

Análisis y reflexiones desde una mirada bioética, en la práctica clínica psiquiátrica, a propósito de un caso

Caso clínico

Resumen

Los autores proponen reflexionar desde una mirada bioética en la práctica clínica en psiquiatría a propósito de un caso, una paciente portadora de psicosis crónica cursando embarazo con feto incompatible con la vida extrauterina.

El paciente con trastorno psiquiátrico grave y con declaración de incapacidad psíquica tiene autonomía y respetarla implica un desafío para el equipo de salud. La autonomía refiere a la capacidad que se les reconoce a las personas de participar en la toma de decisiones. El trastorno psiquiátrico grave y la declaración de incapacidad no suponen la pérdida de derechos como sujetos ni como usuarios de los servicios de salud, como lo establece la Ley 18.335. En el análisis de este caso el principio de autonomía es el más comprometido; la paciente no puede consentir pero puede asentir, tomándose en cuenta su opinión para la toma de decisiones. El asentimiento tiene valor desde el punto de vista bioético pero no desde el punto de vista legal.

Los avances en el diagnóstico prenatal nos enfrentan a situaciones nuevas, de implicancia bioética que es necesario conocer para proteger a poblaciones vulnerables (pacientes psiquiátricos, entre otros).

Queremos enfáticamente resaltar la figura institucional de los comités de Ética Asistencial y la importancia de su creación en las instituciones que asisten pacientes con patología mental.

Urge incorporar la bioética en la formación de los psiquiatras. La interdisciplina se genera como resultado de la tarea clínica de un equipo, que se configura en función del planteo de un problema, el caso clínico planteado.

Summary

The authors propose to reflect, from a perspective of bioethics in psychiatric clinical practice, apropos of a case of a chronic psychotic patient, pregnant with a fetus which results incompatible with extra uterine life.

The patient with severe psychiatric disorder and mental disability statement has autonomy, and respecting this involves a challenge to the health team. Autonomy refers to the capacity that recognizes people the right to participate in the decision-making process. Serious psychiatric disorder and the declaration of incapacity do not imply the loss of rights as subjects or as users of health services, as established by the law 18335. In the analysis of this case, the principle of autonomy is the most jeopardized; the patient cannot consent, but she can concur, and her opinion can be taken into consideration for decision making. Concurrence has value from the bioethical point of view, but not from the legal point of view.

Improvements in prenatal diagnosis face us with new situations, involving bioethics about which awareness is essential to protect vulnerable populations (psychiatric patients among others). We want to strongly emphasise the institutional role of Health Care Ethics Committees and the importance of its establishment in institutions that assist patients with mental pathology. It is urgent to incorporate bioethics in the postgraduate courses for psychiatrists. Interdisciplinary work is generated as a result of the clinical effort of a team, which is set up on the basis of the proposal of a problem, such as the case posed here.

Autores

Lucía de Pena

Licenciada en Psicomotricidad.
Licenciada en Psicología.

Alicia Fajardo

Licenciada en Enfermería, especialista en enfermería pediátrica y en cuidado intensivo pediátrico.

Silvia Guida

Médico. Pediatra y neonatólogo. Servicio de Recién Nacidos del Centro Hospitalario Pereira Rossell, ASSE.

Olga Larrosa

Médico. Pediatra y neonatólogo.

Margarita Machado

Doctora en Derecho.

María Fernanda Menéndez

Médico. Residente de Psiquiatría.

María Lía Redes

Médico psiquiatra. Asistente de Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina, Universidad de la República.

Rita Rufo

Médico. Pediatra y neonatólogo.

Margarita Wschebor

Médico psiquiatra. Prof. Adj. de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina, Universidad de la República.

Correspondencia:

María Lía Redes

lia.redes@gmail.com

Palabras clave

Bioética
Trastorno psiquiátrico grave
Incapacidad psíquica
Principio de autonomía
Embarazo con feto incompatible con la vida

Key words

Bioethics
Severe psychiatric disorder
Mental disability
Principle of autonomy
Pregnancy with an incompatible with life fetus

Introducción

La bioética como disciplina implica el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y la atención de la salud, en tanto que dicha conducta es examinada a la luz de los principios y valores morales.^{1, 2}

En relación con la psiquiatría como disciplina, pero fundamentalmente como praxis clínica, se presentan algunos problemas bioéticos específicos que requieren una profunda reflexión. Algunos de estos problemas refieren a diagnósticos, confidencialidad, competencia, tratamientos, investigación en poblaciones vulnerables e internación involuntaria.³ En esta población, la perspectiva de los derechos humanos es el faro desde donde se deben proyectar las prácticas en salud.

