

# INTERCONSULTA BIOÉTICA Y PSIQUIATRÍA DE ENLACE

## ETHICS CONSULTATION AND LIAISON PSYCHIATRY

DR. ALEJANDRO KOPPMANN (1)

(1) Psiquiatra, Magister en Bioética y Magister en Derecho Sanitario. Presidente del Comité de Ética Asistencial, Clínica Alemana de Santiago, Chile.

Email: akoppmann@alemana.cl

### RESUMEN

*El presente artículo revisa los principales aspectos relativos a las características de la bioética, los Comités de Ética Asistencial y los consultores éticos en su trabajo al interior de un hospital general, así como algunos propios de la psiquiatría de enlace. Se describen aspectos de coincidencia, diferencias y potenciación, así como también se establecen los límites y roles de cada disciplina. Se destacan aspectos educativos en la formación profesional en ambas áreas.*

*Palabras clave: Comités de ética asistencial, consultor ético, psiquiatría de enlace.*

### SUMMARY

*In this article, we review the main aspects related to bioethics, Health Care Ethics Committees and the work of ethics consultants within general hospitals, as well as that of the liaison psychiatry. Common aspects, main differences and synergies are described along with the limits and roles of each discipline. Educational aspects for professional training are discussed for both the ethics and the psychiatry components.*

*Key words: Ethics committees, ethics consultant, liaison psychiatry.*

### INTRODUCCIÓN

En el centro de la actividad médica siempre está el paciente, sin embargo, dadas las características de la práctica médica actual en el mundo occidental, este foco tiende a fraccionarse, diluirse y tensionarse por distintas razones:

-Especialización y sub especialización de la medicina.

-Avances tecnológicos y nuevas fronteras tanto al inicio como al término de la vida.

-Cambios en la expectativa de vida y en la concepción de procesos naturales como el envejecimiento.

-Irrupción de la genética y cambios en la manera de clasificar y entender las enfermedades, cambios en el estilo de la relación médico paciente.

-Rol de los aseguradores, estandarización de la práctica mediante el uso de guías y protocolos, judicialización de la actividad médica.

-Expectativas del mercado asociadas a la salud y competencia entre distintos actores del sistema incluidas las compañías farmacéuticas y los aseguradores.

La formación de equipos de trabajo y la incorporación de diferentes perspectivas surge como un intento por considerar estos aspectos de la práctica médica sin perder de vista el foco del trabajo centrado en el paciente y sus necesidades potenciándose en el enfrentamiento y la resolución de situaciones cada vez más complejas y demandantes.

### CARACTERÍSTICAS DE LA BIOÉTICA, LOS COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL (CEA) Y LOS CONSULTORES ÉTICOS

Se entiende la ética como una rama de la filosofía moral que se ocupa de estudio sistemático de los principios morales y valores personales o sociales y las bases sobre si una conducta es correcta o no.

Existen distintos tipos de ética, por ejemplo normativa, aplicada, religiosa, utilitarista, profesional y la bioética ocupada de las conductas de los actores involucrados en ciencias relacionadas con la vida. Entre ellas, es posible distinguir la llamada bioética personal centrada en la dignidad y el valor de

cada persona, social centrada en la justicia, las condiciones de vida de las personas y los derechos humanos, civil en busca de bases mínimas que sustenten la convivencia entre personas y la bioética clínica, centro del presente artículo.

Tradicionalmente se señalan los juicios de Nuremberg, tras la Segunda Guerra Mundial, como el inicio de una nueva época en relación a los derechos de los pacientes mediante la elaboración de una serie de reglas y principios para lo que llamamos hoy el consentimiento informado así como también en orientaciones y normas éticas recogidas por la Asociación Médica Mundial (1)

Es a fines de los años sesenta y comienzos de los setenta cuando, dado el avance tecnológico y la creación de nuevas realidades clínicas, la judicialización de la actividad y los errores médicos, en paralelo a la creciente fuerza de los movimientos sociales en favor de los derechos civiles, hacen necesario replantear la relación médico-paciente tradicional, asimétrica y paternalista en busca de una más colaborativa y respetuosa de los derechos de las personas.

