

Dilemas éticos en psiquiatría: Competencia del paciente.

Gretel González Castro.
Residente 3er Año
ConSORCI Hospitalari de Vic.
Febrero de 2013.

Caso clínico:

- Paciente masculino de 57 años
- No alergias conocidas.
- Hábitos tóxicos: tabaco 2-3 cig/día.
Alcohol: 1-2 cervezas 2 v/sem

APF Psiquiátricos:

- Tío materno: trastorno del espectro psicótico.
- Padre: trastorno psiquiátrico no filiado.
- Hermanos(2): Esquizofrenia (en recurso residencial).
- Hijo : fallecido por suicidio consumado (2007)afecto psicosis.
- Esposa: Diagnóstico de trastorno esquizoafectivo.

APP Médico quirúrgicos:

- Hipertensión arterial esencial
- Diabetes Mellitus tipo II
- Bronquitis de repetición
- Claudicación intermitente : by pass íleo femoral 2009
- Hipertrofia benigna prostática
- SAOS leve

APP psiquiátricos:

- Primer episodio psicótico a los 18 años
- OD: Esquizofrenia paranoide
- Posterior aceptable adaptación socio laboral hasta hace 7 años.
- No historia ingresos hospitalarios previos.
- Inicio seguimiento CSM 2008:

Evolución marcada por aislamiento social y clínica psicótica crónica (ideación delirante perjuicio) y sintomatología depresiva concomitante .

Tratamientos farmacológicos:

- Risperdal consta 50 mg (discinesia tardía peribucal)
- aripiprazol 20 mg / día
- Clozapina 300mg / día (íleo paralítico).

Tratamiento actual:

- Invega 3 mg / día
- Orap forte 4 mg / día.
- Quetiapina 600mg / día.
- Sertralina 100mg/ día.

Recientes cambios :
Retirada progresivade
invega
Introducción de
benzodicepinas.

Psicobiografía

- Padres fallecidos.
- Gemelar mayor de 6 hermanos.
- Hermano gemelo fallecido accidente de tráfico a los 18 años.
- Casado hace 38 años. Vive con su esposa.
- Trabajo desde los 16 años , diversos oficios , vida laboral activa hasta unos 7 años.
- Pensión por larga enfermedad. Desde hace unos 5 años.
- No relaciones sociales, vida de ocio o aficiones.

Enfermedad actual:

- De semanas de evolución :
 - ✓ inhibición psicomotriz progresiva, cierta rigidez muscular, marcha parkinsoniana.
 - ✓ abandono de rutinas básicas
 - ✓ La familia explica limitación en la realización de tareas habituales

1ra visita a urgencias:

- Exploración física.
- ✓ Temp 36.3
- ✓ Rigidez muscular a nivel nuchal y de ESS
- ✓ leve fenómeno de rueda dentada
- ✓ marcha parkinsoniana.
- ✓ No ecolalia
- ✓ No flexibilidad cérica
- ✓ No manierismos .

Visita urgencias:

- Exploración psicopatológica:
- Orientado en tres esferas.
- Facies hipomímica.
- Falta irradiación emocional.
- Discurso parco en palabras.
- No alteraciones formales del pensamiento.
- No clínica alucinatoria.
- Ausencia de ideación autolítica.
- No ideación heteroagresiva.
- Maniobras de sintomatología catatónica: negativas.

Visita urgencias :

- Analítica: Dentro de la normalidad.
- Médico evaluador descarta complicaciones :
 - SNM,
 - síndrome catatoniforme .
- Diagnóstico:
 - Parkinsonismo farmacológico.
 - Esquizofrenia paranoide.
- Información a la familia. Esposa y cuñada.
- Plan terapéutico:
 - Se considera como decisión : ingreso para estabilización .
 - **Paciente y familiares se niegan a la realización de ingreso.**
- Decisión: Da alta al paciente .