La estigmatización asociada al diagnóstico y tratamiento del comportamiento exige una reflexión continua desde una bioética en este marco.⁴

Resumen de la situación clínica al ingreso

Paciente de sexo femenino, de 35 años, procedente de medio socioeconómico muy deficitario, enseñanza secundaria incompleta, institucionalizada en hospital psiquiátrico desde hace varios años, sin vínculo con su familia de origen, con diagnóstico de psicosis crónica y declaración de incapacidad. Cursa tres meses de embarazo de padre desconocido. Presenta diabetes gestacional que requiere tratamiento con insulina; la paciente se opone

a los controles y tratamientos indicados. Se realiza diagnóstico prenatal de malformación fetal incompatible con la vida y la paciente rechaza el planteo obstétrico de la interrupción del embarazo.

Reflexiones

Principios y valores involucrados

En los valores se funda el deber ser y es la intensidad de un valor lo que genera distintos rasgos normativos, tales como las reglas culturales, los principios éticos y derechos humanos.⁵ Son valores en juego en este caso la libertad de decidir, la confidencialidad, la veracidad y la honestidad de la información brindada.

Beauchamp y Childress, creadores de la bioética principialista, refieren cuatro principios bioéticos: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia.⁶

La no maleficencia (*Primum non nocere*) supone no hacer el mal, principio íntimamente relacionado con el de beneficencia, que supone, además, hacer el bien, brindando cuidados de calidad a través de la actualización del conocimiento, y manteniendo la competencia y desarrollo profesional.

La autonomía refiere a la capacidad que se les reconoce a las personas de participar en la toma de decisiones en cuanto a tratamientos o estudios que se les realizarán, siendo en este caso el principio más comprometido.

La justicia refiere a la distribución equitativa de bienes, considerando la salud como bien mayor.

Se plantea en general que la bioética principalista es una herramienta de gran utilidad para evaluar situaciones clínicas, aunque posee limitaciones para analizar algunos dilemas bioéticos que se presentan en los países latinoamericanos, en general, donde la justicia social y el derecho a la salud son el eje del análisis.⁷

¿Cómo se respeta la autonomía de esta paciente? ¿Qué aspectos legales deben tenerse en cuenta? ¿La declaración de incapacidad supone la pérdida de derechos?

El trastorno psiquiátrico grave y la declaración judicial de incapacidad conllevan a la autonomía subrogada y representada por su curador, lo que tiene implicancias sobre la toma de decisiones: concretamente, en el caso que nos compete, controles y tratamiento materno de complicaciones asociadas a su estado de salud (diabetes gestacional) y eventual interrupción del embarazo.

El tema de la incapacidad nos remite al Código Civil, de cuyo análisis literal se concluye que los actos y contratos celebrados por personas incapaces son absolutamente nulos, o sea, no generan ninguna obligación ni civil ni natural, así como ningún tipo de responsabilidad legal.⁸

La forma de relevar la expresión de voluntad de un incapaz se realiza a través de la expresión de voluntad verbal o escrita de su curador, persona responsable ante el juez competente en cada caso.

Sin embargo, la declaración de incapacidad no supone la pérdida de derechos como sujetos, ni como usuarios de los servicios de salud, como los establecidos en la Ley 18.335.⁹

¿Podemos hablar de consentimiento en esta paciente?

El consentimiento informado es un elemento esencial, constitutivo del perfeccionamiento del contrato de prestación de servicios médicos. No hay contrato sin acuerdo de voluntades

(consentimiento), que se caracteriza por la bilateralidad.¹⁰

El consentimiento válido requiere información completa, veraz y comprendida, para tomar decisiones en forma libre y autónoma. La aceptación o rechazo de la realización de la intervención médica conlleva la asunción de riesgos por parte del usuario o paciente. En este caso esa decisión y expresión corresponden al curador, responsable ante el juez de la situación del incapaz. La decisión siempre debe ser en el mejor interés de la paciente.

Cuando no es posible el consentimiento, ¿es posible asentir?

El consentimiento informado en bioética aparece como una herramienta que se incluye y permite que el paciente haga uso de su capacidad autónoma de tomar decisiones. Para ello es imprescindible que exista por parte del paciente una correcta, adecuada y suficiente información respecto a su diagnóstico, pronóstico, formas de tratamiento y sus efectos adversos.

Es un proceso donde las partes involucradas, paciente y equipo de salud, se acercan gradualmente a un acuerdo acerca de las decisiones más ajustadas para cada situación en particular.

Para hacer uso de su autonomía, una persona requiere la capacidad de entender las consecuencias de los distintos cursos de acción posibles a seguir. La ley protege a las personas que por inmadurez o enfermedad no pueden hacer uso libre de la autonomía, administrándole tutores legales que puedan tomar decisiones razonables por ellos, adquiriendo esos roles desde padres, familiares, hasta el propio Estado.

La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de Unesco (2005) hace hincapié en la protección de las personas:¹¹

«Artículo 7. [...] se habrá de conceder protección especial a las personas que carecen de la capacidad de dar su consentimiento:

a) la autorización para proceder a investigaciones y prácticas médicas debería obtenerse conforme a los intereses de la persona interesada y de conformidad con la legislación nacional. Sin embargo, la persona interesada debería estar asociada en la mayor medida posible al proceso de adopción de la decisión de consentimiento, así como al de su revocación...