Es en ese contexto que surgen iniciativas como las de Daniel Callahan quien funda el *Hastings Center* en 1969 sentando las bases para el estudio sistemático de temas éticos en la práctica médica y el establecimiento de una disciplina que, más adelante, Potter (2) llamaría Bioética en 1971 y que André Heeleger y su grupo enriquecerían con los aportes de una mirada católica y universitaria a través de la creación del *Kennedy Institute of Ethics* en la Universidad de Georgetown y que Tom L. Beauchamp y James F. Childress cristalizan en su obra *Principles of Biomedical Ethics* en 1979 proponiendo el sistema de los cuatro principios básicos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia como ejes centrales del análisis de los problemas éticos en medicina (3).

Los cuatro principios pueden resumirse del siguiente modo:

**1. Autonomía:** Se trata de conocer siempre y respetar la voluntad del paciente cuando ésta existe o inferirla con sus familiares y cercanos cuando este no pueda manifestarla, así como respetarla en caso que el paciente se encuentre transitoria o definitivamente impedido de emitirla. En psiquiatría esto es particularmente relevante y da origen frecuente a temas relativos a evaluación de competencia o capacidad en la toma de decisiones.

**2. Beneficencia:** Buscar siempre lo mejor para el enfermo en esa situación y ese momento determinado a la luz de sus creencias, sistema de valores, balance costo versus beneficio, expectativas realistas, características y pronóstico de la patología y buscando mejorar cuando esto es posible, cuidar y contener si la curación no es posible. Así entendido, dejar de hacer algo, puede también ser una forma de beneficencia.

**3. No maleficencia:** No dañar directa ni indirectamente al paciente mediante aquella acción u omisión de un procedimiento o tratamiento que no esté adecuadamente respaldado en el beneficio potencial que lo justifica.

**4. Justicia:** Se trata de dar a cada quien lo necesario de acuerdo a los principios de la llamada justicia distributiva que busca precisamente la equitativa distribución de cargas y beneficios en la sociedad de manera tal que los bienes sociales se reparten, pero también las responsabilidades. En salud esto adquiere particular relevancia con el uso de los recursos económicos siempre escasos.

El mayor valor de la propuesta de Beauchamp y Childress es que sus principios, que se enmarcan en la llamada filosofía práctica, buscan establecer acuerdos racionales entre personas muy diversas, con sistemas valóricos y creencias distintas propias de una sociedad plural como la que hoy vivimos.

La bioética permite entonces el cambio desde un sistema normativo y deontológico propio de los códigos de ética profesional médicos a una perspectiva más inclusiva y dialogante no solo del ámbito médico sino interdisciplinar y más acorde con la diversidad de sistemas valóricos y perspectivas de cada época y cultura.

Lo anterior en busca de un cierto acuerdo moral entre los distintos actores mediante la fuerza y ponderación de cada uno de los argumentos orientados hacia la toma de decisiones en salud.

#### COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL

Tradicionalmente los aspectos éticos en salud se trabajan al interior de las instituciones y hospitales en los llamados **Comités de Ética Asistencial (CEA)** y los relativos a innovación e investigación en aquellos dedicados a la **Ética de la Investigación**.

En los últimos años y como complemento de la actividad de los CEA surgen los sistemas de Consultoría en Bioética cuyas características también analizaremos más adelante (4).

En el caso de los CEA estos son definidos por la UNESCO como aquel grupo de personas que *"aborda sistemáticamente las dimensiones éticas de las ciencias de la salud, las ciencias biomédicas, las políticas de salud y los casos clínicos complejos"*

Según la legislación chilena vigente los CEA *"son órganos colegiados de deliberación de carácter consultivo e interdisciplinario, creados para analizar y asesorar sobre los conflictos éticos que se susciten como consecuencia de la atención de salud, para contribuir a mejorar la calidad de la atención y proteger los derechos de las personas en torno a ella"* (5).