2 visita urgencias:

- Exploración psicopatológica:
- ✓ Orientado en espacio y parcialmente tiempo.
- ✓ Inhibición psicomotora importante.
- ✓ Facies hipomímica.
- ✓ Leves síntomas extrapiramidales.
- ✓ Discurso breve inducido.
- ✓ No alteraciones formales del pensamiento.
- ✓ Ideas autorreferenciales y delirante de perjuicio.
- ✓ Hipotimia, anhedonia, desesperanza
- ✓ Ideas suicidio no estructuradas.
- ✓ Conciencia de enfermedad

Visita urgencias

- OD: Inhibición psicomotora (farmacológica vs /+ depresión inhibida.
Esquizofrenia paranoide.
- Información paciente familia: necesidad de ingreso.
- Aceptan ingreso.
- Se discute caso en equipo
- Se considera inicio de tratamiento farmacológico+ TEC.
- Evolución: Mejoría franca afectiva y psicomotora, persistencia de sintomatología psicótica crónica e ideación tanática esporádica.

PLANTEAMIENTO??

En el ejercicio de la práctica clínica los médicos comunicamos las decisiones a los pacientes :

tenemos presente en la evaluación la competencia del mismo

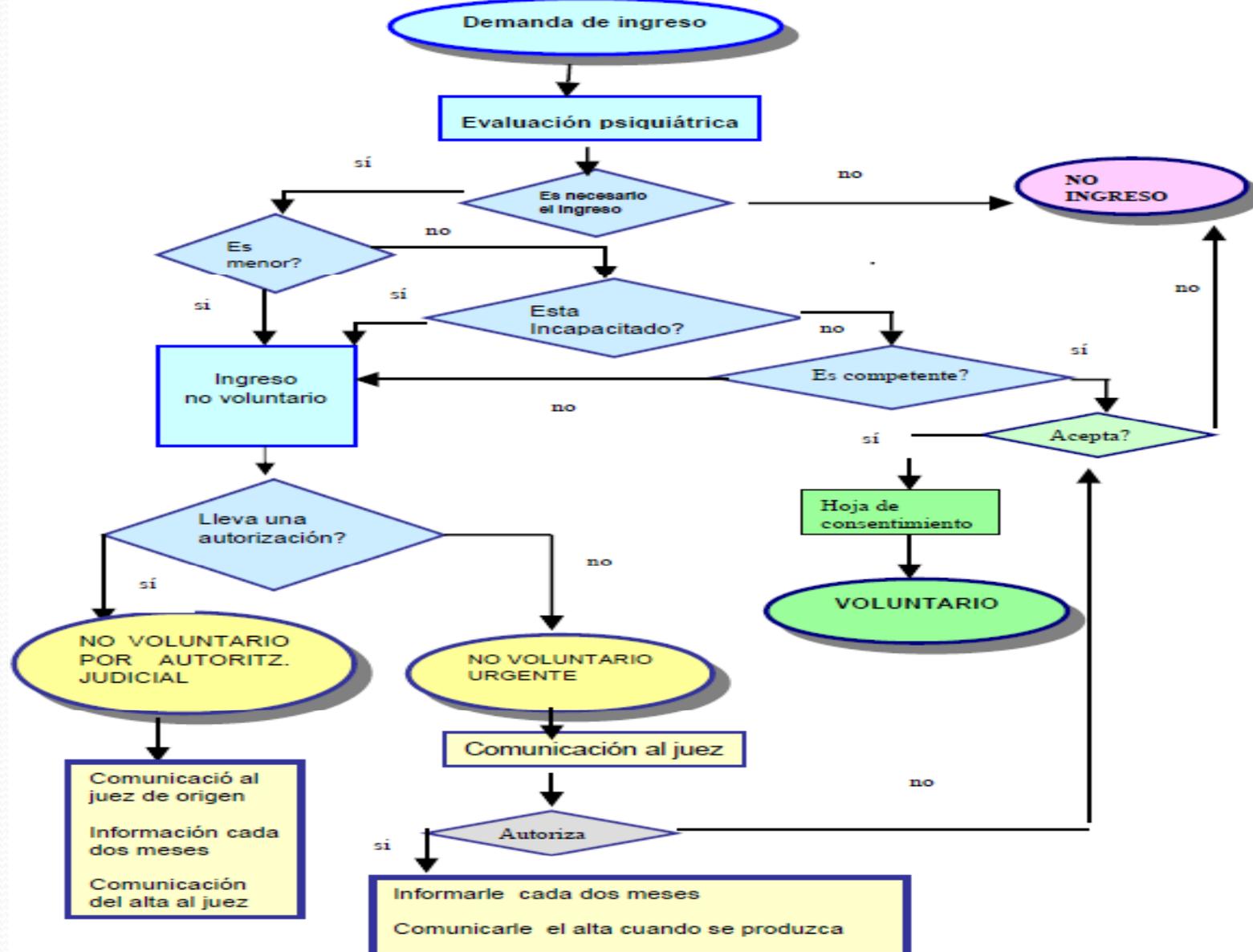
o

asumimos de hecho que por ser un paciente psicótico adolece de la misma.

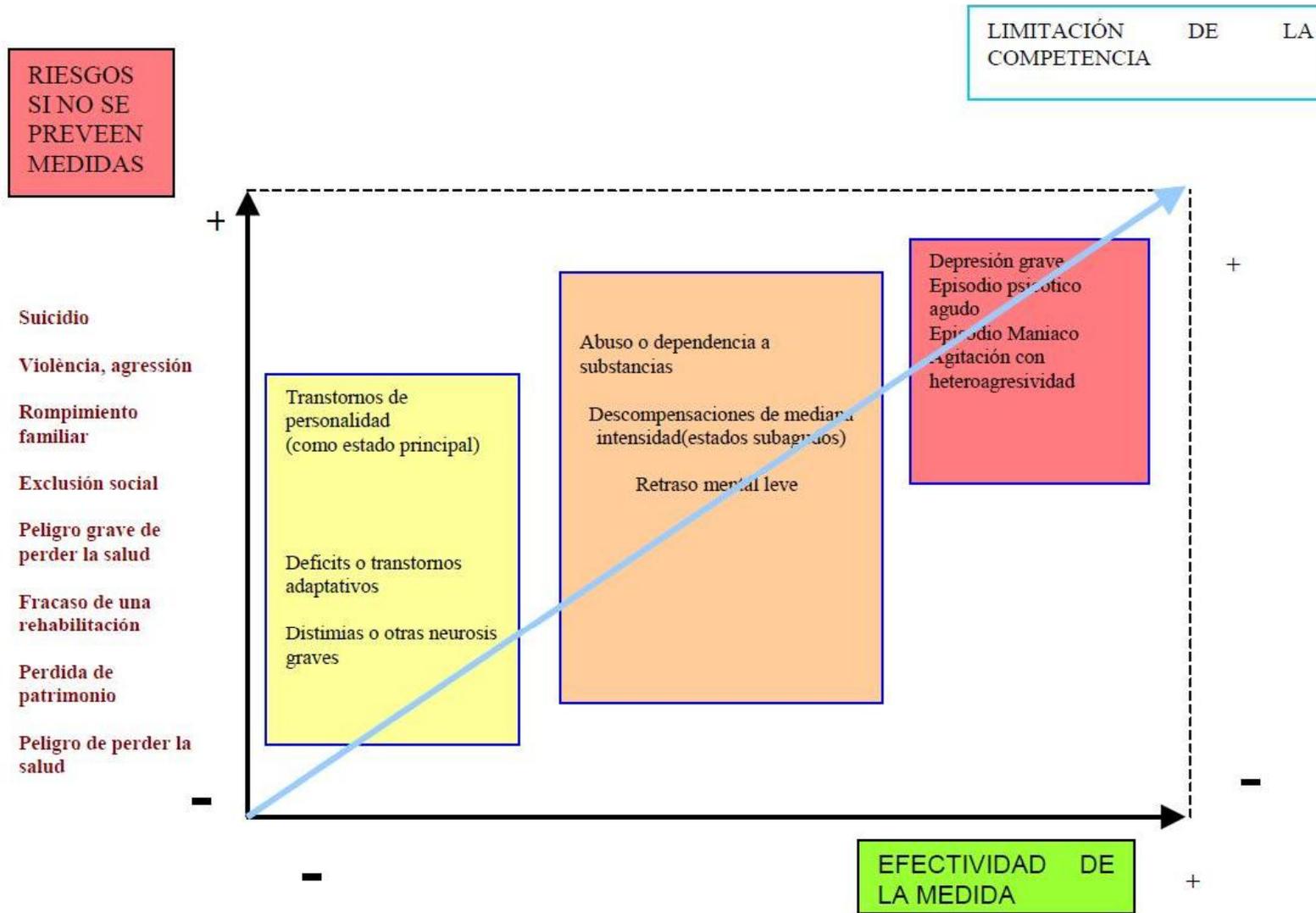
Es mi paciente competente para en su situación clínica poder aceptar o rechazar la opción terapéutica propuesta desde urgencias y que su decisión incida en la decisión terapéutica:

Ingreso de forma involuntaria o alta hospitalaria.

PROCEDIMIENTO CLÍNICO Y JUDICIAL PARA EL INGRESO PSIQUIÁTRICO



Hospitalización de pacientes agudos: estado clínico y relación entre el riesgo de no hacer efectiva la medida y la efectividad terapéutica, en los casos en que la patología limita la competencia mental





Criterios para ingreso involuntario

- **Trastorno mental significativo** que **implique riesgo** para la integridad física, salud, vida familiar, o relacional, o los intereses en general de la otra persona.
- **Estado mental actual** del paciente **impide competencia** necesaria para tomar decisión responsable y conforme a sus propios intereses .
- Medida de **hospitalización más efectiva y beneficiosa** para paciente que otra alternativa menos restrictiva.

Ingreso involuntario

- SÓLO HA DE DURAR LO QUE EL ESTADO DE NO COMPETENCIA DEL PACIENTE DURE, independientemente del tiempo de hospitalización.

RECOMENDACIÓN:

Acompañar paciente hacia **ACEPTACIÓN DEL INTERNAMIENTO** a través del consentimiento informado.

Mejora la **relación terapéutica** y la **conciencia de enfermedad**.



Competencia

- Elemento clave del proceso de consentimiento informado
- Mayores dificultades de valoración en el contexto clínico asistencial .
- Puede estar gravemente comprometida en pacientes con patología psiquiátrica.



Competencia y principios de la ética:

- Sólo si el paciente es competente podrá tomar decisiones autónomas sobre su salud.
- El fundamento ético más importante de la obligación de valorar la competencia es el principio de la beneficencia (no paternalista).
- La posición de garante del profesional le obliga a velar por la salud del paciente, y por tanto, a evitar que tome decisiones sanitarias que puedan perjudicarlo y que no sean verdaderamente autónomas, por falta de voluntariedad, información o capacidad.

Marco jurídico

- **ARTÍCULO 10 LEY GENERAL DE SANIDAD**

- Requisito de capacidad o competencia aparece formulado negativamente

Define apartado 6 b su ausencia como una de las causas por las que no es preceptivo pedir al paciente su consentimiento informado :

- “ Cuando no esté capacitado para tomar decisiones , en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegadas.

Toma de decisiones en clínica:

- ❑ Relación médico paciente:
 - Medidas propuestas por el profesional tengan validez ética y legal :
 - que los enfermos puedan tomar una decisión autónomamente
 - que haya habido una información previa adecuada
 - que el paciente pueda implicarse libremente.

- ASPECTO FUNDAMENTAL DE LA RELACIÓN CLÍNICA QUE LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA TIENE QUE GARANTIZAR. (Doctrina sobre el consentimiento informado).

