offer original solutions; second, teaching the students the paths, methods and tools of social analysis; finally, a cultural disseminations and extension of academic activities.



**Núria Terribas  
Sala**

Institut Borja  
de Bioètica  
Universitat  
Ramon Llull,  
Barcelona,  
España

*Palabras claves:  
voluntades  
anticipadas,  
toma de  
decisión,  
bioética*

## Las voluntades anticipadas y su utilización en la toma de decisiones

**ANTICIPATED WILLS AND THEIR USE IN  
DECISION MAKING**

**ENVIADO 4-6-2012/ REVISADO 27-7-2012  
ACEPTADO 31-7-2012**

**RESUMEN** Enfrentar la muerte como final inevitable de todo ser humano es una cuestión que ha preocupado a la humanidad desde sus orígenes y ha motivado innumerable literatura en todos los tiempos. Quizás por esta razón, la actuación del profesional sanitario en el tramo final de la vida de sus pacientes se ha enmarcado tradicionalmente en la toma de decisiones individuales o bien de forma conjunta con la familia del enfermo, debatiéndose entre su

máxima aspiración de salvar esa vida y la aceptación del desenlace inevitable como consecuencia de la enfermedad.

Poco a poco se va interiorizando la obligación ética y deontológica de saber ver el momento en el que hay que decir basta y limitarse a acompañar al paciente en su proceso de muerte, haciéndolo lo más indoloro y apacible que se pueda.

**ABSTRACT** Facing death as the unavoidable deadline for every human being has been a concern for humankind since the beginning of the times, as well as the origin of countless literature of all times. So, the former may be the reasons for the actions of the health professional at the end of the cycle of his patients; which, traditionally, has been framed within the individual or the individual's family jointly decision making. Hence, the debate between his foremost aspiration of saving the life and the acceptance of the unavoidable ending—a consequence of the disease—slowly interiorizes professional ethics to know when one has to draw the line and go along with the patient's death process, for it to be as painless and peaceful as possible.

## **1 Introducción**

Enfrentar la muerte como final inevitable de todo ser humano es una cuestión que ha preocupado a la humanidad desde sus orígenes y ha motivado innumerable literatura en todos los tiempos. Sin embargo, el tema de la muerte en la sociedad occidental y desde la segunda mitad del siglo XX es un tema tabú, que procura evitarse las más de las veces y que genera gran angustia y desasosiego cuando debemos enfrentarnos a ella. Los profesionales sanitarios, que inevitablemente deben convivir en ocasiones con la muerte de sus pacientes, no acaban de asumir ese hecho y a menudo se experimenta como un fracaso de su cometido profesional, puesto que su tarea principal es sanar cuando sea posible y cuando no, procurar restablecer unas condiciones de vida aceptables para el paciente que le permitan convivir con su enfermedad de la forma más digna posible.

Quizás por esta razón, la actuación del profesional sanitario en el tramo final de la vida de sus pacientes se ha enmarcado tradicionalmente en la toma de decisiones individuales o bien de forma conjunta con la familia del enfermo, debatiéndose entre su máxima aspiración de salvar esa vida y la aceptación del desenlace inevitable como consecuencia de la enfermedad. En demasiadas ocasiones todavía la intervención del profesional va en la línea de hacer “algo más” para retrasar ese momento final, obstinándose en aceptar la finitud del proceso, sin procurar ningún bien al paciente ni a su familia y prolongando una situación de sufrimiento. Afortunadamente, poco a poco se va interiorizando la obligación ética y deontológica de saber ver el momento en el que hay que decir basta y limitarse a acompañar al paciente en su proceso de muerte, haciéndolo lo más indoloro y apacible que se pueda.

No obstante, hasta ahora en esa fase final de la vida, el propio paciente poco ha intervenido, incluso estando consciente y pudiendo manifestarse, puesto que siempre han decidido por él profesionales y familiares. No se le ha dado la opción de poder dar su opinión sobre la instauración de una determinada medida terapéutica o paliativa o sobre su retirada, ni se le ha informado de las consecuencias de una u otra opción y de las alternativas posibles. Podemos decir que esta forma de proceder se enmarca en una etapa que poco a poco vamos superando, donde imperaba el paternalismo, sin incorporar al paciente en la toma de decisiones que le afectaban directamente. Desde finales del siglo XX y principios del siglo XXI, ha irrumpido con fuerza el derecho positivo en el reconocimiento de los derechos de los ciudadanos en cuanto a usuarios de los servicios sanitarios, recogándose en cuerpos legales los derechos y deberes de estos como derechos subjetivos, exigibles ante un juez o tribunal. Dichas disposiciones se rigen esencialmente por el principio de autonomía de las personas, de modo que se reconoce la legitimidad plena del individuo, mayor de edad y plenamente capaz, para poder intervenir en el proceso asistencial, debiendo ser informado y dando su consentimiento en cuanto a las medidas a tomar. Pero no sólo al plenamente capaz, sino que en materia de información y consentimiento informado, también el paciente-usuario con sus facultades parcialmente mermadas, debe ser incorporado en ese proceso en la medida de sus posibilidades y hasta donde sea eficaz su participación, complementán-

dose su déficit de competencia con los familiares o personas vinculadas al paciente.

En este contexto aún puede darse un paso más en el reconocimiento y legitimación de la autonomía del paciente, mediante un instrumento que da posibilidad a la persona de tomar decisiones, con carácter previo, sobre la asistencia o trato que desea recibir, en un contexto médico, para ser aplicadas cuando ya no tenga capacidad alguna para intervenir por sí mismo. Se trata de las “voluntades anticipadas” o “instrucciones previas”, popularmente conocidas como “testamento vital”, que en España fueron reguladas hace ya 10 años.

Dado que se trata de algo novedoso para muchos países, a menudo desconocido incluso por los profesionales sanitarios, parece esencial en este trabajo entrar en su análisis descriptivo.

## **2 Antecedentes y fundamento de las “voluntades anticipadas”**

Los antecedentes de las Voluntades Anticipadas (VA) debemos buscarlos en Estados Unidos, en los años 70, cuando empieza a hablarse de “*living will*” o “*advanced directives*” –traducido inicialmente al castellano como “testamento vital”–, para identificar aquel instrumento mediante el cual el paciente puede dejar por escrito su voluntad para cuando llegue el momento de no poder expresarla, en cuanto al tratamiento médico a recibir en la última etapa de su vida. Concretamente, este instrumento fue impulsado por aquellos colectivos que defendían el derecho a una muerte digna, como contraposición al encarnizamiento terapéutico practicado mayoritariamente como medicina defensiva, aplicando tratamientos desproporcionados y fútiles a pacientes que no podían ya beneficiarse de ellos y en cambio sufrían un alargamiento innecesario de la fase final antes de la muerte. Las distintas propuestas de este tipo de documentos establecían mayoritariamente la figura del representante legal o fiduciario del paciente, elemento que ha sido también recogido por la legislación española, tal como después analizaremos.

El fundamento de las VA es pues el respeto y la promoción de la autonomía del paciente, que se prolonga aun cuando este, con motivo de su enfermedad, no puede decidir por sí mismo encontrándose en una situación de máxima vulnerabilidad. En este documento, que dirige a su médico responsable, deja constancia de sus deseos y valores para así influir en las decisiones futuras que le afecten. La expresión de estas VA debe ser en la medida de lo posible fruto de un proceso reflexivo de acuerdo con los valores personales de cada uno, pero también dando la posibilidad de insertar esta reflexión dentro de la relación con el médico, sirviendo a su vez de ayuda para la mejora de la comunicación entre profesional y paciente.

Podemos afirmar, pues, que las VA cumplen dos cometidos básicos:

- Respetar la autonomía del paciente, considerando esta prioritaria por encima de criterios profesionales o familiares que pueden no ser coincidentes y tiendan a la aplicación de medidas no deseadas por él.

- Hacer al paciente corresponsable de su proceso terapéutico, legitimando sus decisiones tomadas anticipadamente para ser aplicadas en su momento. En este sentido podríamos entender pues que el paciente entra a compartir esta responsabilidad junto con el equipo profesional que debe actuar, reforzando la validez de la decisión tomada, si está en consonancia con lo expresado en el documento, incluso cuando la decisión pueda ser contraria al parecer de la familia o personas allegadas.

### **3 Concepto y requisitos formales**

Tomando a modo de ejemplo la regulación de esta figura en la Ley española 41/2002 de Autonomía del Paciente:

Por el documento de instrucciones previas una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarla personalmente sobre los cuidados y el tratamiento de su salud [...] El otorgante del documento puede además designar un representante para que sirva como interlocutor con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas [...] No serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico, ni a la "lex artis" ni aquellas que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto al tiempo de otorgarlas.

De este concepto se desprenden unos elementos esenciales:

- 1 Que las voluntades consten en un documento escrito: Mayoritariamente se expresarán en un documento específico por escrito, si bien ello no significa que si no hay documento, a pesar de tener constancia clara de la voluntad de un paciente que lo ha verbalizado reiteradamente, no deba atenderse. Si reducimos el valor de las VA al papel escrito desvirtuamos su sentido. La recomendación del documento escrito es sólo una medida de garantía jurídica, pero ética y moralmente el valor de las manifestaciones del paciente, hechas en plena capacidad, debe ser el mismo exista o no documento por escrito, y deberían regir la actuación profesional en cualquier caso y la toma de decisiones de su representante o de los familiares. A tal fin, es conveniente recoger en la historia clínica las pertinentes anotaciones respecto a las preferencias o demandas realizadas por el paciente sobre determinadas actuaciones o medidas terapéuticas.
  - 2 Persona mayor de edad, capaz y libre: tres requisitos en una misma formulación.
- A En cuanto a la mayoría de edad, se exigen los 18 años, a pesar de que para otras decisiones sanitarias, la ley española reconoce capacidad de decisión a partir de los 16 años.
- B Capacidad suficiente, sin que se concrete cómo debe medirse dicha capacidad y a quién corresponde hacerlo. Por lo pronto, parece que no les sería exigible a la persona o personas ante quien se otorgue el documento, salvo que sea el propio profesional con criterio para valorarla.

- C Respecto a la “libertad” en el otorgamiento, necesariamente debemos entenderla como ausencia de coacción o persuasión externa, que provenga de terceros.
- 3 En cuanto a los requisitos formales: La norma aquí comentada no establece requisitos formales específicos, más allá de que deben constar por escrito, y queda a la regulación específica que quiera hacerse el concretar si podrá otorgarse el documento en forma privada, con testigos o ante cualquier otro funcionario o fedatario público (notario).

#### **4 ¿Qué nos dice un documento de voluntades anticipadas (DVA)?**

Si bien el objetivo primordial del DVA es el de concretar la voluntad del otorgante respecto al tratamiento médico que desea recibir cuando no esté en condiciones de hacerlo, dicha voluntad puede revestir diversas formas. A pesar de que cada documento debe ser único, por cuanto responde a la voluntad de su otorgante que lo adaptará a sus valores personales y a su situación presente o futura de enfermedad, si pueden recomendarse unos contenidos básicos que se concretarían en:

- Los criterios a tener en cuenta, donde deberían figurar los valores del otorgante y sus expectativas personales en cuanto a su vida y calidad de vida.
- La descripción más o menos exhaustiva de las situaciones sanitarias en las que prevé encontrarse el otorgante y frente a las cuales establece determinadas instrucciones y límites (enfermedad irreversible en fase avanzada o terminal, estado vegetativo persistente, demencia grave, etc.)
- Instrucciones y límites a tener en cuenta por los profesionales que deban atenderle, en cuanto a la adopción de una medida (Por ejemplo, tratamiento para mitigar el dolor físico o psíquico) o no adopción de otras (como la reanimación cardiopulmonar, ventilación mecánica, nutrición e hidratación artificial, aplicación de métodos experimentales, etc.) Este apartado puede ser más concreto cuanto más detallada sea la información sobre probabilidades evolutivas de la enfermedad.
- Designación de un representante. Esta figura, que puede o no ser incluida en el DVA, puede tener una importancia básica y en este sentido entiendo que es recomendable su inclusión. En esencia, el cometido del representante es no sólo servir de interlocutor válido con el equipo responsable del paciente en el momento en que deban aplicarse las voluntades anticipadas, sino también actuar como un auténtico fiduciario de éste, en el sentido de que su mediación sea decisiva en la toma de decisiones igual que si se tratase del propio paciente, siempre que no vaya contra su voluntad. Por ello, la elección del representante debe hacerse con seriedad, reflexionando bien qué persona, con la que exista una relación de plena confianza, es la mejor concedora de los valores y principios del otorgante, garantizando

Centro de Investigación CIECAL, CIECM-CICUSXXI / **Revista Vectores de Investigación 5**  
que llegado el momento decisivo será capaz de defender la voluntad del paciente incluso contra el criterio médico o de familiares que pretendan evadirla.

22

- Otras disposiciones: el DVA puede también recoger otras disposiciones relacionadas con el otorgante. Algunas de ellas referidas a la posible utilización o destino de sus órganos o cuerpo después de fallecido (donación de órganos, incineración o no, etc.) La voluntad respecto a la donación de órganos es muy importante que sea conocida a fin de adoptar las medidas necesarias para la adecuada preservación de los órganos aprovechables hasta su extracción.

### **5 Eficacia y límites del DVA**

Respecto a la eficacia de este tipo de documentos, en primer lugar destacar la importancia de que la persona que haya otorgado un DVA se preocupe de darlo a conocer no sólo a su familia o personas allegadas sino a su médico de cabecera, centro de salud y centro asistencial u hospitalario donde sea atendido habitualmente, a fin de que sea incorporado a su historia clínica. A partir de ahí, es responsabilidad de los propios centros arbitrar los mecanismos o circuitos internos a fin de que dicho documento sea incorporado a la historia clínica de forma visible y fácilmente localizable para cuando llegue el momento de aplicarlo (por ejemplo: en las historias clínicas informatizadas, mediante un aviso que aparezca en pantalla en cuanto se accede a dicha historia). Así mismo, el centro puede establecer un procedimiento de recepción y revisión de estos documentos (a través de las Unidades de Atención al Usuario) a fin de verificar el cumplimiento de los requisitos formales legalmente exigidos en cada caso y darles el cauce adecuado.

No obstante, simultáneamente es aconsejable proceder a la inscripción de dicho documento en un registro administrativo centralizado, si existe, a fin de facilitar su localización incluso cuando el paciente deba ser atendido en un centro distinto del suyo habitual. En este sentido, en España las distintas normativas autonómicas han previsto la creación de dichos registros (en Cataluña, el Registro de Voluntades Anticipadas funciona ya desde el año 2002 y cuenta con casi 40.000 documentos inscritos). Está previsto normativamente que dicha inscripción pueda realizarla el propio otorgante, y también a través de otros procedimientos –por ejemplo, si el documento es notarial, la propia Notaría remite copia al registro, o si el documento es privado, el propio centro asistencial puede mandar dicha copia–.

