

SOBRE ÉTICA Y PSIQUIATRÍA: UNA RELACIÓN CONTROVERTIDA¹

ON ETHICS AND PSYCHIATRY: A CONTROVERSIAL RELATION

ONÉSIMO GONZÁLEZ ÁLVAREZ
onesimo@uhu.es
Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva
Universidad de Huelva

RESUMEN

El rápido desarrollo de la Ética Médica como disciplina a partir de la década de los 70 del pasado siglo ha tenido escasa incidencia en la situación de los enfermos mentales. La Psiquiatría ha desconocido o rechazado la condición humana de los enajenados, reconocimiento en el plano jurídico efectuado en fecha bien reciente que tarda en calar en la cultura y en las prácticas profesionales. A los enfermos mentales, en tanto “no personas”, no les conciernen los principios de la Ética Antrópica. Se refieren “prácticas éticas” históricas o anteriores al nacimiento de la disciplina, con especial referencia a las llamadas corrientes críticas y antipsiquiátricas. Se enumeran algunas controversias persistentes y/o resonantes de la relación Ética-Psiquiatría y se apuntan las dificultades de la Ética, dado su objeto individual, para orientar prácticas profesionales en ámbitos y sobre objetos colectivos.

ABSTRACT

The fast development of Medical Ethics as a discipline from the 1970's has had little impact on the situation of the mentally sick. Psychiatry has traditionally ignored or rejected the human condition of mad people, a recent legal recognition that is taking too much time to permeate both everyday culture and professional practices. The principles of Human Ethics do not apply to the mentally sick, who are considered as “no people”. There are historical ethical practices previous to the birth of Medical Ethics as a discipline that make a special reference to the so called critical and anti-psychiatric trends. Some persistent and/or resounding controversies of the Ethics-Psychiatry relation are enumerated with a special stress on the difficulties of Ethics—given its individual object—to include professional practices in collective environments and on collective objects.

PALABRAS CLAVE: Enfermedad mental, Psiquiatría, Antipsiquiatría, Ética, Controversias.
KEYWORDS: Mental illness, Psychiatry, Antipsychiatry, Ethics, Controversy.

¹ Una versión algo diferente de este artículo formó parte de la ponencia del autor a las XIX Jornadas de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (Conflictos éticos en la continuidad asistencial, Barcelona, 2004) y ambos tienen una versión anterior, más extensa, de 1996, inédita, utilizada para cursos de formación continuada y de posgrado (M.I.R.-P.I.R.) del personal del Área Hospitalaria.

1. ALGUNAS NOTAS HISTÓRICAS

El interés por la dimensión ética de la práctica psiquiátrica se está manifestando en nuestro país, de modo expreso y generalizado, solo en los últimos años, y en los países de nuestro entorno cultural en los últimos decenios. En un marco más amplio, referido a toda la práctica sanitaria, antes de 1970 no se encuentran ni libros, ni congresos, ni revistas, ni departamentos que lleven en sus rótulos el término Bioética (Bueno, 2001):

El primer código de derechos de los enfermos fue la consecuencia del contacto entre las asociaciones de usuarios y consumidores de E.E.U.U. con la Asociación Americana de Hospitales, en 1969 (Gracia, D.1989): El primer trabajo relativo a la ética profesional de la American Psychiatric Association (A.P.A.) es de 1973, y el primer Código de Ética de la Asociación Mundial de Psiquiatría (W.P.A.) de 1977, la Declaración de Hawai que, actualizado en Viena en 1983, fue puesto al día el 25 de agosto de 1996 (Declaración de Madrid). Los informes Belmont y Beauchamp Childress son también de la década de los setenta del pasado siglo.

Los años posteriores al final de la 2ª Guerra Mundial, caracterizados por una fase expansiva del ciclo económico, la reconstrucción de Europa Occidental y la aplicación de políticas keynesianas, estuvieron marcados por el recuerdo de los más de 50 millones de muertos así como por la conmoción producida por la barbarie nazi, que hacían imprescindible la apelación a unos “derechos humanos” (Bueno, 2001) como expresamente se reconoce en el preámbulo de la Declaración Universal de 10 de diciembre de 1948.

La práctica profesional y la investigación médica comienzan a verse condicionadas por principios y normas procedentes del ámbito político, jurídico y legislativo, como límites impuestos desde el exterior a la vista de las desviaciones y de la peligrosidad a que podía dar lugar su desarrollo sujeto a sus dinámicas internas o determinado por leyes y políticas que desconocen o menosprecian los derechos humanos. Se trata, como señala Diego Gracia (1998), de la llegada de la Revolución Francesa a la Medicina, con 200 años de retraso, a través del mundo del Derecho. Con ese retraso llega a la medicina el pensamiento ilustrado, o la preocupación por el respeto a la autonomía individual de Locke y de Kant.

No fue sólo la barbarie nazi. Hubo (y sigue habiendo) otras barbaries: son conocidos los escándalos vinculados al conocimiento público de la práctica de trasplantes con células cancerosas a enfermos crónicos, en Brooklyn, N. Y., sin su conocimiento ni consentimiento, o la exposición a virus de la hepatitis en niños deficientes, previo chantaje a los padres, o el estudio, a lo largo de catorce años, de la evolución natural de la sífilis en sujetos varones, negros, de Alabama, “a quiénes se hacía creer que recibían el mejor tratamiento” (Sánchez Caro, 1998).

Ya hemos señalado el papel de las asociaciones de consumidores y usuarios siendo preciso citar también la tradición de la izquierda americana de recurrir al aparato judicial para contestar el statu quo, con procesos históricos como el *Baxtrom vs Herald* o el *Wyatt vs Stichkney* que, entre cosas, permitieron acabar con el secreto que ocultan las prácticas institucionales psiquiátricas y posibilitaron cambios profundos en el régimen interno de tales instituciones (Castel, 1980).

Por último, la ola de reclamaciones judiciales por mala práctica y las indemnizaciones millonarias fuerzan a las compañías aseguradoras y a los dueños y gestores de los hospitales a recomendar a los médicos un trato más personalizado, cordial y “humano” con los pacientes.

Por el momento la *Ética Médica* se ha desarrollado sobre todo como disciplina, en los ámbitos académicos, ideológicos, y en los aparatos institucionales, con escasa repercusión en la actividad cotidiana de los servicios sanitarios.

