

Original

Implementación de las Directrices Anticipadas en Psiquiatría desde el enfoque transdiagnóstico

LILIANA MONDRAGÓN-BARRIOS Y FERNANDO LOLAS STEPKE

LILIANA MONDRAGÓN-BARRIOS.
Instituto Nacional de Psiquiatría
Ramón de la Fuente Muñiz.
Universidad Nacional Autónoma de
México, Facultad de Medicina,
Departamento de Historia y
Filosofía de la Medicina.
Ciudad de México. México;
lmondragonb@inprf.gob.mx

FERNANDO LOLAS STEPKE.
Universidad de Chile, Centro
Interdisciplinario de Estudios en Bioética.
Universidad Central de Chile.
Academia Chilena de la Lengua.
Academia de Ciencias Médicas de
Córdoba, Argentina.
Sociedad Española de
Medicina Psicosomática.
Santiago de Chile, Chile;
folas@uchile.cl

Las Directrices Anticipadas en Psiquiatría (DAP) constituyen un proceso que permite a las personas afectadas por trastornos mentales expresar sus propias previsiones respecto a las acciones sanitarias que deseé recibir, una vez que pueda verse disminuida su capacidad cognitiva para manifestar su propia voluntad. La aplicación de las DAP discierne sobre los tipos de diagnóstico en que podría usarse esta herramienta y las medidas terapéuticas incorporables en las Directrices. Sin embargo, este modelo clasificatorio no considera indicaciones sobre aspectos cotidianos de la vida de las personas, como el cuidado de plantas, mascotas o inmuebles, determinantes para las decisiones individuales. El enfoque transdiagnóstico es una opción para sustentar la implementación de las DAP, debido a que considera transversalmente los problemas mentales desde una óptica dimensional y fenomenológica: biografía más que biología del paciente. **Objetivo:** identificar elementos del contenido de las DAP desde el enfoque transdiagnóstico. **Método:** se realizó un estudio cualitativo con entrevistas semiestructuradas a cuatro psiquiatras pertenecientes a dos servicios de hospitalización psiquiátrica en Santiago de Chile. **Resultados:** mediante análisis temático se identificaron tres temas a considerar en las DAP, 1) tratamiento, 2) diagnóstico, 3) hospitalización. **Discusión y conclusión:** la situación subjetiva-patógena de la persona configura circunstancias, acciones y experiencias para un mejor tratamiento. Estas dimensiones transdiagnósticas permiten un trabajo práctico con más beneficios para los pacientes al implementar las DAP.

Palabras clave: Decisiones clínicas – Diagnóstico psiquiátrico – Tratamiento – Hospitalización

Implementation of Psychiatric Advance Directives from a Transdiagnostic Approach

Psychiatric Advance Directives (PADs) are a process that allows people with mental illnesses to express their will regarding any health action they want to receive once their cognitive capacity may be diminished. The application of PADs distinguishes between diagnoses that could employ this tool and the therapeutic measures that can be included in the directives of the PAD. However, this classificatory model does not consider aspects about the everyday life of people, such as the care of plants, pets, or properties, which are decisive for patient decision making. The transdiagnostic approach may be an option to support the implementation of PADs, because it explains the transversality of mental illnesses from a dimensional and phenomenological perspective: the biography, rather than the biology of the patient. **Objective.** To empirically identify content elements of PADs from the transdiagnostic approach. **Method.** We carried out a qualitative study with semi-structured interviews, in which four psychiatrists from two mental health clinics in Santiago, Chile, were interviewed. **Results.** The thematic analysis allowed us to identify three significant themes of PADs that should be considered: 1) treatment, 2) diagnosis, and 3) hospitalization. **Discussion and conclusion.** The subjective-pathogenic situation that a person lives creates circumstances, actions, and experiences for a better treatment. These transdiagnostic dimensions enable a practical work for implementing PADs and obtaining more benefits for patients.

Correspondencia:
Liliana Mondragón-Barrios;
lmondragonb@inprf.gob.mx

Keywords: Clinical Decision – Psychiatric Diagnosis – Treatment – Hospitalization

Introducción¹

Las Directrices Anticipadas en Psiquiatría (DAP) constituyen un proceso que permite a las personas con trastornos mentales expresar sus expectativas con respecto a las acciones sanitarias que desee recibir si disminuyera su capacidad cognitiva para manifestar su voluntad. Estas directrices se sustentan en un modelo autonomista, que permite a las personas tomar decisiones sobre su salud [6,14]. Se trata de una planificación anticipada del cuidado (*Advance Care Planning*).

La implementación de las DAP en países como España, Alemania, Suiza, Nueva Zelanda ha evidenciado ventajas, principalmente cambios en el estilo asistencialista de la relación médico-paciente, impidiendo un paternalismo innecesario, promoviendo una mejor alianza terapéutica y adherencia al tratamiento. Asimismo, las DAP pueden reducir tanto la frecuencia de medidas involuntarias y coercitivas, como el sentimiento de minusvalía y de trato injusto o impositivo [3,4,14,21].

No obstante, Srebnik, Appelbaum y Russo [22] han señalado ciertas desventajas en la implementación de las DAP debido especialmente a que los profesionales de la salud desconocen del tema, por tanto ignoran lo que debe contener esta herramienta y su carácter revocable. Algunos piensan que las personas con enfermedad mental grave usarán las DAP para negarse a recibir tratamientos a futuro [14,24].

Sin embargo, la mayoría de las personas que completan las DAP no las utilizan para declinar tratamientos sino para indicar preferencias entre procedimientos alternativos o para informar a los futuros médicos tratantes sobre preocupaciones especiales, por ejemplo, delegar el cuidado de algún familiar dependiente o de las

mascotas mientras se está hospitalizado; pedir no recibir visitas, o bien, aludir a pre-dilecciones o rechazos en la dieta [4,19,23].

Los aspectos cotidianos de la vida de las personas parecen ser determinantes para las decisiones de los pacientes, pero no son considerados en las DAP debido al modelo clasificatorio al que están adscritas. En efecto, es según el modelo categorial que se diferencian los diagnósticos de las personas que podrían usar esta herramienta y elegir las medidas terapéuticas apropiadas que pueden incorporarse en las Directrices.

Los sistemas taxonómicos que sustentan el modelo —*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM, por sus siglas en inglés, ahora en su 5^a edición) y la *Clasificación internacional de enfermedades* (CIE, por sus siglas en inglés, ahora en su 11^a edición)— están estructurados en categorías definidas para identificar trastornos específicos [2,17,7], por lo que el diagnóstico se basa en un lenguaje psicopatológico descriptivo, sin definición precisa del fenómeno y subestimando las experiencias subjetivas.

Estos sistemas de diagnóstico psicopatológicos tradicionales tienen limitada adecuación para la atención de salud mental porque presentan dificultades para predecir la evolución clínica o la respuesta al tratamiento debidas a la variabilidad y a la elevada comorbilidad de los trastornos mentales [7,10,19].

Los procesos comunes entre los distintos trastornos la variabilidad de la comorbilidad y a la vez, ciertos síntomas subyacentes en estos trastornos tienen una serie de implicaciones clínicas y terapéuticas que podrían afectar la toma de decisiones sobre futuras acciones sanitarias que el paciente desee recibir y que el médico pueda recomendar [7,10,19, 20].

La problemática que presenta la comorbilidad ha generado la exploración de alternativas complementarias al modelo

1. Un resumen de este trabajo se presentó en *Interpsiquis 2024. XXV Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología y Salud Mental*, España, 20 al 31 de mayo de 2024.

categorial, que no se circunscriben a trastornos específicos, sino a propiedades o procesos comunes de grupos de trastornos mentales consistentes para la descripción y tratamiento de estos. Entre las alternativas se encuentra el enfoque transdiagnóstico. El término «transdiagnóstico» fue enunciado por Fairburn, Cooper y Shafran en 2003 [9], en el estudio de los trastornos de la conducta alimentaria.

Según Mansel *et al.* [13], lo que caracteriza la perspectiva transdiagnóstica es que a partir de ella se formaliza una nueva manera de entender los trastornos mentales, al facilitar su uso para condiciones o síntomas presentes en distintas categorías diagnósticas (ejemplo ansiedad o agitación), pero su uso más expandido implica la comprensión de procesos biopsicosociales e impulsa los desarrollos clínicos sobre el inicio, mantenimiento, tratamiento clínico y recuperación de las experiencias traumáticas o incapacitantes de los pacientes [7,13].

El tratamiento transdiagnóstico tiene un enfoque más convergente que el categorial [13], debido a que no solo concibe a los trastornos mentales como heterogéneos y multifactoriales, sino también a otros fenómenos psicosociales y culturales que sobrepasan los diagnósticos establecidos, permitiendo modificar las experiencias de un individuo [7,13]. Esto se debe a que las dimensiones transdiagnósticas son de diversa naturaleza: síntomas, características personales, creencias y valores, estrategias de control y afrontamiento, emociones, entre otras. Con base en esto, se eligen las intervenciones y los fármacos más eficaces para los grupos de trastornos basados en mecanismos comunes y subyacentes de manera que se ajusten mejor a las particularidades de cada individuo, pues desde el punto de vista fenomenológico, es decir de las vivencias, contexto, historia, biografía y estado clínico, ninguna persona comparte carac-

terísticas comunes con otra aun cuando comparta el mismo diagnóstico [10,11].

El enfoque transdiagnóstico contempla los problemas mentales desde una óptica más dimensional, esto es lo que explica su transversalidad y vinculación con la fenomenología, perspectiva fundamental que permite captar estructuras esenciales o núcleos experienciales de los individuos, revelando elementos contextuales, existenciales, situaciones límite o crisis que están inscritas en la biografía más que en la biología [5].

