

Abordaje del paciente con enfermedad mental agudamente descompensada

María Carolina González Romero
Compiladora



González Romero, María Carolina, compiladora

Abordaje del paciente con enfermedad mental agudamente descompensada / María Carolina González Romero y otros trece -- 1 edición-- Medellín: UPB. 2023 -- 251 páginas.

ISBN: 978-628-500-092-8 (versión digital)

1. Psiquiatría 2. Trastornos mentales y psiquiátricos 3. Seguridad de los pacientes

CO-MdUPB / spa / RDA / SCDD 21 /

© Camilo Andrés Agudelo Vélez
© Carmenza A. Ricardo Ramírez
© Diego Espíndola Fernández
© José Gabriel Franco Vásquez
© Juan Diego Corzo Casadiego
© Marcela Alviz Núñez
© María Victoria Ocampo Saldarriaga
© Postgrado en Psiquiatría
© Editorial Universidad Pontificia Bolivariana
Vigilada Mineducación

© María Adelaida Posada Uribe
© María Botero Urrea
© María Carolina González Romero
© María Margarita Villa García
© Natalia Gutiérrez Ochoa
© Ricardo Antonio Consuegra Peña
© Yeison Felipe Gutiérrez Vélez

Abordaje del paciente con enfermedad mental agudamente descompensada

ISBN: 978-628-500-092-8 obra digital

Escuela de Ciencias de la Salud

Postgrado en Psiquiatría

Gran Canciller UPB y Arzobispo de Medellín: Mons. Ricardo Tobón Restrepo

Rector General: Padre Diego Marulanda Díaz

Vicerrector Académico: Álvaro Gómez Fernández

Decano Escuela de Ciencias de la Salud: Marco Antonio González Agudelo

Coordinadora (e) editorial: Maricela Gómez Vargas

Compiladora: María Carolina González Romero

Producción: Ana Milena Gómez Correa

Diagramación: María Isabel Arango Franco

Corrección de estilo: Fernando Aquiles Arango Navarro

Imagen portada: Shutterstock ID 310562189

Dirección Editorial:

Editorial Universidad Pontificia Bolivariana, 2023

Correo electrónico: editorial@upb.edu.co

www.upb.edu.co

Telefax: (0057) (4) 354 4565

A.A. 56006 Medellín-Colombia

Radicado: 2253-13-03-23

Prohibida la reproducción total o parcial, en cualquier medio o para cualquier propósito sin la autorización escrita de la Editorial Universidad Pontificia Bolivariana.

Autonomía y capacidad de decisión

María Margarita Villa García*

Resumen

El ejercicio médico presenta dilemas éticos constantemente, la bioética nos ayuda a mejorar la calidad de toma de decisiones clínicas que se hagan en esos momentos, decisiones más óptimas y en beneficio para el paciente. La práctica clínica ha evolucionado en el concepto del cuidado, pasando de una práctica paternalista, a tener en cuenta la autonomía e individualidad de la persona. Respetar la autonomía es un fundamento ético, que va ligado en la calidad de vida, es por esto, que es importante poder respetarla garantizando que en la toma de decisiones sea libre y voluntaria, que cuente con información suficiente, completa y que el paciente tenga la capacidad conservada. La capacidad no es estable, varía según las condiciones médicas y la calidad de la información, por lo cual debe ser un proceso de valoración continua a una situación específica, teniendo una presunción de capacidad en todas las personas.

Palabras clave: Bioética; Ética; Autonomía; Capacidad de decisión

* Médica general Universidad CES, magíster bioética Universidad CES, residente tercer año de Psiquiatría Universidad Pontificia Bolivariana. mariam.villa@upb.edu.co

1. Bioética

La bioética es una forma de reflexión ética, pero especialmente sobre aspectos humanos, que incluye tanto la investigación y el desarrollo humano, pero también la práctica médica, intentando crear o proponer consensos para llegar a acuerdos mínimos que ayuden a su vez a aclarar respuestas a dilemas, es decir cuando se encuentran dos valores fundamentales, y hay que darle un peso más a uno que a otro, pero la decisión implica la trasgresión de otro valor. La bioética clínica ayuda a mejorar la calidad de la toma de decisiones clínicas, que sean decisiones óptimas.¹

El informe Belmont propone la fundamentación de principios éticos necesarios para la investigación en seres humanos, posteriormente Tom Beauchamp y James Childress en su libro *Principios éticos de la biomédica* proponen reformular los principios aplicados a la práctica médica, principios éticos que ayudan a tomar decisiones racionales, razonables y prudentes.²

