

Dirección de contacto:

Antonio R. Moreno Poyato
Urgencias de Psiquiatría. Centres Assistencials Emili Mira.
Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions (INAD).
Parc de Salut Mar de Barcelona.
Prat de la Riba, 171. 08921 Santa Coloma de Gramanet (Barcelona).
E-mail: armorenop@parcdesalutmar.cat

Fecha de recepción: el 15/04/2013. Aceptada su publicación: el 10/07/2013.

Autonomía y competencia en las unidades psiquiátricas de enfermos agudos

Resumen / Abstract

Autonomy and competence in psychiatric units for acute patients

En las Unidades de Psiquiatría de enfermos agudos es habitual que ingresen pacientes de forma no voluntaria. Eso implica que cuidar a enfermos que no quieren ser cuidados pueda ser frecuente. El hecho de que un paciente haya sido declarado incompetente en cuanto a su ingreso, ¿determina que también lo sea en las decisiones que atañen a su cuidado? ¿Es incompetente para decidir sobre cualquier cuidado? ¿Debemos solicitar siempre su consentimiento para toda intervención? La no existencia de herramientas metodológicas enfermeras que contribuyan a prestar unos cuidados de mayor calidad, en personas que no quieren ser cuidadas, hace que sea necesaria una revisión profunda del estado de la cuestión. El objetivo de este trabajo es reflexionar en torno a la capacidad para determinar la competencia, y por tanto la autonomía del paciente, a la hora de aplicar cuidados de Enfermería en una Unidad de Psiquiatría de enfermos agudos.

Palabras clave

Ética del cuidado; relación terapéutica; Enfermería psiquiátrica.

It is usual that patients are admitted non-voluntarily in Psychiatry Units for acute patients. This involves that it might be frequent to care for patients who refuse any care. The fact that a patient has been declared incompetent regarding his admission, does also determine that they are incompetent in terms of decisions about their care? Is this patient incompetent to decide about any kind of care? Must we always ask for their consent for any intervention? The lack of methodological tools for nurses which help to provide higher quality care for patients who don't want any care requires a review in depth of the current state of this issue. The objective of this paper is to think about the ability to determine patient's competence, and therefore their autonomy, when providing nursing care in a Psychiatry Unit for acute patients.

Key words

Ethics of care; therapeutic relationship; Psychiatric nursing.

Cómo citar este artículo:

Moreno Poyato AR, Bádenas Orts L, Suárez Pérez R. Autonomía y competencia en las unidades psiquiátricas de enfermos agudos. Metas Enferm 2013; 16(7):50-53.

Introducción

En el ámbito de la psiquiatría y de la salud mental, la descompensación de la enfermedad que padece el paciente conduce, en muchos casos, a una situación en la cual la competencia para decidir con plenas facultades se encuentra considerablemente mermada (1).

Para el tratamiento de la patología psiquiátrica aguda es frecuente que tenga que hospitalizarse al enfermo de forma no voluntaria (2,3) y este, mayoritariamente, expresa su insatisfacción con relación al desarrollo de la hospitalización (4-6). Eso implica para los profesionales enfermeros, que cuidar a pacientes que no quieren ser cuidados sea un hecho relativamente habitual. No obstante, se debe tener en cuenta que esa situación es temporal (7).

Como consecuencia, el principio bioético de autonomía puede suponer un importante problema de interpretación para el profesional en función del cuidado a prestar (8). Intervenciones relacionadas con la administración de medicación, la seguridad del paciente y el entorno, o referentes al manejo del régimen terapéutico, no generan demasiadas controversias en una situación de involuntariedad, pero sí en otras intervenciones habituales en los cuidados enfermeros como son los relacionados con la higiene, la alimentación y el descanso, entre otros (9), encontrándose con diferentes alternativas que pueden suscitar problemas de carácter esco para su resolución.

Debido a esto, se hace necesaria la reflexión y el debate en torno a la capacidad para determinar la competencia y, por tanto, la autonomía del paciente a la hora de cuidar a personas hospitalizadas de forma no voluntaria en una unidad de enfermos agudos de psiquiatría.

El ingreso no voluntario se lleva a cabo sin el consentimiento de la persona o, en contra de su voluntad. Dicho ingreso puede ser consecuencia de un proceso penal, civil ordinario o civil urgente. En cualquier caso, es necesaria la autorización u orden de un juez. En los casos urgentes es el médico psiquiatra quien decide hospitalizar al enfermo porque existe un riesgo vital inminente para él o para los demás. El juez, apoyado en el informe de un médico forense, autorizará esa hospitalización involuntaria en un plazo no mayor a 72 horas (10,11).

Los procesos de ingreso involuntario de personas con problemas de salud mental pueden afectar a los derechos más fundamentales, incluido el derecho a la integridad de la persona y el derecho a la libertad. La realización de esta modalidad de hospitalización ha provocado muchos posicionamientos encontrados, estimulando numerosos debates por los conflictos éticos que se pueden derivar de su aplicación. Tanto en España como internacionalmente, se han establecido salvaguardas estrictas para limitar la interferencia indebida sobre estos derechos y principios (12-14).

Por un lado, el Convenio de Oviedo (12) dice que: "La persona que sufra un trastorno mental grave solo podrá ser sometida, sin su consentimiento, a una intervención que tenga por objeto tratar dicho trastorno cuando la ausencia de este tratamiento conlleve el riesgo de ser gravemente perjudicial para la salud". En la misma línea, el Informe Belmont (14) puntualiza que ese juicio con el que se decide si un individuo carece de autonomía, debería ser reevaluado periódicamente y variaría según la diversidad de las situaciones.

Además, es importante considerar las definiciones de competencia y autonomía. Una persona competente es aquella que posee la capacidad de recibir, comprender y retener la información relevante sobre su situación y las opciones de su tratamiento, pudiendo decidir sobre dicha información (8). Esto es de gran trascendencia, ya que si el paciente es competente puede tener un papel activo en su cuidado, pero si es considerado incompetente, son otros los que decidirán por él. La competencia del enfermo lo habilita para ejercer su autonomía. Sin embargo, un paciente incompetente plantea el problema de quién decidirá por él y en virtud de qué principios deberán tomarse las decisiones (15).

Por autonomía se entiende la capacidad personal para actuar libremente en función a sus propios deseos o planes, determinando ser capaz de actuar independientemente, intencionadamente, con conocimiento y en ausencia de influencias externas que pretendan controlar o determinar el acto (16).

Habitualmente, en función de la evolución clínica, el no consentimiento del paciente ante el ingreso no voluntario cede al cabo de horas o días, cuando se da cuenta que el tratamiento y la hospitalización lo ayudan a recuperar la estabilidad.

En un reciente estudio realizado en 11 países europeos se recogió la opinión de los propios enfermos sobre su ingreso involuntario al mes y a los tres meses del alta. Aunque hubo notables diferencias entre países, en el primer mes tras el alta entre el 39 y el 79% de los pacientes entendían y aceptaban la necesidad del ingreso. A los tres meses las cifras de aceptación habían alcanzado un intervalo entre el 46-86% (7).

El objetivo de este trabajo es reflexionar en torno a la capacidad para determinar la competencia, y por tanto la autonomía del paciente, a la hora de aplicar cuidados de Enfermería en una Unidad de Psiquiatría de enfermos agudos.

El cuidado no aceptado voluntariamente

Si se acepta que los conceptos básicos que sustentan "el cuidar", bien intrínseco de la profesión enfermera, son el respeto a la autonomía y la dignidad de la persona (17,18), en el ámbito del "cuidado no aceptado voluntariamente" se pueden plantear las siguientes cuestiones: ¿es autónomo un paciente tras haber sido declarado incapaz para decidir sobre su ingreso?, ¿se considera la competencia un término absoluto, lo que impediría tomar cualquier tipo de decisión? o, por el contrario, ¿se considera un término relativo, pudiendo valorar en cada caso su nivel de competencia?

Competencia es, pues, ¿capacidad de hecho o capacidad de decidir en cada caso concreto? El hecho de que

En cada circunstancia concreta se debería realizar una valoración completa del caso, teniendo en cuenta los parámetros éticos

un paciente haya sido declarado incompetente en cuanto a su ingreso, ¿determina que también lo sea en las decisiones que atañen a su cuidado?, ¿es incompetente para decidir sobre cualquier cuidado?, ¿se debe solicitar siempre su consentimiento para toda intervención?, ¿cómo quiere realmente que le ayudemos?

La ética autoimpuesta de un profesional, además de ser altruista y desinteresada, tiene sus orígenes en la estructura de la relación de una persona educada para cuidar. Un valor ético fundamental es su compromiso de ayuda a los demás y de no infringirles daño (principio de no maleficencia). Por eso, es dentro del tema del cuidado no aceptado voluntariamente donde la relación interpersonal es el vínculo de la ética. Es el instrumento con el cual se dan a entender los valores definidos por los pro-

Sin reflexión ética previa es muy difícil que la relación asistencial contribuya a una buena relación terapéutica (19). En muchas ocasiones se adoptan actitudes paternalistas heredadas y aprendidas, decidiendo por el paciente sin darle la posibilidad de que escoja. Este hecho vulnera claramente su derecho de autonomía (20).

En la relación terapéutica, en una situación de vulnerabilidad, el enfermo necesita un entorno generador de confianza y respeto. Necesita de profesionales capaces de ayudarle a afrontar su problema de salud y su situación actual de vida, ya que por sí solo no puede (21).