Más allá de las definiciones hay cierta coincidencia en cuanto a considerar como funciones básicas de estos comités la labor consultiva y de asesoría en relación a la toma de decisiones complejas en casos clínicos. También tienen una labor educativa en temas relativos a la bioética al interior de una institución de salud y la labor normativa mediante la identificación de problemas y eventuales soluciones propuestas hacia las respectivas direcciones hospitalarias en cuanto a normativa interna o cambios en la manera de hacer ciertas cosas.

Los CEA reúnen a un grupo variado de participantes en busca de una mirada amplia e idealmente interdisciplinaria y en Chile deben incluir al menos tres profesionales de la salud, no exclusivamente médicos, un miembro de la comunidad y un abogado. Todos deberán contar con formación en bioética (6).

El análisis de los casos puestos a consideración del Comité puede seguir el método llamado deliberativo que intenta, según palabras de Diego Gracia, reflexionar sobre los hechos en busca de reducir la incertidumbre hasta límites prudentes o razonables (7).

La exposición de un problema ético clínico, la identificación de los hechos, valores y deberes involucrados, así como la reflexión sobre los distintos puntos de vista existentes, sin duda enriquecen la discusión de cada caso y permite la elaboración de recomendaciones sobre los cursos de acciones posibles a menudo prudentes y útiles (8).

Junto con lo anterior, existen otros métodos que permiten este análisis y que pueden complementarse e incorporarse a la deliberación antes propuesta y que analizan lo que Jonsen (9) llama el método de las cuatro cajas y cuyo modelo sirve para el análisis ético de casos clínicos (10):

**a) Indicaciones médicas:** Incluyen el o los diagnósticos involucrados, curso agudo o crónico y pronóstico, objetivos del tratamiento, alternativas, beneficio para el paciente y control de daño potencial.

**b) Preferencias del paciente:** Se debe conocer cuáles han sido las opiniones del paciente, si éste maneja la información adecuada sobre su situación, si entiende y ha consentido en recibir un tratamiento en particular, si es capaz, si existe subrogante, si se niega o no coopera y cuál es la opinión de su familia.

**c) Calidad de vida:** En este aspecto nos interesa conocer la probabilidad del paciente de recuperar su calidad de vida anterior con y sin tratamiento, si existe sesgo en la evaluación de la calidad de vida por parte de los profesionales involucrados, cuáles son los déficits mentales o físicos que pueden existir luego del tratamiento, si hay planes para limitar tratamiento o si existen alternativas paliativas.

**d) Contexto:** Se deben revisar aspectos familiares, médicos, económicos, religiosos culturales, legales o conflicto de interés asociados a la decisión y que puedan interferir en ella.

El siguiente esquema propone combinar el método deliberativo de las cuatro cajas en una pauta de análisis de casos clínicos para el trabajo de los Comités de Ética Asistencial:

**1. Hechos:** Historia clínica, diagnóstico y visión del pronóstico, calidad de vida, opinión del paciente y de su familia, situaciones del contexto.

**2. Valores:** Problema ético principal, otros problemas éticos del caso, valores y principios involucrados.

**3. Deberes:** Cursos de acción posibles, elegir un curso de acción, fundamentar la elección, hacer la recomendación.

Si bien es cierto, las recomendaciones de los CEA no son vinculantes, estas suelen estar en la base de decisiones complejas. Si el Comité es consultado de manera oficial se sugiere que dichas indicaciones queden registradas en la ficha clínica del paciente (11).

## CONSULTORES ÉTICO CLÍNICOS

Muchas son las fuentes potenciales de problemas que podrían requerir de consulta ética tales como un quiebre en la comunicación entre el paciente o su representante y el equipo tratante o cuando dos cursos de acción pueden ser defendibles e involucran alguno de los cuatro principios señalados o entre los principios y el pronóstico del paciente.