El sinnúmero de cátedras, revistas, libros, masters y congresos de *Bioética*, no han impedido que más de la mitad de la población desconozca sus derechos y deberes en relación con los servicios sanitarios, que un número considerable de pacientes de servicios públicos no conozca el nombre de su facultativo responsable cuando está hospitalizado (porque no lo tienen asignado) y que cerca de un tercio de los mismos se queje de su ausencia en el proceso de toma de decisiones relativas a su padecimiento².

2. LA PARTICULARIDAD DE LA PSIQUIATRÍA: LA NATURALEZA DE SU OBJETO

Es obvio que nos estamos refiriendo a la *Ética Antrópica* y no a otras dimensiones de la *Bioética* (como la ecológica), es decir, la que trata de lo que tiene valor para el hombre, pero la *Psiquiatría*, como supuesta ciencia y como práctica asistencial, en nuestra cultura y desde la Edad Moderna, ha venido negando expresa o tacitamente la condición humana del enfermo mental, por lo que a tales enfermos no les conciernen ni los derechos ciudadanos ni los principios éticos, en particular los de autonomía y no maleficiencia.

“Conchas vacías, “vidas sin valor”, “vidas que no merecen la pena vivirse”. Así eran calificados los enfermos mentales por los psiquiatras alemanes de entreguerras (Müller-Hill, 1991), consideraciones no muy alejadas de la equiparación expresa de los enajenados con los animales feroces o dañinos contenida en nuestro Código Penal entre 1848 y 1983³.

El manicomio ha sido y sigue siendo la institución central de la *Psiquiatría*, el espacio de la locura y del nacimiento del discurso psicopatológico. Instrumento de defensa social, a través del encierro (muerte simbólica, a veces física) de enajenados reales o supuestos. Lo define la negación del valor de la palabra del interno, es decir, de aquello que distingue al hombre del resto de los animales.

Entre enero de 1940 y septiembre de 1942, en la Alemania nazi, fueron asfixiados con gas 70.723 pacientes, la selección se hizo a partir de individuos “cuyas vidas no valían la pena ser vividas”, reclutados por nueve eminentes profesores de *psiquiatría* y treinta y nueve doctores del más alto prestigio (Porter, 2003): Antes, entre 1934 y 1939, 350.000 enfermos mentales reales o potenciales fueron esterilizados sin consentimiento y con la colaboración de la profesión *psiquiátrica* (Müller-Hill, 1991): Entre 1940 y 1944 florece la investigación anatomopatológica cerebral a expensas del asesinato de enfermos relevantes (Müller-Hill, 1991). Guillermo Rendueles (2000) cifra en 282.245 los enfermos mentales eliminados mediante diversos métodos de eutanasia, solo en Alemania, a final de 1942. La inmensa mayoría de la profesión colaboró activamente con el poder (Rendueles, 2000) y percibió los correspondientes honorarios por el señalamiento de quienes debían morir (“escritores de x”): Solo un catedrático, Ewald protestó (Müller-Hill, 1991): “Jaspersen, un

² Son datos de la Encuesta de Satisfacción Hospitalaria 2003, del Servicio Andaluz de Salud. Más de la mitad de los encuestados desconocían sus derechos y deberes en relación con los servicios sanitarios públicos.

³ Dice así el artículo 485 del Código de 1848, 580 en el anterior a la Ley 8/83: “Serán castigados con las penas de multa de 250 a 2.500 pesetas y reclusión privada:

1º Los encargados de la guardia y custodia de un enajenado que le dejasen vagar por las calles o sitios públicos sin la debida vigilancia.

2º Los dueños de animales feroces o dañinos que los dejasen sueltos o en disposición de causar mal.

modesto psiquiatra de provincias, muy religioso, envió cartas a todos los jefes de servicio del país, en las que les pedía que protestasen y se abstuviesen de rellenar los cuestionarios... “Nadie ha podido mostrar una sola adhesión a tan civilizada forma de no colaboración”. “Los psiquiatras y psicoterapeutas D. Bonhoeffer y Ristmeister murieron en la resistencia armada comunista (el padre del primero demostró su solidaridad retirándose de toda actividad psiquiátrica)”: “Son la excepción que debemos honrar” (Rendueles, 2000), en una profesión que “escotomiza y oculta su pasado” y que “durante 50 años no ha querido enfrentarse con la verdad acerca de los crímenes cometidos por sus colegas alemanes” (Müller-Hill):

Lo recordado hasta aquí es una de las manifestaciones extremas de la lógica que se inicia en la consideración no humana del enfermo mental (todo él enfermo y solo enfermo), pero las consecuencias de esa lógica, así como sus implicaciones políticas y económicas persisten e insisten: En el diario EL PAÍS de 4 de mayo de 1992 se reproducen los datos de una investigación del Dpto. de Defensa del Gobierno de los E.E.U.U. sobre casos atendidos en psiquiátricos privados, en su mayoría adolescentes y niños de familias militares: en el sesenta y cuatro por ciento de los casos el paciente nunca debería haber ingresado, permaneció internado más tiempo del necesario o los hospitales no pudieron justificar el tratamiento. En otros casos se han desvelado fraudes en pacientes cubiertos por seguros privados, con denuncias por secuestro, internamientos involuntarios sin control externo... “Las conclusiones del estudio son sintomáticas de lo que ocurre en la industria de la salud mental, cuyo principal incentivo es el económico”.

Este “abuso psiquiátrico por motivos económicos” (Harding, 1991), “no se puede separar del capitalismo” (Chodoff, 1999) como se pone de manifiesto al considerar el abuso de la psiquiatría en Japón: La atención está relegada al sector privado, subvencionado, con instituciones ubicadas en áreas rurales remotas, ingreso involuntarios sin protección legal, escaso personal, golpes, maltrato, uso represivo de la medicación... El abuso japonés... “puede servir como un signo de advertencia ante la evolución observada en los años noventa en los E.E.U.U. donde algunas decisiones de los hospitales psiquiátricos destinados a aumentar sus beneficios parecen considerar el bienestar del accionista más que el del paciente” (Chodoff op. cit.):

Japón cuenta con el mayor número de camas para pacientes psiquiátricos de todos los países industrializados y los tímidos cambios planteados por el gobierno, de desinstitutionalización y fomento de la asistencia extrahospitalaria basada en la comunidad, cuenta con la oposición de la Asociación Japonesa de Hospitales Psiquiátricos, que representa el noventa por ciento de los centros privados, que se opone tanto a la reducción del número de camas como a incremento del personal (Muñoz Martínez, 2002):

En nuestro país, el informe del Defensor del Pueblo sobre la situación jurídica y asistencial del enfermo mental, hecho público a finales de 1991 (Defensor del Pueblo Español, 1992) dice que “los enfermos mentales no son tratados, sino almacenados”. De los aproximadamente 24.000 internos en centro públicos y concertados... el veinticinco por ciento lo está sin motivo”... “llegando a existir hospitales psiquiátricos en que se atiende a varios centenares de enfermos y que disponen tan solo de un psiquiatra o que, incluso, carecen de este especialista en su plantilla” “alojamientos que no reúnen las mínimas condiciones exigibles”... “ausencia de mobiliario...” “falta de luz artificial...” “ausencia de cristales en las ventanas”...