Respecto a la consulta por parte de los profesionales, en primer lugar deberá acudirse a la historia clínica del paciente, si consta que tiene depositado un DVA. En caso contrario puede accederse al registro administrativo. En Cataluña se ha implementado un mecanismo de acceso al mismo, de modo que puede acceder cualquier médico colegiado, mediante un acceso electrónico a través de internet, con código de acceso personal para cada profesional, disponible las 24 hrs. del día, 365 días al año, quedando constancia del documento consultado, quién y en qué fecha y hora. El profesional puede tener acceso a su contenido íntegro, pudiendo conocer, en pocos minu-

tos, las voluntades del paciente, disponiendo de una información esencial ante la toma de decisiones vitales para el paciente.

Respecto a esta cuestión, y dado que son diversas las comunidades autónomas en España que disponen de un registro administrativo, se creó en 2007 un registro central en el Ministerio de Sanidad a fin de garantizar la interconexión simultánea de todos ellos en aras a una mayor eficacia en todo el territorio nacional. Sin embargo, este registro central no acaba de cumplir su objetivo por dificultades de funcionamiento.

En cuanto a los límites de los DVA, según la previsión normativa en España, serían:

- A Que las voluntades anticipadas no contengan disposiciones contrarias a la ley.

Parece obvio que el legislador establezca esta limitación, pues no tendría sentido que se legitimase un documento donde el paciente pidiese a su médico que actuara contra la legalidad. Esencialmente, el sentido de dicho límite se encuentra en evitar la inclusión de la petición de eutanasia: entendida como la conducta que causa, activamente con actos directos y necesarios, la muerte de otra persona, a petición expresa de ésta (Código Penal vigente: art. 143.4).

En cambio, la petición de iniciar un tratamiento paliativo del dolor aun cuando el mismo acorte el breve tiempo de vida que le queda al paciente, o bien la petición de retirada o no inicio de un tratamiento fútil y desproporcionado, incluso cuando sea de soporte vital, en el contexto jurídico español no serán consideradas como peticiones contrarias a la ley y los profesionales pueden atenderlas sin temor a incumplir la legalidad. Es más, el llevarlas a cabo dando cumplimiento a la voluntad del paciente y a su vez existiendo una clara indicación médica para ello debe ser entendido como buena práctica clínica y es éticamente exigible.

- B Que las voluntades anticipadas no contengan disposiciones contrarias a la *“lex artis”*. Esta previsión entraña el riesgo de que quien define *“lex artis”* es el profesional, y si éste interpreta que la demanda del paciente no se ajusta a su concepto de buena práctica, la previsión legal le otorga la posibilidad de no cumplirla. En decisiones de negativa o rechazo a tratamientos que el facultativo puede considerar necesarias y útiles, a pesar de la voluntad del paciente, el documento podría no ser aplicado. A mi entender, este límite a las VA debe ser interpretado muy restrictivamente y ajustándolo a los criterios de buena práctica consensuados en protocolos o guías por especialidades o servicios. Así evitaremos interpretaciones arbitrarias en las que la valoración individual del profesional pueda imponerse vulnerando la autonomía del paciente.
- C Que las instrucciones no se correspondan con el supuesto de hecho que el paciente ha previsto al tiempo de otorgarlas. La exigencia de tal correspondencia es excesiva, puesto que se pretende introducir un componente de identidad en las previsiones muy difícil de darse

incluso en los supuestos de pacientes con enfermedades ya diagnosticadas y de evolución conocida. En muchos casos la situación que se planteará no coincidirá de forma clara con la previsión hecha por el paciente, lo que requerirá una interpretación. Una vez más, se pone de manifiesto la importancia de la figura del representante para esa tarea de interpretación de los deseos del paciente conforme a sus valores y preferencias que el representante puede conocer mucho mejor que el profesional. En su defecto, o incluso con su concurrencia, insisto en la tarea a realizar por el Comité de Ética Asistencial o el consultor del centro, en aras a que se respete al máximo la voluntad del otorgante.

## **6 Aspectos positivos y dificultades de las voluntades anticipadas**

Tal como ya se ha dicho anteriormente, a través de las voluntades anticipadas o instrucciones previas se protege y respeta la autonomía del paciente ya que de algún modo se hace presente en la toma de decisiones en los momentos de su máxima vulnerabilidad, evitando que otros decidan por él. Además, si estos documentos se elaboran de forma consciente y reflexiva, en diálogo con el médico o profesional responsable, en especial en pacientes que ya tienen un diagnóstico concreto o sufren alguna enfermedad, sirven para aumentar el conocimiento de la propia enfermedad y fortalecen la relación de confianza médico-paciente, permitiendo conocer sus valores éticos y facilitando la interpretación de sus deseos cuando llegue el momento.

Por otro lado, en situaciones críticas (por ejemplo, cuando debe acordarse una limitación terapéutica) facilita la toma de decisiones, descargando de angustia a la familia y también al equipo terapéutico y disminuye los tratamientos no deseados. Por último, tener elaborado este documento, supone un alivio del estrés para el paciente y su entorno, así como también de los profesionales que le atienden. Estos, deben ver este instrumento como una herramienta de ayuda y apoyo en la toma de decisiones críticas, que debe darles seguridad jurídica y tranquilidad ética.

A pesar de todos estos aspectos positivos, son muchos también los elementos difíciles que surgen alrededor de la aplicación de las voluntades anticipadas y las dudas que se suscitan entre los profesionales.

La primera dificultad es la falta de cultura social y profesional respecto a estos documentos puesto que están muy poco difundidos y son aún de conocimiento muy minoritario, incluso entre los profesionales sanitarios. Si aún estamos luchando por instaurar el respeto a la autonomía del paciente competente, mediante la correcta aplicación del consentimiento informado y todas sus derivadas, introducir el concepto de voluntad anticipada parece complejo. Habrá que ir creando la motivación y sensibilidad necesaria a todos los niveles, a fin de que por un lado exista demanda del paciente-usuario en su contexto de salud, y por otro lado interés entre los profesionales haciendo que visualicen estos documentos como algo útil en la toma de decisiones. De este modo, ellos mismos podrán ser incluso agentes proactivos entre sus pacientes, en especial aquellos con un perfil más idó-

neo para otorgar un DVA (pacientes crónicos, enfermedades degenerativas, etc.) cuando aún conservan su competencia plena.

En segundo lugar, se discute conceptualmente si realmente puede existir una voluntad anticipada, y si ésta debe entenderse válida y vigente quizás mucho tiempo después de haber sido otorgada. El argumento es que la persona cambia y genera dudas sobre si la opinión del paciente, en caso de verse en la situación en la que se plantea una toma de decisiones, habría variado respecto al tiempo en que otorgó el DVA. Atendiendo a este criterio algunos países han establecido períodos de validez determinados, transcurridos los cuales el DVA pierde vigencia y por tanto aplicabilidad. Sin embargo, un análisis a fondo de esta cuestión parece que haría innecesaria esta limitación temporal, por otro lado arbitraria ya que no se basa en ningún criterio relacionado con la salud de la persona sino en un parámetro meramente cronológico (¿debe caducar el DVA a los 5 años... o a los 3?). Si partimos del hecho que otorgar un DVA es un acto de responsabilidad individual y con trascendencia vital sobre la persona, debemos considerar que el otorgante velará por cambiar ese documento si en su vida se dan circunstancias que así lo justifican (por ejemplo, un diagnóstico de enfermedad sobrevenido). De no ser así no parece haber razón para dudar de la vigencia del documento por más tiempo que haya transcurrido desde su otorgamiento hasta su aplicación.

Siguiendo este criterio, la normativa española ha establecido una validez indefinida de las VA, si bien pudiendo revocarse o renovarse en cualquier momento por el propio otorgante.

Otra cuestión esencial es la relativa a las dificultades de su aplicación en situaciones con corto margen de tiempo para actuar (urgencias, unidad de críticos, etc.), y que en muchos casos impedirán poder realizar una consulta al documento, si existiese. Sin embargo, también esta dificultad es salvable si se arbitra un mecanismo adecuado de rápida y fácil identificación de los documentos, cuando los haya, en la Hª Cª del paciente. Otra cuestión es que el profesional adquiera el hábito de realizar tal consulta, pues la práctica más habitual es que no se revisa la posible existencia de un DVA a no ser que sea advertido por algún familiar o persona cercana al paciente.

Por último, destacar los posibles problemas de interpretación de las voluntades, respecto a la situación que presenta el paciente cuando recurrimos a ellas. Tal como se mencionaba, no es fácil que la situación descrita sobre el papel sea la misma que se plantea, siendo muy importante entonces la interpretación de esa voluntad en el contexto global del paciente y contando con sus valores. El protagonismo del representante designado, si lo hay, será esencial y en su defecto, el papel de la familia o personas vinculadas al paciente que ayuden al profesional a tomar la decisión más ajustada a su voluntad. En caso de dudas importantes es recomendable la consulta al Comité de Ética o al consultor del centro.

## **7 Necesidad de su desarrollo normativo**

Todo lo referido acerca de las voluntades anticipadas requiere de un marco

Centro de Investigación CIECAL, CIECM-CICUSXXI / *Revista Vectores de Investigación* 5  
normativo que lo ampare y desarrolle para dar seguridad jurídica a los pacientes y a los profesionales. Si no se dispone de ese marco, difícilmente conseguiremos introducir un concepto que es nuevo y ajeno a los patrones culturales de la práctica clínica en muchos países, y que sin amparo legal puede ser visto como una actitud de riesgo en la toma de decisiones, que conlleve enfrentamiento con las familias y miedo a posibles denuncias. Sería deseable, pues, que la regulación de los derechos de los pacientes amparase y diese legitimidad a este tipo de documentos, promoviendo su uso y su aplicación en el contexto clínico en un paso más por el respeto a la autonomía de la persona.

## BIBLIOGRAFÍA

- BARRIO, Inés, SIMÓN, Pablo, JÚDEZ, Javier (2004) "De las voluntades anticipadas o instrucciones previas a la planificación anticipada de las decisiones", *Nure Investigación*, N° 5, Mayo.
- COMITÉ DE BIOÉTICA DE CATALUÑA (2009) Consideraciones sobre el documento de voluntades anticipadas (Barcelona, 2009), [http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Ciudadania/La%20salut%20de%20la%20A%20a%20la%20Z/V/Voluntats\\_anticipades/documents/arxiu/Consideraciones\\_anticipadas.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Ciudadania/La%20salut%20de%20la%20A%20a%20la%20Z/V/Voluntats_anticipades/documents/arxiu/Consideraciones_anticipadas.pdf).
- COUCEIRO, Azucena (2007) "Las directivas anticipadas en España: su contenido, límites y aplicaciones clínicas", *Revista de Calidad Asistencial*, vol. 22, N° 4, 213-22.
- LEY 41/2002 de 14 de Noviembre (2002) "Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica", *Boletín Oficial del Estado*, N° 274.
- SIMÓN, Pablo (2004) *¿Quién decidirá por mí?*, Madrid, Triacastela.
- TERRIBAS, Nuria (2005) "Las voluntades anticipadas y su utilización práctica en un paciente terminal", *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, vol. 12, N° 1, 84-90.
- (2006) "¿Cómo se elabora un documento de voluntades anticipadas?", *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, vol. 13, N° 7, 354-7.

**MODELO ORIENTATIVO DE DOCUMENTO DE  
VOLUNTADES ANTICIPADAS**

***Antes de llenar este documento debería buscar la ayuda y orientación de un profesional con el fin de valorar el alcance de sus decisiones. Los apartados I, II, y III deben entenderse como complementarios y sucesivos, ya que sin la especificación de los principios y las situaciones sanitarias a las que se hace referencia en los apartados I y II, las instrucciones del apartado III no tienen sentido.***

Yo,....., mayor de edad, con el DNI núm. ....y con domicilio en ....., calle....., núm. ...., con capacidad para tomar una decisión de manera libre y con la información suficiente que me ha permitido reflexionar,

Expreso las instrucciones que quiero que se tengan en cuenta sobre mi atención sanitaria cuando me encuentre en una situación en que, por diferentes circunstancias derivadas de mi estado físico y /o psíquico, no pueda expresar mi voluntad.

### **I. CRITERIOS QUE DESEO QUE SE TENGAN EN CUENTA**

Para mi proyecto vital la calidad de vida es un aspecto muy importante, y esta calidad de vida la relaciono con unos supuestos que, a modo de ejemplo, podrían ser los siguientes:

- La posibilidad de comunicarme de cualquier manera y relacionarme con otras personas.
- El hecho de no sufrir dolor importante ya sea físico o psíquico.
- La posibilidad de mantener una independencia funcional suficiente que me permita ser autónomo para las actividades propias de la vida diaria.
- No prolongar la vida por sí misma si no se dan los mínimos que resultan de los apartados precedentes cuando la situación es irreversible.
- .....

En caso de duda en la interpretación de este documento, quiero que se tenga en cuenta la opinión de mi representante.

### **II. SITUACIONES SANITARIAS**

Quiero que se respeten de forma genérica los principios mencionados en el apartado anterior, en las situaciones médicas como las que se especifican a continuación, pero también en otras análogas:

- Enfermedad irreversible que tiene que conducir inevitablemente en un plazo breve a mi muerte.
- Estado vegetativo persistente.
- Estado avanzado de la enfermedad de pronóstico fatal.
- Estado de demencia grave.
- .....

### III. INSTRUCCIONES SOBRE LAS ACTUACIONES SANITARIAS

Teniendo en cuenta lo anteriormente señalado, y de acuerdo con los criterios y las situaciones sanitarias específicas, implica tomar decisiones como las siguientes:

- No prolongar inútilmente de manera artificial mi vida, por ejemplo mediante técnicas de soporte vital -ventilación mecánica, diálisis, reanimación cardiopulmonar, fluidos intravenosos, fármacos o alimentación artificial-.
- Que se me suministren los fármacos necesarios para mitigar al máximo el malestar, el sufrimiento psíquico y dolor físico que me ocasiona mi enfermedad.
- Que sin perjuicio de la decisión que tome, se me garantice la asistencia necesaria para procurarme una muerte digna.
- No recibir tratamientos de soporte y terapias no contrastadas, que no demuestren efectividad o sean fútiles en único propósito de prolongar mi vida.
- Si estuviera embarazada y ocurriera alguna de las situaciones descritas en el apartado II, quiero que la validez de este documento quede en suspenso hasta después del parto, siempre que eso no afecte negativamente el feto.
- .....
- Igualmente, manifiesto mi deseo de hacer donación de mis órganos para trasplantes, tratamientos, investigación o enseñanza.

### IV. REPRESENTANTE

De acuerdo con el artículo 8 de la Ley 21/2000, designo como mi representante para que actúe como interlocutor válido y necesario con el médico o el equipo sanitario que me atenderá, en el caso de encontrarme en una situación en que no pueda expresar mi voluntad, al Sr./Sra. ...., con el DNI núm....., con domicilio en ....., calle..... núm....., y teléfono .....