Artículo 8. Respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal

Al aplicar y fomentar el conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías conexas, se debería tener en cuenta la vulnerabilidad humana. Los individuos y grupos especialmente vulnerables deberían ser protegidos y se debería respetar la integridad personal de dichos individuos.»

En el caso clínico planteado, la paciente no puede consentir por tener declaración de incapacidad, pero sí puede asentir, tomándose en cuenta su opinión para la toma de decisiones.¹²

Es importante destacar que luego de la declaración de incompetencia el asentimiento no tiene valor desde el punto de vista legal, aunque sí desde el punto de vista bioético.

Es necesario valorar si la paciente está en condiciones de comprender la información para que pueda asentir. Se respeta el derecho a recibir información acerca de su estado de salud y a expresar su voluntad al respecto. A su vez, el relevamiento de la opinión de la paciente la ubica como sujeto de derechos en la relación con el equipo asistencial, lo que favorece el vínculo de confianza inherente a la relación clínica.

Al asistir a una mujer embarazada tratamos a dos pacientes: mujer y feto. ¿Cuáles son las implicancias bioéticas de un diagnóstico prenatal que, como en este caso, arroja como resultado la incompatibilidad con la vida?

El diagnóstico prenatal conlleva una diversidad de problemas bioéticos: incluir algunas

enfermedades en programas de diagnóstico prenatal, indicar un procedimiento invasivo, las alternativas en caso de diagnosticarse una afección fetal, el estatus moral del embrión y el feto, y los posibles tratamientos al feto y sus repercusiones.^{13, 14}

Debe proporcionarse a la mujer o, eventualmente, a la pareja, toda la información necesaria para que sean capaces de tomar decisiones conscientes e informadas, y lograrse el consenso.

El feto no puede ejercer ni reclamar derechos, por lo que estos son defendidos y representados por la madre y el equipo de salud, prevaleciendo el mejor interés del feto.

Es necesario reflexionar sobre el estatus del feto, las relaciones éticas y médicas entre él y la madre, para poder prestarles cuidados con seguridad y responsabilidad.

Asimismo, debemos reflexionar sobre si el feto es un ser, individuo, persona, paciente, sujeto de derecho y cuáles son sus intereses cuando eventualmente se enfrentan los intereses de ambos: madre-feto.¹⁵

Es difícil que exista un acuerdo desde las diferentes definiciones, filosóficas, religiosas, antropológicas, legistas, entre otras, sobre si el feto es persona, pero como ser humano que se está desarrollando podría considerarse «persona» en potencia.

Según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en su artículo 25:

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

Si bien no menciona al feto y se refiere a «persona», puede considerarse implícito el feto así como la madre con derecho a cuidados y asistencia especial.¹⁶

En la relación médico-paciente embarazada pueden surgir conflictos madre-feto.

Por lo general la toma de decisiones es una situación difícil para el equipo asistencial, en la que debe balancearse los intereses de ambos pacientes, madre y feto, y requiere una actuación interdisciplinaria minuciosa y reflexiva. En nuestro caso, esta se vio facilitada dado el diagnóstico prenatal de incompatibilidad del feto con la vida; considerando su poder de asentar, se respetó la decisión de la paciente de no interrumpir el embarazo.

Resumen de la evolución de la situación clínica

La elaboración e implementación del proyecto terapéutico de este caso fue un proceso dinámico, que se adaptó a las diversas situaciones a resolver.

El abordaje del equipo de salud se basó en el trabajo de fortalecimiento del vínculo interpersonal, de confianza, tanto con las psiquiatras tratantes como con enfermería de sala y traslado del hospital psiquiátrico, manteniendo la estabilidad del equipo de salud, intentando no cambiar el personal que la asistía, incluso el equipo de obstetras, lo que evitó el sentimiento de desconfianza tan frecuente en estos pacientes. Posibilitar la escucha de sus inquietudes y demandas en entrevistas diarias, respetando el proceso psíquico que se iba elaborando ante cada noticia, brindándole contención, apoyo y respuestas claras, llegando a un acuerdo que respetaba los deseos maternos. Recordándole la no viabilidad de vida extrauterina de su bebé, intentando limitar la fantasía de posibilidad de vida de su hijo.

Destacamos la buena evolución clínica evidenciada en la ausencia de elementos de reagudización de su patología crónica, como alteración de conciencia, desorganización del pensamiento, afectos y conductas.

En cuanto a la implementación del tratamiento indicado con insulina y los controles con hemoglucotest, la actitud opositora inicial de la paciente se modificaba luego de las intervenciones diarias.