Competencia:

- Capacidad de **RECIBIR, COMPRENDER Y RETENER** la información relevante sobre su situación clínica y **POSIBILIDAD DE PODER EFECTUAR UNA ELECCIÓN** entre las opciones posibles y sus alternativas, de acuerdo con el sistema de valores personales.

Tener presente en la valoración:

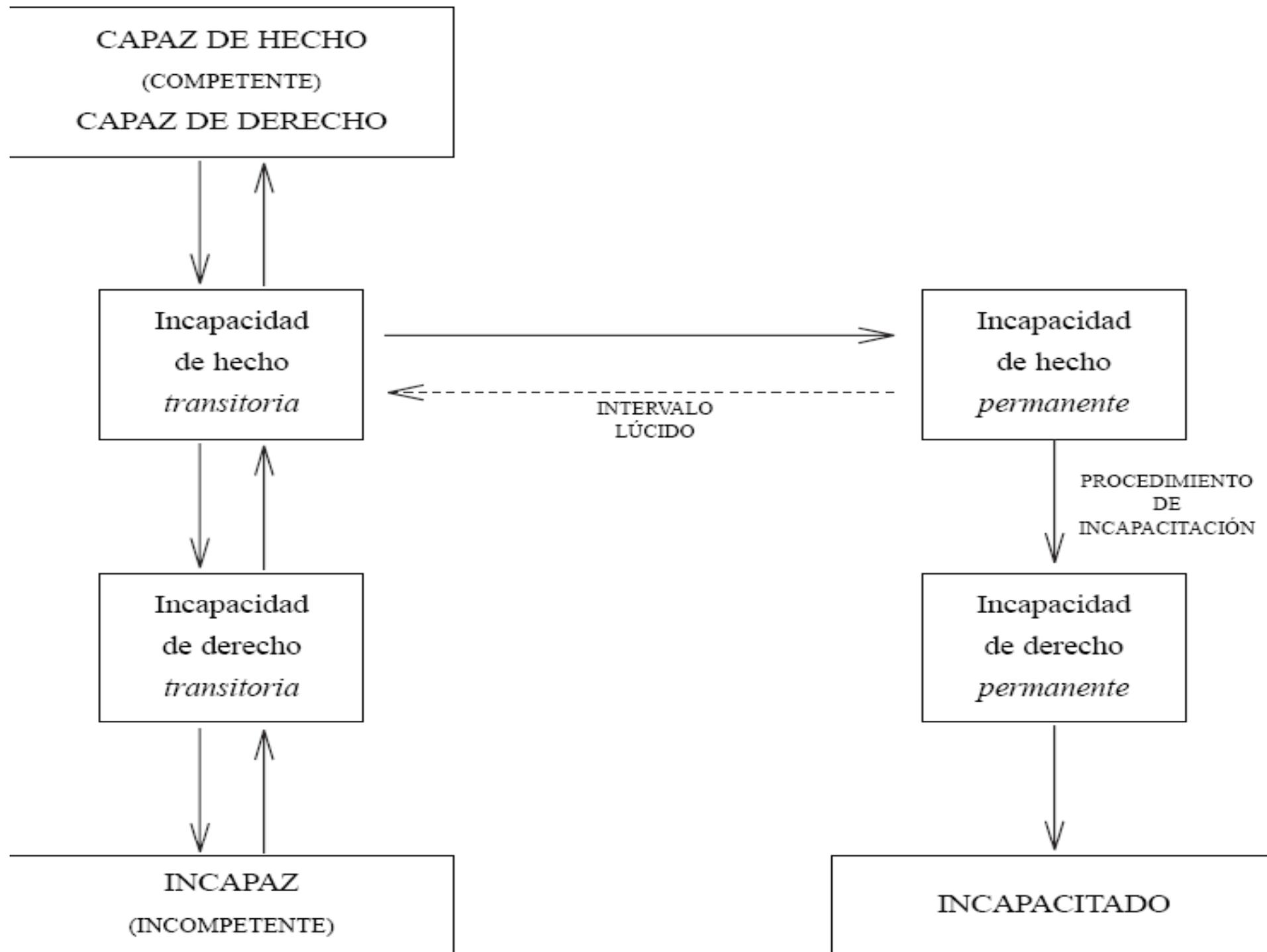
- La competencia se le supone a cualquier paciente adulto.