En consecuencia, autorizo a mi representante para que tome decisiones con respecto a mi salud en el caso de que yo no pueda por mí mismo.

- siempre que no se contradigan con ninguna de las voluntades anticipadas que constan en este documento.
- Limitaciones específicas:
- .....
- .....
- .....

Fecha

Firma

Representante alternativo o sustituto

Nombre y apellidos

Dirección

Teléfono

Fecha

Firma

### V. DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS

Los abajo firmantes, mayores de edad, declaramos que la persona que firma este documento de voluntades anticipadas lo ha hecho plenamente consciente, sin que hayamos podido apreciar ningún tipo de coacción ni duda en su decisión.

Asimismo los firmantes, como testigos, declaramos no mantener ningún tipo de vínculo familiar o patrimonial con la persona que firma este documento.

## Testigo primero

Nombre y apellidos

DNI

Dirección

Firma

Fecha

## Testigo segundo

Nombre y apellidos

DNI

Dirección

Firma

Fecha

## Testigo tercero

Nombre y apellidos

DNI

Dirección

Firma

Fecha

**VI. ACEPTACIÓN DEL REPRESENTANTE (opcional)**

Acepto la designación y estoy de acuerdo en ser el representante de....., en el caso de que este no pueda expresar sus directrices con respecto a su atención sanitaria. Comprendo y estoy de acuerdo a seguir las directrices expresadas en este documento por la persona que represento. Entiendo que mi representación solamente tiene sentido en el caso que la persona a quien represento no pueda expresar por ella misma estas directrices y en el caso de que no haya revocado previamente este documento, bien en su totalidad o en la parte que a mí me afecta.

Nombre y apellidos del representante

DNI

Firma del representante

Fecha

Nombre y apellidos del representante alternativo

DNI

Firma del representante

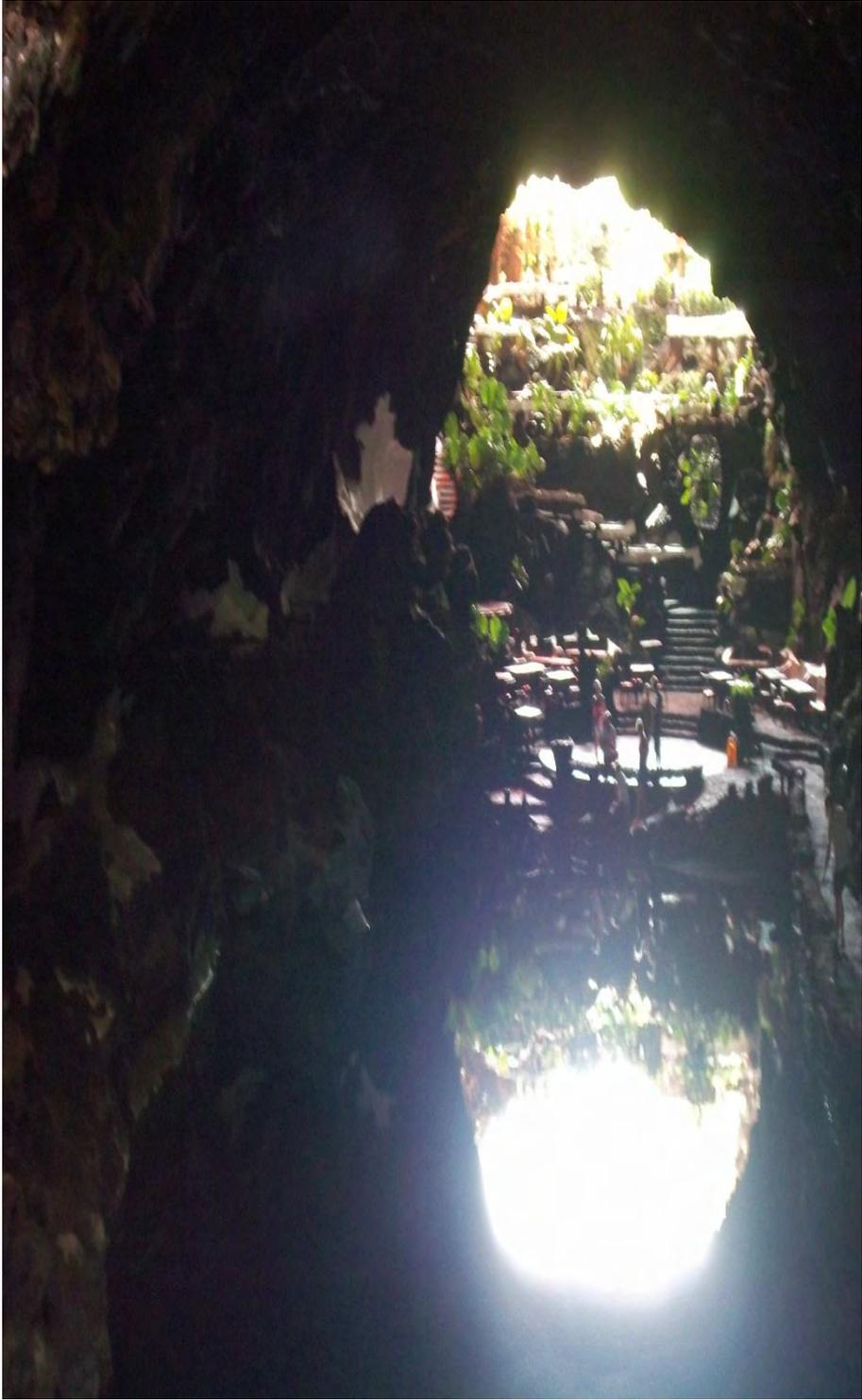
Fecha

**VII. REVOCACIÓN**

Yo,....., mayor de edad, con el DNI núm....., con capacidad para tomar una decisión de manera libre y con la información suficiente que me ha permitido reflexionar, dejó sin efecto este documento.

Lugar y fecha .....,

Firma



María Isabel Rivera, Paula Solar, Hernán Díaz, Astrid Mandel, María E. Casado, Oscar Saavedra, Hugo Cárdenas

*Universidad de Santiago de Chile, Comité de Ética de la Vice-Rectoría de Investigación y Desarrollo.*

*Palabras claves: Consentimiento informado, investigación biomédica, "alfabetismo en salud"*

## El uso de un Consentimiento Informado único puede ser inadecuado en investigaciones biomédicas: heterogeneidad del alfabetismo en salud en Chile

THE USE OF A ONE AND ONLY INFORMED CONSENT MAY BE INADEQUATE IN BIOMEDICAL RESEARCH: HEALTH LITERACY HETEROGENEITY PRESENT IN CHILEAN POPULATION

ENVIADO 1-6-2012/ REVISADO 27-7-2012  
ACEPTADO 17-8-2012

**RESUMEN** En el curso de la evaluación ética de proyectos de investigación en el área de la salud humana en la Universidad de Santiago de Chile, la exigencia del consentimiento informado

para estudios efectuado en sectores de bajo nivel socio-económico y educacional, planteó la interrogante sobre el nivel de comprensión en materias de salud y su relación con la efectividad de los procesos convencionales de consentimiento informado en estos sectores sociales. En particular la experiencia planteó la posibilidad que en la población chilena podría ser necesario adecuar el procedimiento y documento de consentimiento informado en los proyectos de investigación biomédica a la aparente heterogeneidad del alfabetismo en salud en diversos sectores.

**ABSTRACT** Over the years, ethics evaluation of human health research projects in the Chilean university *Universidad de Santiago de Chile*, about the requirement of an informed consent for low-socio economical and educative studies strata, have led the question for the comprehension over health issues and the relation with the effectiveness, within conventional informed consent processes in such social sectors of society. Such particular experience, among the Chilean population, set the possibility for the need of adapting the procedure and the informed consent document in the bio-

## **1 Introducción**

En el curso de la evaluación ética de proyectos de investigación en el área de la salud humana en la Universidad de Santiago de Chile, la exigencia del consentimiento informado para estudios efectuados en sectores de bajo nivel socio-económico y educacional, planteó la interrogante sobre el nivel de comprensión en materias de salud y su relación con la efectividad de los procesos convencionales de consentimiento informado en estos sectores sociales. En particular, la experiencia planteó la posibilidad que en la población chilena podría ser necesario adecuar el procedimiento y documento de consentimiento informado en los proyectos de investigación biomédica a la aparente heterogeneidad del alfabetismo en salud en diversos sectores.

Esta investigación tuvo como objetivo examinar la heterogeneidad del alfabetismo en salud de la población chilena, con el fin de determinar si este es un factor que debe considerarse al diseñar el proceso y documentos de consentimiento informado en las investigaciones biomédicas que se llevan a cabo en Chile.

## **2 Metodología**

Para cuantificar el alfabetismo en salud, se utilizó la prueba *Short Assessment of Health Literacy for Spanish-speaking Adults* (s-SAHLA) (1). Esta prueba consiste en examinar una lista de 50 términos médicos y asociar cada uno de ellos a otro similar en su concepto o función. Los resultados de cada prueba se expresaron como el porcentaje del puntaje máximo (1 punto por cada respuesta correcta, máximo 50 puntos).

Se realizó un total de 762 pruebas s-SahlA, en los siguientes grupos:

- 1 Zona rural en una caleta de pescadores artesanales, ubicada a 1500 km de Santiago en la zona norte de Chile, n=97.
- 2 Consultorio de salud reproductiva en Santiago, que atiende a usuarias del sistema público de salud, n=104.
- 3 Alumnos universitarios de primer año de una universidad pública en Santiago que no estaban enrolados en carreras del área de la salud, n=326.
- 4 Alumnos con nueve años de escolaridad de colegios con diferentes sistemas educacionales, n=235, (colegios privados, particulares-subsvencionados (semi-privados), municipales (públicos).

Se comparó el promedio del porcentaje de respuestas correctas entre los grupos mediante análisis de varianza, usando el sistema estadístico Minitab® (versión 15.1.30.0).

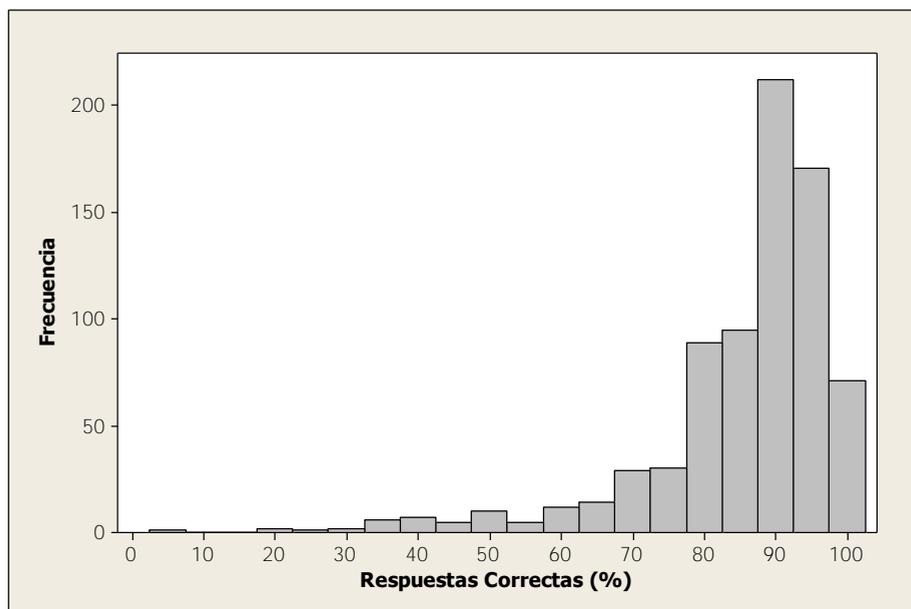
El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Santiago de Chile, y se solicitó el consentimiento informado

antes de aplicar la prueba s-SAHLA.

### 3 Resultados

La distribución de los resultados globales en la prueba SAHLA se muestra en la Figura 1. La media global fue  $85.4 \pm 13.5\%$  (media aritmética  $\pm$  desviación estándar,  $n=762$ ). Sin embargo, hubo gran dispersión de los datos, con los valores extremos abarcando casi toda la escala de rendimiento de la prueba.

**Figura 1. Alfabetismo en salud en la población chilena. Los resultados se expresan como el porcentaje del máximo puntaje de la prueba s-SAHLA obtenido en las pruebas individuales.**



Fuente: Elaboración propia.

La causa de dicha dispersión en los resultados globales es aparente al inspeccionar los histogramas de distribución de los datos de la Figura 2 y las medidas de tendencia central y dispersión de la Tabla 1. El análisis de varianza demostró que el rendimiento en la prueba s-SAHLA fue menor en la Caleta Chañaral (pescadores artesanales y sus familias) que en los otros grupos ( $p<0.001$ ), y que los estudiantes de liceos tuvieron un menor rendimiento en esta prueba que los estudiantes universitarios ( $p<0.05$ ). Estos últimos fueron los que presentaron el mayor rendimiento en esta prueba, con la menor dispersión de los resultados. Los pobladores de la caleta de pescadores presentaron una mayor proporción de pruebas con menos del 60% de respuestas correctas en comparación a los otros grupos ( $p<0.05$ ; prueba de  $X^2$ ).

Entre los estudiantes de colegios, que estaban estudiando el último curso

Centro de Investigación CIECAL, CIECM-CICUSXXI / **Revista Vectores de Investigación 5**  
de la educación preuniversitaria, el rendimiento más alto se encontró en los colegios privados, seguidos por los del sistema mixto (privado subvencionado) y en último lugar los colegios públicos (municipales). Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ ; análisis de varianza).

Como era de esperar, el alfabetismo en salud detectado por la prueba SAHLSA se correlacionó positivamente con los años de escolaridad ( $p < 0.05$ ).

#### **4 Discusión**

El alfabetismo en salud se puede definir como el grado en que los individuos obtienen, procesan y entienden la información médica y tienen la capacidad de tomar decisiones apropiadas en salud. Es evidente que el consentimiento informado para participar en un protocolo de investigación biomédica requiere un nivel adecuado de alfabetismo en salud de los voluntarios reclutados como sujetos de estudio.

La prueba s-SAHLSA se validó previamente en la población de inmigrantes hispanos del sur de los Estados Unidos, permitiendo discriminar en esa población los diferentes niveles de alfabetismo en salud en pacientes hispanos del sistema público de salud en ese país.

Los datos obtenidos en este estudio apoyan la conclusión que la prueba s-SAHLSA es adecuada para ser usada en Chile, porque permite discriminar niveles de alfabetismo en salud entre distintos sectores de la población, y estas diferencias son concordantes con resultados obtenidos en otros países y el nivel educacional de los grupos examinados.