De acuerdo a lo anterior, las DAP se han implementado en el modelo categorial, discerniendo los diagnósticos de las personas que puedan hacer uso de este instrumento, pero restringiéndose a trastornos mentales bien definidos por los sistemas diagnósticos operativos. Esto puede ser una barrera para implementar las DAP —en tanto decisiones clínicas y terapéuticas futuras— debido a que no reflejaría una real predicción sobre evolución del trastorno o la respuesta al tratamiento, y, por ende, las acciones sanitarias que el paciente desea recibir podrían no realizarse. Situación que, en la atención de la crisis, daría continuidad a las decisiones paternalistas en divergencia con el modelo autonomista de las DAP, lo cual representa otra barrera.

El enfoque transdiagnóstico, fundamentado en procesos subyacentes a diferentes entidades psicopatológicas, selecciona intervenciones mejor adecuadas a las particularidades de cada individuo, incluso a futuro, bajo una concepción dimensional y fenomenológica; revelando elementos existenciales, situaciones límite o crisis inscritas en la biografía más que en la biología, quizás más acorde al modelo autonomista de las DAP. Razón por la que el enfoque transdiagnóstico podría ser una opción para sustentar los factores psicosociales y contextuales que complementan a las categorías diagnósticas psiquiátricas en la implementación de estas DAP [5,10,11].

De esta forma, el objetivo del presente trabajo es identificar empíricamente elementos del contenido de las DAP desde el enfoque transdiagnóstico que permitan su implementación.

Método

Se llevó a cabo un estudio cualitativo con entrevistas semiestructuradas en línea, vía videoconferencia de 40 minutos, previo consentimiento informado, a cuatro médicas psiquiatras, pertenecientes a dos servicios de hospitalización psiquiátrica de instituciones especializadas en salud mental en Santiago, Chile.

El diseño de la investigación fue por conveniencia y la muestra se determinó de acuerdo con el criterio de saturación [16]. El instrumento utilizado fue una guía de entrevista que indagó de manera general las bases bioéticas en cuanto a la toma de decisiones de las personas con condición mental.

Procedimiento

Esta investigación se dividió en dos etapas, la primera una observación participante [15], y la segunda, las entrevistas semiestructuradas. Con los resultados de la primera etapa se elaboró la guía de entrevista y se contactaron a los médicos psiquiatras que participaron en esta etapa primera para invitarlos a las entrevistas.

Se obtuvieron cuatro entrevistas a médicas psiquiatras mujeres. La duración de cada entrevista fue aproximada de 40 minutos y una vez realizadas las cuatro, se transcribió la información para ser sometida a un análisis crítico y conceptual con un análisis temático. Las entrevistas se llevaron a cabo en el período de octubre a noviembre de 2022.

Análisis de datos

Se realizó un análisis temático [12]. Todas las respuestas de las entrevistas se concentraron en un solo archivo, contabilizando 137, después se codificaron

por unidad de significado, siendo ésta una palabra, una frase o un enunciado. Se obtuvo un total de 362 códigos y se ordenaron de acuerdo con su frecuencia (más de cinco veces), generando 326 códigos, los más comunes se combinaron y agruparon en distintas categorías.

Las categorías se ordenaron y se identificaron los constructos que describían mejor el significado, posteriormente se englobaron en temas y reorganizaron en temáticas más generales, con base en la literatura sobre las DAP, para conceptualizar términos teóricos y finalmente, tener temas precisos.

Consideraciones éticas

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Investigación del Servicio de Salud Metropolitano Norte, de Santiago de Chile. Previo a las entrevistas, se estableció el proceso de consentimiento informado, entre otros aspectos éticos, como lo establecen los cuidados de investigaciones con medios digitales o en línea [18].

Resultados

El análisis temático [12] produjo cinco temas a considerar en las DAP: *manejo* de las DAP, *función* de las DAP, *contenido* de la DAP, entre otros. Este trabajo se centra únicamente en el tema *contenido* de las DAP, el cual se aborda en el tratamiento a solicitud de los pacientes según sus experiencias previas, con anuencia del médico tratante y aceptación de la familia. El tratamiento es entendido en su sentido más técnico, como costo-efectividad, tolerancia, efectos adversos, etc., y como un derecho de los pacientes. En tanto se plantea que el diagnóstico debe ser considerado en las DAP como un antecedente más para este proceso y no como determinante, debido a que las categorías diagnósticas suelen restringir la realidad por la que atraviesan los pacientes. Finalmente, se propone que las DAP no deberían ser una solución a la controversia del internamiento involunta-

rio, pero sí ser una opción, si se analiza en el tránscurso temporal de las decisiones del paciente. Así, el tema quedó dividido en tres subtemas: 1) *tratamiento*, 2) *diagnóstico* y 3) *hospitalización*.