Permaneció conservada la capacidad de comprender durante las etapas de este proceso: diagnóstico de embarazo, de diabetes gestacional, diagnóstico prenatal de incompatibilidad con la vida, propuesta de proceder a la interrupción del embarazo a lo que se niega enfáticamente «esperando un milagro». Se trabaja la preparación para el desenlace final de su gestación y los tratamientos requeridos.

El interés de la madre es aferrarse a esta gestación; aunque tiene información de que no tendrá un buen desenlace, ha decidido llevar el embarazo a término. La paciente elige posibles nombres y comienza a preparar el ajuar del bebé.

El equipo interdisciplinario asistencial decidió considerar los deseos maternos, dado que el mantenimiento de la gestación no perjudica la salud de la madre, protege su bienestar emocional y su relación con el equipo tratante.

Hasta el momento no existen evidencias científicas de que la prolongación de la gestación le produzca sufrimiento o perjuicio al feto.

Toma de decisiones: qué, quién y cómo se decide

El eje será el respeto por el mejor interés y la autonomía de la paciente. Legalmente, como hemos mencionado, la declaración de incapacidad invalida a la persona para cualquier decisión, que debe ser asumida por el tutor. Desde el punto de vista bioético se debe siempre evaluar la capacidad del paciente para comprender lo que sucede en el momento de la toma de decisiones y lograr consenso.

La Declaración de Madrid sobre los requisitos éticos de la práctica de la psiquiatría, aprobada por la Asamblea General de Madrid, España, del 25 de agosto de 1996 y revisada por la Asamblea General de Yokohama, Japón, del 26 de agosto de 2002, refiere en su artículo 4 que: «Cuando el paciente esté incapacitado,

no pueda hacerse un juicio adecuado como consecuencia de un trastorno mental, tenga deficiencias graves o sea incompetente, el psiquiatra deberá consultar con la familia y, si fuere necesario, buscar asesoramiento legal, para salvaguardar la dignidad humana y los derechos legales del enfermo. No se debe llevar a cabo ningún tratamiento contra la voluntad del paciente, a menos que el no hacerlo ponga en peligro su vida o la de los que le rodean. El tratamiento debe tener siempre como objetivo el interés del paciente».¹⁷

Si el paciente es incapaz, su tutor/a deberá asumir las decisiones, pero siempre en el mejor interés de este.^{18, 19}

Si no hubiere un tutor/a, se hablará con la familia y si no existe consenso se podrá recurrir al comité de bioética o incluso al juez. En caso de no contar con tutor legal o familiar, el médico deberá actuar siempre en el mejor interés del paciente. El criterio que impera es el del mayor beneficio o el mejor interés.

¿Qué significa elegir según el mejor interés del paciente?

Supone reflexionar acerca de decidir entre opciones posibles lo que es mejor para la persona basado en sus valores y creencias,¹⁹ y debe ser manifestado por él mismo o por quien conozca mejor esos aspectos del individuo o a quien se haya subrogado la autonomía en forma anticipada (Ley 18.473).²⁰ La toma de decisiones es un proceso y es posible cambiar de opinión. Se debe tener en cuenta que el shock inicial, que aparece luego de una mala noticia, acentúa la negación y dificulta la comunicación al interferir en la toma de decisiones.

En este caso, el diagnóstico prenatal nos enfrenta a distintas acciones posibles: interrupción del embarazo o continuar con él. Como hemos visto, la patología psiquiátrica de la paciente no le impide comprender la situación en la que se encuentra, y expresar el deseo de llevar su embarazo a término.

¿Puede el tutor decidir lo contrario? Desde el punto de vista ético, siempre que la paciente pueda comprender, se debe buscar un consenso.

En el caso que nos compete, no contamos con familiares, y el tutor estuvo informado paso a paso de todo lo acontecido y en pleno acuerdo con las decisiones tomadas por la paciente en consenso con el equipo tratante.

No encontraremos en lo científico las respuestas apropiadas, pues debemos incorporar los valores de cada individuo, respetando su autonomía, que sigue ejerciendo aun cuando sea subrogada.

¿Por qué se requiere abordaje de la Unidad de Cuidados Especiales y Paliativos Perinatales (UCEPP)?

Los cuidados paliativos perinatales son un enfoque biopsicosocial y espiritual para sostener y mejorar la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades limitantes y/o amenazantes para la vida que se inician en el contexto de la etapa perinatal, en un sentido amplio, aun cuando la enfermedad y/o la muerte ocurran más tarde.²¹

En lo que al feto refiere, en este caso, y de acuerdo con la clasificación de Himmelstein de enfermedades que amenazan la vida, se encuentra en el grupo que requiere cuidados paliativos exclusivos por presentar patología incompatible con la vida.²²

La primera entrevista por parte de la UCEPP a esta paciente se realiza en la internación preparto. Resulta necesario reconocer estas situaciones pasibles o posiblemente pasibles de cuidados paliativos perinatales para un abordaje temprano sobre todo en pacientes que, como en este caso, tienen riesgo de duelo patológico.²³

El significado que se le da al embarazo y al feto puede variar en cada situación que debemos resolver y será único. El diagnóstico prenatal de patología fetal grave representa una pérdida significativa, y se inicia un duelo cuyo abordaje integral y precoz intenta mitigar el impacto.