Un viejo aforismo médico dice que si bien los problemas éticos existen y son frecuentes en la práctica diaria las consultas a los CEA suelen ser escasas (12).

Las razones para esta baja tasa de consultas van desde la dificultad para reunir de manera ágil un grupo elevado de personas, la necesidad de preparar y presentar dicho problema al Comité destinando a ello un tiempo siempre escaso y la incomodidad o el temor de los profesionales a sentirse juzgados en sus decisiones respecto de ese caso en particular.

Es en este contexto, que surge la alternativa de los consultores éticos, que permiten desarrollar de manera más rápida y directa, junto a la cama del enfermo, las reflexiones éticas de ese caso indicando los posibles cursos de acción.

Ya en el año 2000 el 81% de los hospitales en EE.UU. contaban con un sistema de Consultoría Ética y ese año la *American Society of Bioethics and Humanities* (ASBH) publica su primera guía sobre las competencias necesarias para consultores en ética clínica, con una 2ª edición en 2011(13).

La ASBH define la consultoría ética como un servicio, prestado por una o un grupo de personas, en respuesta a las inquietudes del paciente, su familia, el subrogante o alguno de los miembros del equipo de salud frente incertezas o a un conflicto de valores en torno a una decisión concerniente su manejo de salud.

El objetivo de la consultoría es mejorar la calidad de la atención en salud identificando, analizando y proponiendo cursos de acción posibles para enfrentar los problemas éticos que puedan asociarse a esa situación clínica en particular. La consultoría ética, como cualquier otra interconsulta, responde a un problema específico y su foco puede estar en cualquiera de los aspectos ya señalados.

A continuación, se describen los principales conocimientos, habilidades y atributos requeridos para un consultor ético:

#### **A. Conocimientos:**

- Teoría ética general
- Modelos de razonamiento moral
- Conceptos y aspectos de bioética
- Información sobre política y sistema sanitario local
- Consensos clínicos relativos a los principales problemas ético-clínicos
- Códigos de ética
- Legislación sanitaria vigente

#### **B. Habilidades**

##### 1. Habilidades de evaluación y análisis

- Identificar y analizar los valores en conflicto.
- Identificar la información relevante, los valores, creencias y prejuicios.
- Aplicar conocimientos bioéticos.

##### 2. Habilidades de procesamiento

- Decantar la pregunta y ajustar expectativas.
- Organizar y facilitar encuentros entre los distintos actores (paciente, familia y equipo tratante).
- Reconocer las creencias y tensiones implícitas que subyacen al problema.

##### 3. Habilidades interpersonales

- Escuchar y facilitar la expresión de ideas, temores o creencias.
- Comunicación respetuosa, comprensiva y empática.
- Permitir la expresión de los puntos de vista morales involucrados.
- Permitir una comunicación efectiva

#### **C. Atributos**

- Tolerancia, paciencia y compasión.
- Honestidad, transparencia y autoconocimiento.
- Coraje.
- Prudencia y humildad.

- Liderazgo.
- Integridad.

La consultoría ética debe quedar registrada en la ficha clínica, ser conocida y estar disponible para todo el equipo tratante. Existen distintos modelos de consultoría y muchas veces el consultor puede actuar adicionalmente como un mediador o facilitador entre las distintas partes involucradas en un conflicto para decidir.

Como señala Beca (14) entre los objetivos de la consultoría está el que permite identificar y analizar los problemas éticos de los casos indicados, anticipar o resolver conflictos, ayudar a manejar y disminuir el estrés moral de profesionales, cuidadores y familiares y orientar mediante las resoluciones propuestas.

Entre sus principales ventajas la consultoría aporta rapidez y eficiencia a la resolución de problemas ético-clínicos, permite identificar y anticipar dificultades cuando el consultor es integrado de manera rutinaria a las visitas generales del servicio y va progresivamente educando a su entorno en las materias que le competen, así como también puede ir recibiendo elementos que le ayuden en la identificación de posibles problemas en la evolución de aquellos pacientes.