Así, era esperable que el grupo que presentara el nivel más alto de alfabetismo en salud fueran los estudiantes universitarios, como fue efectivamente el caso. Además, en Chile se sabe que los colegios particulares brindan una educación de mejor calidad que los colegios públicos, y precisamente los alumnos de colegios particulares presentaron un rendimiento más alto en la prueba s-SAHLSA, lo que apoya la conclusión que su nivel educacional general y, por ende, su alfabetismo en salud, es mejor que en los colegios públicos. Finalmente, los pobladores de la caleta de pescadores de la zona norte de Chile que fueron encuestados en esta investigación eran los que tenían el nivel más bajo de escolaridad en comparación a los otros grupos, de manera que también era esperable su menor rendimiento en la prueba s-SAHLSA, ya que este es el grupo que se esperaba presentara el nivel más bajo de alfabetismo en salud.

Los resultados indican que el nivel de alfabetismo en salud en la población chilena es heterogéneo, y apoyan la necesidad de evitar un procedimiento de obtención del consentimiento informado único y estandarizado en los proyectos de investigación biomédica.

La relación entre el alfabetismo en salud y la calidad del consentimiento informado ha sido extensamente discutida en la literatura especializada (por ejemplo ver referencia 2). Este punto es particularmente importante cuando se recluta voluntarios para investigaciones biomédicas, porque históricamente para estos estudios en Chile se busca preferentemente a sec-

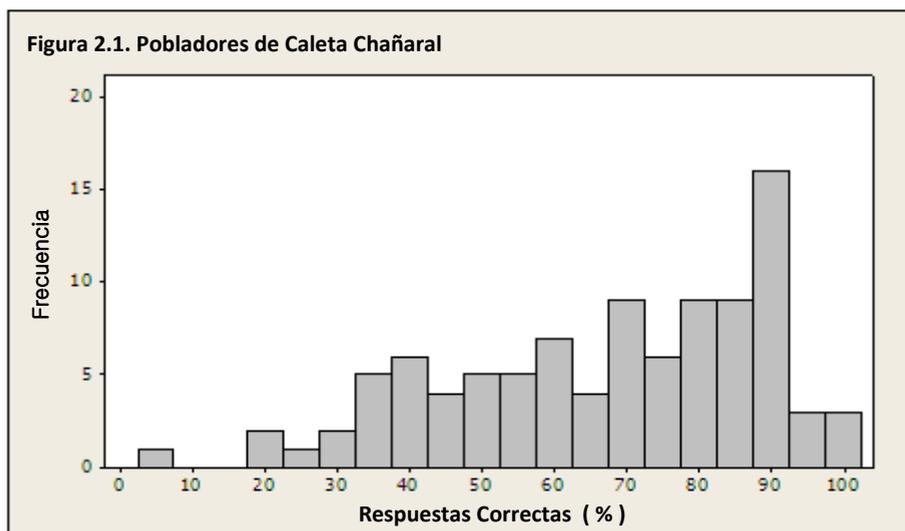
tores de bajo nivel educacional y nivel socioeconómico, como son los usuarios y pacientes de los hospitales públicos, y se les aplica un procedimiento único y estandarizado de obtención del consentimiento informado. Aunque esta práctica viola el principio de la “justicia distributiva”, es dudoso que se pueda erradicar o corregir en el corto o mediano plazo, porque los sectores sociales de nivel socioeconómico más alto no se pueden reclutar con la misma facilidad que los más pobres.

La alta heterogeneidad en el nivel de alfabetismo en salud que pone en evidencia el presente estudio, plantea la posibilidad que muchos de los voluntarios que aceptan participar en estudios biomédicos en Chile no puedan comprender y consentir adecuadamente cuando se les invita a participar en protocolos de investigación médica.

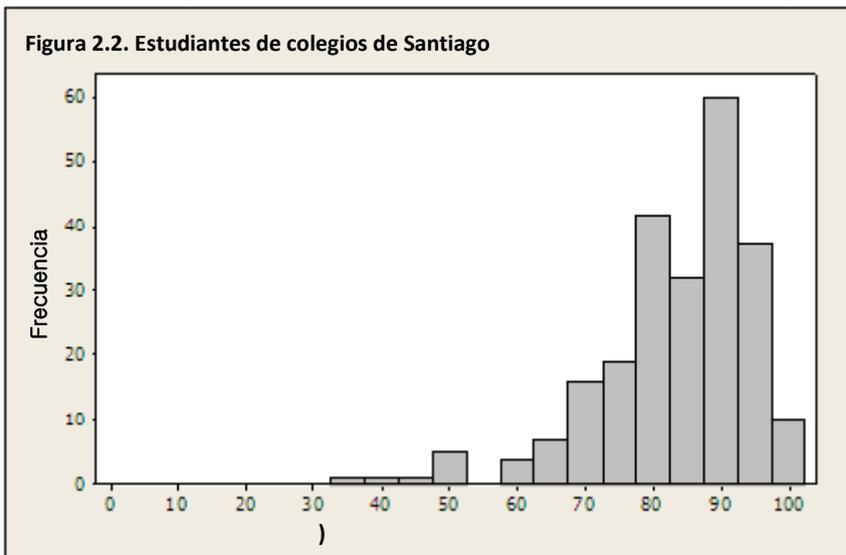
Los resultados plantean la importancia que los comités de ética de la investigación científica y médica que operan en las universidades y en el sistema público de salud, tomen en consideración el nivel de alfabetismo en salud de los sectores poblacionales preferentemente usados para reclutar voluntarios para las investigaciones biomédicas en Chile. Esto podría implicar la necesidad de que, en cada proyecto de investigación biomédica, se aplicaran procedimientos diversos de obtención del consentimiento informado, adecuados al nivel de alfabetismo en salud de cada persona.

Financiado por la Dirección de Investigaciones Científicas y Tecnológicas, Vice-Rectoría de Investigación y Desarrollo, Universidad de Santiago de Chile, y por el Proyecto BASAL FB0807- CEDENNA.

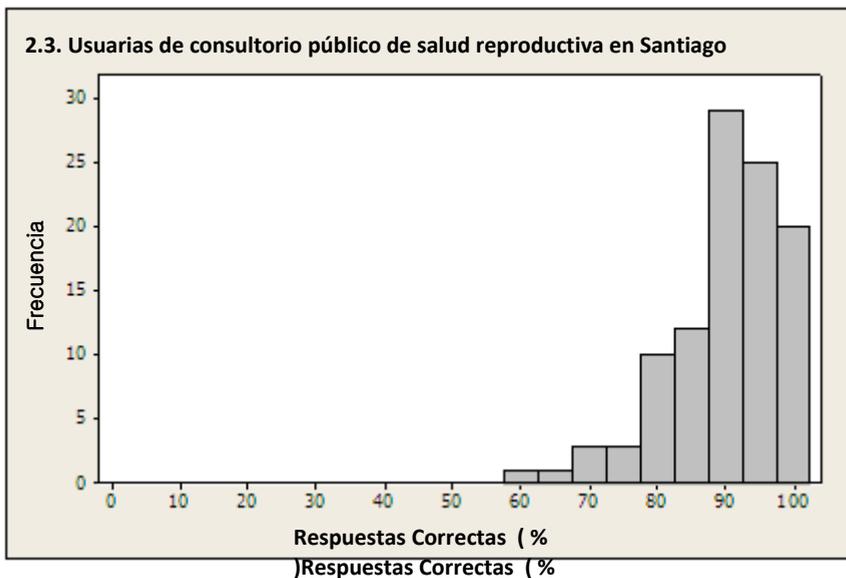
**Figuras 2.1 y 2.2. Alfabetismo en salud en subgrupos de la población chilena. Los resultados se expresan como el porcentaje del máximo puntaje de la prueba s-SAHLSA obtenido en las pruebas individuales.**



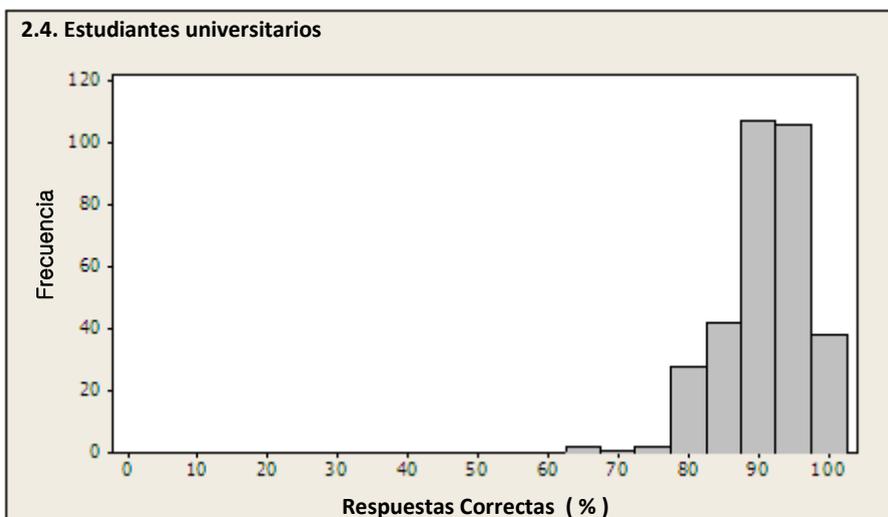
Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia.



Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia

**Tabla 1. Rendimiento en la prueba de alfabetismo en salud en la población chilena. Los resultados se expresan como porcentaje del puntaje máximo de la prueba s-SAHLA.**

Grupo	Media	EE	n
Caleta pescadores	67,2	2,2	97
Colegios Santiago	83,3	0,7	235
Consultorio salud	89,9	0,8	104
Universidad pública	90,9	0,3	326

Fuente: Elaboración propia

El análisis de varianza demostró que el rendimiento en la prueba s-SAHLA fue menor en la Caleta de pescadores que en los otros grupos ( $p < 0.001$ ), y que los estudiantes de colegios tuvieron un significativo menor rendimiento en esta prueba que los estudiantes universitarios. EE: error estándar.

**Tabla 2. Rendimiento en la prueba de alfabetismo en salud en colegios de Santiago. Los resultados se expresan como porcentaje del puntaje máximo.**

Sistema educacional	Media	EE	n
Municipales	79,9	1,1	133
Particulares subvencionados	84,0	1,1	48
Particulares	92,1	0,7	54

Fuente: Elaboración propia

El análisis de varianza demostró que el rendimiento en la prueba s-SAHLA fue diferente entre los tres grupos ( $p < 0.05$ ).

**BIBLIOGRAFÍA**

38

SHOOU-YIH D Lee, DEBORAH E. Bender, RUIZ, Rafael E. and YOUNG Ik Cho. (2006) "Development of an Easy-to-Use Spanish Health Literacy Test", *Health Serv Res.* 2006, 41, 1392–1412.

BONNE LORENZEN, CONSTANCE E. Melby, BARB Earles (2008) "Using Principles of Health Literacy to Enhance the Informed Consent Process", *AORN Journal* 2008, 88, 23-29.

<http://diario.latercera.com/2011/01/03/01/contenido/pais/31-4995-9-diferencia-entre-colegios-municipales-y-privados-se-mantiene-en-154-puntos.shtml>

**Emmanuelle  
Valenti**

Universidad Rey  
Juan Carlos,  
Madrid, España

*Palabras claves:  
salud mental,  
neurociencias,  
coacción-  
paciente*

## **Nuevas perspectivas de investigación sobre los problemas éticos de los tratamientos coercitivos en salud mental: las neurociencias como alternativa metodológica para evaluar el impacto de la coacción en el paciente**

**NEW PERSPECTIVES FOR RESEARCH OVER ETHICAL PROBLEMS ON MENTAL HEALTH COERCIVE TREATMENTS: NEUROSCIENCES AS A METHODOLOGICAL ALTERNATIVE TO EVALUATE COERCION IMPACT IN PATIENTS**

**ENVIADO 6-6-2012/ REVISADO 2-8-2012  
ACEPTADO 20-8-2012**

**RESUMEN** La coacción y el uso de medidas coercitivas constituyen uno de los problemas éticos más candentes para la psiquiatría clínica y siguen siendo una tarea todavía pendiente. El estigma del paciente representa un problema de *justicia* social urgente para las sociedades democráticas. La escasa adherencia al tratamiento, en constante relación con la aplicación de estas medidas, constituye un problema ético según una doble perspectiva: *deontológica*, relacionada con la amenaza que dichos tratamientos constituyen para los derechos humanos; y *utilitarista*, respecto a los beneficios de la coacción en salud mental.

**ABSTRACT** Coercion and coercive measures represent a burning ethical problem for clinical psychiatry and remain to be an unresolved issue. The stigma associated with the patient represents an urgent social *justice* matter for democratic societies. The limited treatment adherence, for the constant application of such measures, constitutes an ethical problem from two different perspectives: on the one hand, the *deontological one* as a threat such treatments are for human rights; and, on the other hand, the *utilitarian one* due to the benefits for coercion in mental health.

## **1 Introducción**

40

La coerción y el uso de medidas coercitivas constituyen uno de los problemas éticos más candentes para la psiquiatría clínica (Kallert, 2008: 195-209) y siguen siendo una tarea todavía pendiente. El estigma del paciente representa un problema de *justicia* social urgente para las sociedades democráticas. La escasa adherencia al tratamiento, en constante relación con la aplicación de estas medidas, constituye un problema ético según una doble perspectiva: *deontológica*, relacionada con la amenaza que dichos tratamientos constituyen para los derechos humanos; y *utilitarista*, respecto a los beneficios de la coerción en salud mental. La coerción es un obstáculo para el respeto de la *autonomía* del paciente y su derecho a rechazar el tratamiento, y está en contradicción con la aplicación del consentimiento informado promovida por la Organización Mundial de la Salud desde de los años '70. Entre los conflictos éticos a destacar en este ámbito está en primer lugar la problemática relación entre el concepto de beneficio terapéutico que se utiliza para justificar los tratamientos coercitivos y la restricción de la libertad del paciente, y segundo lugar la relación gasto-beneficio. La eficacia de los tratamientos coercitivos y el beneficio terapéutico del paciente no están avalados por resultados científicos homogéneos, hay datos que demuestran también como los pacientes que reciben tratamientos coercitivos presentan un número de ingresos hospitalarios más altos y problemas de seguimiento en el tratamiento comunitario posterior a la baja (Bindman, *et al.*, 2005). Por esta razón la investigación clínica y el análisis de los conflictos éticos representan herramientas importantes para esclarecer el debate alrededor del cual se enfoca toda la legislación en salud mental de los países occidentales y las prácticas clínicas de sus servicios sanitarios. La necesidad de innovar la metodología de investigación utilizada hasta hoy para comprender el impacto de la coerción sobre el paciente y la eficacia de los tratamientos coercitivos se hace más patente a la hora de facilitar la evolución de la gestión de los conflictos éticos y la creación de herramientas legales que permitan mejorar calidad de la asistencia en salud mental. Las nuevas perspectivas que se han abierto gracias a las neurociencias en psiquiatría, neurología y neurocirugía constituyen el aspecto más nuevo de la medicina contemporánea. Los avances alcanzados en los últimos 25 años en estas especialidades y el desarrollo de la radiología, permiten hoy día investigar las bases neurobiológicas de la actividad cerebral en pacientes y en sujetos sanos (Glannon, 2007) y pueden hacer una labor significativa para la comprensión de los efectos que el uso de medidas coercitivas induce en el cerebro. Estas innovaciones tecnológicas han planteado a los neurocientíficos la necesidad de abrir un diálogo con los bioeticistas acerca de los nuevos problemas éticos, y la neuroética es el producto de este encuentro.