Manuel Desviat, en 1998, en declaraciones a *Diario Médico* (9-octubre-98) a propósito del Día Mundial de la Salud Mental denunciaba como “las normas que sancionan los derechos humanos de los pacientes mentales son escasamente conocidas por los profesionales. Además se vulneran sistemáticamente en nuestro país”.

En febrero de 1999 fue encarcelado el gerente de un psiquiátrico de León, por robar a los enfermos (el fiscal le acusa de vaciar sus cartillas de ahorro), el mismo hospital en que unos años antes (1991) una investigación periodística había mostrado... “enfermos atados a sus camas día y noche, o envueltos en camisas de fuerza, electrochoques arbitrarios”...

En Andalucía, a pesar de la Reforma iniciada en 1984, el Defensor del Pueblo Andaluz, en su informe al Parlamento de 1995 denuncia el abandono de los enfermos crónicos, en una “trasgresión y desprotección jurídica por omisión”, haciendo una enumeración exhaustiva de los derechos conculcados, desde el derecho a la igualdad y a la no discriminación, a la integración física y moral, a la libertad, a la intimidad personal y familiar. El hacinamiento y la precaridad de recursos en algunas unidades de agudos (Sevilla, Málaga) provoca denuncias sindicales y de familiares de pacientes en la primavera de 2002⁴.

En el Informe al Parlamento de 2001 del Defensor Andaluz señala la escasez de recursos de atención continuada, de medio y largo plazo, así como la escasez general de recursos, sociales y sanitarios, y su profunda descoordinación.

“Su sistema sanitario es una tortura”, resume en el verano de 2002 un anciano turista argentino, tomado por loco, encerrado y atado durante un mes en un hospital sevillano... “los médicos me ataban las dos manos a la cama, y yo esa situación no podía aceptarla”... “Tuve la sensación de que mis palabras no servían para nada...”

Las mal llamadas corrientes médicas o biológicas, viejas y nuevas, sobre todo en sus versiones reduccionistas y mecanicistas resultan particularmente apropiadas para este olvido o rechazo de la condición humana del enfermo mental. En el plano de la reflexión psicopatológica persiste el conocido aserto de Griesinger: la locura es un síntoma provocado por una afección del cerebro, siendo síntoma solo en un sentido mecanicista, expresión de una máquina averiada, carente de significado, motivo, sentido o propósito. Se niega su condición de signo lingüístico o de fenómeno simbólico.

En el plano de la intervención técnica y asistencial, se reduce a intervención sobre el cuerpo, justificando el encierro, la sujeción mecánica o química, diversas formas de choque o la ablación quirúrgica.

Modelos de naturaleza psicosocial, que deben presuponer el sujeto y su condición relacional, y a pesar de su potencialidad liberadora, pueden ignorar la persona y definir objetos parciales de reflexión e intervención (fragmentación del sujeto) y fundar técnicas tan represivas y violentas como las de fundamento biológico reduccionista. Estamos pensando en el activismo asistencial, sustentado en el vigoroso paternalismo de que hablaba Castel, que llega al interior del domicilio del paciente, y aún a su dormitorio, sin o contra su consentimiento y a veces sin el de sus familiares y allegados. O el carácter tiránico, jerárquico, intransitivo (y caro) que puede tener la relación psicoterapéutica, como ha señalado D. Fennor (Saez Buenaventura, 1988):

⁴ Pueden verse, p. ejem., el hacinamiento, la falta de material y la escasez de plantilla denunciadas por C.C.O.O. de Málaga, referidas a la Unidad de Agudos del Hospital Carlos Haya (EL PAÍS Andalucía del martes 26-III-02, pág. 9), o la estremecedora descripción que hace de la Unidad de Agudos del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla, el padre de un enfermo, en una Carta al Director del mismo periódico, en su número del 9-IV-02.

Los diversos modelos susceptibles del reduccionismo y fragmentación que hemos señalado tienen la virtud de funcionar como velos teóricos (Liborio L. Hierro 1982) que permiten ocultar el contenido político y la responsabilidad ética de las prácticas profesionales, a la vez que son la condición para su utilización política y carente de ética, bien de un modo directo y explícito en regímenes totalitarios o recurriendo a engaños y ocultaciones en regímenes democráticos, que engaño y ocultación es el proceso mixtificador que permite psiquiatrizar (medicalizar, psicologizar) el sufrimiento, la diferencia, la pobreza o la violencia, cuya expresión individual diagnosticada (etiquetada) como enfermedad permite el abordaje desde cualquiera de los enfoques referidos. La intervención, socialmente desactivadora e integradora, proporciona consuelo individual y habitualmente estimula el movimiento del dinero y amplía los horizontes del mercado (gasto farmacéutico, gabinetes y consultorios psiquiátricos y psicológicos):

3. PRÁCTICAS “ÉTICAS” ANTERIORES AL NACIMIENTO DE LA DISCIPLINA

La constante histórica de encierro y otras formas de violencia sobre el loco tiene excepciones, en otras culturas, en épocas pretéritas en la nuestra, o en momentos de crisis del orden social vigente en que se muestran o surgen formas de reflexión o de intervención dotadas de variable fundamento ético, dando por supuesto que el calificado como loco, sea enfermo o no, no ha perdido su condición anterior de persona... Se trata de aliviar el sufrimiento que pudiera embargarle, proporcionarle algún tipo de satisfacción, al menos un mínimo de esperanza, contando con su opinión y su colaboración. Tal puede haber sido el trato proporcionado a los internos en los manisanes o en las salas especiales de los hospitales islámicos, entre los siglos VIII y XII, según el relato de viajeros, como Benjamín de Tudela, o de historiadores, como Evlija (González, O. 1993): O la isla de tolerancia que en algún momento fue la colonia de alienados de la localidad belga de Gheel a partir del siglo XII (Huertas, 1988): Vincenzo Chiarugi, a finales del S. XVIII rechazó los métodos que se basaban en la custodia, las formas de sujeción física: en su lugar promovía terapias que trataban a los locos como seres humanos..” es un deber moral supremo, así como una obligación médica respetar el demente como persona” (Porter, 2003): En la primera mitad del S.XIX, en Inglaterra, fueron simultáneas e independientes las reformas liberalizadoras introducidas por John Connolly en el manicomio de Hanwell (Pirella, 1977) con la eliminación de la sujeción física por R.G. Hill en el Lincoln Asylum (Porter, 2003):