En aquellos centros en que se cuenta con más de un consultor estos pueden incluso ofrecer cobertura amplia y permanente mediante un sistema de turnos.

Entre las principales críticas que se hacen al modelo de consultoría en oposición al de los CEA es que al ser solo un consultor estas recomendaciones son "observador dependiente" y están por tanto influidas por el estilo y la especialidad del consultor (15), así como también pueden carecer de una adecuada deliberación propia del trabajo de los CEA.

Los modelos de aproximación clínica de cada consultor pueden revisarse en la literatura especializada y están definidos ya sea por sus objetivos, su método o los estilos del consultor e incluyen roles como facilitador en la toma de decisiones, defensor del paciente, experto moral, y mediación entre el paciente y su entorno clínico o familiar o entre estos últimos. (16) En París, Fournier y su grupo defienden una postura llamada de compromiso y que implica el seguimiento y la continuidad en la atención del paciente desde el momento en que el consultor es llamado hasta el egreso o incluso la evolución y el fallecimiento del paciente pasando a ser uno más del equipo tratante (17).

En ciertos aspectos este rol es muy parecido al de la psiquiatría de enlace.

Está claro que este nivel de exposición debe incluir una adecuada capacidad de distanciamiento y límites que protejan la salud del

consultor, así como la calidad de su trabajo. Algunos autores han estudiado el rol de los mecanismos de defensa en el trabajo del consultor y su rol en la capacidad para identificar o no determinados problemas, seleccionar algunos hechos relevantes de la historia del paciente por encima de otros e influir en la comunicación efectiva del problema (18).

En Chile contamos con experiencias de este tipo desde hace algunos años (14) y sus resultados en Unidades de Cuidado Intensivo han sido ampliamente comunicadas siendo sus principales temas los siguientes: limitación del esfuerzo terapéutico, proporcionalidad, muerte digna, anticipación de conductas o voluntades anticipadas, autonomía y subrogación y justicia.

Los problemas indicados incluyen reflexión y análisis con el paciente, si esto es posible, con su familia y con el médico intensivista o su médico tratante y consideran materias muy sensibles y complejas como la suspensión de la ventilación mecánica, falta de anticipación de conductas, desconocimiento de la voluntad del paciente o discrepancias entre el equipo y la familia. También es frecuente que el consultor deba enfrentarse a temas relativos a definir la capacidad del enfermo para tomar sus propias decisiones, así como la identificación de un subrogante o representante adecuado.

### **PSIQUIATRÍA DE ENLACE E INTERCONSULTAS EN EL HOSPITAL GENERAL Y ASPECTOS ÉTICOS EN PSIQUIATRÍA**

Tradicionalmente se ha descrito a la psiquiatría de enlace como aquella sub especialidad de la psiquiatría dedicada al diagnóstico, el tratamiento y la prevención de aquellos aspectos propios de la patología mental en el contexto de un hospital general ya sea de patología médica en pacientes con patología psiquiátrica aguda o crónica como de las manifestaciones psiquiátricas de algunas enfermedades médicas.

Desde hace algunos años la actividad de la llamada medicina psicosomática y la psiquiatría han permitido el reconocimiento de esta actividad como una nueva subespecialidad de la médica, la medicina psicosomática, preocupada además de los aspectos psicosociales de la enfermedad, su aparición y curso (19).

Los focos de acción de la psiquiatría de enlace son el paciente en primer lugar, sin embargo, debe prestar atención también al entorno del mismo, es decir la familia, los cuidadores o representantes y al equipo médico. En todos ellos pueden existir aspectos susceptibles de intervención, facilitación de la comunicación o manejo.