1) Tratamientos

Las medidas terapéuticas son parte del contenido de las DAP. Los tratamientos más solicitados por los pacientes son la terapia electroconvulsiva (TEC) y algunos fármacos que con base en su experiencia, historial o trayectorias de atención les han hecho sentir bienestar. La decisión del paciente sobre las referencias de tratamiento plasmadas en las DAP debe ser el resultado del acuerdo y validación con su médico tratante y, de conformidad con la familia. Los pacientes pueden rechazar un tratamiento con anuencia del médico tratante, eligiendo otras alternativas terapéuticas, para evitar afectar su bienestar.

Con la terapia electroconvulsiva [...] sobre todo aquellos que han recibido alguna vez, hay una postura previa, tanto a favor como en contra, o sea «por favor hágame terapia electroconvulsiva porque para mí es una mejora», como en pacientes que «no a mí me hicieron y yo no sé». Me acuerdo uno en particular y ese paciente está psicótico y nosotros le hicimos caso porque él decía «hace no sé, unos 6 años que me hicieron terapia electroconvulsiva, yo estuve más de un año con un déficit de memoria y todavía no recuerdo todas las cosas que tenía, que debería recordar». Si bien no sabes si todo eso es así, es probable que haya habido una baja con problemas de memoria inmediatamente después de la terapia, pero nosotros lo evaluamos, lo evaluó el médico que hace TEC y a él le pareció que no era bueno como repetirlo en contra de su voluntad, por lo que había sentido la vez anterior y seguimos por otra línea. [Registro 37]

Los pacientes cuando están bien atribuyen mucho al tratamiento ¿no cierto? el estar bien y en ocasiones, uno podría usar o la mayoría de las veces cuando una persona ha salido de una crisis con cierto tipo de tratamiento, en general uno trata de utilizar lo mismo para la siguiente crisis. Entonces si esa persona por ejemplo, cuando está bien podría decir «por favor póngame esto» y de hecho, tratamos de hacerlo, a pesar de que los pacientes cuando están psicóticos, igual dicen «bueno a mí me han puesto esto y lo otro», uno trata de hacer eso que ellos dicen, que en general les cayó bien, entonces yo creo que tanto lo farmacológico como cosas más invasivas, por ejemplo la terapia electroconvulsiva, si han tenido una buena experiencia y la persona puede decidir, digamos que le hagan nuevamente la terapia, cuando lo necesita sería fantástico.

[Registro 1]

[Los pacientes] también se manifiestan referente a fármacos «por favor no me dé la olanzapina porque me provoca disfunción sexual, entonces a mí me hace mejor tal otro» y yo creo que eso, independientemente de que no estén con juicio de realidad completo es válido, porque efectivamente la olanzapina provoca disfunción sexual y eso no es una locura lo que está diciendo el paciente. Entonces si le pasa, uno debería elegir una alternativa. Ojalá lo pudieran elegir en el momento más cuerdo de su vida, obviamente. [Registro 37]

El tratamiento debe considerarse en dos sentidos. El primero es el tipo de tratamiento, en términos de tolerancia, efectos secundarios, costo efectividad, adherencia. En este sentido cuenta la opinión de un equipo multidisciplinario y la mirada de cada especialista para comprender el caso y ofrecer el mejor tratamiento, bajo la supervisión del médico tratante.

Un segundo sentido está relacionado con el derecho que tiene la persona de aceptar o rechazar el tratamiento ofrecido por el médico. Los clínicos recomiendan buscar el consentimiento o la autorización del paciente y no ir en contra de su voluntad. Si hubiese un rechazo al tratamiento se deben contemplar otras alternativas y dar mayor psicoeducación al respecto. En algunos casos, la persona no podrá ejercer este derecho como cuando esté cursando un cuadro de psicosis aguda y podría estar limitado en casos de hetero agresión.

En este segundo sentido la consideración del tratamiento se reconoce como beneficio para la recuperación del paciente. El médico tendría que trabajar con él para que pueda entender su situación interior de malestar, la problemática, las causas y de este modo, ayudar a enfrentar la circunstancia que podría atravesar en un futuro.

2) Diagnóstico

Todos los pacientes podrían optar por una DAP, independientemente de su diagnóstico. Esto significa que el diagnóstico no debe ser un determinante para tener una DAP, sino un antecedente más para este proceso. No obstante, los especialistas recomiendan la aplicación de las DAP en cuadros clínicos como pueden ser esquizofrenia o trastorno bipolar, cuando los pacientes estén en períodos lúcidos, conscientes, no agudos, para tener la capacidad de decisión. Con ciertos apoyos en personas que pueden presentar diagnósticos neuróticos, trastorno del ánimo, personalidad, abuso de sustancias, incluso se pueden considerar a las personas que presenten riesgo suicida.

Los pacientes no tienen un diagnóstico, tienden a enfermar y el enfermar va con una historia y una biografía, entonces por eso en el caso individual, lo que nosotros vemos es una estructura o un fenómeno patoplástico.

Esto significa que es contextual, que tiene que estar determinado también por la temporalidad y yo creo que las directrices anticipadas están en ese espacio intersubjetivo también ¿no? [Registro 112]

Yo creo que el diagnóstico es un antecedente más ¿no? [Registro 114]

Que el paciente no esté psicótico y tenga su juicio de realidad conservado pueda decidir “que eventualmente, esto vuelva a pasar: «yo quiero que esto suceda y que esto no suceda», para que en el momento que pierda juicio de realidad y de alguna manera pierde la posibilidad de tomar decisiones con toda propiedad, ya sepamos que es lo que quería. Ese es primer diagnóstico que me parece y, lo segundo, me voy a lo sintomático porque creo que es más importante que el diagnóstico como por enfermedad, porque por ejemplo, no todos los esquizofrénicos, aunque se psicotizan se hospitalizan o requieren terapias de las que no pueden tomar conocimiento, no todos llegan a un nivel de psicosis que en realidad no puedan tomar ninguna decisión, pero pensando también en el fondo en el tema del riesgo suicida, independientemente de nuevo del diagnóstico, cuando siempre está con un riesgo suicida [...] es tan potente que es muy difícil que pueda, muchas veces están en desesperanza, pasando por una depresión grave, aunque también las esquizofrenias, también pueden presentar un trastorno de personalidad, pero a veces están en situaciones tan complejas en su cabeza que no ven otra salida [...], entonces esos pacientes que a veces se repite el tema en más de una vez en la vida y para los pacientes sería bueno saber qué quieren. [Registro 30]

Las personas que no están en condiciones de tomar decisiones anticipadas sobre su tratamiento serían aquellas que presenten

algún deterioro cognitivo complicado: retardo mental, demencias severas, psicosis aguda, intoxicaciones, trastornos neuropsiquiátricos, degenerativos, en estos casos será necesario decidir de manera subrogada.

Me cuesta mirar en pacientes cognitivamente complicados, con retardo mental, yo creo que ahí no tienen sentido [las DAP], o deterioro cerebral importante, independientemente la causa, que no solo las demencias, sino ya pacientes que está muy deteriorados y que ya su capacidad de comprensión, yo creo que ahí no, pienso que es complicado, que no tendría mucho uso, porque ya de plano es complicado que ellos elijan. [Registro 33]

Asociadas al diagnóstico, aparecen evidencias de que las DAP no se deberían sustentar en categorías diagnósticas, debido a que éstas no permiten dar cuenta de la realidad por la que atraviesan los pacientes.

Algunos trastornos severísimos de personalidad uno se siente muy desesperanzado es como que no sabes desde dónde, desde dónde ayudarle a pensarse, por infinitas características que vemos en clínica y que no hay categoría que sea capaz de dar cuenta de todas esas realidad inmensa, o sea en mi experiencia los elementos, los elementos antisociales fuertes por ejemplo, nos dejan sin herramientas, porque no quieren nada, tienen buenas razones para todo lo que sea hacer su voluntad y su voluntad que suele ser perniciosa para el prójimo y también para sí mismo, pero hay situaciones límites que nos dejan, yo creo que, eso inermes, sin armamento. [Registro 55]

Me recuerda de nuevo las categorías diagnósticas ¿no es cierto? Estoy pen-

sando sobre todo en el trastorno de la personalidad, no en otro para circunscribir, las categorías son tan empobrecedoras de la realidad clínica, era lo uno que era lo otro, si le ponemos un nombre narcisista, suponemos un montón de cosas, pero no tenemos la historia de vida, nos tenemos nada en ese diagnóstico. Qué complejo, es complejo porque cuando uno pone diagnóstico al modo médico, sabemos que los trastornos de personalidad no son enfermedades, pero inevitablemente te invitan a pensar como lo médico en un diagnóstico, pero tratamiento y pronóstico ¿no es cierto? Como se trata de un ser humano y su mundo interno y, su sentimiento y sus emociones es otra cosa, es otra cosa y la realidad que le toca vivir, miles de factores que inciden desde el clima para adelante, que hacen que las categorías son restringidas de la mirada en definitiva ¿no? entonces en eso, en eso me asusta, esos estilos categoriales, para seguir con la idea. [Registro 62]

3) Hospitalización o internamiento

La hospitalización es una medida que, en principio, causa indisposición al paciente porque crea una conciencia de anormalidad, por lo que debe ofrecerse como una opción de tratamiento mediante una negociación. Las DAP como instrucciones anticipadas para un momento de crisis deben establecer una hospitalización para ese instante de manera voluntaria, porque el acuerdo con el paciente se lleva a cabo cuando no se encuentra en un estado grave, aun cuando en la crisis esta medida pudiese ser considerada involuntaria. Esto no es una contradicción si se analiza en el transcurrir temporal de las decisiones y en el uso de las DAP.