Desde el conocimiento del diagnóstico prenatal incompatible con la vida, el equipo se enfrentó a la siguiente pregunta: ¿cómo es el proceso de duelo en una paciente con psicosis crónica? ¿Cómo procesará el duelo esta persona?

Las características del duelo en la esquizofrenia fueron señaladas por E. Bleuler, basado en la idea de que la enfermedad altera la vida afectiva. Puede existir discordancia, incongruencia, contradicción en sucesivas etapas, manifestaciones afectivas; señala la heterogeneidad de sus manifestaciones, relacionada con la alteración y falta de unidad afectiva en estos pacientes, sus dificultades interpersonales, identidad contradictoria, funcionamiento simbiótico con carencia de separación y autonomía.

Fenichel señaló el papel que la ambivalencia en relación con el objeto perdido puede tener en la génesis del duelo patológico, lo que da lugar a la consideración de la importancia de los vínculos problemáticos, ambivalentes, de odio, simbióticos en las dificultades de elaboración del duelo.²³

Resumen clínico de la evolución

La etapa del proceso que ocurrió en la Maternidad transcurrió con el acompañamiento del paciente, coordinado y efectivizado por los distintos equipos intervinientes: Obstetricia, Psiquiatría, Unidad de Cuidados Paliativos Perinatales.

Se realiza inducción farmacológica del parto al tratarse de una gestación a término con cifras elevadas de presión arterial y diabetes gestacional. Se interna a la paciente asignándole una sala individual, haciendo énfasis en los cuidados del entorno y se presenta al equipo que intervendrá.

El equipo de cuidados paliativos en conjunto con los psiquiatras tratantes habilitaron la posibilidad de expresar los sentimientos de la paciente sobre la muerte de su recién nacido, permitiendo que sea simbolizada y tramitada psíquicamente.

Se continenta y acompaña en la solicitud de la paciente de ver a su hijo fallecido y vestirlo, lo que «facilita el pasaje de lo terrorífico a la tristeza, permitiendo a la paciente situarse como madre que ha perdido un hijo».²⁴ Se habilitó y facilitó el derecho de la paciente de realizar el entierro.

Reflexiones sobre esta etapa

Conocer los factores de riesgo de duelo perinatal posibilita la prevención de futuras descompensaciones. La internación prolongada durante el embarazo y falta de soporte del entorno son factores de riesgo para duelo perinatal que presenta nuestra paciente.

La participación y experiencia del equipo de cuidados paliativos perinatales fue fundamental para el adecuado manejo de la situación, pues sus intervenciones permitieron minimizar el impacto emocional, al habilitar su expresión.

El acompañamiento que se puede brindar en estos momentos tendrá importantes consecuencias en la elaboración del duelo y en la prevención de descompensación de su patología psíquica.

Cada integrante del equipo de salud debe poder brindar contención emocional a la madre para protegerla de sufrimientos innecesarios.

La unidad a tratar es la familia, pero en este caso nos encontramos con una paciente institucionalizada, declarada incapaz y sin contención. Sin embargo, trabajando en equipo con los psiquiatras tratantes del hospital de procedencia y mejorando el entendimiento de la situación por parte de la paciente y del equipo, se puede ir logrando consensos en relación con ver o no al bebé al nacer y luego de fallecido, hacer o no la necropsia, entre otros. Estas decisiones generan instancias de recuerdos fundamentales para la elaboración del duelo. Muchas veces el recién nacido sobrevive horas o días, y es necesario adelantarse a estos posibles sucesos y explicar que recibirá tratamiento paliativo exclusivo.

Es necesario no estigmatizar al paciente con patología psiquiátrica y reevaluar en cada

situación la capacidad de entendimiento. Respetar y acompañar su decisión de forma activa, monitorizando elementos de duelo patológico y fortaleciendo elementos protectores.

Al ser una paciente incapacitada judicialmente no puede firmar documentos legales. Decisiones como las mencionadas deben ser descritas correctamente en la historia clínica, para ser respetadas por otros miembros del equipo, manteniendo la confidencialidad.²⁵⁻²⁷

Evolución en el puerperio

Transcurridos tres meses, la paciente se encuentra estable desde el punto de vista clínico psiquiátrico, en proceso de duelo, presentando ansiedad e irritabilidad reactivas a la pérdida y en algunos momentos afectividad discordante. Continúa con salidas transitorias donde alterna visitas al cementerio y paseos a lugares de esparcimiento de su interés.