Fundamental valorar :

- ✓ paciente determinado en una situación concreta es capaz de tomar una decisión que el médico o el equipo sanitario pueda respetar sin caer en una mala praxis.
- El juicio sobre la capacidad de un paciente siempre será:
 - probabilístico y prudencial
 - no de certeza científica.

Dificultad terminológica:

- Capacidad (en inglés **COMPETENCY**): TÉRMINO JURÍDICO : reconocimiento legal de las actitudes psicológicas para tomar determinadas decisiones.
- Equivalencia en el derecho español sería : CAPACIDAD DE DERECHO O LEGAL.
- Competencia (en inglés **CAPACITY**): TÉRMINO PSICOLÓGICO Y CLÍNICO: Define actitudes psicológicas necesarias para tomar, aquí y ahora , una determinada decisión.
- Equivalencia: CAPACIDAD DE HECHO O NATURAL y que en ambientes bioéticos se ha denominado competencia.



Desarrollo evaluación:

- **1977- ROTH**, Meisel y Lidz publicaron AJP primer trabajo revisión test capacidad que a su juicio se utilizaban en la práctica habitual (ámbito clínico _sobre todo psiq)
- **1979- APPELBAUM** Primer trabajo teórico sobre problemas de evaluación de la capacidad de los pacientes psiquiátricos para consentir ingresos hospitalarios voluntarios.
- **1981**-Estudio empírico sobre esta cuestión. CONSTITUYE UNA DE LAS PRIMERAS APROXIMACIONES A LOS PROBLEMAS PRÁCTICOS DE LA DETERMINACIÓN DE LA CAPACIDAD.
- **1982_ APPELBAUM Y ROTH** Trabajo sobre la capacidad de los sujetos en trabajos de experimentación. (4 criterios)

CRITERIOS DE CAPACIDAD	INDICIOS CARACTERÍSTICOS	ASPECTOS PSIQUIÁTRICOS RELEVANTES
<p>1. El sujeto expresa una decisión. <u>(Expressing a choice)</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> – Manifiesta su consentimiento. – Expresa positivamente interés en tomar parte en el estudio. – Coopera adecuadamente. – Responde a las preguntas. 	<ul style="list-style-type: none"> – Mutismo: Estupor catatónico o depresión severa. – Manía o Agitación catatónica. – Desórdenes psicóticos del pensamiento. – Marcada ambivalencia: esquizofrenia, estados obsesivos.
<p>2. El sujeto comprende realmente los problemas más relevantes del estudio. <u>(Understanding)</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> – Tiene suficiente capacidad cognitiva. – Comprende la naturaleza, riesgos y beneficios del procedimiento. – Conoce las alternativas, con sus ventajas e inconvenientes. – Sabe que tiene que tomar una decisión. – Sabe quién es, dónde está, qué está leyendo al leer el formulario de consentimiento y qué significa firmarlo. – Conoce las consecuencias tanto de su participación como de su negativa. 	<ul style="list-style-type: none"> – Grado de inteligencia. Coeficiente de inteligencia (retraso mental, alteraciones orgánicas) y capacidad para desarrollar una vida normal (enfermedad mental crónica). – Habilidades lingüísticas. – Grado de atención y de orientación. – Capacidades memorísticas. – Repercusiones de daño cerebral y de intoxicaciones.
<p>3. El sujeto maneja racionalmente la información de forma adecuada. <u>(Reasoning)</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> – Tiene buen juicio. – Es racional y evalúa correctamente la realidad. – Puede tomar decisiones de manera adecuada. 	<ul style="list-style-type: none"> – Ilusiones y alucinaciones. – Alteraciones del curso del pensamiento. – Ansiedad, euforia, agitación. – Fobias extremas, pánico. – Preocupaciones obsesivas. – Pasividad y dependencia extremas.