Se ha diferenciado la interconsulta psiquiátrica, es decir aquella respuesta concreta ante una pregunta específica que normal-

mente va destinada al profesional que la solicita y que dice relación con el diagnóstico y manejo de una patología ajena a su especialidad o el uso de un fármaco en particular con la psiquiatría de enlace que implica trabajo conjunto en áreas de interés común es decir cuyos límites no pertenecen a una especialidad particular tal y como ocurre, por ejemplo, en el dolor crónico, los trastornos alimentarios, los problemas de fertilidad o la oncología.

El trabajo del psiquiatra de enlace es un trabajo de interfase. El psiquiatra mantener adecuado equilibrio entre las demandas técnicas de los otros profesionales de la salud, la familia y el propio paciente. Además, debe hacerse cargo del estigma que la salud mental tiene en un ambiente no psiquiátrico y muchas veces proveer cuidados a pacientes psicóticos, suicidales o dependientes en contextos médicos y espacios físicos ajenos a la especialidad.

Esta tensión requiere habilidades específicas, adecuados conocimientos médicos sobre la patología de base o asociada, los fármacos en uso y sus interacciones con otros medicamentos en uso, capacidad de liderazgo y flexibilidad.

Como se ha visto, muchas de las habilidades descritas previamente para un consultor ético, son también deseables en un psiquiatra que trabaje en un hospital general.

### **ASPECTOS ÉTICOS EN PSIQUIATRÍA**

Desde un punto de vista ético y de acuerdo con la Declaración de Hawai en 1975, Viena en 1983 y Madrid en 1996 (20) el objetivo de la disciplina es promover la salud, la autonomía y el desarrollo del paciente.

La relación terapéutica entre un psiquiatra y su paciente debe considerar el debido respeto a la confidencialidad, cooperación y responsabilidad mutua en el contexto de la mejor terapia disponible para cada caso en particular. La elección de cada tratamiento debe contar con el adecuado proceso de información sobre las características del mismo, sus alternativas y consecuencias de hacer o no hacer respetando siempre la capacidad de decidir del propio paciente.

Deben evitarse en lo posible medidas forzosas o contra la voluntad de los pacientes y siempre con un consentimiento informado de un familiar o de quien actúe como responsable o cuidador.

El psiquiatra no puede aprovecharse de su posición dentro de la relación abusando de la vulnerabilidad de su paciente y toda la información recogida durante el proceso terapéutico está protegida por la confidencialidad propia del secreto médico.

De acuerdo a esto, los principales aspectos relativos a la psiquiatría y la ética pueden resumirse del siguiente modo (21):

**a) Diagnóstico:** Dada la naturaleza del trabajo en salud mental no siempre el diagnóstico se restringe al modelo médico tradicional incorporándose en este proceso factores genéticos, biológicos, de género, psicológicos, sociales, culturales y propios de la etapa del desarrollo. Integrarlos y balancearlos de manera adecuada es un desafío constante.

**b) Estigmatización:** Propia de factores culturales que relacionan la patología mental con juicios valóricos sobre los pacientes, sus familias o el personal sanitario que trabaja en esta área.

**c) Confidencialidad:** Propia de toda la medicina, pero, particularmente relevante en el caso de la salud mental tanto por la necesidad de crear una relación de confianza y trabajo colaborativo entre el paciente y su terapeuta como por las implicancias legales, sociales y financieras asociadas al estigma

**d) Capacidad:** Relevante en el ejercicio de la autonomía y la toma de decisiones en salud.

**e) Justicia:** Relativa al adecuado trato y acceso a la atención de poblaciones particularmente vulnerables.

**f) Internación y tratamientos voluntarios e involuntarios:** Definiendo claramente el propósito, la utilidad y la duración de los mismos centrándose exclusivamente en fines clínicos de diagnóstico, protección personal o del entorno y manejo de la emergencia.