Más cercanas en el tiempo, las iniciativas del Consejo Superior Psiquiátrico (Lafora, Germain) una vez proclamada la 2ª República Española⁵, el movimiento desalienista francés (Bonnafé) inmediatamente posterior a la 2ª Guerra Mundial, las experiencias de Maxwell Jones de la misma época, o las iniciativas políticas y jurídicas que precedieron a la Community Mental Health Centers Act. de 1963 en los E.E.U.U. Todas ellas poseían similar soporte ético, impulso muchas veces suscitado por el escándalo que suponía contemplar las condiciones de vida en los establecimientos psiquiátricos.

⁵ Véase al respecto, el Dr. Lafora y su época, del Dr. L. Valenciano, concretamente el capítulo VIII. “La necesidad urgente” de revisar la legislación relativa a los alienados”, la misma urgencia de “reorganizar la asistencia a los alienados” “cimentándola sobre lazos puramente científicos” para cambiar los manicomios de “depósitos carcelarios de alienados” a verdaderas casas de curación, forman parte de las conclusiones adoptadas en la reunión fundacional de Asociación Española de Neuropsiquiatras (Barcelona, 1924).

Sin embargo, en la segunda mitad del pasado siglo el protagonismo de las propuestas y prácticas asistenciales éticamente fundadas corresponde a las corrientes englobadas en los términos Antipsiquiatría y Psiquiatría Crítica (Basaglia, Cooper, Ramón García, Ronald D. Laing, Th. Szasz, etc.) cuyo papel ha sido expresamente reconocido en el nacimiento de preocupaciones éticas por parte de la psiquiatría oficial⁶.

En este momento, más que las producciones teóricas o los procesos de reforma institucional y legislativa de fundamento “crítico” me interesa señalar la naturaleza de la práctica profesional que puede ser calificada de ese modo (“crítica”) y que se caracteriza por su complejidad y su incomodidad: La relación con el enfermo, internado o no, se establece desde el supuesto de que su condición anterior de persona “no se anula ni se agota” en el encierro ni en la enfermedad, pero “mantener esa posición continuamente presente en el trabajo cotidiano, como principio rector del trato con el otro, destaca la caja de los truenos.: Niega la negación del valor de la palabra del interno que funda el manicomio, y al dialectizarlo, obliga a asumir los conflictos hasta entonces en él encerrados y presos, que se hacen públicos” (González, O., 1985) y se manifiestan en otros lugares aparentemente alejados... (la familia, el barrio, el pueblo)... hasta en el seno de las asociaciones profesionales⁷.

La posición crítica, entendida como crítica social y de la propia práctica determina la colaboración o no con el poder, sus modalidades y grados, y en su caso la oposición y la denuncia. La consideración del objeto de nuestra práctica como persona-ciudadano-sujeto impide tanto el trabajo clínico al uso como las intervenciones al margen de su conocimiento y consentimiento, es decir de sus intereses y responsabilidades.

4. ALGUNOS CONTENIDOS DE LOS DEBATES Y CONTROVERSIAS RELATIVOS A ÉTICA Y PSIQUIATRÍA

Poseen el carácter de contenidos resonantes (por la virulencia de los debates y su extensión fuera de los ámbitos especializados) los relativos a las relaciones sexuales terapeuta-paciente, la falsificación de datos en la investigación así como el temor de la

⁶ Así lo recuerda Diego Gracia (1998), en el Prólogo a la Guía de “Consentimiento Informado y Psiquiatría” de Sánchez Caro- Sánchez Caro: “Han sido el movimiento antipsiquiátrico, y sobre todo la obra de Thomas Szasz, los que han acabado con el mito de que la enfermedad mental es sinónimo de incapacidad e incompetencia. Haciéndose eco de ese movimiento, la President’s Comisión norteamericana estableció en su magnífico informe de 1982, Making y Health Care Decision’s que la enfermedad mental no es por sí motivo de incapacidad.

Esta actitud considerada y respetuosa con el “movimiento antipsiquiátrico” y en particular con las posiciones de Thomas Szasz se mantiene en otros lugares de la psiquiatría oficial U.S.A. (véase, p. ejem. la Guía de Uso del D.S.M. IV, Allen Frances, M. B. First, H. A. Pincus, versión española de Masson, 1997, págs. 14 y 25), y contrasta con la feroz hostilidad de la psiquiatría europea, cuyo límite fue la moción-propuesta del profesor Ey en el Congreso Mundial de Psiquiatría de Méjico, en 1971. (Véase Basaglia, 1972)

Entre nuestros profesionales jóvenes y no tan jóvenes persiste una actitud hostil-despectiva hacia los nombres y los textos de estas orientaciones, desprecio que expresa su ignorancia, tanto del valor de muchas aportaciones teóricas como de las realizaciones prácticas. Alguno de los textos de Laing, como “El yo dividido” me parecen de conocimiento obligado para cualquier profesional de la especialidad, como las aportaciones de Goffman y Foucault a textos colectivos... O publicaciones críticas procedentes del mundo académico más riguroso, como las compiladas por Ingleby (1982). En cualquier caso, reitero la importancia fundamental de sus aportaciones prácticas, el modo distinto de entender la relación con los pacientes y sus familias y de ordenar el funcionamiento de los servicios que muestran Basaglia, Cooper o Ramón García.

⁷ La vehemencia, e incluso la violencia verbal en los pasillos del XI Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (Málaga, 1971), entre los miembros de la psiquiatría oficial y los “jóvenes airados” de la Coordinadora, pudo influir en la orientación profesional de un entonces psiquiatra en ciernes y hoy autoridad de la Bioética.

población frente a los enfermos mentales abandonados, vivido en los últimos decenios como consecuencia de deshospitalizaciones “salvajes” o escasamente meditadas. Menos resonantes, pero persistentes, son los relativos a la confidencialidad, el consentimiento informado, los internamientos involuntarios, algunas terapias controvertidas, la aceptación de dinero de los laboratorios por parte de los profesionales así como las relaciones intra-profesionales. Comentaré brevemente alguno de ellos para dedicar una extensión mayor a la continuidad asistencial.