Ahí nos encontramos en el punto justo, puesto que en nuestros pacientes algunos tienen enfermedades y otros no. Entonces «es con-

ciencia de mis desarmonías internas que no necesariamente son enfermedad», pero eso es lo que procuramos y nosotros le transmitimos a los becados que una tarea de la hospitalización es «crear conciencia de anomalía en mí, no es que la realidad actúa en mí y me hace operar de tal o cual modo, sino que yo contribuyo». [Registro 67]

Si uno le dice: «mire usted tiene que estar aquí porque tiene internación involuntaria, porque [generó un problema] fuera», cualquier cosa, obviamente que esos argumentos generan indisposición al paciente y al final puede ser que se agite o que pase algo, entonces a pesar de que estén muy psicóticos, algo siempre uno puede negociar con la persona y decir podría ser que te beneficiés de esto, y siempre es como un ofrecimiento y que la persona podría decidir tomarlo voluntariamente, porque ya no hay mucha ... ya están hospitalizados, es como decir ya «bueno está bien». [Registro 67]

Nosotros muchas veces subestimamos la capacidad que tienen [los pacientes] de decidir sobre sí mismos. Nos olvidamos de que ellos salen, por ejemplo, de la hospitalización y viven su vida bien, mal, más o menos de acuerdo con lo que les parece, con algún familiar o son capaces de arrendar algo, de trabajar. [Registro 32]

Pensando querer hacer partícipe a los pacientes de lo que estamos decidiendo ¿no? Porque igual cuando solamente decide una parte durante la hospitalización, cuando ya hay voluntarios, igual es una carga, y es una carga no solo a nivel, como de lo que explica, como una carga emocional si a uno no le gusta estar hospitalizando involuntariamente a la gente. [Registro 34]

La hospitalización o el internamiento involuntario es una medida que complica y

desagrada a los médicos y al equipo de salud. Esta medida podría ser innecesaria si se pusieran en marcha otras alternativas de contención, como hospitales de puertas abiertas o si se destinaran más recursos a la atención en la salud mental. Las DAP son una opción, pero quizás no resuelvan la controversia del internamiento involuntario.

Discusión y conclusiones

Los resultados muestran que las psiquiatras que participaron en este estudio consideran que el contenido de las DAP debe contemplar 1) *tratamientos*: los fármacos y las medidas terapéuticas que les hagan sentir mayor bienestar a los pacientes, según su experiencia previa y antecedentes de atención; 2) *diagnóstico*, como un elemento más de su problemática de salud y no como un determinante en las decisiones sobre el uso de las DAP o de decisiones futuras sobre su atención clínica. Asociado con el diagnóstico aparece que las categorías apuntan en un sentido contrario, recalculando que estas no aportan a la realidad de los pacientes, por lo que no es preciso considerarlas en las DAP y, 3) *la hospitalización o el internamiento involuntario*, medida que debe quedar establecida en las DAP para un momento de crisis.

Los contenidos de las DAP propuestos por las participantes se relacionan con algunas dimensiones transdiagnósticas (características personales, creencias, estrategias de control y afrontamiento) que en su práctica clínica con los pacientes parece sustentarse en el enfoque fenomenológico, en las experiencias de las propias personas, su contexto psicosocial y en general, en su biografía y situación de salud. Esto contrasta con los cuadros clínicos categoriales, que principalmente buscan identificar diagnósticos de trastornos mentales, para determinar y tomar las decisiones sobre el tratamiento y las medidas terapéuticas basadas en evidencia,

pero alejadas de la realidad y experiencia de los propios pacientes [10,11,20].

Se halló también enunciados que comprobaron condiciones complejas relacionadas con los diagnósticos, debido a la variabilidad comórbida, por ejemplo, las participantes hacen alusión a que las personas que presentan esquizofrenia pueden tener psicosis o riesgo suicida, desesperanza o depresión grave, también pueden mostrar trastornos de personalidad. Esta variabilidad de la comorbilidad y los síntomas subyacentes en los trastornos mentales es la prueba de que el modelo clasificadorio en la psiquiatría es inadecuado para la atención y el tratamiento de las personas que presentan estas condiciones, debido a que, dicha variabilidad, puede complicar el pronóstico de la evolución clínica y, por ende, la respuesta al tratamiento y las terapéuticas, principalmente, afectando la toma de decisiones sobre futuras acciones sanitarias [7,10,19,20].

Las DAP se plantean para escenarios futuros de posibles crisis que debe atenderse con decisiones que se toman en el presente, cuando la persona tiene la capacidad para expresar sus propias previsiones y voluntad respecto a las acciones sanitarias que deseé recibir, en el momento en que por las afectaciones provocadas por dicha crisis o descompensación no puedan hacerlo [6]. En este sentido, el modelo clasificadorio es inadecuado para las DAP, ya que establece decisiones de presencia-ausencia de síntomas identificados en un momento específico de la enfermedad, perjudicando tanto la validez predictiva para el curso futuro del trastorno, como la selección del tratamiento inicial e incluso las estrategias de prevención secundaria [7,8,20].