- No maleficencia
- Beneficencia
- Autonomía
- Justicia

A diferencia de Beauchamps y Childress que no establecen una jerarquía en los principios, hay otros que sí plantean esta jerarquía, Diego Gracia plantea una jerarquización, una ética de mínimos y una ética de máximos. *Mínimos*, deberes exigibles, necesarios para vivir en sociedad (justicia y no maleficencia); *Máximos*, valores subjetivos individuales, son valores no exigibles, pero si deseables (autonomía y beneficencia). Entonces, yo tengo que perseguir mi bien particular, pero también tengo la obligación, que cuando nos encontremos ante un dilema, deba anteponer el bien común sobre el particular. Y es por esto que los mínimos están en el primer nivel de jerarquía. Las obligaciones públicas siempre tienen prioridad sobre las privadas.²

Pero entonces, ¿por qué hablamos de la bioética en la práctica médica en psiquiatría? Y es porque los psiquiatras somos los llamados a evaluar la capacidad en los pacientes para la toma de alguna decisión, especialmente en situaciones difíciles.

2. Práctica médica

Antes del siglo XXI, la práctica médica se fundamentaba en la medicina hipocrática, basada en el principio de la beneficencia, “primero no hacer daño”, la toma de decisiones médicas desde el paternalismo, con el fin de beneficiar o evitar el daño al paciente, partiendo de la suposición de que los pacientes son incapaces para tomar decisiones, y para evitar un riesgo, el médico asumía la responsabilidad de la decisión; incluso más estrecha cuando hablamos de pacientes con enfermedad mental.^{3,4} Recientemente se habla de la práctica médica, fundamentada en la autonomía, el respeto por el paciente, por su libertad individual, un cambio al concepto del cuidado.

3. Autonomía

Autonomía viene de las raíces griegas *autos* <<por sí mismo>> y *nomos* <<ley gobierno>>. Es decir, es la capacidad de autogobierno humana, para que cada quien elija y actúe según su propio sistema de valores.³ Respetar la autonomía es un fundamento ético, la posibilidad de poder ejercer la autonomía, va ligado al componente de calidad de vida de cada persona, es por eso que es tan importante poder garantizarla en cada uno de los pacientes.⁵

Para poder garantizar este respeto por la autonomía, se proponen tres condiciones: ^{6,7}

3.1 Voluntariedad

Es la facultad para elegir, con libre determinación, pero esta tiene dos limitantes:

- **Coerción:** el uso de amenazas, que pueden ser implícitas o explícitas para que un paciente acepte una decisión que el médico propone, de intervención o tratamiento.⁵
- **Manipulación:** cuando se distorsión la información o se omite detalles, para que se tome una decisión.⁵

3.2 Información suficiente

Recibir información completa, adecuada, explicación de la finalidad del tratamiento, además riesgos y beneficios, y tener siempre una alternativa, y la forma de poder garantizar que la información sea suficiente, sabiendo conocer la cantidad de información que quiera recibir.⁵ La forma de garantizarlo es mediante un consentimiento informado. Cuando esto se cumpla, el paciente toma una decisión libre y voluntaria de un acto médico.³ Consentimiento informado: es un proceso que se lleva a cabo para que se tome de decisión, y no únicamente la firma de un documento. El proceso para la toma de decisión se debe garantizar que el paciente tenga toda la información que necesita para tomar la decisión, usar lenguaje que el paciente comprenda, según la cultural y la capacidad intelectual del paciente, dar la cantidad de información que el paciente quiera recibir, presumiendo que todos pueden asumir la información. Esto implica información sobre el diagnóstico, opciones terapéuticas, alternativas, riesgos y beneficios.³

Pero para que tome esta decisión, debo garantizar que el paciente tenga capacidad, que es la tercera condición.

3.3 Capacidad de decisión

Capacidad que tiene una persona de reconocerse como sujeto razonable para tomar decisiones y medir las consecuencias de sus actos. Todos los médicos tienen la pericia de evaluar la capacidad en los pacientes, pero la mayoría de veces son los psiquiatras los llamados a valorarlos, especialmente en casos complejos o cuando hay un diagnóstico de enfermedad mental o neurológica de base.⁶

Se presume capacidad en todas las personas⁴, excepto en casos como^{7,8}:

- Cambios en su estado de mental: por enfermedad psiquiátrica, metabólica o medicamentos que alteren el estado de consciencia
- El paciente rechaza una indicación médica con pocos argumentos o que parecen irracionales
- Impresiona no conocer o entender de forma adecuada los riesgos y beneficios de una intervención
- Tener una enfermedad neurológica o psiquiátrica de base.