-Sobre la relación sexual terapéutica paciente, se trata del único principio en que la Asociación Psiquiátrica Americana (A.P.A.) prescribe de modo preciso... “Las actividades sexuales con un paciente no son éticas”, con una matización de 1993 que extiende la prescripción a pacientes “actuales o previos”. Este criterio recuerda la recomendación freudiana... “la cura debe desarrollarse en la abstinencia”, del mismo texto en que al referirse al enamoramiento de la paciente califica la situación como “complicada, inevitable y difícil de resolver”. La precisión de género contenida en el texto de Freud de 1915 se corresponde con el hallazgo (Marmor 1976) de que una aplastante mayoría de estas relaciones habían tenido lugar entre psiquiatras varones y sus pacientes femeninas. La dificultad señalada por Freud se agrava si consideramos el carácter desigual, jerárquico y de dominio que históricamente ha venido informando la relación profesional.

Volviendo a la A.P.A., la primera suspensión motivada por transgresión de criterio ético le ocurrió a un profesional en quien se documentó relación sexual con una paciente (años 50): En textos recientes, este problema se sitúa en el marco más general de la explotación de la relación médico-paciente, que puede tener otras dimensiones. La transferencia no solo puede “encarnarse”, sino que a veces adquiere la forma de dinero líquido, favor político o legación testamentaria. Y se amplía a otros marcos relacionales, como la relación jefe subordinado, tutor residente, en las diversas formas de reales o supuestos abusos y acosos.

-Sobre la confidencialidad... “Lo que en mi práctica vea u oiga, y lo que fuera de ella supiera en el trato con los hombres, no lo difundiré sino que tendré callado y mantenido secreto”. Así reza el juramento hipocrático y establece la legislación vigente en nuestro país (Ley 41/02 de 14 de Noviembre): Se trata de un principio cuyo respeto en cada vez más difícil y complejo, a veces por imperativo de la misma ley, habitualmente la legislación penal, campo en el que con más frecuencia se produce el conflicto entre la norma ética y el imperativo legal⁸.

La condición de funcionarios públicos de los profesionales, y su actuación testifical y pericial en procesos civiles y penales, dadas las implicaciones jurídicas y laborales de las enfermedades (seguros, bajas, pensiones, imputabilidad, incapacitación y tutela...), así como la complejidad creciente de los procesos diagnósticos y terapéuticos con un número cada vez mayor y diverso de profesionales implicados, los procedimientos de registro y archivo de la información, aumentan el número de quienes tienen acceso a lo susceptible de reserva y secreto.

⁸ El Código Penal de 1995 incluye el secreto médico, resolviendo una carencia histórica de la legislación española, pero el legislador se olvida de incluirlo en la Ley de Enjuiciamiento Criminal, que dispensa de la obligación de declarar al abogado del procesado, a los eclesiásticos y a los funcionarios públicos, en razón de su cargo... Esta carencia de dispensa a los médicos abre la posibilidad de exigencia de funciones periciales al médico que atiende a un encausado, conflicto entre ética y legislación de difícil solución, por el momento (González, O., 2003).

Por otro lado, tanto las técnicas terapéuticas grupales, las reuniones características de las comunidades terapéuticas y el trabajo en la comunidad obligan a sacar a la luz, debatir y compartir informaciones e intervenciones que desbordan las consideraciones éticas tradicionales, centradas en la relación dual terapeuta-paciente.

Consentimiento informado. El objeto tradicional de la intervención médica, un cuerpo fragmentado, sumiso y dependiente, se ha transformado en persona jurídica, sujeto de derechos, capaz, autónomo, dueño de sí y de su cuerpo, que tiene derecho a ser informado y consentir o no las intervenciones sanitarias. En este momento, tanto el Convenio de Oviedo como la Ley 41/02 incluyen la formalización jurídica del referido principio... Que concierne a los enfermos mentales puesto que por ley (Art. 20, Ley 14/86 General de Sanidad y apartado prestaciones de la Ley 13/2003 de cohesión y calidad) están equiparados a los demás enfermos y los servicios especializados deben estar integrados en el sanitario general.

La norma número 3 de la Declaración de Madrid es muy precisa al respecto... “El paciente debe ser aceptado en el proceso terapéutico como un igual por derecho propio”... Son obvias las dificultades de aplicación tanto del principio como de su actual formalización jurídica, dados los siglos de relación desigual, dificultades y resistencias presentes en los dos polos de la relación (González, O., 2006).

-La desintitucionalización. La indignación ante la realidad manicomial (encierro, malos tratos, miseria) nutre el impulso ético (más tarde imperativo legal) desintitucionalizador que, en palabras de Amarante (1995) “ es una manifestación ética desde el momento que se ejercita para conseguir el reconocimiento de nuevos sujetos de derecho y de nuevos derechos para los sujetos, de nuevas posibilidades de ser sujetos, para aquellos que fueron convertidos en objetos por el saber y la práctica científicas”...

No nos referimos a desintitucionalizaciones salvajes, producto de la moda, de imperativos económicos (muchas veces inmobiliarios) o de otras compulsiones destructivas y desmanteladoras. Incluso procesos inicialmente bien fundados, pensados y aceptablemente dotados, con logros indudables, no dejan de tener efectos perversos, y el esfuerzo dirigido a restituir derechos fundamentales (de los internados en los manicomios, privados de libertad, de los ciudadanos todos con escasos recursos asistenciales), acaba conculcando otros. En este sentido es sumamente esclarecedora la lectura del Informe del Defensor del Pueblo Andaluz cuando, en 1996, se refiere a la situación de los enfermos crónicos... “es cierto que el sistema manicomial quedó atrás, pero la transgresión de los derechos humanos aunque reducida, no ha sido eliminada, sino que se ha transformado. Lo que en la época anterior constituía una transgresión y desprotección jurídica por acción, hoy es por omisión”.

-La relación con la industria farmacéutica. En otro lugar (González, 1999) he señalado que “el problema ético central de la profesión, en este momento histórico, es su actitud pasiva y sumisa ante los imperativos de la industria, las finanzas y el mercado que, a mi entender, ha desbordado todos los límites, y no solo los éticos”... “Las técnicas de promoción y venta focalizadas en el médico (prescriptor) han desbordado lo imaginable y seguramente lo tolerable”.

En los últimos años esta particular relación entre la industria farmacéutica y los médicos ha provocado debates tanto resonantes como persistentes en los medios de comunicación, en sedes parlamentarias y judiciales y, por supuesto, en las publicaciones profesionales.

En varias ocasiones me he referido a las observaciones de Paulo Amarante (1995) cuando alude a la “interferencia descontrolada de la industria farmacéutica en la investigación, en los eventos o en las prácticas de la salud mental y asistencia psiquiátrica... una política industrial de consumo donde el mercado dicta las normas de la política de salud”. Benedetto Saraceno (1993) analiza con detenimiento y claridad las relaciones entre el productor de informaciones y el prescriptor, y el modo como se obstaculiza cualquier proceso crítico⁹ (9) Santiago Lamas (1993) nos ha hecho una excelente síntesis de la obra de David Healy, simultánea a un notable reportaje de Fuller Torrey... y Ray Moynihan coordinó un número especial del *British Medical Journal* (B.M.J.) de 31 de mayo de 2003 (“La hora de desenredar a los médicos de las compañías farmacéuticas”) con una portada ciertamente llamativa, en que muestra diversos modos de relación entre cerdos (médicos prescriptores) y reptiles (representantes de los laboratorios, armados de bolígrafo y talonario): El periodista Jörg Blech en su librito “Los inventores de enfermedades” (ediciones en español desde enero de 2005) nos ilustra como trabajan “los inventores de enfermedades” (a escondidas) y “como nos convierten en enfermos”.

En nuestro país es llamativa la falta de pronunciamientos críticos desde los ámbitos profesionales de la especialidad, si se exceptúa a la Asociación Española de Neuropsiquiatría y algunas de las federadas (Andaluza, Galega de Saude Mental) con análisis y denuncias recogidos en la prensa general y especializada (Rev. de la A.E.N., Maristán, Siso-Saude, Psiquiatría Pública mientras existió...): La Fundación Instituto Catalán de Farmacología, dirigida por Joan- Ramón Laporte es otra de las excepciones, con unas publicaciones y pronunciamientos que solo se pueden calificar de ejemplares desde el punto de vista ético, y que, como toda ética práctica depara consecuencias desagradables y penosas para quien así se comporta.

-Ética y continuidad asistencial. La continuidad asistencial y de cuidados supone la noción de sujeto como unidad psicofísica, articulador de sus múltiples identidades y relaciones sociales, en cada momento y en su desarrollo temporal. Lo que implica la necesidad de analizar su conducta (eventualmente síntomas y síndromes clínicos) en su contexto, en la medida que su significado (sus significados) va indisolublemente unido al contexto, al lugar del signifiante en la cadena de signos. En el plano terapéutico, lo mismo: el tratamiento, cualquier clase de tratamiento es solo una parte de un complejo entramado de relaciones y de intervenciones, propias y de la red social, que se entrelazan con los hechos fortuitos y con los acontecimientos de la vida. El tratamiento es un elemento más que viene a añadirse a esos “procesos naturales”. (Wille, 1982):

A la continuidad como cualidad positiva de la intervención, como valor, se opone la discontinuidad, producto de la fragmentación, fragmentación que se produce y manifiesta en diversos planos y niveles.

⁹ Dice, entre otras cosas B. Saraceno:... “la extrema pobreza de actitud crítica” y la “aceptación pasiva de la información” se debe a) al poder económico de la empresa farmacéutica que determina una difusión poderosa, extensa y capilar de una información distorsionada o simplificada b) el poder económico de la industria farmacéutica determina una complicidad intelectual de muchos líderes que producen información c) el poder económico de la industria farmacéutica determina estrategias informativas simplificadas, tranquilizantes y apetitosas tanto para el prescriptor como para el paciente... d) el poder cultural y los condicionamientos económicos de las instituciones privadas o públicas de investigación farmacológica determinan una producción de investigaciones, las cuales, a pesar de ser impecables desde el punto de vista metodológico, son repetitivas, autorreproductivas e irrelevantes para la salud pública”.

En primer lugar fragmentación en las unidades y servicios. Los agudos frente a los crónicos, el ambulatorio frente al hospitalario, la primaria frente a la especializada, lo sanitario frente a lo social. Por un lado los ancianos, por otro los deficientes, más allá los toxicómanos, y las anoréxicas aparte, que no están locas... Unidades para los trastornos límite, otras para los esquizofrénicos resistentes... “Para cada grupo o subgrupo ha de haber no un programa, sino una unidad, un servicio, una especialidad o subespecialidad, como mínimo un master y un protocolo. Y si no son posibles servicios públicos, mejor, se concertan, que en el ámbito privado hay residencias asistidas y sin asistencia, para deficientes, drogadictos y diversas modalidades de ancianos (González, 1998):

En segundo lugar la fragmentación del sujeto, empezando por la ruptura de la unidad psicofísica. En la atención corporal el paciente es poco más que una suma desarticulada de órganos y aparatos, como muestra la asistencia que se presta en algunas plantas de hospitalización, que llega a lo inadmisibles y grotesco en pacientes ancianos y/o pluripatológicos, abrumados por la cantidad de profesionales que intervienen sobre su cuerpo cada día, que ninguno es su médico, obligados a tomar decenas de pastillas, producto de la suma de las prescripciones en que acaban los informes de interconsulta. En la atención psicológica y de salud mental las cosas no está mejor, empezando por el pleito entre psiquiatras y psicólogos y los diversos objetos y formas de intervención de las diversas escuelas y orientaciones de una y otra profesión.

En tercer lugar las separaciones y las divisiones en los planos administrativo y de gestión. La primera y principal la distancia entre el organismo que paga y el que gasta (entre la financiación y la provisión según el lenguaje al uso): Cuanto más aumenta la distancia entre uno y otro, más aumenta el gasto (que es, en realidad, de lo que se trata). O la separación entre programados y gestores y los clínicos y resto del personal de a pie. Los primeros suelen aludir y recurrir a modelos y experiencias foraneos, que tratan de imponer de modo descontextualizado, olvidando la advertencia de Clausewitz: “Las doctrinas militares tienen que ser producidas por el ejército que va a usarlas porque la copia indiscriminada resulta siempre un grave error”. O la competitividad como orientación de la actividad de los servicios, como si fueran supermercados, que impone la disputa permanente e impide, o al menos dificulta seriamente, cooperar y compartir.