CRITERIOS DE CAPACIDAD	INDICIOS CARACTERÍSTICOS	ASPECTOS PSIQUIÁTRICOS RELEVANTES
<p>4. El sujeto aprecia correctamente la situación en la que se encuentra. <u>(Appreciation)</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> – Es consciente, tanto cognitiva como afectivamente, de la situación. – Es consciente de las consecuencias de su consentimiento o su rechazo. – Sabe quién es y los motivos por los que consiente. – Reconoce, de forma madura, las implicaciones de las alternativas de acción. – Evalúa adecuadamente lo que es relevante para formarse un juicio acerca de la cuestión. – Para todo lo anterior, es capaz de darse cuenta de: <ul style="list-style-type: none"> que tiene un problema que se adapta a las exigencias del estudio. que el estudio tiene objetivos investigadores y no sólo terapéuticos. que en su cuidado pueden participar simultáneamente investigadores y no-investigadores. que el tratamiento puede ser randomizado, a doble ciego, con placebo, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> – Negaciones acerca de: <ul style="list-style-type: none"> de la existencia de su enfermedad o de la gravedad de la misma. de la condición investigadora del estudio. de la posibilidad de mejora con y sin la participación en el estudio. de la metodología del estudio. – Capacidad para el pensamiento abstracto afectada por: <ul style="list-style-type: none"> Bajo Coeficiente de Inteligencia. Bajo nivel educativo. Psicosis. Daño cerebral orgánico. – Alteraciones psicóticas: <ul style="list-style-type: none"> Distorsiones. Proyecciones. Nihilismo. Desesperanza-abandono.

[Tomado de APPELBAUM, P. S., ROTH, L. H., «Competency to Consent to Research: a Psychiatric Overview». *Arch. Gen. Psychiatry*, 1982, 39, pp. 951-8].

Mac Arthur competence Assessment tool). Mac CAT-T

Criterios y puntuaciones del MacCAT-T

CRITERIO	SUBCRITERIO	PP	PT
Comprensión	Comprensión de la enfermedad	0-2	0-6
	Comprensión del tratamiento	0-2	
	Comprensión de Riesgos y Beneficios	0-2	
Apreciación	De la situación de la enfermedad	0-2	0-4
	Del objetivo general del tratamiento	0-2	
Razonamiento	Lógico-secuencial	0-2	0-8
	Lógico-comparativo	0-2	
	Predictivo (consecuencias derivadas de las posibles elecciones)	0-2	
	Consistencia interna del Procedimiento de elección	0-2	
Elección	Expresa una decisión	0-2	0-2

PP: Puntuación Parcial de cada subcriterio.

PT: Puntuación Total posible del criterio.

1977: papel que juega el tipo de decisión clínica en la evaluación de la capacidad.

Factores que, según Roth, Meisel y Lidz, influyen en la selección de un test de capacidad.

BALANCE RIESGO/BENEFICIO

DECISIÓN	FAVORABLE	NO – FAVORABLE
CONSENTIMIENTO	Test de Capacidad BAJO	Test de Capacidad ALTO
RECHAZO	Test de Capacidad ALTO	Test de Capacidad BAJO

[Tomado de ROTH, L. H.; MEISEL, A.; LIDZ, C. W., «Tests of Competency to Consent to Treatment», *Am. J. Psychiatry*, 1977, 134 (3), pp. 279-284.]