A la hora de evaluar la capacidad, es importante tener en cuenta que se evalúa para la situación específica para la que fue solicitada evaluarla, es temporal y situacional¹⁴, se debe reevaluar posteriormente si se quiere tomar otro tipo de decisión. Para la evaluación, se aprecia cuáles son las indicaciones médicas, preferencias del paciente, significado de calidad de vida y los rasgos contextuales; la entrevista clínica es la mejor herramienta, pero además hay herramientas estandarizadas para evaluar la capacidad.²

Escala de Mac Arthur: es una escala cualitativa que evalúan cuatro dominios fundamentales, no hay un rango exacto que indique que el paciente tiene capacidad, se debe evaluar de forma individual y si el paciente puntuó en las cuatro áreas, indica que tiene habilidades suficientes para tomar una decisión. La escala esta validada en español, para investigación y medicina asistencial.^{9,10,13} El tiempo de evaluación propuesto es de 15 a 20 minutos.⁶

Podríamos considerar que el protocolo de referencia es la escala de McCAT, tanto para la práctica clínica como para la investigación.

Tabla 1: Escala de Mac Arthur⁶

1. Comprensión de la información	El paciente pueda comprender el significado de la información que el médico tratante le está dando acerca de: <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico • Opciones terapéuticas • Beneficios, riesgos del tratamiento • Posibles efectos adversos o malos resultados • Alternativas terapéuticas
2. Entender la situación y sus consecuencias	El paciente valora y entiende su condición médica <ul style="list-style-type: none"> • Estado de salud que necesita intervención/ tratamiento • Necesidad de tratamiento • El tratamiento es lo mejor para su salud o no • Qué sucedería si acepta o rechaza lo propuesto
3. Razona sobre las opciones terapéuticas	El paciente compara las opciones y evalúa sus consecuencias, riesgos y beneficios
4. Comunica y expresa una elección de forma clara	Elige una opción e indica su decisión

Fuente: elaboración propia con base en la referencia⁶

4. Protocolos

Existen protocolos validados para evaluar la capacidad según la tarea o procedimiento concreto, cada uno con criterios y puntuaciones específicas, entre ellas:⁹

- **CIS:** (Competence interview Schedule). Capacidad para consentir o rechazar TECAR
- **CSA:** (California scale of appreciation). Consentir participación en proyecto de investigación
- **HCAT** (Hopkins competency assessment tool).
- **Mini mental:** test neuropsicológico, validado para investigación.

Además de los instrumentos para evaluar la capacidad, es importante complementarlo con la coherencia narrativa del paciente. La coherencia narrativa es el constructo que realiza cada persona de sí mismo, de su pasado, lo que está pasando en el momento y de su proyección hacia el futuro. La construcción de las decisiones va ligada a la representación emocional que se tenga del mismo, implica la temporalidad individual. Ser coherente incluye extraer los esquemas del pasado, demostrando autoconocimiento.¹⁰ Se evalúa en la forma de cómo se construye la narración autobiografía en un caso específico. La coherencia narrativa es individual, la forma como cada quien se percibe a sí mismo, no debe coincidir con la forma como otros se perciben o lo perciben.¹¹

Tabla 2. Coherencia narrativa¹¹

¿Cuál es la historia de tu vida con la decisión que estás tomando?
¿Cómo se relaciona esta situación con la historia que estás narrando?
¿Qué explicación le das a la decisión con los eventos que te han pasado?

Fuente: elaboración propia con base en la referencia¹¹

La capacidad no es dicotómica entre incapacidad y capacidad total, es móvil, porque es dependiendo de la complejidad de la decisión.⁷

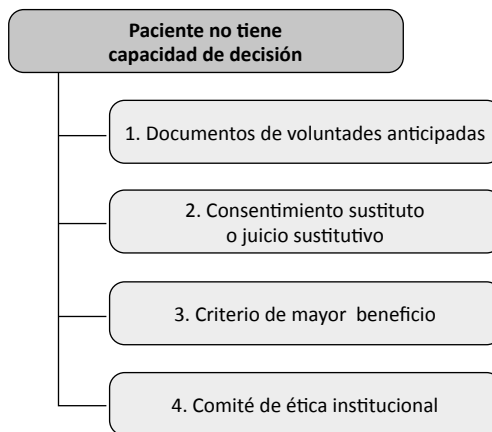
5. Toma de decisiones


Después de valorar la capacidad de una situación específica, brindando la información suficiente y sin limitar la voluntariedad, el paciente es autónomo, y si es así, es el paciente quien toma la decisión, tanto para consentir como para disentir un procedimiento o intervención médica, es una decisión individual. Aceptar, rechazar, suspender un tratamiento es una decisión del paciente.