La resonancia magnética funcional constituye una de las más innovadoras herramientas de investigación ofrecidas por las técnicas de neuroimagen, y su aplicación en el ámbito de la psiquiatría es más frecuente por las posibilidades ofrecidas por sus resultados y el riesgo mínimo al que se expone el paciente.

Entre las posibilidades ofrecidas por estos tipos de técnicas podría estar la comprensión de algunos aspectos de los fenómenos coercitivos que hasta

hoy no han sido considerados y que podrían resultar de gran ayuda para la gestión de los conflictos éticos que se dan en salud mental a la hora de aplicar medidas coercitivas. El tema de la localización de un correlato neural de la coerción podría ser el primer paso para evaluar los efectos en profundidad de las medidas coercitivas en los pacientes, y sobre todo comprender la estructura y la funcionalidad de las áreas cerebrales implicadas en las experiencias coercitivas. El tema de la localización cerebral de las experiencias coercitivas da paso a la posibilidad de plantear una neurofisiología de la coerción e identificar indicadores neuroquímicos que puedan ser asociados a las experiencias coercitivas. Esta perspectiva permite enfocar una nueva manera de gestionar las medidas coercitivas, evaluar su impacto sobre el tratamiento y establecer criterios para mejorar la satisfacción de los pacientes.

Para responder a la necesidad de desarrollar nuevas perspectivas de investigación en este ámbito se ha efectuado una revisión de la literatura científica disponible en dos sentidos: por un lado la investigación sobre medidas coercitivas en salud mental y por el otro las investigaciones realizadas mediante las técnicas de neuroimagen enfocadas a comprender el fenómeno de la coerción en ámbitos distintos, como las investigaciones en psicolingüística y neurolingüística, los estudios sobre toma de decisiones y las investigación sobre estrés inducido por experiencias coercitivas.

## **2 La investigación sobre los tratamientos coercitivos en salud mental**

El uso de medidas coercitivas en salud mental se refiere a todas aquellas formas de tratamientos (*coercive treatments*) y medidas (*coercive measures*) (Kallert, *et al.*, 2005) adoptadas en hospitales con pacientes ingresados en unidades de agudos (*inpatient commitment*) finalizadas a controlar y reducir las conductas violentas o agitadas, bien por la peligrosidad que el paciente puede tener hacia sí mismo o hacia los demás, bien por su necesidad terapéutica (Kaltial-Heino, *et al.*, 2000). Entre las medidas y tratamientos coercitivos se incluyen:

- A Internamiento involuntario (*involuntary admission*) (Mastrogianni, *et al.*, 2004).
- B Aislamiento terapéutico (*reclusion*) (Salize, *et al.*, 2002).
- C Inmovilización terapéutica (*physical restraint*) (Zun, Lavonne, 2005).
- D Tratamiento médico forzoso (*chemical restraint*) (Sailas, Wahlbeck, 2005).

Desde el final de los años '60 el tema de los tratamientos coercitivos ha dividido la sociedad civil frente la exigencia de proteger la comunidad por la violencia generada por la enfermedad mental y la falta de compatibilidad entre detención preventiva y protección de las libertades fundamentales (Appelbaum, 2006: 18-20). Todo esto ha favorecido un cambio de paradigma en la legislación sobre salud mental en EEUU y en Europa. Desde una justificación de las medidas coercitivas centrada en la peligrosidad del pa-

A partir de la mitad de los años '70 hasta la mitad de los años '80 la investigación sobre coerción ha intentado demostrar la legitimidad y la eficacia terapéutica de los tratamientos coercitivos. Muchos estudios epidemiológicos de esta época han tratado de explicar el fenómeno mediante la observación de todos aquellos pacientes que han estado bajo una *coerción formal*, es decir todos los *pacientes involuntarios* ingresados en hospitales psiquiátricos bajo un específico *estatus legal* amparado por una legislación sobre salud mental que permite y regula el ingreso forzoso.

La mayoría de estos estudios ha observado la coerción desde una perspectiva empírica, como variable dependiente, y ha tratado de individuar unas características clínicas y sociodemográficas de los pacientes que pudieran dar razón sobre el uso de medidas coercitivas aplicadas en un marco legal. Los resultados de muchos estudios realizados en esta época no han sido uniformes y a menudo han entrado en contradicción entre ellos, en razón de un soporte empírico poco consistente que no ha permitido comprender las reales condiciones en las que acontecen los ingresos hospitalarios. Un primer elemento que condiciona la comprensión de los resultados de estos estudios es el tipo de legislación que cada Estado posee en materia de salud mental, los criterios jurídicos que justifican la coerción pueden variar mucho entre ellos, y estas variaciones afectan a la forma de gestión de las medidas coercitivas por parte de los clínicos y de las autoridades judiciales y policiales. Por esta razón una comparación entre los datos recogidos en diferentes Estados de EEUU y de Europa centrada sobre el uso de categorías formales y legales que permitan comprender el fenómeno de la coerción no ha producido resultados muy eficaces (Monahan, *et al.*, 1996). En razón de las dificultades intrínsecas al intento de comprender la realidad de una *coerción formal*, algunos investigadores (Gilboy, 1971; Lewis, 1984; Lurigio, 1989; Reed, 1990) han enfocado sus trabajos hacia un tipo de *coerción casi-formal*, en razón de las contradicciones que los resultados han manifestado confrontando los datos presentes en la documentación clínica oficial y la experiencia directa de los pacientes. Los resultados de estos tipos de estudios han evidenciado la ambigüedad (Brakel, 1985) que caracteriza la categoría de *paciente voluntario*, a menudo obligado a ingresar voluntariamente en hospital por las circunstancias y bajo la amenaza de un ingreso involuntario (Monahan, *et al.*, 1995). Por esta razón, a partir los años '90, aunque existan algunos estudios con fecha anterior (Linn, 1969; Shannon, 1976; Toews, *et al.*, 1984; Bradford, 1986), se ha planteado la necesidad de enfocar las investigaciones sobre medidas coercitivas directamente sobre la percepción de los pacientes. A este propósito uno de los proyectos más significativos de la época ha sido sin lugar a duda financiado por la *MacArthur Foundation*, que ha promocionado una serie de investigaciones en salud mental, entre ellas un estudio el *MacArthur Coercion Study* (Hoge, *et al.*, 1993) sobre la percepción de la coerción en los pacientes psiquiátricos. El *Coercion Working Group of the John D. and Cathrine T. Mac Arthur Program on Mental Health and the Law* (Lidz, Hoge, 1993: 237-238) ha realizado una escala de medición de la percepción de la coerción, el *MacArthur Perceived Coercion Scale* (Gardner, *et al.*, 1993), un test psicométrico cuantitativo

desarrollado a partir de algunos estudios cualitativos preliminares centrados en entrevistas a pacientes, familiares y staff (Bennet, *et al.*, 1993; Lidz, 1993), que ha dado lugar a una serie de importantes investigaciones posteriores (Lidz, Hoge, 1995: 1034-1039).

Estudios sobre la percepción de la coerción en los pacientes se pueden realizar en tres distintas formas:

- 1 *Admission Studies*, investigan las percepciones de los pacientes en el momento del alta hospitalaria.
- 2 *Discharge Studies*, analizan las percepciones después de la baja hospitalaria.
- 3 *Longitudinal Studies*, siguen el paciente longitudinalmente y confrontan su percepción en el momento del alta, en el momento de la baja y después de su estancia en hospital.

Los resultados obtenidos por estos tipos de estudios han evidenciado una escasa relación entre la percepción de la coerción por parte del paciente y su estatus legal de paciente involuntario y han puesto en evidencia el papel de las condiciones bajo las cuales el paciente percibe la coerción, en relación con la estructura de la asistencia (Lidz, 1998), los rasgos comportamentales de los profesionales y los factores extra hospitalarios que conllevan al ingreso (presiones familiares), todos elementos que al día de hoy no han sido todavía bien aislados y estudiados en el fondo. A pesar de la complejidad de los factores que condicionan la percepción de las medidas coercitivas, la mayoría de las investigaciones se ha valido de herramientas de medición no estándares y escasamente cuantitativas.

En los Años 00 el interés sobre la salud mental y las medidas coercitivas ha crecido sobretodo en Europa, por razones principalmente políticas y ligadas al proceso de unificación de los Estados de la Unión Europea que exige la definición de un conjunto de normas jurídicas para armonizar la legislación sobre salud mental de todos los Estados Miembros. El Consejo de Europa había anteriormente emitido dos directrices comunitarias sobre salud mental, una en 1983 (R83/2) y otra en 1994 (R1235), estas dos intervenciones han representado el punto de partida de la estrategia europea para reformar la salud mental. En el año 2000 un grupo de trabajo bajo la guía del *Steering Committee on Bioethics* había escrito un documento que representaba la primera reflexión sobre la situación europea: el *White Paper*, donde se explicitaba la necesidad de crear herramientas legales que habrían consentido armonizar las diferentes legislaciones y se planteaba el problema más grande de este proceso de reforma: la diversidad económica, política y cultural de los Estados de la Unión Europea que hace aún hoy de esta reforma una tarea muy difícil. La primera reacción de las autoridades políticas de la Unión Europea al *White Paper* fue destinar recursos económicos ingentes para la creación de algunos proyectos de investigación que implicarán la mayoría de los Estados Miembros. Uno de los más significativos fue el *EUNOMIA Study* cuya finalidad era comprender la realidad de las diferentes situaciones que caracterizan la salud mental en Europa y establecer unas pautas que regularan el empleo de medidas coercitivas en la Unión Euro-

pea. Al proyecto, bajo la dirección de Alemania, participaron 12 países, entre ellos Israel, no participó Francia, se distribuyeron fondos desde 2002 a 2006 con la idea de poder obtener y comparar datos para entender los problemas que obstaculizan el proceso de reforma. En 2004 el Consejo de Europa ha emitido la REC (2004)<sup>10</sup> donde se regula el empleo de medidas coercitivas y se definen normas específicas para su aplicación. En 2005 se ha formalizado una estrategia comunitaria con la publicación del *Green Paper*, centrada en la participación de todos los *stakeholders* de la salud mental y mirada a promocionar el esfuerzo de todos los Estados Miembros en incrementar la cualidad de los servicios y estimular la reinserción social de los pacientes.

El esfuerzo de la Unión Europea cumplido en la última década ha puesto a punto una estrategia de reforma de la salud mental que tendrá un largo recorrido, todavía respecto al problema de la coerción y a la metodología de investigación empleada para comprender sus efectos sobre los pacientes queda mucha incertidumbre.

Los problemas metodológicos evidenciados por los investigadores en los años 90 en EEUU se presentan hoy día en Europa en la misma forma, la diversidad de los contextos en los cuales se manifiestan los fenómenos coercitivos sigue siendo el obstáculo más difícil de superar para poder obtener uniformidad y validez de los resultados. A pesar del esfuerzo político del consejo de Europa para armonizar la legislación sobre salud mental, la extensión de la Unión Europea a 27 países ha multiplicado las dificultades respecto a esta tarea, los nuevos Estados Miembros de Europa central y del este invierten un quinto menos del presupuesto sanitario en salud mental en proporción a los otros Estados (Marusic, 2004: 450-451), esto supone diferentes prioridades de acción respecto a una estrategia común, la diversidad entre los Estados se suma a la diversidad entre las comunidades de cada Estado de la Unión. La reacción de los investigadores europeos, respecto a este problema es pedir a los organismos de control sanitario de la Unión que se introduzcan criterios de medición estándares en todos los Estados, algo aún difícil de conseguir al día de hoy.

El problema fundamental de la investigación sobre coerción en salud mental ha sido desde siempre la definición de un objeto de estudio específico. Para poder comprender a fondo los fenómenos coercitivos en salud mental hace falta poder distinguir claramente los “hechos coercitivos”, es decir lo que ha ocurrido al paciente en concreto como hecho y las “vivencias coercitivas” es decir lo que los pacientes y los profesionales creen “que ha ocurrido”. La imposibilidad de distinguir con claridad la coerción como *fenómeno objetivo* de la coerción como *fenómeno subjetivo* lleva el problema de cómo podemos comprender “en su realidad” la coerción en salud mental (Lidz, *et al.*, 1997: 361-375). Las formas de medición experimentales disponibles hasta hoy día para comprender el fenómeno han sido tres:

- 1 La observación directa de los fenómenos coercitivos y de las interacciones entre sus actores por parte de un investigador que observa, graba y codifica los hechos.

- 2 El análisis de indicadores de la coerción, es decir las “huellas” que el uso de medidas coercitivas dejan en la realidad hospitalaria, como informes, historial clínico y todo tipo de documentación relacionada con los hechos.
- 3 La entrevista a los protagonistas de los hechos coercitivos, es decir la percepción de la coerción expresada directamente por el cuento del evento coercitivo (Lidz, *et al.*, 1997: 361-375).

Hemos visto como a lo largo de cuarenta años de investigación estas tres formas de estudiar las medidas coercitivas han producido resultados experimentales que no han permitido entender a fondo la coerción, y a menudo han dado lugar a contradicciones.