En otros momentos y lugares ha calificado esa dinámica fragmentadora como compulsión de escisión (González, 1988).

Charles Boelen, en su documento de trabajo de la O.M.S. (2001) relativo a la propuesta *Toward Unity For Health (T.U.F.H.)*, A.U.P.A.S. o *Actuando Unidos Para la Salud*, en castellano, decía que la fragmentación en la provisión de servicios de salud no es solo una realidad estática, sino un fenómeno galopante, señalando las divisiones entre la atención individual y los servicios comunitarios, entre los aspectos económicos y sociales de la salud, entre la atención curativa y la preventiva, etc.

La lógica del capital, del movimiento del dinero, del lucro y la codicia imponen “enfoques analíticos para la resolución de problemas”... que usan la ciencia y la tecnología y olvidan los enfoques holísticos basados en las ciencias epidemiológicas y sociales... actuaciones contra la enfermedad en vez de para la salud, organización de los servicios según la conveniencia de los profesionales en vez de considerar las expectativas y necesidades de la gente... Fuerza de trabajo impulsada por la empresa privada, la competencia, el consumismo y el pago por servicio”. El bienestar del accionista a expensas del paciente como decía Chodoff. Este es el centro del conflicto ético.

La continuidad asistencial solo puede garantizarse con la integración sociosanitaria. Además de algunas experiencias voluntaristas, ejemplares, en el ámbito de la atención

primaria o en los primeros momentos de las reformas psiquiátricas, la propuesta más consistente, en los últimos años, es el referido programa T.U.F.H. o A.U.P.A.S. de la O.M.S., donde la gestión integrada trata de incluir atención primaria, especializada, salud pública, servicios sociales y comunidad de vecinos¹⁰.

5. LA DIMENSIÓN COLECTIVA. MÁS ALLÁ DE LA ÉTICA

Los principios éticos tradicionales de beneficencia, no maleficencia y autonomía se refieren al sujeto individual, y suponen que el objeto de la medicina es el individuo, su cuerpo. Gustavo Bueno (op. cit.), p. ejemplo afirma que la medicina siempre va referida al cuerpo individual y reduce la llamada medicina social a la administración de la medicina en un contexto jurídico, lo que no es cierto. Existen concepciones de la salud y la enfermedad, así como objetos de intervención y procedimientos que siendo médicos, son colectivos, y que suponen una diferencia de plano, un salto epistémico respecto a la concepción individual. El objeto de la Epidemiología son las poblaciones humanas, la frecuencia y distribución de la enfermedad en las mismas y el estudio de los factores que las determinan. Las intervenciones preventivas suponen objetos colectivos y en su mayoría son intervenciones sobre el medio, bien material, bien social: La intervención sobre las fuentes de Londres sugeridas por Snow a mediados del S. XIX tuvo un efecto inmediato en la disminución de los casos de cólera en la población, antes de conocer su origen bacteriano. O la prevención de la pelagra a través de medidas dietéticas propuesta por Goldberger a comienzos del S. XX, sin conocer su origen carencial... El control sanitario de los alimentos, el tratamiento del agua de bebida, suponen procedimientos sanitarios, médicos a la vez que colectivos, sin referirse primariamente al cuerpo del enfermo.

Me interesa señalar los objetos colectivos de análisis e intervención, por ejemplo, el hospital en su globalidad, o la sala o unidad en que se trabaja en la orientación de Comunidad Terapéutica, o los grupos terapéuticos, o las intervenciones comunitarias que implican a personas e instituciones de la red social de los pacientes. En todo estos contextos las orientaciones éticas tradicionales deben ser replanteadas. La tradicional controversia sobre la relación sexual terapeuta-paciente se trasforma en la complejidad del manejo de necesidades y deseos de tratados y tratantes, de cuidadores y cuidados en las instituciones en que conviven, más duros y más difíciles de abordar conforme más cerrada y “total” sea la institución. Recuérdese p. ejem. las denuncias y evidencias de abusos sexuales en las prisiones y en los centros correccionales. Algo parecido ocurre con la confidencialidad. Tanto la dinámica grupal (sean grupos de psicoterapia o reuniones de sala) como el trabajo en y con la comunidad significan compartir y debatir lo que en la relación dual puede permanecer secreto.

Únicamente el principio tradicional de justicia, en tanto que demanda una distribución equitativa de los recursos como fundamento de la salud, conduce a la Ética Médica, a través de la Moral, el campo jurídico, es decir, social, económico y político¹¹.

¹⁰ Las dificultades de funcionamiento integrado en la comunidad, dadas las diferentes dependencias administrativas de los profesionales, se corresponden con la actitud “de las cúpulas”: Diario Médico del miércoles 15 de marzo de 2006 subraya como “nueve comunidades rechazan de plano la reunificación de sanidad y servicios sociales”, a excepción de Cantabria donde ya están unidos

¹¹ Hay quien niega la distinción entre Ética y Moral. Es común la diferenciación atendiendo a su objeto, que sería la vida humana individual en el caso de la Ética y los grupos humanos en el caso de la Moral. Para otros, en fin, la Ética sería la ciencia de la Moral y esta la práctica de Ética.

