

Quinta Reunión Científica APSAN

Dilemas Bioéticos en Psicooncología Presentación de un caso clínico

Departamento de Psiquiatría.
Centro Clínico del Cáncer
Unidad de Psicooncología
Unidad de Trasplantes
Clínica Las Condes

Dr. Octavio Rojas G.
Médico-Psiquiatra.

Magíster en Bioética. Universidad de Chile.
Jueves 27 de Septiembre 2018





Pertenencia a Instituciones y Conflictos de Interés

- Grupo de Trabajo Sonepsyn:

Medicina- Psicosomática. (Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile).

- Centro Clínico del Cáncer, Unidad de Psicooncología, Unidad de Trasplantes y Departamento de Psiquiatría de Clínica Las Condes.
- Comité de Ética Asistencial de Clínica Las Condes.
- Comité de Ética de la Investigación con Seres Humanos de Clínica Las Condes.
- Programa de Magíster en Bioética, Facultades de Filosofía y Medicina de la Universidad de Chile.



Objetivos de la Presentación

- 
- 1-Mostrar a través de un caso clínico real las dificultades clínicas y éticas que pueden presentarse al ocultarse información a una paciente con patología oncológica acerca de su pronóstico.**
 - 2-Describir las consecuencias para la paciente, sus familiares y el equipo de salud de un caso de “conspiración del silencio” en oncología.**
 - 3-Presentar un esquema de solución de conflictos ético-clínicos de casos, a través del empleo del Método Deliberativo para la toma de decisiones.**



Conceptos Claves



- Psicooncología
- Deliberación
- Bioética
- Comités de Ética Asistencial
- Principios Bioéticos
- Métodos de Decisión Ético Clínicos
- Capacidad para la toma de decisiones en salud
- Ley 20.584: regula los deberes y derechos de las personas en salud
- Muerte Digna
- Conspiración del Silencio



INTRODUCCIÓN

Conflicto Ético Clínico en una paciente con patología oncológica en estado terminal.



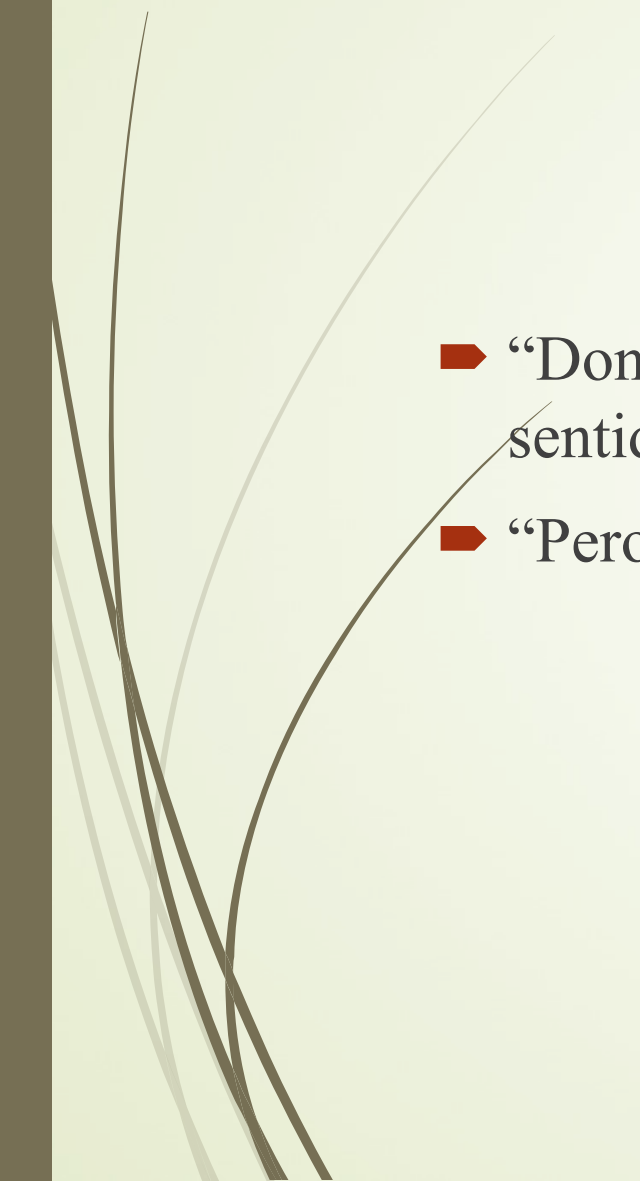


Estatuto Epistemológico de la Medicina en el Siglo XXI ⁽¹⁾

- Deriva del Positivismo Científico del Siglo XIX:
- El conocimiento de la enfermedad se sustenta en el método científico.
- Aproximación científica a la realidad mediante observación directa, despliegue de la técnica y del método experimental.
- A través de este método se ha llegado a la medicina genético molecular y los trasplantes de órganos.



Martin Heidegger y la Técnica

- 
- “Donde la técnica impera hay, en el más amplio de los sentidos, peligro”.
 - “Pero donde está el peligro, allí está lo que salva”.



Martin Heidegger y la Técnica (2)

- 
- Este autor enfatiza que no se trata de prescindir del desarrollo ni de los avances tecnológicos, sino más bien de desarrollar la “capacidad reflexiva” para desligarnos de ellos.
 - Introduce el término: “**serenidad**” (*Gelassenheit*) para decir “sí” y “no” a la técnica de manera simultánea y no excluyente.(3)



Martin Heidegger y la Técnica (2)

- ▶ Paralelamente Heidegger nos persuade acerca de que “**lo técnico**” trae consigo “un misterio o algo oculto”.
 - ▶ El desarrollo tecnológico es vertiginoso e incesante.
 - ▶ Está muy arraigado en la época actual el consumo de tecnología, por lo que sus creadores se dirigen firmemente hacia los receptores de la misma.
- 



Martin Heidegger y la Técnica (2)

- 
- Lo que intenta Heidegger es mostrarnos que la “técnica viene a nuestro encuentro”, nos busca deliberadamente sin consultarnos.
 - Por lo tanto, dado su atractivo e innegable poder, debiéramos estar “abiertos al sentido oculto de la técnica”. (3)



Martin Heidegger y la Técnica (2)

- 
- Ambas posiciones, la **“serenidad”** y la **“apertura al misterio”**, son para este autor, herramientas útiles para resguardarnos de los estragos y excesos a los que puede llevarnos el avance inexorable de la ciencia y la tecnología.