### **3 La coacción según la perspectiva de las neurociencias: nuevas posibilidades de investigación**

Considerar el problema de la coacción desde la perspectiva de las neurociencias puede constituir una nueva forma de enfocar el tema y valorar su impacto sobre la capacidad del paciente de participar a la toma de decisiones clínicas. Por esta razón se han explorado aquellas áreas de investigación cuyos tópicos están directa o indirectamente vinculados con experiencias coercitivas parecidas a las que pueden vivir los pacientes en salud mental. Los métodos de investigación sobre toma de decisiones más recientes se sirven en su mayoría de tres diferentes técnicas: medición de indicadores neuroquímicos, estudios con pacientes que presentan alguna disfuncionalidad cerebral, y aplicación de la resonancia magnética funcional para explorar la actividad cerebral en circunstancias específicas. La medición de la actividad neuronal del cerebro y de los indicadores neuroquímicos asociados se efectúa midiendo neuronas individuales o pequeños grupos de neuronas localizados en aquellas áreas cerebrales de interés para la comprensión de ciertos fenómenos. Para poder efectuar este tipo de mediciones es necesario introducir dispositivos en el cerebro mediante cirugía, esto hace que este tipo de técnica se aplique sobretodo en investigaciones con animales, aunque el hecho de que los seres humanos compartan gran parte de las estructuras cerebrales permite poder utilizar los datos a disposición para comprender también los fenómenos humanos y emprender nuevas investigaciones. Ejemplo de ello es la investigación sobre estrés realizada sobre animales cuyas evidencias han permitido localizar su correlato neural en los seres humanos y evaluar el impacto sobre el cerebro del estrés post-traumático producidos por algunas experiencias, como los maltratos infantiles, la violencia de género y alguna otra situación traumática vivida por veteranos de guerra en acciones de batalla (Seedat, *et al.*, 2005: 249-258). En todos estos tipos de situaciones los individuos están sometidos a una coacción de carácter traumático que determina alteraciones neurofisiológicas a medio y a largo plazo. Las áreas cerebrales implicadas en las respuestas al estrés incluyen corteza prefrontal medial, hipocampo y amígdala (Bechara, *et al.*, 1999). El sistema neurohormonal responde al estrés y controla los síntomas mediante la producción de glucocorticoides y norepinefrina (Arborelius, *et al.*, 1999). Las disfunciones que se producen en las áreas

Centro de Investigación CIECAL, CIECM-CICUSXXI / *Revista Vectores de Investigación* 5

cerebrales indicadas son responsables de los síntomas que afectan al paciente. Estudios realizados con neuroimagen han mostrado una intensa reactividad de la amígdala en situaciones que inducen miedo y peligro, otros han evidenciado una reducción de las dimensiones del hipocampo y una reducida actividad a nivel de la corteza prefrontal medial (Bremmer, *et al.*, 2008: 171-186), un área cerebral también implicada en los procesos de toma de decisiones (Fellows, *et al.*, 2007: 2669-2674). El estrés es un factor adverso para el cerebro, su impacto tiene una pluralidad de consecuencias que perjudican su funcionalidad. Entre estas consecuencias se han identificado: la reducción de la neurogénesis en los hipocampos y de los factores neurotróficos derivados, el aumento de aminoácidos excitatorios y glucocorticoides (Jatzco, *et al.*, 2006; Vythilingam, *et al.*, 2005; Kitayama, *et al.*, 2005: 79-86; Shin, *et al.*, 2004: 292-300). Algunos estudios han evidenciado que el uso de antidepresivos (Malberg, *et al.*, 2000: 9104-9110) y un ambiente favorable al paciente (Kempermann, *et al.*, 1997: 493-495; 1998: 3206-3212), estimulan la neurogénesis hipocampal y reducen los efectos del estrés. Estos datos permiten pensar un escenario nuevo para la comprensión de la coacción en salud mental y sus efectos sobre la capacidad de los pacientes de participar a la toma de decisiones clínicas.

El uso de medidas coercitivas en salud mental suele ser una experiencia traumática para muchos pacientes (Frueh, *et al.*, 2005: 1123-1133), sobre todo para aquellos que ingresan por primera vez en una unidad de agudos, y también para aquellos pacientes cuyos síntomas favorecen un incremento del estrés en las primeras fases del tratamiento (Shaw, *et al.*, 2002: 39-47). La revisión de la literatura permite por lo tanto asociar el uso de la coacción en salud mental con dos factores: la presencia de más elevados niveles de estrés en la fase anterior e inmediatamente posterior al ingreso, y el potencial impacto traumático sobre el paciente.

En el ámbito de la investigación psicolingüística el uso de la neuroimagen ha permitido desarrollar una serie de nuevos estudios para esclarecer los mecanismos neurobiológicos del lenguaje. Entre los aspectos que han llamado la atención de los investigadores está la comprensión de aquellos mecanismos que permiten a las proposiciones tener valor semántico. Se ha explorado, por ejemplo, qué acontece en el cerebro cuando se procesan contenidos semánticos mal relacionados entre ellos, es decir cuando una proposición está construida con elementos semánticamente incongruentes (Brennan, Pyllkanen, 2008: 132-143). La manipulación de la composición semántica de una proposición permite observar los procesos neurofisiológicos del cerebro cuando está coaccionado a usar el lenguaje de forma inadecuada. Los resultados producidos por estos tipos de investigaciones avalan la posibilidad de la existencia de un correlato neural de la coacción que los psicolingüistas definen con la expresión: "complemento de coacción" (Pyllkanen, 2007). Para entender mejor este concepto hay que dar un paso atrás y fijar la atención sobre el llamado *Principio de Composicionalidad* de Frege (Thiel, 1972: 24-29). Este principio constituye el fundamento de la mayoría de las teorías hoy día utilizadas para explicar la sistematicidad del lenguaje y la relación entre su estructura y su significado. Según Frege el significado de una proposición depende de su estructura y del significado de cada uno de los elementos que la componen, por ejemplo la proposición "Don Quijote"

te aprecia a Sancho”, no es lo mismo que decir “Don Quijote desprecia a Sancho” o “Don Quijote aprecia a su hermano”, cambiando uno o más componentes de la proposición cambia también su significado. Si mantenemos los mismos componentes y cambiamos su estructura apreciamos también un cambio de significado. Una de las críticas más frecuentes que se han hecho al Principio de Composicionalidad de Frege es no asignar la adecuada importancia al contexto y a la intención del hablante en la definición del significado del lenguaje, por esta razón algunos investigadores han intentado averiguar su consistencia experimental. Los resultados de estos estudios han demostrado que si obligamos a nuestro cerebro a realizar una asociación entre dos elementos proposicionales semánticamente anómalos se activa una área de la corteza ventromedial prefrontal llamada campo medial anterior relacionada con dos actividades cognitivas muy importantes: el conocimiento social, es decir el uso de aquellas cogniciones necesarias a la hora de interactuar con el medio social, y el conocimiento teórico, es decir todos aquellos procesos cognitivos relacionados con la aplicación de una teoría en una situación específica. Las evidencias experimentales justifican las dudas sobre el Principio de Composicionalidad, porque la activación de la corteza ventromedial prefrontal indica una clara relación entre el significado del lenguaje, el contexto social y la intencionalidad del hablante. Sin embargo, estos experimentos avalan la posibilidad de la existencia de un correlato neural de la coacción en relación con el uso de lenguaje, y valoran su impacto en un alargamiento de los tiempos de reacción del cerebro.

Entre las nuevas áreas de investigación que las neurociencias han hecho posibles está el estudio de los procesos relacionados con la toma de decisiones. La toma de decisiones implica la actividad de la corteza ventromedial prefrontal, es decir la misma área cerebral relacionada con el estrés post-traumático, y en la misma área en la cual los neurolingüistas han localizado el “complemento de coacción”. Estudios realizados con pacientes que presentan lesiones en esa área han demostrado que entre las consecuencias de este fenómeno hay una alteración de la personalidad y del comportamiento sobre todo en relación con las habilidades de elegir y de controlar los impulsos. Los pacientes con lesiones de la corteza ventromedial prefrontal frente a una situación donde tienen que apostar cierta cantidad de dinero toman decisiones diferentes con respecto al grupo de control constituidos por pacientes sin lesiones (Bechara, *et al.*, 1997: 1293-1295). Estudios posteriores han demostrado que estos tipos de lesiones dificultan la capacidad de elegir entre diferentes opciones asociadas a un resultado incierto o arriesgado (Fellows, Farah, 2005: 58-63). Ulteriores estudios (Voltz, *et al.*, 2006: 401-406) han demostrado que esta región del cerebro está involucrada en el proceso de las informaciones sobre la evaluación, el refuerzo del aprendizaje o las elecciones (Montague, *et al.*, 2006: 417-448). Todos estos aspectos están en juego también en el caso de la toma de decisiones clínicas, aunque la corteza ventromedial prefrontal no es la única área implicada en los procesos de toma de decisiones (Fellows, Farah, 2007: 2669-2674) no hay dudas de que toda decisión que implique incertidumbre o refleje ciertas dificultades en asignar el valor adecuado a los cursos de acción posibles se refiere a esta área. A partir de estas

Centro de Investigación CIECAL, CIECM-CICUSXXI / *Revista Vectores de Investigación* 5

evidencias podemos trasladar los resultados ofrecidos por la literatura al problema de la coacción en salud mental y constatar que hay algunos elementos en relación entre ellos que invitan a hacer una reflexión. Las tomas de decisiones clínicas en un contexto como la aplicación de medidas coercitivas en salud mental presentan características similares al contexto de las investigaciones mencionadas. Los pacientes que ingresan en urgencias bajo la posibilidad de ser ingresados involuntariamente viven la misma sensación de incertidumbre con respecto a las consecuencias de un ingreso forzoso, que desde luego no facilita la valoración del sentido terapéutico de la medida. Las consecuencias que esta situación experimental produce en la mayoría de los casos tienen también cierta afinidad con la situación real de los pacientes, que en la mayoría de los casos no consiguen captar el sentido de la decisión clínica y participar a la toma de decisión con respecto a su ingreso o a su tratamiento forzoso.

Todo esto deja suponer que hay aspectos implícitos en el uso de medidas coercitivas que actúan directamente sobre la capacidad del paciente y afectan la recuperación de su autonomía a lo largo del tratamiento. Las consecuencias de esta suposición ponen en discusión por ejemplos algunos aspectos legales sobre los cuales se fundamenta el uso de la coacción en salud mental, como el concepto de beneficio terapéutico, es decir se justifica lesionar la libertad del paciente por un tiempo para poder luego favorecer su recuperación y devolver su libertad.

Desde este punto de vista las perspectivas que abre la aplicación de las neurociencias en temas como el impacto de la coacción y la autonomía del paciente son novedosas y permiten evaluar realmente que acontece en profundidad en el cerebro a la hora de tomar decisiones clínicas de carácter coercitivo. Las posibles evidencias sobre esta cuestión permitirían identificar tipologías de pacientes para los cuales el uso de la coacción no está indicado, explorar nuevas estrategias que permitan al paciente recobrar en cierto sentido parte de su capacidad, por lo menos en aquellos aspectos de su permanencia hospitalaria donde esto es posible, y definir líneas guías que ayuden los profesionales a tener siempre presente que la autonomía del paciente y su capacidad tienen un valor fundamental para el éxito terapéutico, en salud mental como en otras especialidades.

La aplicación de las neurociencias al estudio de los fenómenos coercitivos en salud mental es una posibilidad para comprender más a fondo el fenómeno y poder ser conscientes de su impacto, pero sobre todo buscar nuevas estrategias que reduzcan o controlen los efectos negativos de la coacción y desarrollen nuevas herramientas terapéuticas de apoyo a aquellos pacientes cuyo contexto clínico exige la aplicación de medidas coercitivas.

## BIBLIOGRAFÍA

- APPELBAUM, Paul (2006) "Twenty-Five Years of Law and Psychiatry", *Psychiatry Services*, vol. 57, N° 1, 18-20.
- ARBORELIUS, Lotta, OWENS, Michael, PLOTSKY, Paul, *et. al.* (1999) "The role of corticotropin-releasing factor in depression and anxiety disorders", *J. Endocrinology*, vol. 160, N° 1, 1-12.

- BECHARA, Antoine, DAMASIO, Hanna, *et al.* (1997) "Deciding advantageously before knowing the advantageous strategy", *Science*, vol. 275, N° 5304, 1293-1295.
- BECHARA, Antoine, DAMASIO, Hanna, DAMASIO, Antonio, LEE, Gregory, (1999) "Different Contributions of the Human Amygdala and ventromedial prefrontal cortex to decision-making", *J Neuroscience*, vol. 19, N° 13, 5473-5481.
- BENNET, Nancy, LIDZ, Charles, *et al.* (1993) "Inclusion, Motivation, and Good Faith: The morality of Coercion in Mental Hospital Admission", *Behavioural Sciences and the Institute of Law*, University of Virginia, vol. 11, N° 3, 295-306.
- BINDMAN, Jonathan, REID, Yael, *et al.* (2005) "Perceived Coercion at Admission to Psychiatric Hospital and Engagement with Follow-up", *Social Psychiatry, Psychiatric Epidemiology*, vol. 40, N° 2.
- BRADFORD, B., McCANN S., MERSKY H. (1986) "A Survey of Involuntary Patient's Attitudes toward their Commitment", *Psychiatry Journal of the University of Ottawa*, vol. 11, N° 3, 162-165.
- BRAKEL, Samuel, PARRY, John, WEINER, Barbara (1985) *The Mentally Disabled and the Law*, Chicago, American Bar Foundation.
- BREMMER, Douglas, ELZINGA, Bernet, *et al.* (2008) "Structural and Functional Plasticity of the Human Brain in the Posttraumatic Stress Disorder", *Progress in Brain Research*, N° 167, 171-186.
- BRENNAN, Jonathan, PYLKKÄNEN, Liina (2008) "Processing events: behavioral and neuromagnetic correlates of Aspectual Coercion", *Brain & Language*, vol. 106, N° 2, 132-143.
- FELLOWS, Lesley, FARAH, Martha (2007) "The role of Ventromedial Prefrontal Cortex in Decision Making: Judgment under Uncertainty or Judgment Se?", *Cerebral Cortex*, vol. 17, N° 11, 2669-2674.
- (2005) "Different underlying impairments in decision-making following ventromedial and dorsolateral frontal lobe damage in humans", *Cerebral Cortex*, N° 15, 58-63.
- FRUEH, Cristopher, KNAPP, Rebeca, CUSACK, Karen, *et al.* (2005) "Patients' Reports of Traumatic or Harmful Experiences Within the Psychiatric Setting", *Psychiatric Services*, vol. 56, N° 9, 1123-1133.
- GARDNER, William, HOGE, Steven, BENNET, Nancy, ROTH, Loren, LIDZ, Charles, MONHAN, John, MULVEY, Edward (1993) "Two Scales for Measuring Patients' Perceptions of Coercion during Mental Hospital Admission", *Behavioural Sciences and The Law*, N° 11, 307-21.
- GILBOY, Janet, SCHMIDT, John (1971) "Voluntary Hospitalization of the Mentally ILL", *Northwestern University Law Review*, N° 66, 429-453.
- GLANNON, Walter (2007) *Bioethics and Brain*, New York, Oxford University Press.
- HOGE, Steven, LIDZ, Charles, MULVEY, Edward, ROTH, Loren, *et al.* (1993) "Patient, Family and Staff Perceptions of Coercion in Mental Hospital Admission: An exploratory Study", *Behavioural Sciences and the Law*, N° 11, 281-93.
- JATZKO, Alexander, ROTHENHOFER, S. *et al.* (2006) "Hippocampal Volume in Chronic Posttraumatic Stress Disorder (PTSD): MRI study using two different evaluation methods", *J. Affective Disorders*, N° 94, 121-126.