## ASPECTOS DE COINCIDENCIA, SINERGIA Y DIFERENCIAS

Entre las razones que la ley 20584 relativa a los deberes y derechos de los pacientes considera necesaria la consulta al Comité de Ética Asistencial se consideran aquellos aspectos relativos a la capacidad del paciente para tomar decisiones (22):

*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 ésta 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.*

*Asimismo, si la insistencia en la indicación de los tratamientos o la limitación del esfuerzo terapéutico son rechazadas por la persona o por sus representantes legales, se podrá solicitar la opinión de dicho comité.*

*Artículo 18.- En el caso de que la persona, en virtud de los artículos anteriores, exprese 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, podrá decretar el alta forzosa.*

De acuerdo a esto, la determinación de la capacidad de decidir es una materia de encuentro frecuente entre ambas disciplinas. La evaluación es tarea del psiquiatra de enlace quien debe considerar que, de acuerdo con la observación hecha por Faden y Beauchamp (23), una decisión es autónoma cuando se ejecuta con intencionalidad, conocimiento y ausencia de control externo.

Muchas veces privilegiar la autonomía del paciente puede poner en riesgo la beneficencia de dicha acción. Nuevamente es el psiquiatra quien ayudará a evaluar adecuadamente los mecanismos por los cuales ese paciente en esa situación determinada ha decidido ese curso de acción.

Una ayuda en esta materia es usar los tradicionales criterios de Appelbaum y Grisso (24) relativos a los criterios de capacidad:

- El paciente comprende la información que se le brinda referida al diagnóstico, exámenes y procedimientos requeridos así como el tratamiento propuesto.
- El paciente es capaz de apreciar la situación global en que se encuentra.
- El paciente usa la razón para decidir.
- El paciente comunica su decisión.

## LÍMITES Y PROYECCIONES

Tanto desde la perspectiva de la bioética como de la salud mental la enfermedad es considerada no solamente como una alteración orgánica, sino como un episodio en la biografía del enfermo y de su entorno cercano.

Considerar la natural fragilidad del ser humano, asumir el envejecimiento como un proceso natural y no como patología, ayudar a las personas a dar el máximo de sus capacidades en función de cumplir con sus objetivos globales aun cuando aquello implique postergar ciertas áreas para favorecer otras, asumir la vida completa con alegrías y frustraciones, esperanza y decepción, paz y angustia, tener expectativas realistas y estilos flexibles de enfrentamiento de las diferentes situaciones son tareas de promoción y cuidado de la salud en nuestra época.

Incluir aspectos éticos en los programas de formación de especialistas y sub especialistas en salud mental y desarrollar adecuadas capacidades de empatía, habilidades comunicativas

y autocuidado son también necesarias en la de los consultores éticos.

No son labores propias de la psiquiatría de enlace ni de la consultoría ética las intervenciones en conflictos familiares profundos y prolongados que acompañan a los pacientes a su ingreso al hospital sino más bien ayudar a focalizar el trabajo en el bienestar del paciente en ese momento.

Tampoco son roles propios actividades de orientación social o relativas a beneficios económicos derivados de la enfermedad.

El rol del consultor como parte comprometida del equipo tratante luego del alta del paciente debe estudiarse y manejarse con cuidado dada la exposición y desgaste que implica esta función para quien no tiene las adecuadas competencias y entrenamiento.