En el enfoque transdiagnóstico, la persona es considerada a lo largo de un continuo multidimensional y en evolución de la enfermedad, lo que facilita la comprensión de los patrones de continuidad, discontinuidad y etiopatogenia de dicha en-

fermedad, por lo que mejora la selección de tratamientos, intervenciones o medidas terapéuticas múltiples y/o intensivas [20].

El internamiento u hospitalización involuntaria es un ejemplo de la dificultad para entender el espectro de tiempo en las DAP si se contextualiza desde el modelo clasificadorio. Puesto que si se piensa en términos taxonómicos parece una contradicción la voluntariedad e involuntariedad de un internamiento como deseo expresado por una persona en una Directriz. No se comprende, como sí lo hace el enfoque transdiagnóstico, que la circunstancia de un internamiento involuntario, expresado voluntariamente en una DAP, se asocia y depende de una línea de tiempo, que se inicia en el momento presente, cuando el paciente puede expresar y decidir voluntariamente su deseo de ser internado de manera involuntaria en un futuro durante una crisis, y finaliza en el momento futuro, cuando el paciente es hospitalizado involuntariamente, con la autorización previa de hacerlo de acuerdo con sus propios deseos plasmados en la DAP.

De acuerdo con Dalgleish *et al.* [7] las dimensiones transdiagnósticas también proporcionan un marco más convincente para pensar en el curso de las dificultades de salud mental que fluctúan a lo largo del tiempo, en contraste con los umbrales categóricos con sus nociones imprecisas de «en episodio», remisión y recuperación. Por esto razón, las DAP deben insertarse en este marco dimensional, como un ejercicio de autonomía que permita anticipar un escenario más preventivo, tomar decisiones presentes y proyectarlas a futuro.

Las DAP requieren del enfoque transdiagnóstico que permita una explicación dimensional que refleje con mayor precisión la forma en que se manifiesta la psicopatología, considerando: los síntomas iniciales, los síndromes, comorbilidades de salud física y mental, los deterioros sociales y ocupacionales relacionados

que remiten o evolucionan con el tiempo. Asimismo requieren de este enfoque para integrar factores de riesgo previos y actuales y, el curso de la enfermedad individual para la selección de tratamientos personalizados [20]; así como para considerar que las fuentes de información (entrevisitas, datos psicométricos, historia clínica) no solamente deben emplearse para el diagnóstico categorial, sino constituirse en dimensiones cualitativas que ayuden a la evaluación global de los pacientes.

El contenido de las DAP apunta a que las personas reconozcan en sus experiencias previas, sus síntomas tempranos, algunas respuestas a tratamientos, incluso en medidas terapéuticas como las relacionadas con la involuntariedad, favoreciendo así una mejor integración de trabajo con los profesionistas de la salud mental; además como lo mencionaron algunas participantes, que conozcan los alcances sociales que tiene el uso del documento, por ejemplo, en las decisiones sobre el cuidado de personas dependientes, mascotas o inmuebles, que pertenecen a su mundo interno, realidad, historia e intersubjetividad, que son determinantes en la toma de decisiones de los pacientes [1,5,13].

Los resultados corroboran la idoneidad del contenido de las DAP con factores psicosociales y contextuales, desde un enfoque transdiagnóstico, dimensional y fenomenológico, como complementarios a las categorías diagnósticas psiquiátricas, para una implementación efectiva basada en

situaciones y experiencias de la biografía de las personas [10,15].

En este estudio se plantea la necesidad de continuar estudiando la implementación de las DAP con enfoques transdiagnósticos en la práctica clínica [7,15], se menciona que el desafío mayor será el desarrollo de instrumentos e intervenciones de evaluación transdiagnóstica sólidos que puedan suplantar o quizás complementar a sus contrapartes diagnósticas, a fin de que realmente dicho desarrollo permita beneficios a las personas para tomar decisiones sobre su salud presente y futura.

Financiamiento

Este estudio fue financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. (CONACYT) de México, con la beca en Estancias Posdoctorales en el Extranjero 2021 – CCINSHAE, para el proyecto titulado: *Bases bioéticas para la implementación de las directrices anticipadas en psiquiatría en la atención de la salud mental*.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Este trabajo fue posible gracias a los profesionales de la salud que integran los equipos multidisciplinarios, quienes compartieron la experiencia de su práctica clínica y a los pacientes; asimismo, gracias en especial a las autoridades de las instituciones que colaboraron para ello.