- Centro de Investigación CIECAL, CIECM-CICUSXXI / *Revista Vectores de Investigación* 5
- KALLERT, Thomas, GONZALEZ TORRES, Francisco, *et al.* (2005) "The Euno-mia Project on Coercion in Psychiatry: Study Design and Preliminary Data", *World Psychiatry*, vol. 4, N° 3, 168-172.
- KALLERT, Thomas Wilhem, GLÖCKNER, Moeller, *et al.* (2008) "Involuntary vs. Voluntary Hospital Admission", *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, N° 258, 195-209
- KALTIALA-HEINO, Riittakettu, KORKEILIA Jyrki, *et al.* (2000) "Coercion and Restriction in Psychiatric inpatient treatment", *European Psychiatry*, Elsevier, vol.15.
- KITAYAMA, Noriyuki, VACCARINO, Viola, KUTNER, Michael, WEISS, Paul, BREMNER, Douglas (2005) "Magnetic resonance imaging (MRI) measurement of hippocampal volume in posttraumatic stress disorder: a meta-analysis", *J. Affective Disorders*, N° 88, 79-86.
- KEMPERMANN, Gerd, KUHN, Georg, GAGE, Fred (1998) "Experience-induced neurogenesis in the senescent dentate gyrus", *J. Neuroscience*, N° 18, 3206-3212.
- (1997) More hippocampal neurons in adult mice living in an enriched environment, *Nature*, N° 386, 493-495.
- LEWIS, Dan, SCHOENFIELD, Mark, *et al.* (1984) "The Negotiation of Involuntary Civil Commitment", *Law and Society Review*, N° 18, 629-649.
- LIDZ, Charles (1998) "Coercion in Psychiatric Care: What Have We Learned from Research?" *Journal of American Academy of Psychiatry and the Law Online*, vol. 26, N° 4.
- LIDZ, Charles, HOGE, Steven (1993) "Coercion: Theoretical and Empirical Understanding", *Behavioural Sciences and the Law*, N° 11, 237-238.
- LIDZ, Charles, HOGE, Steven, *et al.* (1995) Perceived Coercion in mental Hospital Admission: Pressures and Process", *Archives of General Psychiatry*, N° 52, 1034-1039.
- LIDZ, Charles, MULVEY, Edward, HOGE, Steven, *et al.* (1997) "The validity of mental patient's accounts of coercion-related behaviors in the hospital admission process", *Law and Human Behavior*, vol. 21, N° 4, 361-375.
- LIDZ, Charles, MULVEY, Edward, *et al.* (1993) "Coercive interactions in a Psychiatric Emergency Room", *Behavioural Sciences and the Law*, N° 11, 296-280.
- LINN, Lawrence (1969) "Social Characteristics and Patient Expectations toward Mental Hospitalization", *Archives of General Psychiatry*, N° 20, 457-469.
- LURIGIO, Arthur, LEWIS, Dan (1989) "Worlds that fails: A Longitudinal Study of Urban Mental Health Patients", *Journal of Social Issues*, vol. 45, N° 3, 79-90.
- MALBERG, Jessica, EISCH, Amelia, NESTLER, Erick, DUMAN, Ronald (2000) "Chronic antidepressant treatment increases neurogenesis in adult rat hippocampus", *J. Neuroscience*, vol. 20, 9104-9110.
- MARUSIC, Andred (2004) "Mental Health in the enlarged European Union: Need for Relevant Public Mental Action", *British Journal of Psychiatry*, N° 184, 450-451.
- MASTROGIANNI Anastasia, GEORGIADOU, Elena, *et al.* (2004) "The Euno-mia-study: European evaluation of coercion in psychiatry and harmo-

- nisation of best clinical practice”, *Hellenic General Hospital psychiatry*, vol. 3, N° 1.
- MONAHAN, John, HOGE, Steven, *et al.* (1996) “Coercion to Inpatient Treatment Initial Results and Implications For Assertive Treatment in the Community”, *Coercion and Aggressive Community Treatment: a New Frontier in Mental Health Law*, Dennis Deborah, John Monhaan (edición), New York, Plenum Press.
- MONAHAN, John, HOGE, Steven, LIDZ, Charles, ROTH, Lored, BENNET, Nancy, GARDNER, William, MULVEY, Edward (1995) “Coercion and Commitment: Understanding Involuntary Admission”, *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 18, N° 3, 249-63.
- MONTAGUE, Read, KING-CASAS, Brooks, *et al.* (2006) “Imaging valuation models in human choice”, *Annual Review of Neuroscience*, vol. 29, 417-448.
- PYLKKÄNEN, Liiana, McELREE, Brian (2007) “An MEG Study of Silent Meaning”, *Journal of Cognitive Neuroscience*, vol. 19, N° 11, 1905-1921.
- REED, Susan, LEWIS, Dan (1990) “The Negotiation of Voluntary Admission in Chicago’s State Mental Hospitals”, *Journal of Psychiatry and Law*, Summer, 1377-163.
- SAILAS, Elia, WAHLBECK, Kristian (2005) “Restraint and Seclusion in Psychiatric Inpatient Wards”, *Current Opinion in Psychiatry*, vol. 18, 555-559.
- SALIZE, Hans Joachim, DRESSING, Harald, *et al.* (2002) *Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally, Ill Patients- Legislation and practice in EU-Members States*, Mannheim, European Commission-Health and Consumer Protection Directorate-General.
- SHANNON, P. (1976) “Coercion and Compulsory Hospitalization: Some Patients Attitudes”, *Medical Journal of Australia*, vol. 2, N° 21, 798-800.
- SHAW, Katharine, McFARLANE, Alexander, BOOKLESS, Clara, *et al.* (2002) “The Aetiology of postpsychotic Posttraumatic Stress Disorder Following a Psychotic Episode”, *Journal of Traumatic Stress*, vol. 15, N° 1, 39-47.
- SHIN, Lisa, SHIN, Patrick, HECKERS, Stephan, KRANGEL, Terri, MACKLIN, Michael, ORR, Scott, LASKO, Natasha, SEGAL, Ethan, MAKRIS, Nikol, RICHERT, Katherine, LEVERING, Jeff, SCHACTER, Daniel, ALPERT, Nathaniel, FISCHMAN, Alan, PITMAN, Roger, RAUCH, Scott (2004) “Hippocampal function in posttraumatic stress disorder”, *Hippocampus*, vol. 14, 292-300.
- SEEDAT, Soraya, VIDEEN, JOHN S., *et al.* (2005) “Single Voxel Proton Magnetic Resonance Spectroscopy in Women with and without Intimate Partner Violence-related Posttraumatic Stress Disorder”, *Psychiatric Research: Neuroimaging*, vol. 139, 249-258.
- THIEL, Cristian (1972) *Sentido y referencia en la lógica de Gottlob Frege*, Madrid, Tecnos.
- TOEWS, J., El Geubaly N., *et al.* (1984) “Patient’s Attitudes at the Time of their Commmtment”, *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 29, N° 7, 590-595.
- VOLZ, Kirsten, SCHUBOTZ, Ricarda, *et al.* (2006) “Decision-Making and the frontal lobes”, *Current Opinion in Neurology*, vol. 19, N° 4, 401-406.

VYTHILINGAM, Meena, LUCKENBAUGH, David, LAM, Thomas, MORGAN, Charles, LIPSCHITZ, Debora, CHARNEY, Dennis, BREMNER, Douglas, SOUTHWICK, Steven (2005) "Smaller head of the hippocampus in Gulf War-related posttraumatic stress disorder", *Psychiatry Research neuroimaging*, vol. 139, 89–99.

ZUN, Lesly, LAVONNE, Downey (2005) "The Use of Seclusion in Emergency Medicine", *General Hospital Psychiatry*, vol. 27, 365-371.

**Sergio López  
Moreno, Carolina  
Manrique Nava,  
Diana Alejandra  
Flores Rico,  
Manuel Her-  
nández Reyes,  
Jesús González  
Martínez**

*Universidad Au-  
tónoma Me-  
tropolitana Xo-  
chimilco (UAM-X),  
Centro de Inves-  
tigaciones Econó-  
micas, Adminis-  
trativas y Sociales,  
Instituto Politécni-  
co Nacional  
(CIECAS-IPN)*

*Palabras claves:  
filosofía, bioética,  
México*

## **Una exploración de las posturas filosóficas del personal operativo de servicios de atención a la salud ante dilemas bioéticos: ciudad de México**

**A STUDY ABOUT PHILOSOPHICAL  
ATTITUDES OF THE HEALTH-CARE SERVICES  
OPERATIONAL STAFF FACING BIOETHICAL  
DILEMMAS: MEXICO, CITY**

**ENVIADO 6-6-2012/ REVISADO 30-7-2012  
ACEPTADO 23-8-2012**

**RESUMEN** En la actualidad las instituciones de salud tienen como objetivo vigilar y promover el compromiso de respecto a los derechos de los pacientes, pero muchos de los problemas ético-clínicos no provienen directamente de la

relación profesional de la salud-paciente, sino de otros dos factores importantes: los problemas institucionales y los problemas éticos planteados por las políticas y sistemas de salud.

**ABSTRACT** Nowadays health institutions aim is to monitor and promote commitment for the patients' human rights. However, most of the ethical-clinical problems do not derive directly from the health-patient professional relation but from other two major factors: institutional and ethical problems both established by the politics and health system itself.

### **1 Antecedentes**

La humanidad necesita con urgencia un nuevo saber que proporcione el "conocimiento de cómo usar el conocimiento" para la supervivencia humana y la mejora de la calidad de vida. [...] Una ciencia de la supervivencia debe ser algo más que una ciencia y, por lo tanto, propongo el término 'bioética' para poner de relieve los dos

Este fragmento de Potter forma parte de uno de los textos fundacionales de la bioética. En el año 1970, Van Rensselaer Potter (1911-2011), oncólogo de la Universidad de Wisconsin (Madison), publicó el artículo “Bioethics, the science of survival” el cual le valió la paternidad del término “bioética”. Como dice Francesco Bellino, “la bioética tiene una paternidad y una fecha de nacimiento”.

Un año más tarde, en 1971, Potter publicó propiamente el primer libro de la disciplina, bajo el título *Bioethics. Bridge to the future*, donde intentaba crear un puente de diálogo entre el saber biológico y los valores humanos. Y a este puente de diálogo, a este nuevo saber, Potter lo denominó “bioética”. El autor participaba de la preocupación de algunos ecologistas norteamericanos por el equilibrio del ecosistema, equilibrio que consideraba indispensable mantener y promover si no se quería poner en peligro la supervivencia de la humanidad.

Sin embargo, esta visión de Potter, de considerar la bioética como una ética global centrada en la supervivencia humana, en el medio ambiente y en los problemas de crecimiento de la población —bioética ecológica—, no cuajó y quedó relegada a segundo término. En el año 1975, Potter ya lamentaba que la bioética quedara reducida solamente a ser una rama de la ética aplicada, a ser “bioética clínica” (Mir, Busquets, 2011: 1-7)

En la actualidad las instituciones de salud tienen como objetivo vigilar y promover el compromiso de respeto a los derechos de los pacientes (Ministerio de salud, 2007), pero muchos de los problemas ético-clínicos no provienen directamente de la relación profesional de la salud-paciente, sino de otros dos factores importantes: los problemas institucionales y los problemas éticos planteados por las políticas y sistemas de salud.

Es en este ámbito que la bioética debe afrontar tanto la promoción de la ética institucional como el control desde la ética social de las políticas públicas de salud y de la evolución del propio sistema de salud, así como de las relaciones y adecuación entre el sistema y las exigencias y necesidades de la sociedad. Esto puede lograrse dando contenido a los principios de la bioética y buscando una fundamentación complementaria de las visiones éticas, al menos de las que promueven principios universalizables. No basta con una aplicación superficial de los cuatro principios clásicos, entendida en muchas ocasiones desde el individualismo liberal dominante, para asegurar en nuestros países el respeto a los derechos o la mejora de la situación vulnerable de gran parte de la población (León, 2009).

Ricardo Maliandi ha propuesto recientemente un desarrollo de los principios éticos en el área de la biotecnología, en el cual la no-maleficencia y beneficencia serían el principio de precaución en la exploración genética, el de justicia sería el de no-discriminación genética y la autonomía el de respeto por la diversidad genética (Miliandi, 2006).

De acuerdo a lo anterior se considera que es necesario desarrollar principios secundarios o intermedios para delimitar y concretar en la práctica los

cuatro grandes principios generales. ¿Qué es la justicia en un caso ético-clínico concreto? Puede ser respeto a un derecho, protección de un paciente vulnerable o no discriminar de modo injusto los recursos en una decisión de limitación de tratamientos.

Además, diferenciar estos principios que salvaguardan los derechos y los deberes –y nos muestran las virtudes necesarias para la acción y decisión ético-clínica– de aquellos que son instrumentales en la toma de decisiones: los principios de proporcionalidad, totalidad, subsidiariedad, doble efecto, imparcialidad (el “observador imparcial”), buscar lo mejor de interés del paciente, subrogación de la autonomía, mediación –que lleve a buscar siempre una solución de consenso racional político en lugar de la imposición en casos de conflicto–, todos ellos son importantes para los modelos de toma de decisiones o análisis de casos ético-clínicos, pero no tienen que ver directamente con la protección de los derechos, promoción de los deberes y virtudes necesarias en el ámbito biomédico (León, 2009).

Los trabajadores de instituciones de salud se enfrentan diariamente a situaciones de orden ético en donde deben de plantearse a sí mismos y en su relación con los pacientes la toma de decisiones ante circunstancias de no fácil solución, es decir, se enfrentan a dilemas éticos.

El método de la ética clínica, los juicios morales, como los médicos, son primariamente empíricos y concretos. En ellos se cumple el principio de que la realidad concreta es siempre más rica que nuestros esquemas intelectuales y que, por tanto, los desborda. De ahí que el procedimiento de toma de decisiones no pueda consistir en una pura ecuación matemática, sino en el análisis cuidadoso y reflexivo de los principales factores implicados. Esto es lo que técnicamente se conoce con el nombre de «deliberación». Hay deliberación clínica, aquella que el profesional sanitario realiza siempre que se encuentra ante un paciente concreto, y hay deliberación ética. La deliberación ética no es tarea fácil. Hay profesionales que toman decisiones en acto reflejo, rápidamente, sin pasar por el largo proceso de evaluación del paciente. Esto se suele justificar apelando al llamado «ojo clínico». Del mismo modo que hay personas que creen poseer ojo clínico, hay otras muchas que se creen dotadas de «olfato moral». Éstas consideran que saben la respuesta ya de antemano, sin necesidad de deliberación. Ello se debe, la mayoría de las veces, a inseguridad y miedo ante el proceso de deliberación. Por eso puede decirse que el ejercicio de la deliberación es un signo de madurez psicológica. Cuando las personas se hallan dominadas por la angustia o por emociones inconscientes, no deliberan las decisiones que toman, sino que actúan de un modo reflejo, automático, pulsional. Sólo quien es capaz de controlar los sentimientos de miedo y de angustia puede tener la entereza y presencia de espíritu que exige la deliberación. Las emociones llevan a tomar posturas extremas, de aceptación o rechazo totales, de amor o de odio, y convierten los conflictos en dilemas, es decir, en cuestiones con sólo dos salidas, que además son extremas y opuestas entre sí. La reducción de los problemas a dilemas, es por lo general, producto de la angustia. La deliberación busca analizar los problemas en toda su complejidad. Eso supone ponderar tanto los principios y valores implicados como las circunstancias y consecuencias del caso. Por otra parte, el curso óptimo de acción no está

## **2 Dilemas bioéticos**

La decisión en cuanto a la indicación, realización o suspensión de procedimientos diagnósticos o terapéuticos en enfermos moribundos no siempre es fácil, dada la gama de circunstancias que ocurren en estos pacientes, lo que en los últimos años se ha incrementado por el vertiginoso avance científico y tecnológico, que muchas veces supera la capacidad del médico para comprenderlo y adiestrarse en su uso. Estas decisiones no sólo corresponden al médico, en ellas deben participar el enfermo cuando consciente y orientado, sus familiares o la persona responsable, autoridades sanitarias, civiles o judiciales y los Comités de Bioética Hospitalarios (Gutiérrez-Samperio, 1996). Los lineamientos generales de conducta los establecen los Comités Estatales, Nacionales y el Comité Internacional de Bioética (CIB) (Lisker, 1995).