La otra opción sería que después de cumplir las condiciones de autonomía, el paciente se encuentra sin capacidad, primero se debe evaluar la posibilidad de optimizarla, específicamente cuando la alteración de la capacidad es transitoria o aguda con patologías reversibles como fármacos o enfermedades metabólicas o cuando se presentan dificultades en la comunicación.⁹ Si no es posible optimizarla, el paciente no tiene capacidad para tomar una decisión; pero aunque no tenga capacidad y haya que tomar una decisión por sustitución, deberá participar, en la medida de lo posible, en la toma de decisiones, por lo que debe ser informado sobre el procedimiento; se tienen que escuchar sus preferencias y ser respetadas todo lo posible.⁷

Se debe establecer quién tomar la decisión a favor del paciente, intentando respetar siempre sus valores.^{8,12}

Figura 1. Fuente: elaboración propia con base en la referencia⁸⁻¹²





Primero se debe establecer si el paciente tiene voluntades anticipadas o expresión clara de voluntad, de no ser así, se evalúa un consentimiento sustitutivo o juicio sustitutivo, que son decisiones de los representantes, familiares o amigos que según los deseos expresados previamente por el paciente decidan cuál hubiese sido la decisión del paciente si hubiera podido recibir toda la información que se les está entregando.¹² Si no hay representante, los médicos intentando brindar una decisión que implique mayor beneficio para el bienestar del paciente y deben proteger los intereses del paciente.⁸ Por último, en los casos donde se encuentre un dilema, se recomienda consultar al comité de ética de la institución, para asesorar sobre cuál sería la manera de buscar el mayor beneficio para el paciente.¹⁵

6. Autonomía y enfermedad mental

Tener una enfermedad mental, no es sinónimo de incapacidad, ni limita mi capacidad el diagnóstico presentado. Limita la capacidad, la severidad o la agudización de los síntomas. Por eso es importante evaluar la capacidad en pacientes con enfermedad mental para determinar si está afectando la toma de mis decisiones. No se debe presuponer pérdida de autonomía.⁹

248

Referencias

1. Escobar, J. Presentación. En: Hottos, G. ¿Qué es la bioética? Universidad El Bosque. 2007.
2. Beauchamp T, Childress J. Principios de ética biomédica. *Bioética y Debat.* 2011; 17(64):1-7.
3. Restrepo D, Cardeño C, Duque M, Jaramillo S. Del principio de beneficencia al principio de autonomía: aproximación a la evaluación de la competencia mental de los pacientes en el hospital general. *Rev Colomb Psiquiat.* (2012); 41(2):395-407.
4. Vidal S. Competencia para la toma de decisiones en la práctica clínica. Buenos Aires, Jurisprudencia Argentina. 1999; 6166:58-68.
5. Rodríguez-Osorio CA, Domínguez-Cherit G. Medical decision making: paternalism versus patient-centered (autonomous) care. *Current opinion in critical care.* 2008; 14(6):708-713.
6. Palacios GJ, Pinto P, Márquez O, Herreros B. Assessment of patient competence for making decisions. Valoración de la competencia de los pacientes para tomar decisiones. *Revista Clínica Española,* 2020; 220(4):256-262.

7. Simón-Lorda Pablo. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2008.
8. Bernat-Adell MD, Ballester-Arnal R, Abizanda-Campos R. ¿Es el paciente crítico competente para tomar decisiones?: Razones psicológicas y psicopatológicas de la alteración cognitiva. *Med. Intensiva*; 2011; 36(6):416-422.
9. Sessums LL, Zembrzuska H, Jackson JL. (2011). Does this patient have medical decision-making capacity? *JAMA.* 2011; 306(4):420–427.
10. Grisso T. *Herramienta de Evaluación de la Capacidad para Tratamiento (MacCATcat-T)*. Madrid, Madrid: Panamericana; 1998.
11. Goldberg A. L. How Bioethics and Case Law Diverge in Assessments of Mental Capacity: An Argument for a Narrative Coherence Standard. *AJOB Neuroscience.* 2020; 11(1):7–17.
12. Van Nistelrooij I, Visse M, Spekkink A, De Lange J. How shared is shared decision-making? A care-ethical view on the role of partner and family. *Journal of Medical Ethics.* 2017; 43(9):637–644.
13. Baón-Pérez BS, Álvarez-Marrodán I, Navío-Acosta M, Verdura-Vizcaíno EJ, Ventura-Faci T. Spanish validation of the MacArthur Competence Assessment Tool for Clinical Research Interview for assessing patients' mental capacity to consent to clinical research. *Journal of Empirical Research on Human Research Ethics.* 2017; 12(5):343–351.
14. Lamont S, Jeon YH, Chiarella M. Assessing patient capacity to consent to treatment: An integrative review of instruments and tools. *J Clin Nurs.* 2013; 22:2387-2403,
15. Siurana JC. Ética de las decisiones clínicas ante pacientes incapaces. *Veritas.* 2006; 1:223-224.