



Revista de Psiquiatría y Salud Mental

www.elsevier.es/saludmental



CARTAS AL DIRECTOR

La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad en salud mental. Una cuestión de derechos humanos[☆]



Convention on the rights of persons with disabilities in mental health. A human rights issue

Sr. Director:

La *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*¹ es un tratado sobre derechos humanos en materia política, social y sanitaria, enfocado en la «discapacidad» física, mental, intelectual o sensorial «a largo plazo» que impidan una participación plena en la sociedad. En salud mental esta definición falla al distinguir (y por tanto discriminar), por ejemplo, entre un paciente con esquizofrenia crónica de un episodio psicótico breve. Ambos son cuestiones mentales que inciden en la vida cotidiana.

Esta dificultad viola el *igual reconocimiento como persona ante la ley*², pues excluye de la protección legal a pacientes no englobados en la definición. Ciertamente, la ley asegura la igualdad ya que se centra en la participación plena de la persona. Ahora bien, reconociendo que no siempre la persona es autónoma, se estipula que los Estados partes asegurarán «salvaguardias»² adecuadas y efectivas para evitar abusos. Aunque esto tampoco es definido, la bibliografía^{3,4} ha adoptado varios enfoques, y en salud mental se ha centrado en la toma de decisiones compartidas, las voluntades anticipadas o la planificación anticipada de decisiones.

Dado que se quiere proteger de abusos, el *Comité* recomendó a España revisar sus leyes sobre la privación de la libertad basada en criterios de discapacidad, autorizaciones de ingresos y tratamientos involuntarios, y que adoptara medidas fundamentadas en el consentimiento informado⁵.

Por eso, tendríamos que revisar leyes como el Código Penal (art. 156), que permite la esterilización de personas con discapacidad sin su consentimiento.

Aunque deberíamos fomentar políticas sociosanitarias basadas en el consentimiento libre, no siempre las personas tienen la competencia suficiente como para decidir autónomamente. Se presupone la «capacidad jurídica» (ser titular de derechos y obligaciones), pero no todas las personas tienen suficiente «competencia» (aptitudes para realizar actos basados en sus convicciones). Pues bien, creemos que es un error sostener que la competencia mental no es algo objetivo, natural y científico, sino político-social². La investigación se centra en un enfoque funcional que estudia procesos cognitivos: *razonamiento, comprensión, apreciación y elección*⁶. Cuando esto falla, resulta difícil la aplicación de un modelo basado en el *sopORTE*, teniendo que aplicar la «mejor interpretación de la voluntad»² (creencias, valores, deseos, etc.) de la persona y no de quien decida en su nombre. Y todo ello fundamentado⁷ en la no-discriminación, la igualdad y la dignidad (artículo 3), la protección de la integridad (art. 17), el derecho a la vida (art. 10) y la salud (art. 26), y la habilitación y rehabilitación (art. 27)¹.

Así, con estas premisas, sin tener que ser la regla sino la excepción, nuestro ordenamiento jurídico podría respetar la *Convención* y aplicar ingresos involuntarios o tratamientos ambulatorios involuntarios. En ambos casos, el criterio no sería el de «discapacidad» ni el de «peligrosidad»⁸, sino los derechos humanos (salud, rehabilitación, etc.). En el caso del tratamiento ambulatorio involuntario⁹, debería estar enfocado a pacientes con enfermedades mentales graves (frecuentemente psicosis), sin conciencia de enfermedad, con múltiples ingresos hospitalarios, abandono terapéutico, deterioro físico y psíquico, y conductas auto- y/o heteroagresivas. Así, su aplicación no se dirige a un colectivo de personas, sino a características clínicas. Su justificación¹⁰ la avalarían los artículos 3, 10, 17 y 27¹, y la búsqueda de una vida digna, de calidad.

Bibliografía

1. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Convención de los derechos de las personas con discapacidad. 2006 [acceso 6 Jun 2015]. Disponible en: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

[☆] Este artículo forma parte del proyecto becado por la Fundació Víctor Grífols i Lucas sobre bioética (2013-2014).

2. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observación general n.º 1 (2014) [acceso 6 Jun 2015]. Disponible en: <http://www.villaverde.com.ar/es/assets/investigacion/discapacidad/Comite-ONU/CRPD-og1-castellano.pdf>
3. Then S. Evolution and innovation in guardianship laws: Assisted decision-making. *SydLawRw*. 2013;35:133–66.
4. Pathare S, Shields L. Supported decision-making for persons with mental illness: A review. *Public Health Rev*. 2012;34:1–40.
5. Committee on the Rights of Persons with Disabilities. Sixth session 19-23 September 2011 [acceso 6 Jun]. Disponible en: http://www.womenenabled.org/pdfs/SPAIN%20CRPD_Concluding.Observations.WWD.Highlights.pdf
6. Grisso T, Appelbaum P. Assessing competence to consent to treatment: A guide for physicians and other health professionals. New York: Oxford University Press; 1998.
7. Lolás F. Tendencias y necesidad clínica de los principios éticos. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc)*. 2015;8:1–2.
8. Large M, Ryan C, Nielssen O, Hayes R. The danger of dangerousness: Why we must remove the dangerousness criterion from our mental health acts. *J Med Ethics*. 2008;34:877–81.
9. Ramos S. ¿Hay motivos para defender el tratamiento ambulatorio involuntario? *Psiquiatr Biol*. 2015 [consultado 7 Ago 2015]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psiq.2015.04.003>
10. Szmukler G, Daw R, Callard F. Mental health law and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *Int J Law Psychiatry*. 2014;37:245–52.

