

# Bioética y demencia(s)

Hugo Pisa

*Médico especialista en psiquiatría.  
Psiquiatra del Nuevo Hogar LeDor VaDor.  
Director Médico de Integra Más.  
E-mail: hugo.pisa@gmail.com*

*“Los pobres necios que se negaron a mirar por el telescopio de Galileo sabían lo que traían entre manos; si veían las lunas de Júpiter, se verían obligados a creer lo que no deseaban creer; por lo tanto, resultaba más sabio no mirar”.*

John M. Ziman, El conocimiento público<sup>1</sup>.

## Introducción

La demencia afecta al 5% de los mayores de 65 años y al 40% de aquellos que superaron los 80 (1). A su vez, si tenemos en cuenta el envejecimiento de la población a nivel mundial, se espera que las personas que vayan a presentar demencia aumenten de manera exponencial en los próximos 40 años. Lo que generará (o podríamos asegurar que ya genera) una demanda creciente con respecto a

la asistencia y al cuidado en los servicios de salud (2), así como cambios en la dinámica social y familiar.

En este contexto, el psiquiatra -formado o no en psicogeriatría- asistirá en el transcurso de su práctica, casi de forma ineludible, a un paciente (y su familia) con un deterioro cognitivo en cualquiera de sus modalidades. Esto lo enfrentará a los nuevos desafíos bioéticos que

---

### Resumen

El envejecimiento de la población a nivel mundial traerá aparejado un incremento exponencial de la demencia en los próximos 40 años. Lo que generará cambios en las demandas a los servicios de salud. Y enfrentará a los psiquiatras a nuevos desafíos bioéticos: capacidad para dar un consentimiento respecto de un tratamiento, participación en un protocolo, manejo de la propia economía, institucionalización, manejo de los síntomas conductuales. Se delimitarán los lineamientos sobre los cuales se generan o se asientan los potenciales conflictos o dilemas éticos. Se definirán el marco teórico y las cuestiones (bio)éticas involucradas en las diferentes etapas por las que atraviesa un deterioro cognitivo.

**Palabras clave:** Demencia - Bioética - Toma de decisiones - Consentimiento informado.

BIOETHICS AND DEMENTIA(S)

### Abstract

Population aging among the world will bring up an exponential increasing of dementia in the next 40 years. This will create more demands in medical care areas. And this will defeat psychiatrists with bioethical issues: capacity to obtain agreement for treatment, participation in research studies, dealing with own economy, institutionalization, and manager of behavioral symptoms. Guidelines delineating probable issues or ethical problems will be defined. The theoretical framework will be defined concerning bioethical issues involved in the different stages of cognitive impairment.

**Key words:** Dementia - Bioethics - Decision making - Informed consent.

---

<sup>1</sup> