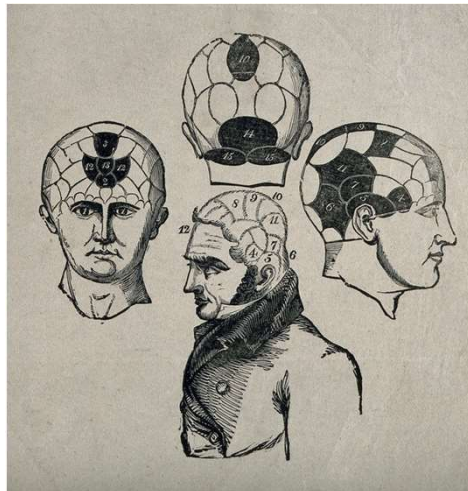


Unidad 10 – Del paternalismo a la toma autónoma de decisiones



Universidad de Bristol, Reino Unido

Panorámica de la lección

- Examen del desarrollo social y legal que permite la toma de decisiones autónoma sobre el cuidado de la salud por parte de aquellas personas con capacidad reducida.
- Estado del tratamiento de los enfermos mentales
- Análisis del cambio que se ha producido a largo plazo desde el enfoque paternalista hasta llegar a los intentos de permitir que los pacientes tomen decisiones informadas sobre su bienestar
- ¿Esto ha dejado a los pacientes desatendidos?

A human skull with scenes representing mental activities. Gouache painting by R. Ennis, 1991.
Credit: [Wellcome Collection](#). [Attribution 4.0 International \(CC BY 4.0\)](#)




Parte I: En el manicomio: enfoques paternalistas a los enfermos mentales

Parte II: La histeria: ¿un medio de control?

Parte III: Desinstitucionalización y atención comunitaria

Parte IV: Autonomía en el sector de la salud: el poder notarial. y órdenes de no reanimación





Una aclaración sobre la terminología

En esta lección, aparecerán varios términos que ya no se consideran apropiados en la práctica médica.

Estos términos son utilizados por su fidelidad histórica con la época en la que fueron empleados.

De esta forma, no solo se destacará el desarrollo de ideas y prácticas sobre la enfermedad mental, sino que cambiará la forma en que se discuten.

El tratamiento moderno de los enfermos mentales y los términos utilizados para discutirlo se centran en la sensibilidad, la comprensión y el respeto por la dignidad de los pacientes.

Comprendere questo sviluppo fornisce una prospettiva importante sul perché determinati termini non sono più utilizzati e ritenuti inaccettabili nella pratica moderna.

En el manicomio: enfoques paternalistas del tratamiento de los enfermos mentales



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

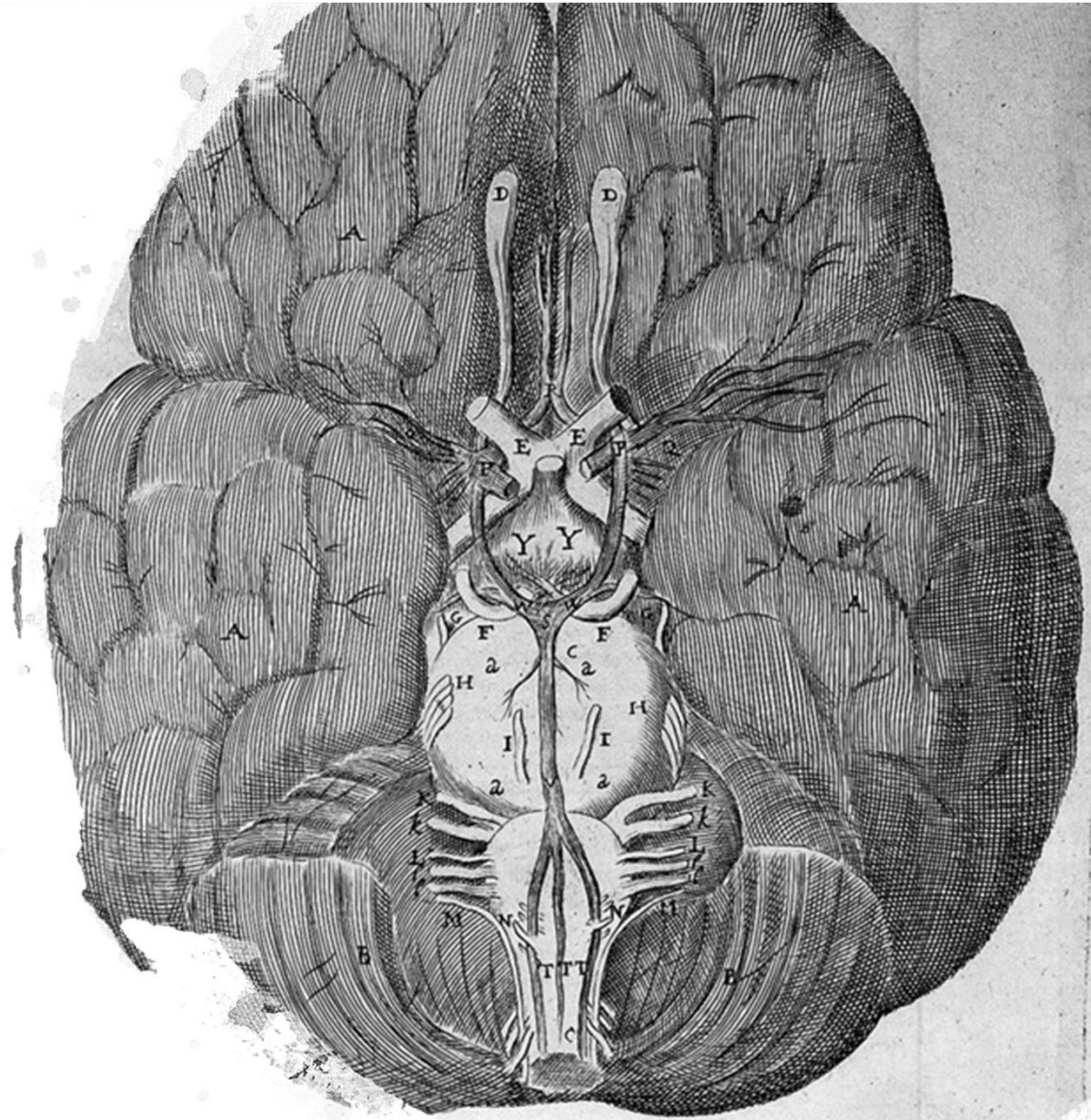
The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution - Non-commercial 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)



La mente en la Filosofía de la Ilustración

- René Descartes (1596-1650) planteó la hipótesis de que la mente y el cuerpo eran entidades separadas: ¿cómo se relacionaban?
- Thomas Willis (1621-1675) estudió cómo actúa el alma sobre el cuerpo a través de la disección.
- John Locke (1632-1704) argumentó que la mente era al nacer una pizarra en blanco, una tabla rrasa sobre la que se hacían impresiones a través de la experiencia y el aprendizaje.



Enfermedad mental en el siglo XVIII

- William Cullen (1710-1790) empleó una imagen de Locke sobre la mente para explicar la locura
- Algunos tipos de locura estaban localizados anatómicamente en los nervios.
- Pero otros se debieron a la asociación inusual o ilógica de "ideas" en la mente. Por lo tanto, la locura era a menudo una condición psicológica que requería tratamiento de la psique.
- Se comenzó a recopilar historias de pacientes locos para mejorar el diagnóstico y el tratamiento, siguiendo el funcionamiento de la medicina habitual



William Cullen. Mezzotint by V. Green, 1772, after W. Cochran. Credit: Wellcome Collection. Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

Manicomios

- Los asilos privados para "lunáticos" y "locos" tenían una larga historia
- Los tratamientos fueron a menudo desproporcionados y crueles
- El conjunto de grabados de William Hogarth, *A Rake's Progress*, terminó en el infame asilo 'Bedlam', donde los visitantes podían pagar para ver a los locos



"Tratamiento moral"

- Desde finales del siglo XVIII se han probado diferentes formas de lidiar con los locos (aunque no completamente nuevas)
- El "Tratamiento moral" se ha centrado en el tratamiento humano de los pacientes, evitando la contención y fomentando hábitos "saludables"
- Los pacientes siempre se mantienen bajo una estrecha supervisión
- El York Retreat, inaugurado en 1796 por el empresario cuáquero William Tuke (1732-1822), fue uno de los primeros asilos construidos específicamente para esta práctica



Cave pinz.]

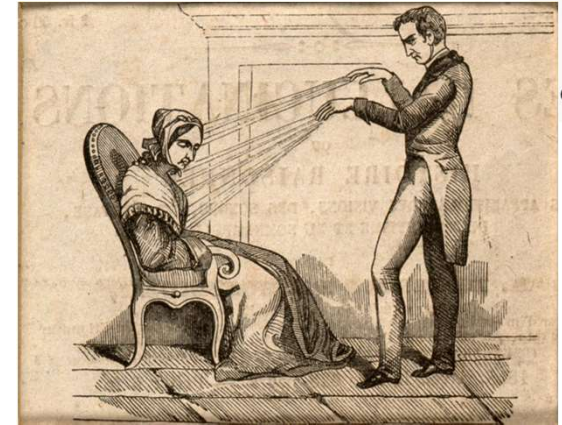
ORIGINAL BUILDING OF THE RETREAT, YORK. INSTITUTED 1792.

[Cooper del.]

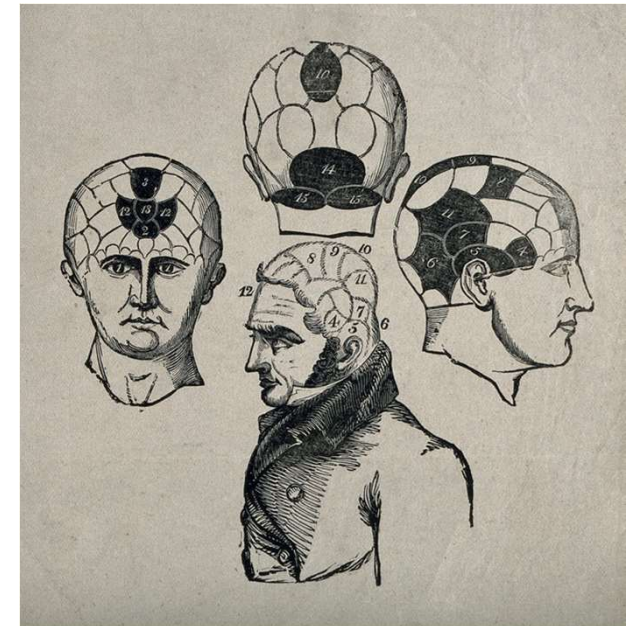
The Retreat, York. Credit: [Wellcome Collection](#). Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

Optimismo terapéutico

- El cambio de contener a las personas a la vigilancia se reflejó en un cambio hacia el intento de tratar y cuidar adecuadamente a los pacientes.
- Se fomenta nuevas formas de tratar a los enfermos mentales.
- El mesmerismo y la frenología eran dos formas populares, pero en última instancia desacreditadas, de tratar las enfermedades mentales.



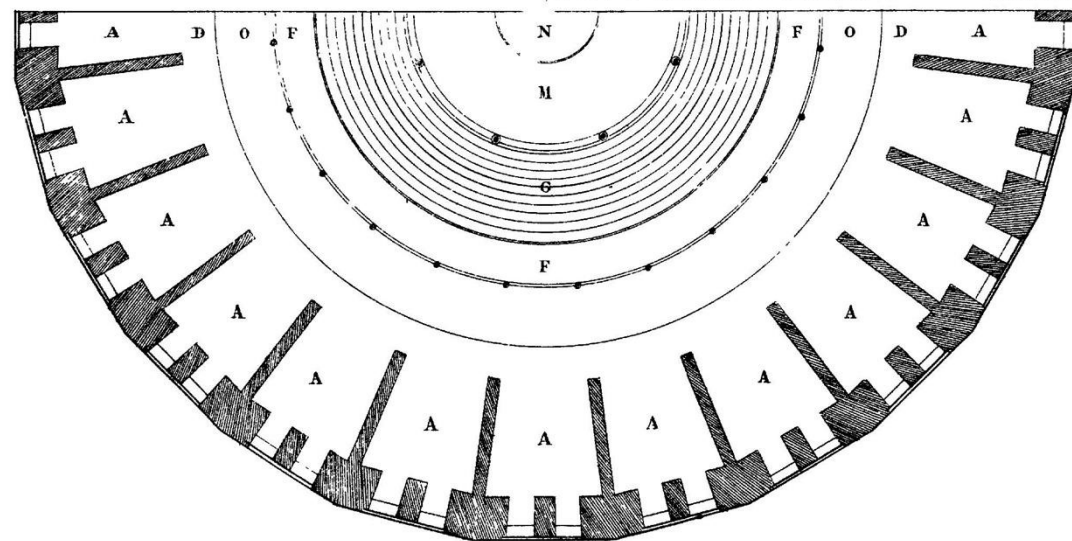
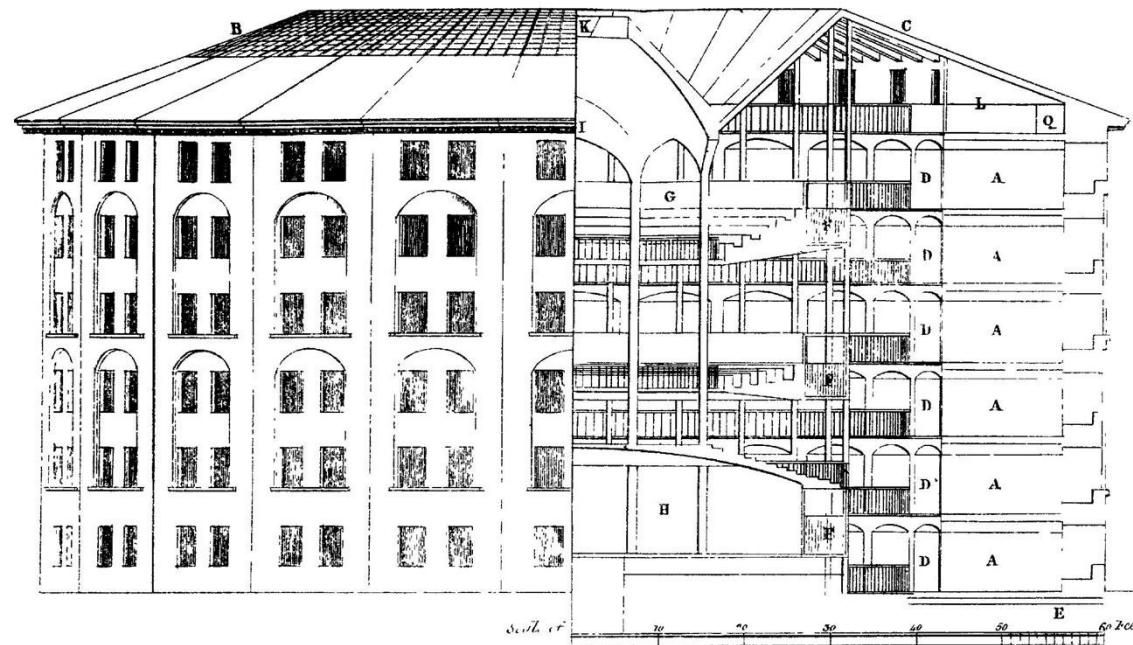
A practitioner of Mesmerism using Animal Magnetism. Credit: Wellcome Collection Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)



A male figure and three phrenological heads. Wood engraving. Credit: Wellcome Collection Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

Aumento del número de los manicomios

- En el siglo XIX los manicomios de Gran Bretaña podían albergar a una gran cantidad de enfermos mentales, y alejarlos así de la sociedad.
- En el asilo público la población total de solicitantes aumentó de 5.000 pacientes en 1826 a más de 74.000 a finales de siglo.
- Michel Foucault: Esta fue la extensión del control estatal sobre las personas consideradas desviadas
- Es poco común que los pacientes salgan una vez han ingresado
- Los manicomios a menudo seguían los principios del modo "panóptico": los pacientes podían ser observados en cualquier momento.
-



Histeria: ¿un medio de control?



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

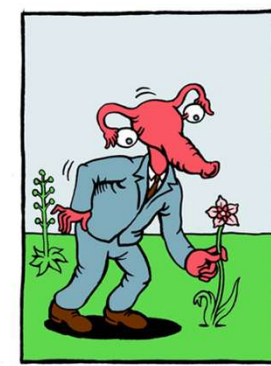
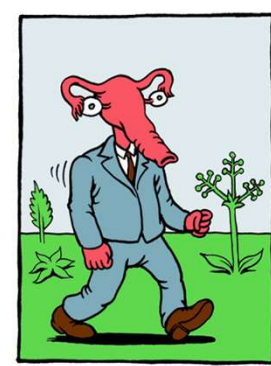
This work is licensed under a [Creative Commons Attribution - Non-commercial 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)



Histeria

- Descrita por primera vez en la antigua Grecia, ganó especial interés en el diagnóstico psiquiátrico durante el siglo XIX.
- Es descrita como una enfermedad que afecta a mujeres. El término histeria proviene de la palabra griega para útero, 'hystera'
- La comprensión de la causa de la enfermedad ha cambiado gradualmente:

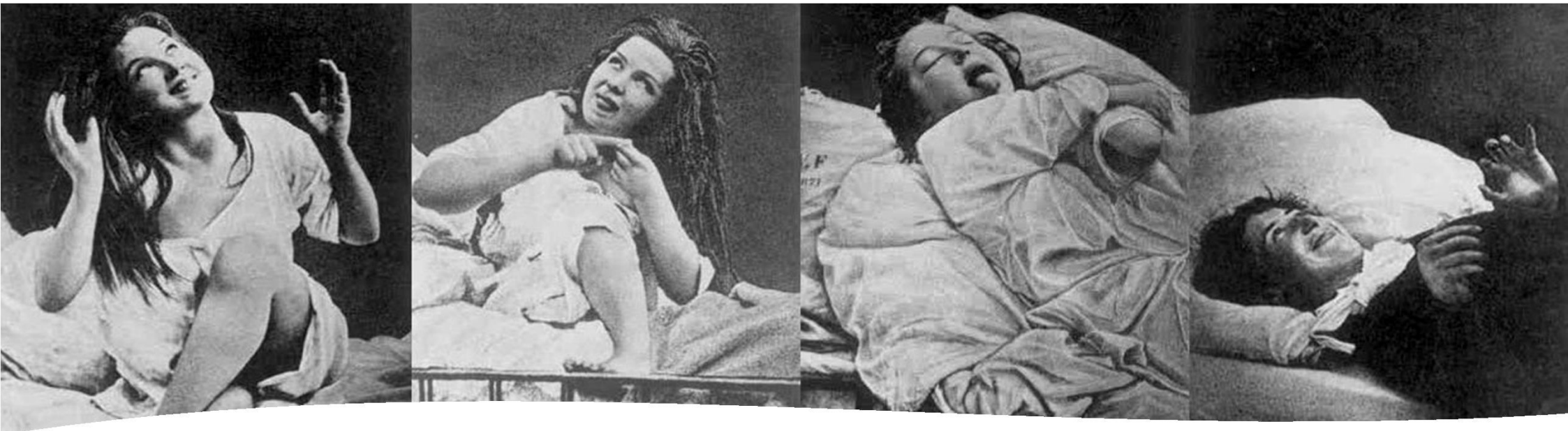
- 1) ginecológico
- 2) demonológico
- 3) neurológico
- 4) psicológico



Matteo Farinella ...

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution - Non-commercial 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)





Definiendo la histeria en el siglo XIX

- Jean-Martin Charcot (1825-1893) trabajó para mejorar la definición de histeria, igual que había hecho para otros trastornos neurológicos.
- La enfermedad no dejó rastros físicos, por lo que empleó la fotografía "objetiva" en un intento de identificar las diferentes etapas de la enfermedad:
 - 1) crisis eplettoide
 - 2) contorsiones y grandes movimientos
 - 3) "actitudes apasionadas"
 - 4) delirio final
- Se cree que estas etapas pueden ser provocadas por medio de la hipnosis.



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution - Non-commercial 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)





2018-1-ES01



Una lección clínica en la Salpêtrière, André Brouillet 1887



Tratamiento de la histeria

- Poca innovación en el tratamiento durante el siglo XI
- La cura de reposo fue desarrollada por Silas Weir Mitchell (1829-1914)
- Reposo en cama forzado y aislado durante períodos prolongados, alimentado con una dieta de leche grasa, prohibido hacer cualquier cosa
- Mitchell creía que esto ayudaba a los pacientes física y moralmente

Los historiadores han argumentado que el objetivo del tratamiento era quebrantar la voluntad de los pacientes. Este tratamiento fue aborrecido por Virginia Woolf (1882-1941) y es el tema del cuento de Charlotte Perkins Gilman (1860-1935): *The Yellow Wallpaper*



Otros tratamientos

Algunas terapias alternativas fueron:

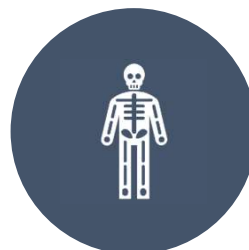
- Las clitoridectomías de Isaac Baker Brown (1811-1873) realizadas en pacientes histéricas en 1860
- La Sociedad de Obstetricia lo expulsó por estas prácticas.
- Destaca los estrechos vínculos entre la histeria y la supuesta desviación sexual en las mujeres.
- Los vibradores no se desarrollaron para curar a las mujeres histéricas, pero la tecnología fue utilizada por la publicidad como si fuera una panacea



Psicoanálisis



El psicoanálisis proporcionó en el siglo XX una nueva comprensión y enfoque de la histeria



La "curación por lapalabra" fue desarrollada por Sigmund Freud (1856-1939), su mentor Josef Breurer (1842-1925) y su paciente 'Anna O' (1859-1936)



Hablar sobre el inicio de los síntomas y luego rastrearlos hasta un evento traumático desencadena una catarsis que haría que los síntomas desapareciesen.



Freud argumentó que los síntomas eran expresiones somáticas de angustia psicológica, a menudo de naturaleza sexual.

El psicoanálisis en el siglo XX



Las teorías de Freud gozaron de una enorme fama a finales del siglo XX.



Se vieron socavados por su naturaleza pseudocientífica (todas las oposiciones a la teoría pueden ser explicadas por la teoría)



Surgieron nuevos problemas en psiquiatría, como el shock



La sexualidad femenina se entendió de manera diferente



El paternalismo fue cuestionado



Se fue reduciendo el diagnóstico de histeria



2018-1-ES01-KA203-050606



Desinstitucionalización y atención comunitaria



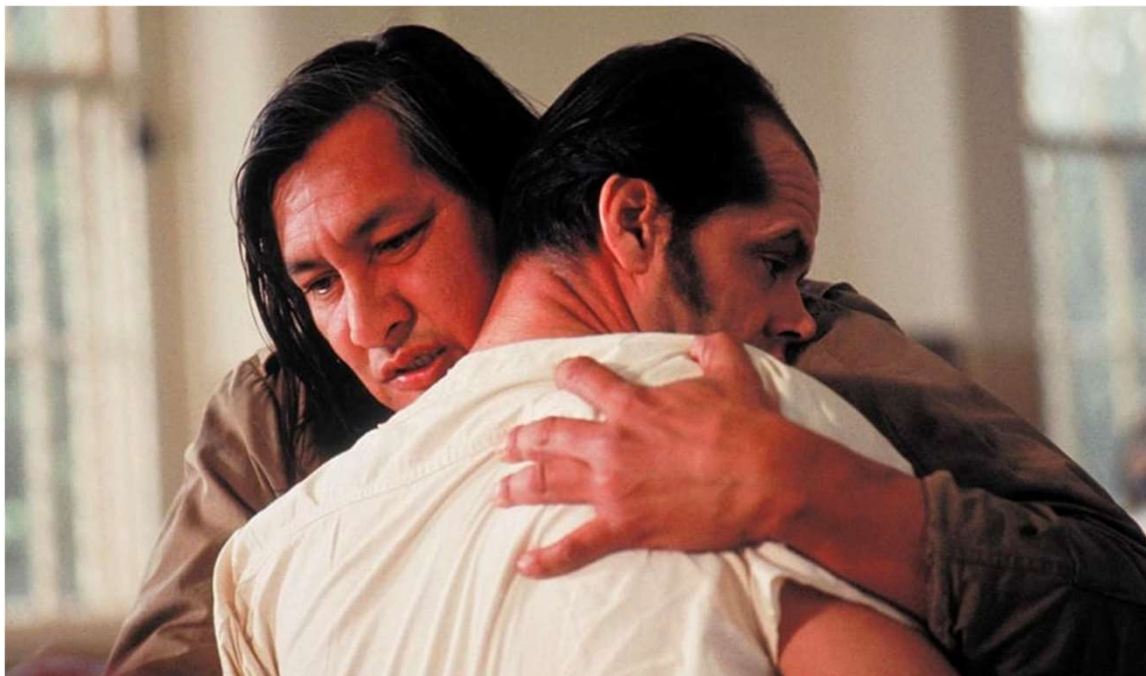
Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution - Non-commercial 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)



Críticas al manicomio



- Ha fallado como medio terapéutico
- Tasa de curación muy baja
- Desarrollos terapéuticos cuestionables
 - Lobotomía
 - Terapia eléctrica
- Preguntas acerca de la moralidad del ingreso forzoso prolongado
-



Cambio de actitud

- Rechazo de la eugenesia
- Traumatización masiva de soldados
- Enfermedad mental tomada en serio
- Nuevas investigaciones sobre el problema
- La revolución farmacéutica ha dado lugar a tratamientos más eficaces
- Nuevos tratamientos como la terapia cognitivo-conductual
-

Desinstitucionalización

- Alejarse de la atención en hospitales psiquiátricos por un "atención comunitaria"
- Los manicomios han sido atacados por los partidos políticos:
De la derecha

De la Izquierda

Contra el control que se ejerce sobre el individuo

Principalmente interesado en los costos de alojamiento y manutención de tantos pacientes

Ha trabajado para abordar el estigma de la enfermedad mental, y para mostrar que las personas con tales problemas pueden contribuir a la sociedad



Cuidado comunitario

Los hospitales de día se convirtieron en lugares de atención y apoyo para los enfermos mentales ; los asilos se habían convertido en lugares de larga estancia y en centros de control

Énfasis en el autocuidado y la automedicación, la confianza en los pacientes.

Mayor variedad de tratamientos

Las políticas residenciales han cambiado. Las políticas de "puertas abiertas" permiten entrar y salir a los pacientes del hospital cuando lo deseen.