ACLARACIÓN

- Rechazo cualquier vinculación directa o indirecta o cualquier omisión o silencio de Martin Heidegger durante el período Nazi bajo la dirección de Adolf Hitler y la etapa posterior a la Segunda Guerra Mundial, hasta el año de su fallecimiento en 1976.
- 

Aclaración inicial sobre confidencialidad.

- Se solicitó autorización formal a la paciente, su familia y al médico tratante para uso de elementos centrales de la historia clínica con fines académicos.
- Se acordó el empleo de estrategias de anonimización, manteniendo absoluta reserva sobre datos de identidad personales, nombres, fechas reales y cualquier otro dato sensible.
- Se hicieron intencionadamente cambios formales, pero no de contenido, para evitar alcances de similitud que comprometieran la confidencialidad de la paciente y su familia.

Conflicto Ético-Clínico en paciente oncológico.

Documento de Interconsulta donde se solicitaba evaluación por psiquiatra, para una paciente de 35 años:

“Cáncer de mama en etapa terminal, modalidad triple negativo. Se sospechaba la presencia de un Episodio Depresivo Mayor con desajuste conductual y rechazo de tratamiento y de quimioterapia”.

Conflicto Ético-Clínico en paciente oncológico.

Mientras me presentaba, de manera intempestiva, tanto la madre de la paciente como su esposo solicitan que primero necesitan conversar conmigo a solas.

Saludo a la paciente y solicito su autorización para conversar con su familia primero, accediendo ella sin dificultades.

Conflicto Ético-Clínico en paciente oncológico

En la conversación con el esposo y la madre, ambos me manifiestan que por indicación de ellos mismos al médico tratante, no se le había informado a la paciente de la gravedad de su situación clínica y de que no hay más posibilidades de tratamiento curativo.

Conflicto Ético-Clínico en paciente oncológico

Se encuentran en el momento actual en una situación de mucha angustia dado que la paciente se siente muy mal y les ha manifestado que quiere estar despierta, sin náuseas para poder disfrutar a sus dos hijos cuando la visiten.

Por lo tanto “*no quiere quimioterapia por unos días*”.

Conflicto Ético-Clínico en paciente oncológico

Desde el diagnóstico hace 1 año y medio , la paciente ha insistido en que:

“se le informe de todo por muy duro que sea”.

La madre de la misma interviene planteando que:

“hay verdades que matan, y que el cáncer se agravaría si la paciente sufre, ella (la madre) es muy devota y está convencida de que un milagro va a ocurrir y alguna quimio va a resultar efectiva”.

Entrevista con la paciente.

Paciente de 35 años de edad de profesión académica e investigadora.

No existían antecedentes mórbidos de relevancia, ni intervenciones quirúrgicas, tampoco tenía antecedentes de consultas previas en psiquiatría, ni antecedentes de cuadros anímicos, ni ansiosos.

Casada hace 8 años, tras una relación de pololeo de 2 años. Su esposo ingeniero de profesión, sano.

2 hijos de 7 años (niño), 6 años (niña). Todos sanos, en etapa escolar, con buen rendimiento en sus actividades.

Entrevista con la paciente.

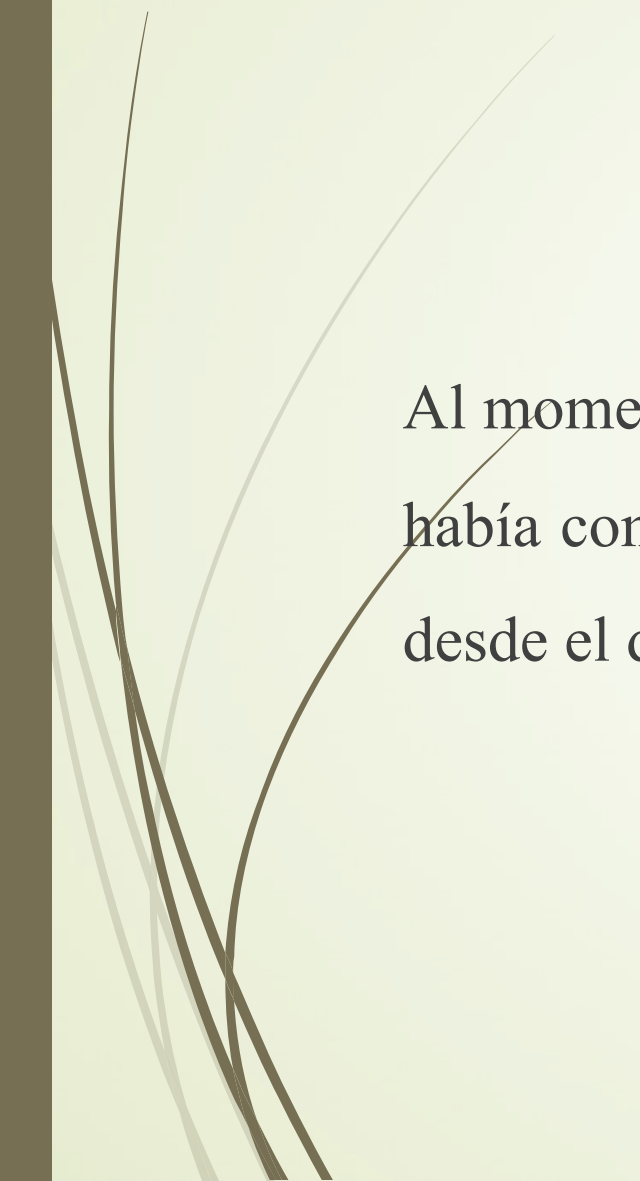
El padre de la paciente había fallecido de un Infarto del Miocardio Agudo hacía 4 años .