Referencias

1. Ambrosini D, Crocker A, Perreault M, Israël M. Perceptions of Psychiatric Advance Directives among Legal and Mental Health Professionals in Ontario and Quebec. JEMH. 2008;3(2):1-12.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5™) 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
3. Appelbaum PS. Assessment of Patients' Competence to Consent to Treatment. N Engl J Med. 2007; 357(18):1834-40. PMID: 17978292 DOI: 10.1056/NEJMcp074045
4. Appelbaum PS. Law & Psychiatry: Psychiatric Advance Directives and the Treatment of Committed Patients. Psychiatr Serv.

- 2004;55(7):751-2. PMID: 15232012 DOI: 10.1176/appi.ps.55.7.751
5. Cremades C. Tratamiento de la desregulación emocional desde un paradigma transdiagnóstico: una revisión sistemática de estudios de resultados. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, 28 de noviembre a 1 de diciembre de 2018. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires; 2018. Disponible en: <https://www.aacademica.org/000-122/44>
 6. Crocker AG, Ambrosini DL. Les directives psychiatriques anticipées (DPA) et le rôle de l'autonomie. *Sante Men Que.* 2009;34(2):51-74. DOI: 10.7202/039126ar
 7. Dalgleish T, Black M, Johnston D, Bevan A. Transdiagnostic approaches to mental health problems: Current status and future directions. *J Consult Clin Psychol.* 2020;88(3):179-95. PMID: 32068421 DOI: 10.1037/ccp0000482
 8. Echeburúa E, Salaberria K, Cruz-Sáez M. Aportaciones y Limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Ter Psicol.* 2014;32(1): 65-74. DOI: 10.4067/S0718-48082014000100007
 9. Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behav Res Ther.* 2003;41(5):509-28. PMID: 12711261 DOI: 10.1016/s0005-7967(02)00088-8
 10. González Pando D, Cernuda Martínez JA, Alonso Pérez F, Beltrán García P, Aparicio Basauri, V. Transdiagnóstico: origen e implicaciones en los cuidados de salud mental. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2018; 38(133), 145-166. DOI: 10.4321/s0211-57352018000100008
 11. Hernández-Guzmán L, Contreras-Valdez JA, Freyre MA. Categories or dimensions? Towards a transdiagnostic treatment of eating psychopathology. *Rev Mex Trastor Aliment.* 2019;10(2):232-45. DOI: 10.22201/fesi.20071523e.2019.2.561
 12. Howitt D. Introduction to qualitative methods in psychology. Harlow: Prentice Hall; 2010.
 13. Mansell W, Harvey A, Watkins E, Shafran R. Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *J Cogn Psychother.* 2009;23(1):6-19. DOI: 10.1891/0889-8391.23.1.6
 14. Mondragón-Barrios L, Guarneros T. Directrices Anticipadas en Psiquiatría. En Martínez N, editor. *Salud Mental Forense.* México: Editorial Tirant lo Blanch; 2020. p. 124-37.
 15. Mondragón-Barrios L, Lolas Stepke F. Bioethics and advance directives in psychiatric in the hospital context. *Salud Ment.* 2023;46(5):261-7. DOI: 10.17711/SM.0185-3325.2023.033
 16. Monje Álvarez CA. Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. Una guía didáctica. Neiva Co: Universidad Surcolombiana; 2011.
 17. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades, Undécima Revisión, CIE-11. OMS; 2019. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11>
 18. Organización Panamericana de la Salud y Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médica. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos, Cuarta Edición. Ginebra: Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS); 2016.
 19. Sandín B. El transdiagnóstico como nuevo enfoque en psicología clínica y psiquiatría. *C Med Psicosom.* 2014;111: 9-13. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4906864>
 20. Shah JL, Scott J, McGorry PD, Cross SPM, Keshavan MS, Nelson B, et al. Transdiagnostic clinical staging in youth mental health: a first international consensus statement. *World Psychiatry.* 2020;19(2):233-42. PMID: 32394576 DOI: 10.1002/wps.20745
 21. Sherman P. Administrative update. Computer-Assisted Creation of Psychiatric Advance Directives. *Community Ment Health J.* 1998;34(4):351-62. PMID: 9693864 DOI: 10.1023/a:1018731922671
 22. Srebnik D, Appelbaum PS, Russo J. Assessing Competence to Complete Psychiatric Advance Directives with the Competence Assessment Tool for Psychi-

- atric Advance Directives. *Compr Psychiatry.* 2004;45(4):239-45. PMID: 15224265 DOI: 10.1016/j.comppsych.2004.03.004
23. Widdershoven G, Berghmans R. Advance directives in psychiatric care: a narrative approach. *J Med Ethics.* 2001;27(2):92-7. PMID: 11314165 DOI: 10.1136/jme.27.2.92
24. Zaragoza-Martí MF, Juliá-Sanchis R, García-Sanjuán S. El Documento de Voluntades Anticipadas como instrumento de planificación ético-jurídico: especial atención a la salud mental. *Rev Bio Der.* 2020;49:25-40. DOI: 10.1344/rbd2020.49.28451