Capacidad mental y consentimiento en pacientes esquizofrénicos:

- Appelbaum et al :
 - 52 % esquizofrénicos tenían deterioro de la capacidad.
 - Afectación : toma decisiones, apreciación, comprensión y razonamiento.
- Palmer BW et al comparó esquizofrénicos (edad media 50 años) con controles
 - Solo encontró diferencias significativas entre ambos grupos en la comprensión.
 - El rendimiento de estos pacientes psicóticos crónicos en la competencia para consentir era bastante buena , a pesar de la edad.

Appelbaum PS, Redlich A. Impact of decisional capacity on the use of leverage to encourage treatment adherence. *Commun Ment Health J* 2006; 42:121-130.

Palmer BW, Dunn LB, Appelbaum PS, Jeste DV. Correlates of treatment-related decision-making capacity among middle-aged and older patients with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61:230-236.

Capacidad mental y consentimiento en pacientes esquizofrénicos:

- Palmer BW en pacientes psicóticos crónicos : es más dependiente **SÍNTOMAS NEGATIVOS Y COGNITIVOS** que los síntomas positivos clásicos.
- Carpenter et al : rendimiento correlacionado:
 - ✓ modestamente con síntomas psicóticos
 - ✓ Más fuerte con disfunción cognitiva.

Palmer BW, Savla GN. The association of specific neuropsychological deficits with capacity to consent to research or treatment. *J Int Neuropsychol Soc* 2007; 13:1047-1059
Carpenter WT Jr, Gold JM, Lahti AC, et al. Decisional capacity for informed consent in schizophrenia research. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57:533-538.

Capacidad mental y consentimiento en pacientes depresivos:

- Numerosos estudios valoran efecto depresión .
- Leve a moderada tiene poco efecto en las habilidades pertinentes .
- Grisso et al comparó: 52% Esquizofrénicos vs 24% depresivos tenían deterioro capacidad .
- Vollmann et al : resultados similares: 53% vs 20%.

Grisso T, Appelbaum PS, Hill-Fotouhi C. The MacCAT-T: a clinical tool to assess patients' capacities to make treatment decisions. *Psychiatr Serv* 1997; 48:1415-1419.

Vollmann J, Bauer A, Danker-Hopfe H, Helmchen H. Competence of mentally ill patients: a comparative empirical study. *Psychol Med* 2003; 33:1463-1471.

Alteraciones cognitivas:

P. Esquizofrénicos

- Atención
- Memoria episódica
- Resolución problemas
- Velocidad procesamiento
- Cognición social
- Funciones ejecutivas (FE)

P. depresivos

- Velocidad procesamiento
- Atención.
- Memoria a largo plazo, explícita y autobiográfica
- Inhibición cognitiva
- Procesamiento controlado.
- FE: resolución de problemas y planificación
- Toma decisiones

Bibliografía:

- Cátedra bioética. Ética y modelos de atención a las personas con trastorno mental grave. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas. UNE., 2013.
- P S Lorda. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente. Rev Asoc Esp Neurops . v28.n2.madrid 2008.
- R Armengol. El ingreso no voluntario y la práctica terapéutica de medidas restrictivas en pacientes psiquiátricos y personas demenciadas. Versión 30 Abril. Comité Bioética Cataluña.
- Pola C . Candia. Mental Capacity and consent to treatment in psychiatric patients. Current Opin Psychiatry 2011;24 (5):442-446.
- Asa Hammar. Cognitive function in major depression-a summary. Fronters in human neuroscience , Sep 2009.
- Evaluación del sistema atencional en pacientes del espectro esquizofrénico. Flexibilidad cognitiva y toma de decisiones. Tesis doctoral. J.L .Rubio .Universidad Granada. Junio 2010.
- Modelos de procesamiento cognitivo de la depresión. Bruce K Christman. Capítulo 8 .

A photograph of a stone archway leading to a beach. The arch is made of dark, rough-hewn stones. Through the arch, a bright blue ocean meets a white sandy beach under a clear sky with a few clouds. In the foreground, inside the arch, there are two dark wooden tables and chairs, suggesting an outdoor cafe or seating area.

**Gracias por su
atención**