Al plantear el problema del cuidado no aceptado voluntariamente surgen divergencias de criterios, dudas y conflictos. La toma de decisiones en un entorno real, no teórico, representa un esfuerzo colectivo. Los profesionales no toman decisiones sin la participación de otras personas (equipo terapéutico y entorno).

Las circunstancias que envuelven la situación condiciona la toma de decisiones responsables y es aquí, llegados a este punto, donde se puede apreciar que el derecho es insuficiente, dado que solo establece unos límites de actuación, señalando aquellos que socialmente son inaceptables, aunque sin especificar cómo se debe actuar en la práctica diaria dentro del marco legal aprobado.

Una de las limitaciones para el cuidado de estos pacientes es el sistema de trabajo por tareas, ya que dificulta llevar a cabo unos cuidados específicos y una atención individualizada para cada enfermo.

Actualmente, la realidad y la carga asistencial inducen, en ocasiones, a estar más pendientes de la realización de todas las tareas predeterminadas o esperadas, que de atender al paciente desde una perspectiva de cuidados humanista (22), pudiendo de esta forma fomentar y facilitar su autonomía.

Hay ocasiones en que, a pesar de que los profesionales cuentan con los conocimientos necesarios y con un posicionamiento ético claro, la inercia colectiva les puede llevar a actuar desde la perspectiva de "dejar el trabajo hecho para el turno siguiente" o "qué dirán el resto de compañeros si dejo cosas pendientes", siendo el eje de la dinámica del trabajo los otros profesionales y no el paciente, sin tener en cuenta la dedicación del tiempo necesario, aquel tiempo que requiera cada enfermo y que sea acorde con su evolución y con su situación psicopatológica.

Para cuidar a pacientes psiquiátricos es necesario considerar su individualidad (23) y, de esta manera, poder tomar aquellas decisiones, de forma conjunta, que respeten en mayor medida la competencia, y por tanto su autonomía a la hora de recibir cuidados (a pesar de estar ingresado no voluntariamente) (5).

Por ello, en cada circunstancia concreta se debería realizar una valoración completa del caso, teniendo en cuenta los parámetros éticos. Se deberían clarificar los conflictos o problemas con respecto al paciente: identificarlos, definirlos, enumerarlos, desarrollarlos y priorizarlos por nivel de urgencia. Y todo ello siempre bajo el prisma de los principios éticos implicados: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, teniendo en cuenta también los derechos de reconocimiento de su dignidad, integridad y vulnerabilidad, siendo, asimismo, de gran relevancia los valores y creencias de la propia persona, su entorno afectivo, los otros profesionales, así como las normas deontológicas enfermeras y la legalidad vigente.

Dado que la competencia es variable en función de la decisión, queda claro que siempre se debe conocer la opinión del enfermo, siendo varias las normas legales que regulan esta cuestión, como por ejemplo, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, la cual indica en su artículo 8.5 que "(...) El paciente participará en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario. Si el paciente es una persona con discapacidad, se le ofrecerán las medidas de apoyo pertinentes, incluida la información en formatos adecuados, (...) de manera que resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad, para favorecer que pueda prestar por sí su consentimiento".

O también, la Ley 21/200, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concerniente a la salud y la autonomía del paciente, y a la documentación clínica (del Parlamento de Cataluña), que en su artículo 7.4 indica que "el enfermo debe intervenir tanto como sea posible en la toma de decisiones" (24). De hecho, ¿se puede distinguir con seguridad, en algunos casos, que "exige" el pleno ejercicio de su autonomía o simplemente quiere estar bien informado? (20).

Por todo lo expuesto, parece evidente que los cuidados enfermeros con este tipo de pacientes han de ir orientados a buscar la mejora de la competencia cuando sea posible y a restablecerla, adaptando la comunicación y tratando las posibles causas que la limitan, ya que la competencia no tiene un método estandarizado de medida y siempre incluye la subjetividad del observador (21). Es decir, tratar de comprender qué le ocurre y facilitar que sea él mismo quien ejerza su propia autonomía en la medida de lo posible y de forma paralela a la evolución de su capacidad de competencia.

Consideraciones finales

No encontrar la existencia de herramientas metodológicas enfermeras que contribuyan a prestar unos cuidados de mayor calidad, en pacientes que no quieren ser cuidados en unidades de agudos de psiquiatría, hace que

sea necesaria una revisión profunda del estado de la cuestión, para poder desarrollar futuras líneas de investigación.

De estas líneas podrían surgir guías de cuidados que facilitaran la toma de decisiones, de una forma ágil y de una manera más justa, disminuyendo, por consecuencia, la insatisfacción existente en los pacientes respecto al desarrollo de su hospitalización.