Los principales dilemas bioéticos en las personas gravemente enfermas o en fase terminal, dilemas de conducta en relación con la muerte cuya solución no es única, son el encarnizamiento terapéutico, eutanasia pasiva y activa, suicidio asistido, ortotanasia y trasplante de órganos.

El Encarnizamiento terapéutico, también llamado distanasia, lleva implícito un componente de ensañamiento o crueldad, ocurre cuando el avance científico y tecnológico supera su regulación legal y ética. Los enfermos graves o en estado crítico generalmente se encuentran en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) en las cuales tanto en los enfermos recuperables como no recuperables se utilizan aditamentos y equipo sofisticado en diferentes procedimientos diagnósticos y terapéuticos: catéteres arteriales y venosos, sondas, monitores, respiradores, bombas de infusión, transfusiones, nutrición parenteral, antibióticos y drogas vasoactivas, por mencionar algunos. Todas estas medidas no son inocuas, con frecuencia son invasoras, tienen riesgo, pueden ocasionar molestias y complicaciones, las que a su vez dan lugar a nuevas complicaciones que puedan terminar con la vida del enfermo (Gutiérrez-Samperio, 2000).

En la distanasia o encarnizamiento terapéutico se insiste en la aplicación de medidas desproporcionadas, cuyo beneficio real es poco probable en pacientes graves, los que de acuerdo con la experiencia previa e índices pronósticos son considerados terminales o no recuperables, se continúan aplicando estas medidas fútiles a pesar de las molestias, riesgo, costo económico y moral, conducta que no tiene justificación técnica ni ética. El ingreso mismo de los enfermos a la UCI puede constituir una distanasia cuando por el número y gravedad de las insuficiencias de órganos funcionales existen pocas probabilidades de recuperación.

El respeto a la dignidad del enfermo con la aplicación de medidas sencillas con el menor riesgo, costo y molestias posibles, evita el encarnizamiento terapéutico, lo que se denomina adistanasia, que permite una muerte con dignidad (Gutiérrez-Samperio, 1999), estos pacientes pueden tratarse en

hospitalización, cuartos aislados y aún en su domicilio.

Eutanasia, el término eutanasia por su etimología significa “buena muerte”, lo que no es del todo apropiado, a pesar de que en determinadas circunstancias la muerte debe aceptarse desde el punto de vista técnico, social y moral, no es aceptable el deseo o precipitación de la misma, lo que lleva implícito en primer lugar la voluntad orientada hacia la muerte y en segundo término la acción que la desencadena.

Eutanasia pasiva, su motivo y justificación puede ser evitar molestias, dolor o sufrimiento al paciente, no se ejecuta ninguna acción ni se aplica ningún procedimiento o medicamento que termine con la vida del enfermo (Migone, 2000). En la eutanasia pasiva en pacientes terminales con patología avanzada, la que de acuerdo con la valoración clínica e índices pronósticos se considera irreversible, se retiran todas las medidas extraordinarias o desproporcionadas, las que representan un riesgo para el enfermo y le producen incomodidad, dolor o sufrimiento, las que se consideran fútiles al no esperarse ninguna respuesta favorable, sin embargo se debe continuar con las medidas ordinarias o proporcionadas, medidas de sostén habituales que actúan como paliativos, alimentación, hidratación, movilización, aseo, fisioterapia, dejando que la enfermedad tenga su evolución natural, aunque muchas veces es difícil establecer la diferencia entre medidas proporcionadas y desproporcionadas (Gutiérrez-Samperio, 1999) y (Migone, 2000).

La eutanasia pasiva puede ser solicitada por el mismo paciente, o sus familiares, quienes manifiestan el deseo de no ingresar a la UCI ni ser sometidos a maniobras de resucitación cardiopulmonar, puede ser expresado por el enfermo antes del inicio de la enfermedad, a lo que se ha denominado “testamento en vida” en el que se invoca el derecho a la muerte o muerte con dignidad, (Gutiérrez-Samperio, 1999) y (Calabro, 2000), todo lo anterior continua siendo un dilema bioético, se relaciona con la adistanasia a la que ya nos referimos con anterioridad.

Eutanasia activa, comprende todas las medidas encaminadas a terminar con la vida del enfermo, mediante la aplicación de un procedimiento o medicamento que suprime la función cardio-respiratoria y encefálica, con la supuesta justificación de suprimir el dolor o sufrimiento del paciente, no es aceptable desde el punto de vista legal ni ético (Arellano-González, Vázquez-Guerrero, 1996). Existen algunas circunstancias que son motivo de reflexión para colocar a la eutanasia en su verdadero lugar moral y ético ¿Se puede considerar a la pena de muerte como una eutanasia social? ¿El aborto por alteraciones congénitas evita una vida miserable, es una forma de eutanasia?, o ambas constituyen un homicidio, a pesar de estar legalizado en algunos países (Calabro, 2000) y (Arellano-González, Vázquez-Guerrero, 1996). La solicitud por parte del enfermo o sus familiares de la aplicación de procedimientos o medicamentos letales, en enfermos en fase terminal de padecimientos crónicos como insuficiencia renal, insuficiencia cardio-respiratoria, cirrosis, tumores malignos avanzados o el síndrome de inmunodeficiencia adquirido (SIDA), o bien pacientes con padecimientos agudos portadores de insuficiencia órgano funcional múltiple sin respuesta a las medidas de terapia intensiva, cada vez es más frecuente, sobre todo en

Centro de Investigación CIECAL, CIECM-CICUSXXI / *Revista Vectores de Investigación* 5  
países donde legalmente es aceptada como Holanda, Australia o Estados de  
la Unión Americana como Oregon (Calabro, 2000) y (Miranda, 1996).

58

La petición y aplicación de la eutanasia activa pretende su justificación basándose en la autonomía y calidad de vida del enfermo, se relaciona con la libertad del paciente y derecho a morir, sin embargo, la muerte es parte de la vida que constituye una situación condicionante previa, por lo que derecho a la vida tienen primacía, por otra parte, la beneficencia debe prevalecer sobre la autonomía, razón de más si consideramos las condiciones de estos enfermos, su capacidad de comprensión, juicio y raciocinio, lo que también influye en los familiares (Miranda, 1993).

Suicidio asistido, en el que por voluntad del enfermo y de conformidad con sus familiares o persona responsable, el enfermo generalmente con una enfermedad penosa decide acabar con su vida, para lo cual el médico o un integrante del equipo de salud le proporciona los medios para lograrlo, pero es el mismo paciente quien pone en marcha el mecanismo para infundir la solución con el o los medicamentos letales, un hipnótico, un opiáceo y/o cloruro de potasio. Desde el punto de vista legal y ético hay poca diferencia con la eutanasia activa, no se acepta legal ni éticamente, en algunas legislaciones se considera como complicidad en un homicidio (Calabro, 2000), en Holanda, Australia y el estado de Oregon en los Estados Unidos ya se ha legalizado.

Trasplante de órganos, en la substitución de tejidos y órganos está implícita la participación de un donador, el que en forma voluntaria y casi siempre altruista dona un tejido (sangre, piel, médula ósea) o un órgano (córnea, riñón, hígado, corazón, pulmón) para el trasplante a un receptor. El trasplante de órganos se relaciona con la muerte del posible receptor si no recibe oportunamente el órgano y del donador vivo o cadavérico. El donador vivo casi siempre es un familiar genéticamente relacionado, o una persona extraña con la que exista histocompatibilidad, este tipo de donación es legal y éticamente aceptada, no obstante que está prohibida la venta de órganos para trasplantes, no es raro que el donador utilice la pérdida de su órgano o parte de él para obtener beneficio del enfermo y su familia, llegando a ejercer un verdadero chantaje moral, por lo que se le debe hacer una valoración socioeconómica y psicológica (Garza, 1999). El donador vivo de un órgano par como riñón o parte de un órgano impar como hígado o páncreas puede presentar complicaciones, inclusive morir, por lo que también se requiere que antes de la obtención del órgano se le proporcione la información verídica y completa en cuanto al riesgo, que exista un consentimiento informado (Arellano-González, Vázquez-Guerrero, 1996).

En la preservación y posterior desarrollo de embriones para la obtención de órganos para trasplantes, la clonación, contar con donadores relacionados, así como el cultivo de células madre para el desarrollo de órganos para trasplantes, se mezcla la ciencia ficción con la realidad y el desarrollo de la tecnología en el futuro, pero la perspectiva bioética es clara al proscribir dichos procedimientos (Lisker, 1995), (Gutiérrez-Samperio, 1999) y (Arellano-González, Vázquez-Guerrero, 1996).

El donador cadavérico pudo haber expresado en vida su deseo de donar sus

órganos para trasplante, de no ser así serán los familiares, las personas responsables o las autoridades civiles las que autoricen la obtención de órganos de acuerdo con la Ley General de Salud, cuya modificación considera a toda persona muerta como un donador tácito, como un donador potencial siempre y cuando no haya expresado previamente su voluntad de no donar sus órganos, considerando el derecho sobre el cuerpo del paciente y del posible donador, tomando en cuenta el valor social del cadáver. En la determinación de la muerte encefálica del posible donador participa un grupo de médicos que no pertenece al equipo de trasplantes y se continúa proporcionando todas las medidas de sostén hemodinámicas, respiratorias y farmacológicas para tener una buena perfusión tisular, lo que casi siempre se lleva a cabo en la Unidad de Cuidados Intensivos (Garza, 1999).

Por los avances de la ciencia es posible realizar el procedimiento espectacular del trasplante de órganos, aceptado por las normas legales y éticas, las que prohíben realizarlo cuando no se cuenta con la debida preparación ni con todos los recursos. En el quirófano se acaba con una vida ciertamente vegetativa, para recuperar, mejorar las condiciones y duración de otra, por lo que puede considerarse como una extensión de la vida del donador cadavérico, por otra parte surge la pregunta ¿La obtención de órganos no constituye una forma de eutanasia activa del donador, aunque esta se lleve a cabo en beneficio de otro ser humano, el receptor?

Reproducción asistida es el conjunto de procedimientos y/o manipulaciones encaminadas a tratar la esterilidad en parejas, salvando adecuadamente los obstáculos aparentes para que se produzca la fecundación. Las técnicas de reproducción asistida han venido a solucionar problemas reproductivos de las parejas hetero y homosexuales e incluso de mujeres solas, que por el deseo de ser madres, se someten a estos procedimientos. Si bien el derecho a la reproducción es un derecho fundamental, no es menos importante el derecho que tiene el individuo por nacer, por lo que se hace necesario valorar las condiciones para que el “futuro hijo” se desarrolle en un ambiente familiar favorable. Los dilemas bioéticos de este asunto se centran en cumplir y respetar los mínimos en el manejo de embriones para reproducirlos bajo condiciones de crioconservación, dado que el embrión no es “algo” sino “alguien”, es persona porque adquiere la forma de pertenencia de sí. Las preguntas que se hacen algunos juristas al respecto son: ¿Podemos tratar a los embriones como medios y no como fines en sí mismos?, ¿Cuál es el destino final que tendrán los embriones criopreservados?, ¿A quién pertenecen los embriones?, son preguntas que deben tener respuesta veraz y oportuna y que es parte de la responsabilidad de la sociedad comprometida (Quiyono, 2011).

Estos temas, entre otros, son los que se trataron de averiguar entre el personal/profesional de atención a la salud, identificar cuáles son sus posturas éticas ante situaciones de conflicto y ante las cuales deben tomar una actitud y decisiones es de gran interés, pues además de que en México no se dispone de esta información, será de gran utilidad el conocer cómo piensan, qué actitudes pueden tomar y con ello proponer acciones que se requieran para la formación académica y/o actualización en el tema de la bioética.

**3 Resultados**

60

En esta investigación se realizaron 82 encuestas en 2 hospitales y un centro de salud siendo parte de la Secretaría de Salud Pública del Distrito Federal, la muestra consistió en 31 hombres y 51 mujeres que van de los 20 años hasta más de 56 teniendo una mayor concentración de edad en el rango de 41-45 años con un 21.2%, seguidos por los del grupo de 31-35 años con 18.8% y por los de 36-40 años con 16.5%.

De acuerdo al número y tipo de profesión, la población de estudio se organiza de la siguiente forma:

**Tabla 1. Población de estudio**

Profesiones	No.	%
Enfermería	29	35.9
Medicina	23	28.3
Nutrición	3	3.7
Odontología	2	2.5
Trabajo social	10	12.3
Laboratoristas/Químicos	12	14.8
Veterinaria	1	1.2
Biología	1	1.2
Total	81	100

Fuente: Elaboración propia.

Siendo la mayoría egresados de la UNAM con el 35.3%; el 14.1% del IPN al igual que los egresados de los CETIS y la ENEO cada una refiere 10.6% y 25.9% correspondió a otras. Del total de encuestados el 36.5% concluyeron sus estudios de la licenciatura, 35.3% terminaron carrera técnica y el 28.2% concluyeron algún estudio de posgrado.

En cuanto a su situación personal, actualmente el 67.1% está casado o con pareja, el 27.1% se encuentra soltero, el 3.5% separado y el 2.4% viudo. El 12.1% no tienen hijos, el 29.4% tiene 1 hijo, el 40% tienen 2 hijos y el 12% refirió tener más de 2 hijos. El 71.8% tiene casa propia, el 35.3% tienen tres dormitorios en su casa, el 23.5% cuentan con 2 dormitorios, el 34.1% cuentan con más de 4 dormitorios, y el 3.5% con 1 dormitorio.

El 70.6% respondieron que profesan el catolicismo, el 11.8% ninguna religión, el 4.7% cristianos y, el resto profesan alguna otra religión.

En cuanto al conocimiento sobre bioética sólo el 20% ha cursado algún tipo de asignatura de bioética, de ellos el 8.2% ha cursado diplomado, 8.2% talleres y el 3.5% seminarios y, sólo el 16.5% consideran que les fue provechoso en su práctica laboral.

Desde el punto de vista de los profesionales de salud, una persona responsable debería procurar para sí: la capacidad de actuar justamente (67.1%), realización profesional (7.1%), amor a su país (4.7%), seguridad económica (2.1%) y otros (8.2%).

En relación al lugar de trabajo el 84.7% de los trabajadores pertenecen a la Secretaría de salud, 5.9% están contratados por el Seguro popular y el resto