El autor declara no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Vollmann J, Winau R; *Informed Consent in human experimentation before the Nuremberg code*. *BMJ*. 1996 Dec 7; 313 (7070): 1445-1449
- Potter VR. *Bioethics: a bridge to the future*: New Jersey, EE.UU.; Prentice Hall, 1971.
- Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics* 1 ed. New York; Oxford University Press, 1979 (4 ed., 1994)
- Hormazábal, Gonzalo; Koppmann, Alejandro. *Bioética: Historia, perspectivas y límites*. *Contacto Científico*, [S.l.], v. 4, n. 1, mar. 2015. ISSN 0719-045X. Disponible en: <http://contactocientifico.alemana.cl/ojs/index.php/cc/article/view/165>. Fecha de acceso: 28 mayo 2017
- Unesco. *Guía N° 1 Creación de Comités de Bioética* [Internet]. Paris: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; 2005 Accesible en <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001393/139309s.pdf> Fecha de acceso 13 de Junio de 2017
- Reglamento para la constitución funcionamiento de los comités de ética asistencial N° 62 MINSAL Chile. Disponible en: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/cff302521ff8efc5e040010164012b09.pdf> Fecha de acceso 25 de Mayo de 2017.
- Gracia D, *La deliberación moral, el método de la ética clínica*. *Revista Medicina Clínica* Vol 117 N° 1 Enero 2001 Accesible en <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-la-deliberacion-moral-el-metodo-S0025775301719987> Fecha de acceso 13 de Junio de 2017.
- Gracia D. *Teoría y práctica de la deliberación moral: en :Feíto L, Gracia D, Sánchez M; Bioética: el estado de la cuestión*. Madrid: Tricastela, 2011; c: 101-54.
- Jonsen A.R., Siegler M., Winslade W. *Clinical Ethics*, 4th Ed. McGraw Hill, New York, 1998.
- De los Reyes M, Rubio JM. "Metodología de análisis de casos clínicos: procedimientos y deliberación". En *Bioética y Pediatría, Proyectos de vida plena*. De los Reyes y Sánchez Ed., Ergon, Madrid, 2010.
- Couceiro A, Beca J.P. *Los Comités de Ética Asistencial y las Repercusiones Jurídicas de sus Resoluciones*. *RevMed Chile* 2005; 134: 517-519
- Under what circumstances should I call the ethics consultant/service? Ethics in Medicine*. University of Washington School of Medicine. Accesible en <http://depts.washington.edu/bioethx/topics/ethics.html> Fecha de acceso 4 de Junio de 2017.
- Core Competencies in Healthcare Ethics Consultation*, American Society for Bioethics and Humanities 2<sup>nd</sup> Edition 2011
- Beca J.P., Koppmann A, Chávez P., Delgado I., Solar S. *Análisis de una experiencia de consultoría ética clínica en cuidado intensivo*. *Revista Médica de Chile* 2010; 138: 815-820.
- Beca J.P. *Consultores de ética clínica: razones, ventajas y limitaciones*. *Bioética& Debate* 2008; 14 (45): 1-5
- Romano M.E; Wahlander S.T; Lang B.H; Li G; Prager K.M; *Mandatory ethics consultation policy*. *Mayo ClinProc* July 2009; 84 (7): 581-585
- Fournier V; Spranzi M; Foureur N; Brunet L; *The Commitment Model for Clinical Ethics consultation: Society's involvement in the solution of individual cases: The Journal of Clinical Ethics* 26, n° 4 (Winter 2015) : pp 286-96.
- Agich G J; *Defense mechanisms in ethics consultation*. *HEC Forum* (2011) 23: 269-279.
- Stern T,A, Friccione G,L, Rossenbaum J,F; *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry*, 6th Edition Elsevier, USA, 2010
- World Psychiatric Association (WPA) *Madrid Declaration on Ethical Standards for Psychiatric Practice* Accesible en [http://www.wpanet.org/detail.php?section\\_id=5&content\\_id=48](http://www.wpanet.org/detail.php?section_id=5&content_id=48) Fecha de acceso 11 de Junio de 2017.
- Ética y psiquiatría*. Koppmann A, En *Bioética Clínica*, capítulo 42 Beca, JP; Astete, C. Ed. Mediterraneo 543-555. 2012.
- Ley 20.584 Derechos y Deberes de las Personas en Atención de Salud; Acciones Vinculadas a la Atención en Salud; Atención en Salud*; Accesible en <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348> Fecha de acceso 11 de Junio de 2017
- Ruth R. Faden, Tom L. *A History and Theory of Informed Consent* Beauchamp Oxford University Press, Feb 27, 1986 - 408 pages
- Appelbaum TS, Grisso T; *Assessing patients' capacities to consent to treatment*. *N Engl J Med*. 1988 Dec 22; 319(25):1635-8.