Se esperó este lapso para realizarle el planteo de anticoncepción, en el cual se continúa trabajando ante la negativa de la paciente.²⁸

Esta nueva situación nos enfrenta al dilema de la importancia de la planificación familiar en pacientes con patología psiquiátrica.

Abordando el campo de encuentro de las disciplinas de psiquiatría y bioética

La interdisciplina se genera como resultado de la tarea clínica de un equipo, que se configura en función del planteo de un problema, en relación con un caso clínico.

En el caso referido, la reflexión se origina en la solicitud de las interconsultas del Servicio de Psiquiatría, el Servicio de Obstetricia, el Servicio de Neonatología y de Cuidados Paliativos Neonatales del Hospital Pereira Rossell.

La construcción de una visión integradora es la finalidad que se pone en movimiento al considerar en todo momento y situación cada disciplina con igual valía, tomando como fin último la reflexión problematizadora.

F. Maciel propone la integración y vinculación de diferentes disciplinas como una forma de abordaje terapéutico, determinado por el posicionamiento del terapeuta ante un obstáculo clínico.²⁴ Al respecto dice: «Se define un abordaje interdisciplinario como aquel que logra una equivalencia conceptual entre distintas disciplinas. Esta forma de abordaje terapéutico está determinada por la posición que adopta un terapeuta frente a lo que denominamos obstáculo clínico. Entendemos por obstáculo clínico el resto que se produce a partir de la delimitación de un objeto y un campo específico de trabajo; por lo tanto, es irreductible en toda intervención».²⁴

La posición interdisciplinaria de un terapeuta habilita un recorrido de trabajo interdisciplinario, eludiendo la posibilidad de caer en una posición reduccionista.

Es interesante plantear que la posición interdisciplinaria es la que lleva al profesional de la salud a generar un campo de problematización que lo envía a la búsqueda de respuestas fuera de su campo disciplinar. La interdisciplina no antecede al problema, sino que es efecto de él.

En la presente situación clínica la interdisciplina fue efecto del accionar de los profesionales, que en la constatación de la complejidad de la intervención buscan interlocutores. Lo más notable es el hecho de que los profesionales no constituían previamente un equipo interdisciplinario como espacio predefinido, sino que configuran un encuentro interdisciplinario a partir del problema planteado.

Es así que la interconsulta como intervención interdisciplinaria es el instrumento que habilita a dirigir y trabajar una pregunta por fuera de los límites de la propia disciplina.

Las consecuencias que se producen por el trabajo en interconsulta se verifican en los cambios que se producen en los abordajes.

La buena evolución clínica y la ausencia de posibles descompensaciones de la patología crónica de nuestra paciente, en el curso del puerperio, son efecto directo de la posibilidad de pensar junto a otros.

Se debe considerar la interdisciplina como el resultado de un trabajo que implica un operar clínicamente desde una posición determinada, donde la pregunta por la diferencia, que no es otra que la pregunta por lo singular, es su eje central.

Sostener esta pregunta implica una disposición a soportar la ausencia de respuestas absolutas, las que solo se pueden hacer presentes en posiciones reduccionistas.²⁴

Comentarios finales

La bioética es una disciplina reciente, que surge en un contexto de avances tecno-científicos a los que intenta enmarcar desde la reflexión ética, en valores, principios y derechos.

Pero más reciente aun es el vínculo entre la bioética y la psiquiatría. Citando a Stagnaro: «la incorporación de la perspectiva bioética en la formación de los psiquiatras viene con atraso, aunque debería impregnar la currícula formativa de los especialistas».²⁵

Además, el presente caso clínico pone de relieve la particular relación entre la bioética y el derecho, mostrando que son disciplinas y lecturas complementarias pero no homologables.

La toma de decisiones en bioética se realiza inicialmente desde el marco normativo vigente, para luego dar paso a la reflexión acerca de principios, valores y derechos eventualmente en conflicto.

En este sentido la bioética funciona como un campo transdisciplinario²⁹ que busca fortalecer las intervenciones clínicas para orientarlas hacia una perspectiva de derechos de las personas en el campo de la salud.

Se configuró en la práctica clínica un equipo de trabajo interdisciplinario, que no estaba previamente conformado, destacándose la herramienta de la interconsulta que ofició como puente de encuentro para la mejor resolución de problemas clínicos.

Son varios los aprendizajes que surgen de la atención y acompañamiento en el proceso de embarazo, parto, puerperio y duelo de esta paciente, con diagnóstico de esquizofrenia y

múltiples factores de vulnerabilidad, entre los que se destaca la ausencia de soporte sociofamiliar.

La presencia de esquizofrenia no impidió la comprensión de la situación y la participación en la toma de decisiones. La noticia de la imposibilidad de vida posnatal de su hijo fue recibida, comprendida y reflexionada; decidió en función de ello, explicitó sus opiniones y argumentos, y llegó a un acuerdo con el curador y el equipo tratante.