Tiene una hermana de 30 años, casada con 1 hijo y sana.

La madre de la paciente vive sola, desde que enviudó, había recibido tratamiento psicoterapéutico tras el fallecimiento de su esposo, pero ya estaba de alta desde hace dos años.



Entrevista con la paciente.



Al momento actual la paciente había cumplido 7 hospitalizaciones y había completado 5 ciclos de quimioterapia con fármacos distintos, desde el diagnóstico hacía 1 año y 6 meses.

Entrevista con la paciente.

....“Tengo un cáncer de mama, yo misma en un autoexamen me detecté un nódulo y consulté, me tomaron biopsias y otros exámenes de sangre. El doctor ha sido muy amable siempre, pero yo me quedo con muchas dudas tras las consultas, sé de otros casos que he conocido en la sala de espera, busco por internet y no entiendo por qué aún sigo con hospitalizaciones y mi estado no es bueno. El Dr. me dice que han habido algunos contratiempos pero que me voy a mejorar”...

Entrevista con la paciente.

...“Noto extraños hace como 1 mes a mi esposo y a mi madre, he estado perdiendo fuerzas y me agoto fácilmente, estoy agobiada por las dudas, quisiera estar preparada para lo que sea. He preferido hoy descansar del tratamiento y creo que ha sido peor , todos están como enojados conmigo, me han dicho que luche, que esto es para gente fuerte , que no puedo decaer el ánimo, que eso es peor para el cáncer. Encima, discúlpeme Ud. Dr., no se lo tome a mal, mi oncólogo dice que tengo que ser evaluada por un psiquiatra, al menos si sé que no estoy loca ”...

Impresión diagnóstica.

- Que la paciente no presenta ninguna patología psiquiátrica mayor.
- Se trata de una respuesta emocional humana comprensible.
- No hay elementos para plantear en rigor un rechazo de tratamiento.
- Existe un problema de (no información) veraz y completa sobre el diagnóstico médico de la paciente.
- Presenta Compromiso del Estado General: Lúcida y plenamente Capaz para decidir
- Le manifiesto a la paciente, mi disposición a acompañarla en este proceso y que me parecía prudente que me reuniera con su oncólogo y con su familia, a lo cual la paciente respondió afirmativamente agradeciendo haber podido hablar libremente de sus quejas.

Reunión con Oncólogo

“Muy confundido con el caso y que no sabe como conciliar adecuadamente las peticiones de los familiares, que piensa que cometería un ilícito si traiciona lo acordado con la familia de la paciente”.

Refiere además que:

“la situación se torna insostenible ya que ha advertido al resto del equipo de salud que nadie puede dar información a no ser que sea él mismo, por petición expresa de los familiares de la paciente”.



Reunión con Oncólogo

- Dado los antecedentes le propongo que citemos al Comité de Ética Asistencial para deliberar acerca de la situación clínica de la paciente y de las decisiones futuras.



Comités de Ética Asistencial

- Caso Willowbrook (1954)

- Caso Tuskegee (1932-1972)

- Caso Karen Ann Quinlan (1975):

Caso emblemático, a raíz de la sentencia judicial se constituyeron por primera vez en la historia, los Comités de Ética hospitalarios.



National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1974

- Congreso de Estados Unidos
- Necesidad de precisar
 - a) el tema de la capacidad de decisión
 - b) de la autonomía para decidir
 - c) del reconocimiento de los derechos de las personas que participen o sean sujetos de experimentación, cualquiera sea el ámbito en el que actúen



Informe Belmont, 1978

- Sienta los principios de bioética
 - Autonomía de las personas
 - Beneficencia
 - Justicia



Métodos de análisis éticos de casos

- Método principialista (Beauchamp y Childress)
- Método Deliberativo (Diego Gracia)
- Método casuístico 4 cajas (Jonsen, Siegler, Winslade)

Método Principialista

Desarrollada a partir del Informe Belmont 1979

- Autonomía
- Beneficencia
- No maleficencia
- Justicia

James Childress y Tom L. Beauchamp.

Método Deliberativo: Diego Gracia

- Si puede haber una priorización entre principios.
- Justicia y No maleficencia: “Mínimos morales” (prioritarios) (bien común) (mayor vertiente pública).
- Autonomía y beneficencia: “Máximos morales” (bien individual).

Métodos para toma de decisiones ético-clínicas

Método casuístico (4 cajas)

Jonsen, Siegler, Winslade (1998)

- Indicaciones médicas.
- Preferencias de los pacientes
- Calidad de vida
- Consideraciones externas, Contexto social: (económico, jurídico, administrativo)

Método Deliberativo

Diego Gracia. (2007)

- **Presentación del problema**
- **Análisis y aclaración de los hechos**
- **Identificación de los problemas éticos**
- **Selección del problema a deliberar**
- **Deliberación sobre el conflicto fundamental**
- **Toma de decisiones.**

Método Deliberativo para el análisis de casos clínicos.

- Presentación del problema.
- Análisis y aclaración de los hechos.
- Identificación de los problemas éticos.
- Selección del problema a deliberar .
- Deliberación sobre el conflicto fundamental.
- Toma de decisiones.

Análisis Ético-Clínico

Segundo Paso: Aclaración de los hechos

Cáncer de mama triple negativo:

Se trata de un cáncer de muy mal pronóstico que al momento actual sólo existen estrategias y tratamientos médicos paliativos.

Triple Negativo:

- No expresa receptores de estrógenos.
- No expresa receptores de progesterona.
- No expresa el HER 2 (factor de crecimiento celular). En este sentido, si fuese positivo sería más agresivo pero se disponen en la actualidad de líneas de tratamiento quimioterapéutico para este subtipo. No hay líneas de tratamiento eficaces actualmente.