Alojamientos de transición

Número reducido de pacientes

¿Ha fracasado la desinstitucionalización?

- La asistencia comunitaria comenzó a excluir por completo al hospital en los años setenta y ochenta. En la década de 1990 se abolió el antiguo sistema de asilo del condado y aumentó el papel de los servicios sociales en el cuidado de los enfermos mentales.
- ¿Idea contrastada con la realidad?
 - Insuficiente soporte disponible
 - Recortes presupuestarios a los ayuntamientos
 - Dependencia excesiva del voluntariado
- La estancia de los hospitalizados por atención psiquiátrica es ahora de solo dos semanas de promedio.



Search ID: for3141

There's no money to provide 'Care in the Community'
...but we **HAVE** just enough to move him into
the carpark!

Autonomía en el sector salud: poder notarial y órdenes de no reanimación



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution - Non-commercial 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)



Cambiar el marco legal del cuidado

La Ley de Capacidad Mental (2005) se desarrolló a medida que se producían la desinstitucionalización y aparecían los primeros problemas



El informe de la Comisión Jurídica (1995) declaró que el marco legal existente era "de incoherencia, inconsistencia y accidente histórico" - ¡la reforma era necesaria y urgente!



En el nuevo modelo de atención comunitario, había poca claridad sobre quién, qué o cómo se podía tomar decisiones en nombre de los pacientes, lo que conducía a casos de abuso de poder

LPA y DNAR



Ejemplos importantes de intentos modernos para permitir la elección del paciente en el sector de la salud



LPA: Otorgar a otro adulto autoridad legal para tomar ciertas decisiones por alguien en el caso de que esta persona pierda la capacidad de hacerlo por su propia cuenta



DNAR: instruye a los profesionales sanitarios a no intentar la reanimación cardiopulmonar (RCP) en caso de un paro cardiopulmonar repentino



El principio fundamental de ambos es que se debe permitir que las personas elijan por sí mismas, ya sea mediante una declaración anticipada o mediante una persona de confianza que se preocupe por sus mejores intereses.



Cinco principios para las directivas anticipadas

1) Siempre se debe asumir la capacidad de una persona. El diagnóstico, comportamiento o apariencia de un paciente no debe implicar falta de capacidad.

2) La capacidad de una persona para tomar decisiones debe evaluarse antes de concluir que la capacidad está ausente. Deben tomarse todas las medidas factibles, como dar tiempo suficiente para las evaluaciones; repetir evaluaciones si la capacidad fluctúa; y, si procede, utilizar intérpretes, lenguaje de señas o imágenes.

3) Los pacientes tienen derecho a tomar decisiones insensatas. Lo que determina si la capacidad está ausente no es la decisión en si misma, sino el proceso mediante el cual se llega.

4) Las decisiones (y acciones) que afecten a personas incapaces deben ser en su mejor interés.

5) Dichas decisiones deben ser las opciones menos restrictivas para sus derechos y libertades fundamentales.

Problemas

Las decisiones y los juicios de capacidad son difíciles de tomar y requieren interpretación, lo que puede ser muy difícil en circunstancias en las que la condición de un paciente se deteriora rápida o repentinamente.

Potencial resistencia familiar

Es posible que no se cumplan los deseos de quienes no tienen registradas directivas anticipadas, incluso cuando son bien conocidas de antemano por familiares.

¿Una expectativa poco realista de poder controlar el proceso de la muerte?

Conclusiones

- La autonomía y la asistencia en enfoques comunitarios para aquellos con menor capacidad (no solo los enfermos mentales) requieren de plazos sociales y legales dilatados en el tiempo.
- Se han producido cambios importantes en la forma en que la sociedad ha tratado, alojado y comprendido a los enfermos mentales.
- Los problemas actuales en la atención comunitaria y las directivas anticipadas cuestionan la simple noción de progreso para alejarse de los enfoques paternalistas.
- Es necesario garantizar que no se producen negligencias en el uso de los elementos comunitarios.