La presencia de un trastorno mental grave, como es la esquizofrenia, no afectó el proceso de duelo. El embarazo, el parto y el puerperio inmediato fueron tramitados siguiendo las etapas normales descritas para el duelo perinatólogo,²³ salvo en algunas características mencionadas, como cierta ambivalencia.

El afrontamiento de un estrés de esta magnitud fue adecuado, pese a la presencia de la enfermedad mental. Este período de casi un año transcurrió manteniendo la estabilización clínica.

Por último, se remarcan algunas estrategias que desde el equipo de salud se pueden adoptar para generar prácticas clínicas en consonancia con la dimensión ética y respetuosa de la dignidad humana:

- Enfáticamente se resalta la figura institucional de los comités de Ética Asistencial, que se proponen como espacios de inserción institucional de la bioética legitimados, reflexivos, críticos e interdisciplinarios que promueven la toma de decisiones en el ámbito clínico desde una perspectiva ética.

- Se propone la creación de un espacio en las maternidades destinado al rito del velatorio, un lugar donde se pueda despedir al bebé, para que no sea la morgue fría y terrorífica la que impregne la imagen de la despedida.

- Capacitar al equipo de salud para el manejo de estas situaciones de muerte perinatal, promoviendo el apoyo integral desde el inicio del duelo, evitando o disminuyendo las complicaciones que se pueden suceder en un duelo perinatólogo.

– Generar un espacio interdisciplinario e intersectorial de discusión acerca de la anticoncepción en pacientes portadoras de trastorno psiquiátrico grave y lograr consensos que establezcan protocolos de abordaje de planificación familiar, respetando los derechos sexuales y reproductivos de las personas.

Agradecimientos

A la Prof. Agregada Dra. Sandra Romano.

Al Dr. Álvaro Trindade.

A la Lic. en Trabajo Social Lidia Giorgieff.

A la Clínica Ginecotocológica A Profesor Dr. L. Briozzo. En especial, al Prof. Agregado Dr. Cópola, a la Prof. Adjunta Dra. Fioll y a la Residente de Ginecología Dra. Franciulli.

Referencias bibliográficas

1. **Reich WT.** Encyclopedia of Bioethics. New York: MacMillan; 1978, vol. I, p. XIX.
2. **Lozano Barragán J.** Metabioética y biomedicina. Síntesis de principios y aplicaciones. Ciudad del Vaticano: Editrice Velar; 2005.
3. **Mendiburu L.** Bioética y psiquiatría. Tesina. Disponible en: <http://www.bioeticacs.org/iceb/investigacion/ETICA_Y_PSIQUIATRIA_LMendiburu.pdf>. (Consulta: 1 de octubre de 2013.)
4. **Megía Sanz MJ, Moreno Murcia JJ (coord).** Salud mental y bioética: reflexiones desde una perspectiva multidisciplinar. Valencia: Generalitat Valenciana; 2013. Disponible en: <http://www.uv.es/gibuv/SaludMental_Bioetica.pdf>. (Consulta: 1 de octubre de 2013.)
5. **Tealdi JC.** Valores bioéticos y derechos humanos. Conferencia de cierre de las III Jornadas Provinciales de Bioética. Área de Bioética. Ministerio de Salud. Córdoba, noviembre de 2002. Disponible en: <<http://www.cba.gov.ar/wp-content/4p96humuzp/2012/08/tealdi.pdf>>. (Consulta: 1 de octubre de 2013.)
6. **Beauchamp TL, Childress JF.** Principios de ética biomédica. Barcelona: Masson; 1999, 522 pp.
7. **Vidal S.** Bioética y desarrollo humano: una visión desde América Latina. En: Revista Red Bioética/Unesco. Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética. Año 1, Vol. 1, N.º 1. Disponible en: <http://www.unesco.org.uy/ci/fileadmin/shs/redbioetica/revista_1/Revista1.pdf>. (Consulta: 16 de agosto de 2013.)
8. Código Civil Uruguayo. Disponible en: <http://www.oas.org/dil/esp/Codigo_Civil_Uruguay.pdf>. (Consulta: 1 de octubre de 2013.)
9. Ley 18.335: Derechos y Obligaciones de Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud (2008) y Reglamentación de la Ley 18.335 (2010). Disponible en: <<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18335&Anchor=>>>. (Consulta: 1 de octubre de 2013.)
10. **Gamarra JL.** Derecho. Tomo 12. Disponible en: <<http://derechoalderecho-uruguayo.blogspot.com/2011/07/tomo-12-gamarra.html>>. (Consulta: 1 de octubre de 2013.)
11. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de Unesco (2005). Disponible en: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180s.pdf>>. (Consulta: 1 de octubre de 2013.)
12. **Fornell Puertas B, Grande Hernández I, Juan Jurado J, Luna Gallardo P.** El consentimiento informado en el paciente esquizofrénico. Bioética y Ciencias de la Salud 1999; 3(4):69-73.
13. **Cabrera Lozada C.** Aspectos bioéticos del diagnóstico prenatal. Rev Obstet Ginecol Venez 2008; 68(3):141-143. Disponible en: <<http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v68n3/art01.pdf>>. (Consulta: 1 de octubre de 2013.)
14. **Moreno Cidre Y.** Dilemas en el asesoramiento genético del diagnóstico prenatal. Revista Bioética 2008; 8(1):10-17. Disponible en: <<http://www.cbioetica.org/>>