Ver:

Foulkes W.D, Smith I.E, Reis-Filho S. Triple-negative breast cancer. N Engl J Med 2010; 363:1938-48. (10)



Aclaración de los hechos

- Por interesante y atractivo que parezcan las conjeturas acerca del dilema cartesiano alma-cuerpo / cuerpo-alma, aún en el vasto territorio de la medicina psicosomática actual:
 - **No hay evidencias de peso que sostengan una relación etiológica entre cuadros de índole psiquiátrica-psicológica o traumática con la aparición de las patologías oncológicas o el agravamiento de las mismas (9)(10)(11)(12).**
- 



Aclaración de los hechos

En el área hubo mucho entusiasmo en las investigaciones entre los años 60 y 80 del siglo pasado:

- Estados afectivos y cáncer.
- Estrategias de afrontamiento, rasgos de personalidad y cáncer.
- Acontecimientos vitales estresantes y cáncer.

Algunos Estudios

- **The Influence of personality and perceived stress on the development of breast cancer: 20-year follow-up 29 098 Japanese women.**
- Takayuki Sawada, Takeshi Nishiyama, Shogo Kikuchi.<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27586560>
- Metaanálisis: estudios retrospectivos y prospectivos, estudios clínicos y basados en población general: el duelo no ha demostrado influir de forma convincente en la aparición de cáncer o en su evolución (Levenson y Mc Donald, 2002).
- Extenso estudio danés donde se establecieron comparaciones entre pacientes oncológicos que habían perdido un hijo antes del diagnóstico de cáncer, con otros pacientes oncológicos, sin encontrar evidencia de que la muerte de un hijo influyera en la supervivencia (Li y cols., 2003)
- **Spiegel y cols. (1989) vs P.J Goodwin y cols. (2001)**



Aclaración de los hechos

- 
- Se recomienda **moderación** sobre las relaciones psicosomáticas y la oncología, dado que la evidencia científica sobre dichas relaciones ha confirmado escasas conclusiones y tiene numerosas limitaciones metodológicas. (9)
 - Aunque se continúa investigando, por el momento hay consenso de que la búsqueda de probables gatillantes emocionales o biográficos como factores etiológicos de cáncer, **ha generado problemas prácticos** en el tratamiento del sufrimiento y de las patologías psiquiátricas asociadas a las enfermedades oncológicas (9).



Análisis Ético-Clínico

Tercer Paso: Identificación de Problemas Éticos

¿ Puede ocultarse información al paciente ?

¿ Tiene algún sentido la “**conspiración del silencio**” entre la familia y el médico excluyendo al paciente del conocimiento del diagnóstico, del pronóstico y de las expectativas del tratamiento ?



Análisis Ético-Clínico

Tercer Paso: Identificación de Problemas Éticos

- La información completa es un requisito para las labores de asistencia para una “muerte digna”.
- La “conspiración del silencio” impide que la paciente tenga información suficiente para abordar el Duelo en curso: se le impide a la paciente que participe activamente en el doloroso proceso de ayudar a sus seres queridos a integrar la pérdida.
- Un ser humano es útil hasta “en el último minuto” de su vida.
- “La conspiración del silencio”, el ocultar información viola los **Principios de No Maleficencia y de Autonomía.**



Aspectos Ético-Clínicos en Pacientes Terminales

➤ **Conspiración del Silencio:**

Acuerdo implícito o explícito de alterar la información al paciente por parte de familiares, amigos y/o profesionales, con el fin de ocultarle el diagnóstico y/o pronóstico y gravedad de la situación que se cree destruirá su esperanza y lo llevará a la desesperación y la depresión. (11) (12)



Análisis Ético-Clínico

Cuarto Paso: Selección de los Problemas Éticos a Deliberar.

¿ Sería adecuado éticamente ocultar información a pacientes con plena capacidad para decidir en salud, acerca de su diagnóstico, pronóstico y tratamiento a petición de sus familiares ?

Terminología apropiada.



- Noción de la Filosofía:

Autonomía

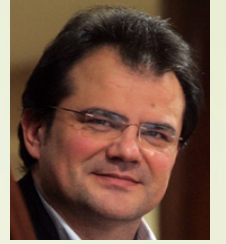
- Terminología jurídica:

Competencia

- Para el autogobierno en decisiones de salud:

Capacidad

Capacidad para la toma de decisiones en salud.



- Poseer capacidad para decidir significa que estamos dotados de una serie de aptitudes psicológicas: volitivas, cognitivas y afectivas que nos permiten conocer y valorar lo que se nos propone; tomar una decisión libre y expresarla.

Simón, 2008.

Capacidad para la toma de decisiones en salud.



■ La capacidad sería la condición psicológica necesaria para poder ejercer el principio bioético de autonomía en plenitud.

Simón, 2000.

Quinto Paso:

Deliberación sobre el conflicto ético fundamental

Consideraciones acerca de los posibles argumentos que sostienen una probable violación del Principio de No Maleficencia:

Las relaciones humanas se sostienen en la honestidad. Sin honestidad no prosperan los vínculos entre las personas.

Para el paciente terminal puede ser un valor superior disponer de toda la verdad sobre su caso, por dolorosa que sea, queda muy poco tiempo para todo el afecto involucrado en despedirse de los seres queridos (a los pocos minutos de la entrevista, la paciente espontáneamente delimita la necesidad de conocer todo acerca de su enfermedad y tratamiento).

Deliberación sobre el conflicto ético fundamental

Verdad, confianza, honestidad, empatía son indispensables en una *relación* médico-paciente / médico-paciente-familia/ equipo de salud-paciente-familia/ institución de salud-equipo de salud-paciente-familia.

Deliberación sobre el conflicto ético fundamental

Consideraciones acerca de la violación del principio de Autonomía:

- Tenemos plenos derechos a tener toda la información concerniente sobre nuestro cuerpo y nuestra condición médica. No existe razón suprema para que los médicos comanden o capitalicen lo concerniente al estado de salud de los pacientes.
- Las supuestas razones esgrimidas en este caso no tienen validez: los familiares por cercanos que sean los lazos, tampoco pueden disponer de la información médica de sus cercanos competentes y capaces.