Una posibilidad podría ser, por ejemplo, plantear un proyecto cualitativo de acción participativa en el que se pudiera elaborar un árbol de decisiones con las posibles alternativas, del que formasen parte el equipo de atención junto con el enfermo, la familia y/o los representantes legales, para decidir si el paciente es competente en la toma de decisiones y qué es lo más adecuado en cada caso.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- 1. Fundació Víctor Grífols i Lucas. Aproximación al problema de competencia del enfermo. Barcelona: Ed. Fundació Víctor Grífols
- Kallert TW, Glöckner M, Schützwohl M. Involuntary vs. voluntary hospital admission. A systematic literature review on outcome diversity. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2008; 258:195-209.
- Myklebust LH, Sørgaard K, Røtvold K, Wynn R. Factors of importance to involuntary admission. Nord J Psychiatry 2012; 66:178-
- Fernández Carbonell MJ, Dasí C, García Merita ML, Fuentes I. Satisfacción de pacientes y familiares con una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica. An. Psicol 2012; 28(2):378-386. [En línea] [fecha de acceso: 12 de julio de 2013]. URL disponible en:
- http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16723135008# 5. Sheehan KA, Burns T. Perceived Coercion and the Therapeutic Relationship: A Neglected Association? Psychiatric Services 2011; 62(5):471-476.
- Katsakou C, Priebe S. Outcomes of involuntary hospital admission: a review. Acta Psychiatr Scand 2006; 114:232-241.
- Priebe S, Katsakou C. Patient's view of involuntary hospital admission after 1 and 3 months: prospective study in 11 European Countries. Br J Psychiatry 2010; 196:179-186.
- 8. Comitè Consultiu de Bioética. L'ingrès no voluntari i la pràctica de mesures restrictives en pacients psiquiàtrics. Barcelona: Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya; 2002.
- Frauenfelder F, Müller Staub M, Nedham I, Van Achterberg T. Nursing interventions in inpatient psychiatry. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing; 2013.
- Vega C, Bañón RM, Fajardo A. Internamientos psiquiátricos. Aspectos medicolegales. Aten Primaria 2010; 42(3):176-182.
- 11. Mayoral F, Torres F. La utilización de medidas coercitivas en psiquiatría. Actas Esp Psiquiatr 2005; 33(5):331-338. 12. European Union Agency for Fundamental Rights (FRA) (2012). Involuntary placement and involuntary treatment of persons with
- mental health problems. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2012. 13. Convenio sobre Biomedicina y Derechos Humanos del Consejo de Europa para la protección de los Derechos Humanos y la
- dignidad del ser humano, respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina. [En línea] [fecha de acceso: 12 de julio de 2013]. URL disponible en: http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/texts_and_documents/ETS164Spanish.pdf 14. Informe Belmont. Principios éticos y orientaciones para la protección de seres humanos y la experimentación. Comisión Na-
- cional para la Protección de Seres Humanos de la Experimentación Biomédica y de la Conducta. [En línea] [fecha de acceso: 12 de julio de 2013]. URL disponible en: http://www.pcb.ub.edu/bioeticaidret/archivos/norm/InformeBelmont.pdf 15. Visbal G. Autonomía del paciente frente a su enfermedad. Salud Uninorte. Barranquilla (col.) 2007; 23(2):317-325. [En línea] [fe-
- cha de acceso: 12 de julio de 2013]. URL disponible en: http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/4045/2476 16. UNESCO. Declaración universal sobre bioética y derechos humanos. División de la Ética de las Ciencias y de las Tecnologías.
- Sector de Ciencias Humanas y Sociales; 2006. [En línea] [fecha de acceso: 12 de julio de 2013]. URL disponible en: http://www.pcb.ub.edu/bioeticaidret/archivos/pdf/CatUNESCO_DeclBio_Esp.pdf
- 17. Guilligan C. La moral y la ética. Psicología del desarrollo femenino. México: Fondo de Cultura Económica; 1985.
- 18. Watson J. Le caring. Philophie et science der soins infirmier. Paris: Editions Seli Aíslan; 1998.
- 19. Busquets M. La importancia ética del tener cura. An Med (Barc) 2008; 91:71-73
- 20. De Pedro Gómez J, Sales Girona D. La autonomía del paciente es una prioridad para la enfermera. ¿Por qué no lo es para el paciente ni para el médico? Evidentia 2007; 4(16). [En línea] [fecha de acceso: 12 de julio de 2013]. URL disponible en: http://www.index-f.com/evidentia/n16/366articulo.php
- 21. Fundació Víctor Grífols i Lucas. La gestión de cuidado en Enfermería. Barcelona: Ed. Fundació Víctor Grífols i Lucas; 2005. p. 12. 22. McCabe C. Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. Journal of Clinical Nursing 2004; 13:41-49.
- 23. Shattell M, McAllister S, Hogan B, Thomas S. She took the time to make sures he understood: Mental health patients experiences of being understood. Archives of Psychiatric Nursing 2006; 20(5):234-241.