- revista/81/811017.pdf>. (Consulta: 1 de octubre de 2013.)
15. **Briozzo L, Nozar F, Fiol V.** Abordaje clínico del conflicto de interés materno fetal y su relación con el estatus del feto como paciente. *Rev Med Urug* 2013; 29(3):187-194. Disponible en: <<http://www.rmu.org.uy/revista/29/3/2/es/8/>>.
 16. **Tealdi JC.** Diccionario Latinoamericano de Bioética. Bogotá: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Unesco) y Universidad Nacional de Colombia. Disponible en: <<http://www.unesco.org.uy/shs/es/areas-de-trabajo/ciencias-sociales/bioetica/documentos-publicaciones-en-bioetica.html>>. (Consulta: 1 de octubre de 2013.)
 17. Declaración de Madrid sobre los Requisitos Éticos de la Práctica de la Psiquiatría. Disponible en: <http://www.aen.es/web/docs/Declaracion_Madrid_WAP.pdf>. (Consulta: 1 de octubre de 2013.)
 18. La Ética Médica. AMM, Manual de declaraciones. Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos del Paciente. Adoptada por la 34.^a Asamblea Médica Mundial Lisboa, Portugal, setiembre/octubre 1981 y enmendada por la 47.^a Asamblea General Bali, Indonesia, setiembre 1995. Disponible en: <<http://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/laetica/amm-dpac.htm>>. (Consulta: 1 de octubre de 2013.)
 19. Ley 18.473 de voluntades anticipadas en vías de reglamentación. Disponible en: <<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18473&Anchor>>. (Consulta: 1 de octubre de 2013.)
 20. **Rufo R, Ettlin G, Boccarato A, Morales E, Hoppe A, Brandariz M y cols.** Cuidados paliativos perinatales: tres años de experiencia en una maternidad. Trabajo presentado en el XXIX Congreso Uruguayo de Pediatría 2013. 15 al 18 de octubre de 2013, LATU, Montevideo, Uruguay.
 21. **Bernadá M, Dall'Orso P, González E, Le Pera V, Carrerou R, Bellora R y cols.** Cuidados paliativos pediátricos. *Arch Pediatr Urug* 2012; 83(3): 203-210.
 22. **Gamo Medina E, Sanz Rodríguez L.** El impacto del duelo en pacientes psicóticos. En: *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Disponible en: <<http://revistaaen.es/index.php/aen/issue/view/1255>>. (Consulta: 1 de octubre de 2013.)
 23. **Muniagurría G.** La muerte en el inicio de la vida. Comunicación presentada en el 5.º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2004. Febrero de 2004. Disponible en: <<http://hdl.handle.net/10401/2945>>. (Consulta: 1 de octubre de 2013.)
 24. **Maciel F.** Lo posible y lo imposible en la interdisciplina. Disponible en: <<http://latintraining.sysprop.net/latintraining/fepi/biblio/INTE/MacielLoposibleeimposibleeninterdisciplina.pdf>>. (Consulta: 7 de octubre de 2013.)
 25. **Stagnaro JC.** Apuntes para una reflexión sobre la perspectiva bioética en psiquiatría. En: Fantin JC y Fridman P (comp.). *Bioética, salud mental y psicoanálisis*. Buenos Aires: Editorial Polemos; 2009.
 26. Código Penal Uruguayo: en Título XI «Delitos contra la libertad» y el capítulo III «Contra la inviolabilidad del secreto», art. 302 (Revelación del secreto profesional) Disponible en: <https://www.oas.org/juridico/mla/sp/ury/sp_ury-int-text-cp.pdf>. (Consulta: 7 de octubre de 2013.)
 27. Decreto N.º 258/992 (art. 4.º) Reglas de conducta médica y derechos del paciente. Disponible en: <<http://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/laetica/ncomdydp.htm>>. (Consulta: 7 de octubre de 2013.)
 28. Decreto 293/010. Reglamentación de la Ley 18.426 de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. Disponible en: <<http://www.impo.com.uy/bancodatos/salud.htm>>. (Consulta: 7 de octubre de 2013.)
 29. **Garrafa V.** Multi-inter-transdisciplinariedad, complejidad y totalidad concreta en bioética. Disponible en: <<http://www.bibliojuridica.org/libros/4/1666/9.pdf>>. (Consulta: 7 de octubre de 2013.)