BIBLIOGRAFIA

- AMARANTE, P. (1995): "Algunas reflexiones sobre ética. Ciudadanía y desintitucionalización en la reforma psiquiátrica. *Psiquiatría Pública* 7-3 165-168
- BASAGLIA, F. (1972): "En los locos pienso yo". En García, R. *¿Psiquiatría o ideología de la locura?* Barcelona. Anagrama 117-122.
- BEAUCHAMP T.L. CHILDRESS J.F. (1979): *Principles of Biomedical Ethics*. New York Oxford University Press.
- BELMONT REPORT (1978): En Serrano M.A y otros (1990) *Ensayos clínicos en España (1982-1988)*. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1921.
- BERNAL, V. (1982): *Ética y Psiquiatría*. En Freedom, Kaplan y Sadok. *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona. Salvat. 2812-2822.
- BLECH, J. (2005): *Los inventores de enfermedades. Como nos convierten en enfermos*. Barcelona. Destino.
- BOELEN Ch. (2001): *Actuando unidos para la Salud*. Ginebra. O.M.S.
- BUENO, G. (2001): *¿Qué es la Bioética?*. Oviedo. Pentalfa Ediciones.
- CASTEL, R. LOWEL, D. (1980): *La Sociedad Psiquiátrica Avanzada*. Barcelona. Anagrama.
- CASTILLA DEL PINO, C. (1976): *La Ideología de la locura en la práctica psiquiátrica actual*. En Bercovitz. *La marginación de los locos y el Derecho*. Madrid. Taurus.
- CASTILLA GARCÍA, A. (1994): *Ética y Psiquiatría*. *Boletín de la Asociación Castellano Leonesa de Salud Mental* nº3; 3-9
- (1995): *Aspectos éticos generales en Psiquiatría*. *Cuadernos de bioética* nº 3; 327-337.
- CHODOFF P. (2001): *Mal uso y abuso de la Psiquiatría: visión general*. En Bloch, Chodoff, P. Green S. La "Ética en Psiquiatría". Madrid. Triacastela. 57-75.
- DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ (1996): *Informe al Parlamento sobre la gestión realizada en 1995*. Sevilla. Defensor del Pueblo Andaluz.
- DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ (2002): *Revista resumen del Informe Anual 2001*. Sevilla. Defensor del Pueblo Andaluz.
- DEFENSOR DEL PUEBLO ESPAÑOL (1991): *Situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España*. Madrid. Defensor del Pueblo.
- FREUD, S. (1915): *Observaciones sobre la amor de transferencia*. *Obras Completas*. Tomo II, edición de 1968. Madrid. Biblioteca Nueva.
- FULLER TORREY, E (2002): *The Going Rate on Shrinks*. *The American Prospect*. 13-13.
- GONZÁLEZ, O. (1985): *Premio a los trabajadores del Hospital Psiquiátrico de Huelva*. *R.A.E.N, Vol. V núm. 13*; 258-259
- (1988): *Sobre la Reforma Psiquiátrica en Andalucía*. *R.A.E.N. Vol. VIII núm. 26*; 515-522.
- (1993): *A propósito del nombre*. *Revista de la A.A.N. Vol. II núm. 4*; 54-55.
- (1998): "La Larga marcha por los derechos civiles...". En Álvarez-Uría y otros. *Neoliberalismo vs. democracia*. Madrid. La Piqueta. 238-263.
- (1999): *Ética y prescripción de psicofármacos*. Maristán. *Revista de la A.A.N. Vol. VII núm. 13*; 4-8.
- (2000): *La Asociación Española de Neuropsiquiatría y la situación jurídica de los enfermos mentales*. *Cuadernos Técnicos* nº 3. Madrid. A.E.N.

- (2003): "La atención que excluye". *Siso-Saude. Boletín da Asociación Galega de Saude Mentl*, 38; 77-90.
- (2003): *Peritos Compulsivos*. Tribuna de Diario Médico. 27-V-03.
- (2006): *El tratamiento ambulatorio involuntario de los enfermos mentales. El trasfondo de un prolongado debate*. En prensa.
- GRACIA, D. (1989): "Los cambios en la relación médico-enfermo". En *Medicina Clínica*, 93; 100-102.
- (1991): *Procedimientos de Decisión en Ética Clínica*. Madrid. Eudema.
- (1998): Prólogo. En SÁNCHEZ-CARO. *Consentimiento Informado y Psiquiatría*. Madrid. Fundación Mapfre Medicina; 19-25.
- HARDING, T. (1991): "Ethical sigues im the delivery of mental health service". En BLOCH, S. CHODOFF, P. (edt.) *Psychiatric ethics*. 2ª ed. Oxford University Press; 473-92.
- HIERRO, L. (1982): Psiquiatría y Derechos Humanos. *Psicopatología*. 2-4; 323-330.
- HUERTAS, R. (1988): La comunidad de Gheel: Una alternativa de asistencia psiquiátrica en el S.XIX. En *R.A.E.N. Vol. VIII núm. 25*; 257-266.
- INGLEBY, D. (1982): *Psiquiatría Crítica*. Barcelona. Grijalbo.
- LAMAS, S. (2002): A propósito de "la Era antidepresiva de David Healy". En *Siso-Saude*, 36; 69-106.
- MARMOR, J. (1976): Some psychodynamic aspects of the seduction of patients in psychotherapy. En *American Journal. Psycanalysis*, 36; 319-323.
- MUÑOZ, S. (2002): Revisión de la asistencia psiquiátrica en Japón. *Jano LXII* 1425-970.
- PIRELLA, A. (1977): "John Conolly, de la filantropía a la psiquiatría social". En BASAGLIA, F. *¿Qué es psiquiatría?* Madrid. Labor; 178-195.
- PORTER, R (2003): *Breve historia de la locura*. Madrid. Turner F.C.E.
- RENDUELES, G. (2000): Psiquiatrización de la ética. Ética de la Psiquiatría. El idiota moral. En SANTANDER F. (coord.) *Ética y Praxis Psiquiátrica*. Madrid A.E.N. 375-433.
- SÁEZ, C. (1978): "Conflictos psiquiátricos en la última década española". En *Bugallo y otros. Conflictos y lucha psiquiátrica en España*. Madrid. Dédalo. 9-40.
- (1988): *Sobre mujer y salud mental*. Barcelona. La Sal ediciones de les dones.
- SÁNCHEZ-CARO (1998): *Consentimiento Informado y Psiquiatría*. Madrid. Fundación Mapfre Medicina.
- SANTOS, F. (1998): *Propuesta de reforma legislativa en materia de incapacidad e instituciones tutelares*. Córdoba. Foro.
- SARACENO, B. (1993): Los psicofármacos en una perspectiva de Salud Pública. *Acta Psiquiat. Psicol. Am. Lat.* 40 (1); 63-68.
- SIMÓN LORDA D (1992): El consentimiento informado en psiquiatría... *An. Psiquiatría* 8-7; 242-252.
- SIMÓN LORDA P. CORCHERO CARRO, L. (1993): *El consentimiento informado. Teoría y Práctica I y II. Med. Clín.* 100, 659-663. 101, 174-182.
- VALENCIANO, L. (1977): *El Dr. Lafora y su época*. Madrid. Morata.
- VELASCO SUÁREZ (1986): "Ética y psiquiatría". En VIDAL- ALARCÓN *Psiquiatría*. Buenos Aires. Ed. Médica Panamericana.
- WILLE, R. (1982): Caminos de liberación. El Correo de la UNESCO. Año XXXV, enero de 1982 p.24