Sergio Ramos Pozón

Fundació Víctor Grífols i Lucas, Barcelona, España

Correo electrónico: ramospozón@hotmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2015.07.002>

Re-análisis de la validez de constructo de la escala breve para la evaluación de la capacidad funcional (Sp-UPSA-Brief) de García-Portilla et al.



Re-analysis of construct validity of the brief-version of the University of California Performance Skills Assessment (Sp-UPSA-Brief) of García-Portilla et al.

Sr. Director:

La validación de versiones breves de instrumentos de evaluación en salud mental, implica nuevos retos respecto al proceso de su elaboración y obtención de evidencias de validez. Las versiones breves son importantes aliados para la práctica profesional cuando los recursos y el tiempo para evaluar con un test completo son limitados¹, porque prescinden de ítems redundantes, reducen la fatiga, frustración y aburrimiento de responder repetidamente ítems muy parecidos². En ese sentido, consideramos valioso el estudio de García-Portilla et al.³, porque la evaluación de la capacidad funcional a través de la versión breve del UPSA abre las posibilidades de incorporarlo en la evaluación de programas de intervención. No obstante, creemos que la obtención de evidencias de validez fue realizada omitiendo aspectos metodológicos importantes, lo que pondría en cuestionamiento los cálculos realizados considerando los puntajes de la versión breve y las conclusiones de los autores.

En el estudio, para la obtención de evidencias de validez de constructo se correlacionó la versión completa del UPSA con su versión breve (Sp-UPSA y Sp-UPSA-Brief, respectivamente), lo cual tiene coherencia ya que se espera una elevada correlación entre ellas al cuantificar un mismo constructo, pero la Sp-UPSA-Brief tiene ítems en común con Sp-UPSA que incrementan espuriamente la correlación. Para atenuar este efecto, existe un procedimiento que permite

realizar una corrección por errores correlacionados a fin de lograr una estimación más precisa de tal asociación^{4,5}. Dicho procedimiento se refleja en la siguiente expresión matemática:

$$r'_{tb} = r_{tb} - \left((1 - r_{xx}) \frac{\sigma_b}{\sigma_t} \right) \quad (1)$$

Donde, r'_{tb} es la correlación corregida entre la versión completa y breve; r_{tb} , la correlación original entre la versión completa y breve; r_{xx} , la confiabilidad por consistencia interna de la versión breve; σ_b , la desviación estándar (DE) de la versión breve; y σ_t , es la DE de la versión completa. Sin embargo, en el manuscrito no figura la DE de la puntuación total de la versión completa, necesaria para dicho procedimiento. Por este motivo, se calculó la media y DE del puntaje total usando los datos reportados en la validación de la versión completa realizada por García-Portilla et al.⁶, lo cual pudo ser realizado debido a que utilizaron la misma muestra para ambos estudios. Específicamente, se consideró una media total (sumatoria de la medias de cada subescala por separado) y a partir de los coeficientes de variación se calculó una DE total de 18,10; 12,78 y 5,90 para los grupos de *Pacientes con esquizofrenia*, *Pacientes con trastorno bipolar* y *Controles sanos*, respectivamente. Los resultados hallados para los 3 grupos se sintetizan en la [tabla 1](#).

Los hallazgos indican que al corregir por espuriedad las correlaciones iniciales, se debería reinterpretar los estadísticos y modificar las conclusiones, pues ocurrieron cambios en la magnitud de las correlaciones y en la significación estadística, agregando además que el porcentaje de cambio observado en las correlaciones fue elevado. Cabe mencionar que los coeficientes de confiabilidad α están por debajo del mínimo aceptado como adecuado ($> 0,70$)⁷, lo cual pudo afectar los cálculos considerando el monto de error de medición existente en sus puntajes.

Por todo ello, los resultados reportados por García-Portilla et al. con respecto a la validez de constructo del Sp-UPSA-Brief resultan cuestionables debido a la falta de equivalencia empírica entre la versión completa y la versión breve, además, el elevado error de medición que presentan sus puntajes⁸. A esto se suma que ambas versiones del Sp-UPSA se usan principalmente en el ámbito clínico, y por