ASPECTOS FILOSÓFICOS



► Tom L. Beauchamp, quien ha desarrollado el principialismo filosófico aplicándolo a los desafíos éticos en medicina, sostiene que:

“cuando los principios bioéticos de autonomía y de beneficencia entran en conflicto surge el problema del paternalismo”.

En medicina existe **paternalismo**, cuando el profesional de la salud socava la autonomía de un paciente con el objetivo de otorgar un beneficio médico, pero sin su consentimiento.

ASPECTOS FILOSÓFICOS



- “El **paternalismo** está justificado si, y sólo si, los daños que se eviten a la persona sean mayores que los daños o afrentas (si las hubo) causadas por la interferencia en su libertad, y siempre que ese trato se pueda justificar de modo universal, bajo circunstancias claramente similares”.
- Diego Gracia ha hecho la observación de la necesidad de un balance entre la autonomía, la beneficencia y el principio bioético de justicia.



Sexto Paso: Toma de decisiones

- Hacer valer el cumplimiento y reparación de los principios éticos lesionados tanto del Nivel 1 como del Nivel 2 , del esbozo moral (deontológico) del modelo deliberativo de Diego Gracia.
- Establecer reuniones con el médico tratante y analizar constructivamente y propositivamente lo acontecido.
- Apoyarse en la Unidad de Psicooncología para contener al esposo y a la madre de la paciente y explorar con ellos un camino que los incluya en la solución para dar cumplimiento a lo planteado en el primer punto.

Toma de decisiones

- Establecer un plan de ayuda con el médico tratante (de ser necesario) para informar íntegramente a la paciente.
- Apoyo en Comité de Ética *ad hoc* o Interconsultoría Ética.
- Se había erosionado y dañado la dinámica del equipo de salud a cargo de la paciente. (fueron incorporados a las deliberaciones).
- Se debiera estar muy atento a los aspectos formales para aclarar la situación : ser empáticos, contenedores, tener tiempo, apoyar al paciente y a la familia, no hacer sentir culpables ni responsables a ninguno de los integrantes de la familia por las decisiones tomadas hasta el momento, ofrecer ayuda a los niños en caso de ser necesario.



Método Deliberativo: Pruebas de consistencia del curso elegido

1. Prueba de la legalidad
2. Prueba de la publicidad
3. Prueba del tiempo

Decisión final y su argumentación

MARCO JURÍDICO

En su párrafo 4to, Del Derecho a la información, artículo 10; establece que:

“Toda persona tiene derecho a ser informada en forma oportuna y de manera comprensible, por parte del médico u otro profesional tratante, acerca del estado de su salud, del posible diagnóstico de su enfermedad, de las alternativas de tratamiento disponibles para su recuperación y de los riesgos que ello pueda representar, así como del pronóstico esperado, y del proceso previsible del postoperatorio cuando procediere, de acuerdo con su edad y condición personal y emocional”¹.

Ley 20.584 que regula “los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud”¹.

MARCO JURÍDICO

- En el párrafo 6to, “De la autonomía de las personas en su atención de salud”, artículo 14:

“Toda persona tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud, con las limitaciones establecidas en el artículo 16. Este derecho debe ser ejercido en forma libre, voluntaria, expresa e informada, para lo cual será necesario que el profesional tratante entregue información adecuada, suficiente y comprensible, según lo establecido en el artículo 10. En ningún caso el rechazo a tratamientos podrá tener como objetivo la aceleración artificial de la muerte, la realización de prácticas eutanásicas o el auxilio al suicidio”¹.



MARCO JURÍDICO

➡ En el artículo 16 se establece lo siguiente:

“La persona que fuere informada de que su estado de salud es terminal, tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier tratamiento que tenga como efecto prolongar artificialmente su vida, sin perjuicio de mantener las medidas de soporte ordinario. En ningún caso, el rechazo de tratamiento podrá implicar como objetivo la aceleración artificial del proceso de muerte”¹.



Marco Jurídico



De los Comités de Ética: Artículo 17

“En el caso de que el profesional tratante tenga dudas acerca de la competencia de la persona, o estime que la decisión manifestada por esta o sus representantes legales la expone a graves daños a su salud o a riesgo de morir que serían evitables prudencialmente siguiendo los tratamientos indicados, deberá solicitar la opinión del comité de ética del establecimiento o en caso de no poseer uno, al que según el reglamento dispuesto en el artículo 20 le corresponda.”



Marco Jurídico



► Artículo 18:

En el caso de que la persona , en virtud de los artículos anteriores, expresare su voluntad de no ser tratada, quisiere interrumpir el tratamiento o se negare a cumplir las prescripciones médicas, podrá solicitar el alta voluntaria. Asimismo, en estos casos, la Dirección del correspondiente establecimiento de salud, a propuesta del profesional tratante y previa consulta al comité de ética, podría decretar el alta forzosa.

Paul Ricoeur (1913-2005)



Paul Ricoeur y el Juicio Prudencial

- **La bioética intenta mediar entre la obligación que impone la ley y los casos concretos.**
- No cree que las leyes, por ejemplo, puedan hacer algo por el dolor y el sufrimiento que pesa sobre los pacientes terminales y sobre el personal sanitario encargado de comunicar a los dolientes su destino.
- Propone recurrir a la “*compasión*” y a la “*dosificación*” de la verdad en pacientes terminales.

Ricoeur, 1996, p 295. Estudio IX.



El duelo y la idea de la muerte

..De igual modo también; el pensamiento de los moribundos se vuelve muy a menudo hacia el lado afectivo, doloroso, oscuro y visceral, hacia ese reverso de la muerte que es precisamente el lado que les presenta, que les hace sentir con dureza y que se parece bastante más a un fardo que los aplasta, a una dificultad de respirar, a una necesidad de beber, que a lo que denominamos la idea de la muerte...

Marcel Proust en “A la busca del tiempo perdido” (Por la parte de Swann, Edición Valdemar pag 76).

“A la recherche du temps perdu” (Du côté de chez Swann) 1913



Reflexiones Finales

Psicooncología y sus Límites:

- Límite Conceptual
 - Límite Terapéutico
 - Límite en las decisiones ético clínicas
- 



Psiquiatría de Enlace

- La psiquiatría de enlace e interconsulta, estudia la relación existente entre los trastornos médicos y psiquiátricos (1).
- Los psiquiatras y psicólogos de enlace, forman parte activa de los equipos médicos del hospital general (1).

Las unidades de psicooncología representan un claro ejemplo de la importancia de la psiquiatría de enlace en los hospitales actuales.



Psicoooncología

La psicooncología estudia el impacto del cáncer en la función psicológica de los pacientes y sus familiares.

- Su desarrollo ha sido posible gracias al avance sostenido de la oncología médica y de los actuales protocolos de asistencia integral a pacientes terminales que ofrecen las Unidades de Cuidados Paliativos.
- Esta evolución ha contribuido objetivamente al desarrollo de los aspectos psiquiátricos y psicológicos vinculados al cáncer.



Psicoooncología

El énfasis de los esfuerzos en esta área, está dirigido a contribuir a una mejor calidad de vida de los pacientes oncológicos desde el impacto inicial del diagnóstico.

- Son frecuentes los trastornos de adaptación, el trastorno depresivo mayor y el delirium en los pacientes oncológicos.
- El diagnóstico y tratamiento de la depresión en los pacientes oncológicos consituye una de las principales tareas que deben acometer los integrantes de las unidades de psicooncología.



Límite Conceptual

En ocasiones no se profundiza en la idea de la muerte y la finitud, y muchos pacientes al final de sus vidas se sienten:

- *“culpables”, “aturdidos por no ser capaces de dar la pelea”*
- *“responsables”* por padecer cáncer:
- *“qué hice en mi vida que estoy recibiendo este castigo”*
- *“esa decisión que tomé en ese momento me produjo este cáncer”,*

Son algunas de las frases empleadas por pacientes oncológicos

Límite Terapéutico

- Una de las dificultades más comunes para diagnosticar correctamente un episodio depresivo en un paciente oncológico, sin lugar a dudas, es:

La superposición de síntomas explicables por la condición médica propia del paciente.

- Raison y Miller intentaron profundizar en este aspecto, buscando precisar qué era lo intrínsecamente depresivo en un paciente oncológico (20).
- Encontraron una serie de síntomas comunes entre una depresión y lo que estos autores definieron como “comportamiento de enfermedad” (*Sickness behavior*) (20).

Tabla 1. Adaptado de Charles L. Raison and Andrew H. Miller. Depression in Cancer: New Developments Regarding Diagnosis and Treatment. BIOL 2003;54:283–294

Comportamiento de enfermedad

- Anhedonia
- Aislamiento social
- Fatiga
- Anorexia
- Baja de peso
- Alteraciones de sueño
- Alteración cognitiva
- Disminución de libido
- Enlentecimiento Psicomotor
- Hiperalgnesia

Depresión

- Anhedonia
- Aislamiento social
- Fatiga
- Anorexia
- Baja de peso
- Alteraciones de sueño
- Alteración cognitiva
- Disminución de libido
- Enlentecimiento Psicomotor
- Ánimo depresivo
- Culpa/inutilidad
- Ideación suicida



Límite Terapéutico

- **Ánimo depresivo, los sentimientos de culpa e inutilidad más la presencia de ideación suicida serían las características más sugerentes para plantear un episodio depresivo mayor en un paciente oncológico (20).**
- **Toda vez que un paciente está cursando con los síntomas depresivos descritos, se hace pertinente indicar un tratamiento a la brevedad, dado el compromiso en la calidad de vida; más el riesgo agregado por la presencia de ideas autolíticas.**



Límite Terapéutico

- La depresión se asocia con peor pronóstico para el tratamiento de los pacientes con patología oncológica, con aumento de morbilidad y mortalidad (21).
- Un paciente con historia de síntomas depresivos tiene 2,6 veces mayor riesgo de morir a los 19 meses, luego del diagnóstico de su patología oncológica (22).
- La depresión disminuye la adherencia al tratamiento, aumenta el tiempo de hospitalización, disminuye la calidad de vida y la capacidad de autocuidado (24)(25)(26)(27).



Límite en la decisión ético-clínica

- En el caso de la oncología, son muy frecuentes los diagnósticos de trastornos adaptativos, depresión, ansiedad y delirium (16) (17).

Todas esas patologías podrían mermar o limitar la capacidad

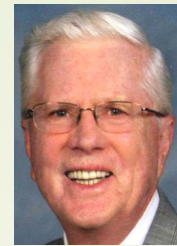
- Se plantea que el principal gatillante de la comorbilidad psiquiátrica en Oncología es precisamente:

El peso psicológico de saber que se tiene cáncer (16) .



Límite en la decisión ético-clínica

- 
- Las Unidades de Psicooncología deben asesorar a los médicos tratantes en cuanto a si los cuadros pesquisados pudieran o no comprometer la capacidad de los pacientes para tomar decisiones en salud.
 - Es recomendable estar atentos a no sobre-diagnosticar psiquiátricamente a los pacientes, pudiendo incurrir en un no respeto por las decisiones autónomas de los mismos y de su sistema de valores.



Límite en la decisión ético-clínica

James Drane, importante investigador sobre los dilemas relacionados con la capacidad para la toma de decisiones en salud, ha señalado que mientras más compleja es la intervención, procedimiento o tratamiento propuesto al paciente; debiera realizarse una evaluación de la capacidad para la toma de decisiones con un estándar superior y un nivel de exigencia mayor, comparado con intervenciones médicas de menor nivel de dificultad (19).

Límite en la decisión ético-clínica

- En una reciente investigación donde participaron 21 médicos oncólogos que se desempeñan en tres importantes centros de atención oncológica de la Región Metropolitana (esta cifra representa el 35% del total de los oncólogos que trabajan actualmente en Santiago de Chile)

A través de un cuestionario creado para este fin:

66,6% refirió apoyarse en otros especialistas o redes al momento de realizar evaluaciones de la capacidad para la toma de decisiones en salud de los pacientes que se encuentran bajo su cuidado (18).

Rojas O, “Estudio exploratorio acerca de los métodos empleados por los oncólogos en la evaluación de la capacidad para la toma de decisiones en salud de los pacientes oncológicos de la región metropolitana”, Tesis de Grado Magíster en Bioética, Universidad de Chile, 2016, <http://biblio.uchile.cl/>

Límite en la decisión ético-clínica

- El 90,5% de los médicos oncólogos que se desempeñan en el Instituto Nacional del Cáncer (INCANCER), la Fundación Arturo López Pérez (FALP) y en el Centro Clínico del Cáncer de Clínica Las Condes:
- **Afirmaron apoyarse en las unidades de psicooncología cuando optan por el uso de redes de apoyo al momento de realizar evaluaciones de la capacidad para la toma de decisiones en salud (18).**
- Dato muy positivo que refleja la importancia que otorgan estas tres instituciones al desarrollo de las Unidades de Psicooncología.

Rojas O, “Estudio exploratorio acerca de los métodos empleados por los oncólogos en la evaluación de la capacidad para la toma de decisiones en salud de los pacientes oncológicos de la región metropolitana”, Tesis de Grado Magíster en Bioética, Universidad de Chile, 2016, <http://biblio.uchile.cl/>

Evaluación Capacidad Para Decidir en Salud

Cuestionario pregunta V

En caso de utilizar redes de apoyo: ¿Cuáles son las que más frecuentemente utiliza?

Respuestas	CLC	INC	FALP	TOTAL	Valor p
	6(28,5%)	6(28,5%)	9(42,8%)	21(100%)	
Va: Consultar a otro especialista	4(30,7)	4(30,7)	5(38,4)	13(62)	0.874
Vb: Comité de Ética Asistencial	1(12,5)	4(50)	3(37,5)	8(38,1)	0.189
Vc: Unidades de Psicooncología	5(26,3)	6(31,6)	8(42,1)	19(90,5)	0.603
Vd: Otras	0	1(50)	1(50)	2(9,5)	0.603
Ve: Ninguna	0	0	0	0	0

Conocimiento de Ley 20.584

- En forma directa se le preguntó a los médicos oncólogos si conocen la citada Ley 20.584. Un 71,4%; 15 de 21, señaló que *no conoce tan bien* la ley. Un 23,8%; 5 de 21, refirió *conocer bien* la mencionada ley. Mientras que un médico oncólogo (4,7%) señaló *no conocer* la Ley 20.584.
- Se desprende la importancia de generar espacios en los equipos de salud para analizar y debatir las leyes y artículos relacionados con nuestro quehacer.
- Llama la atención que la ley lleva vigente 6 años y ha existido la intención de divulgación por parte de las autoridades sanitarias. Pero en muchos temas, sobre todo en oncología, pacientes terminales, decisiones de final de la vida, autonomía, se necesitan espacios reflexivos para comprender la intención y los alcances de las leyes.

Rojas O, “Estudio exploratorio acerca de los métodos empleados por los oncólogos en la evaluación de la capacidad para la toma de decisiones en salud de los pacientes oncológicos de la región metropolitana”, Tesis de Grado Magíster en Bioética, Universidad de Chile, 2016, <http://biblio.uchile.cl/>

Cuestionario pregunta VII

¿Conoce Ud. la Ley de deberes y derechos de los pacientes 20.584?

Respuestas	CLC	INC	FALP	TOTAL	Valor p
	6(28,5%)	6(28,5%)	9(42,8%)	21(100%)	
VIIa: Bien	1(20)	2(40)	2(40)	5(23,8)	0.786
VIIb: No tan bien	4(26,6)	4(26,6)	7(46,6)	15(71,4)	0.856
VIIc: No lo conozco	1(100)	0	0	1(4,7)	0.269

Rojas O, “Estudio exploratorio acerca de los métodos empleados por los oncólogos en la evaluación de la capacidad para la toma de decisiones en salud de los pacientes oncológicos de la región metropolitana”, Tesis de Grado Magíster en Bioética, Universidad de Chile, 2016, <http://biblio.uchile.cl/>

Cuestionario pregunta VIII

¿Conoce artículos que hablen explícitamente del derecho del paciente a otorgar o denegar su consentimiento para someterse a un tratamiento o procedimiento?

Respuestas	CLC	INC	FALP	TOTAL	Valor p
	6(28,5%)	6(28,5%)	9(42,8%)	21(100%)	
VIIIa: Bien	3(21,4)	5(35,7)	6(42,8)	14(66,6)	0.472
VIIIb: No tan bien	1(25)	0	3(75)	4(19)	0.269
VIIIc: No los conozco	2(66,6)	1(33,3)	0	3(14,2)	0.192

Rojas O, “Estudio exploratorio acerca de los métodos empleados por los oncólogos en la evaluación de la capacidad para la toma de decisiones en salud de los pacientes oncológicos de la región metropolitana”, Tesis de Grado Magíster en Bioética, Universidad de Chile, 2016, <http://biblio.uchile.cl/>

Formación en Bioética

Cuestionario pregunta XII

¿Estaría de acuerdo con recibir formación médica continua en relación a los temas bioéticos, legales y clínicos relacionados con la evaluación de la capacidad para la toma de decisiones en salud de los pacientes oncológicos?

Respuestas	CLC	INC	FALP	TOTAL	Valor p
	6(28,5%)	6(28,5%)	9(42,8%)	21(100%)	
XIIa: De acuerdo	6(28,5)	6(28,5)	9(42,8)	21(100)	0.000
XIIb: En desacuerdo	0	0	0	0	0.000
XIIc: Indiferente	0	0	0	0	0.000



Aristóteles en Ética Nicomáquea Libro III,III



“ La deliberación tiene lugar en las cosas que suelen acontecer de cierto modo en la mayoría de los casos, pero en las cuales es oscuro el resultado, así como aquellas otras en que es indeterminado. Y en los asuntos importantes nos servimos de consejeros, porque desconfiamos de nosotros mismos en cuanto a nuestra capacidad de discernimiento.”



Muchas Gracias

Bibliografía

1. Couceiro, A. Introducción. En: Couceiro A, editor. Ética en cuidados paliativos. Madrid: Triacastella; 2004. p.11-16
2. Heidegger, M. Serenidad. Serbal, Colecciones Odós, Barcelona, 1999:15-30.
3. Simón, P. El consentimiento informado. 1a Ed. Madrid: Triacastella; 2000.
4. Gracia, D. Fundamentos de la Bioética. Madrid:Eudema;1989.p. 183.
5. Beauchamp TL, Los fundamentos filosóficos de la ética en psiquiatría, Bloch S, Chodoff P, Green SA, La ética en psiquiatría, Primera edición
6. Simón-Lorda P. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2008, vol. XXVIII, n.º 102: 325-350.
7. Simón, P. El consentimiento informado. 1a Ed. Madrid: Triacastella; 2000. p. 279.

Bibliografía

- 8. Kübler-Ross E, Sobre la muerte y los moribundos, 6ta edición, Barcelona, Grupo Editorial Ramdon House Mondadori, 1972
- 9. Levenson J (ed), Textbook of Psychosomatic Medicine: Psychiatric care and medically III (ed 2), Arlington, VA, American Psychiatric Publishing, 2011.
- 10.. Levenson J, Mc Donald M, The role of psychological factors in cancer onset and progression: a critical appraisal, in the The psychoimmunology of Cancer, 2nd Edition, Edited by Lewis CE, O'Brien R, Barraclough J. New York, Oxford University Press, 2002: 149-163.
- 11. Stoudemire A (ed), Psychological Factors Affecting Medical conditions. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1995.
- 12. Levenson J, Factores psicológicos que afectan a las enfermedades clínicas, Hales R, Yudofsky S, Gabbard G, Tratado de Psiquiatría Clínica, 5ª Edición, Barcelona, Elsevier Masson España, 2009: 935-957.
- 13. Simón-Lorda P, La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente, Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2008; 28 (102): 325-350.
- 14. Philbrick KL, Rundell JR, Netzel PJ, Levenson JL, Medicolegal issues, Clinical Manual of Psychosomatic Medicine: A guide to Consultation-Liaison Psychiatry, Second Edition, Washington D.C., American Psychiatric Publishing, Inc; 2012:13-29.
- 15. Sadock BJ, Alcott V, Medicina psicosomática, Sinopsis de Psiquiatría Ciencias de la conducta/Psiquiatría clínica, Décima Edición, Barcelona, Wolters Kluwer Health; 2008:813-838.
- 16 Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview based studies. Lancet Oncol. 2011; 12: 160-174
- 17 Breitbart W, Alici Y. Evidence-based treatment of delirium in patients with cancer. J Clin Oncol. 2012;30:1206-1214

Bibliografía

18. Rojas O, “Estudio exploratorio acerca de los métodos empleados por los oncólogos en la evaluación de la capacidad para la toma de decisiones en salud de los pacientes oncológicos de la región metropolitana”, Tesis de Grado Magíster en Bioética, Universidad de Chile, 2016, <http://biblio.uchile.cl/>
- 19. Drane, J.F. Competency to give an informed consent. A model for making clinical assessments. *JAMA* 1984; 252(7):925-7
 - 20. Raison Ch, Miller AH. Depression in Cancer: New Developments Regarding Diagnosis and Treatment. *BIOL* 2003;54:283–294
 - 21. Ramasubbu R, Patten SB. Effect of depression on stroke morbidity and mortality. *Can J Psychiatry* 2003; 48:250–7. PMID: 12776392
 - 22. Stommel M, Given BA, Given CW (2002): Depression and functional status as predictors of death among cancer patients. *Cancer* 94:2719–2727
 - 23. Faller H, Bulzebruck H, Drings P, Lang H (1999): Coping, distress, and survival among patients with lung cancer. *Arch Gen Psychiatry* 56:756–762
 - 24. Koenig HG, Cohen HJ, Blazer DG, Meador KG, Westlund R (1992): A brief depression scale for use in the medically ill. *Int J Psychiatry Med* 22:183–195
 - 25. Koenig HG, Shelp F, Goli V, Cohen HJ, Blazer DG (1989): Survival and health care utilization in elderly medical inpatients with major depression. *J Am Geriatr Soc* 37:599–606.
 - 26. Pelletier G, Verhoef MJ, Khatri N, Hagan N (2002): Quality of life in brain tumor patients: The relative contributions of depression, fatigue, emotional distress, and existential issues. *J Neurooncology* 57:41–49.

Bibliografía

- Gracia D., Conclusión una propuesta metódica, Procedimientos de decisión en ética clínica. Triacastela, 3 era edición, Madrid, 2008:139-57.
- Simón Lorda P, Couceiro A, Barrio IM, Una metodología de análisis de los problemas bioéticos. Couceiro A, Bioética para clínicos. Madrid, España: Triacastela, 1999:233-237.
- Beauchamp T.L. Los fundamentos filosóficos de la ética en psiquiatría, Bloch S., Chodoff P., Green S.A, La ética en Psiquiatría, Primera edición en español, Madrid, Editorial Traicastela; 2001:35-56.



Bibliografía

- Ley 20.584 que regula “ Los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud”. Promulgada el 13 de abril de 2012. Biblioteca del Congreso Nacional.
- Beauchamp T.L, Childress J.F. Principles of Biomedical Ethics, Cuarta edición, Nueva York, Oxford University Press, 1994. Principios de ética biomédica. Barcelona, Masson, 1998.
- Jonsen A., Siegler M., Winslade W.J. Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine, 2da. Ed., Nueva York, Macmillan Publishing Company, 1986.



Bibliografía

- Arrantz P, Barbero J, Barreto P, Bayés R. Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y Protocolos. Barcelona: Ariel; 2003.
- Bermejo JC, et al. Conspiración del silencio en familiares y pacientes al final de la vida ingresados en una unidad de cuidados paliativos: nivel de información y actitudes observadas. Med.Paliat.2012
<http://dx.doi.org/10.1016/J.medipa.2012.07.002>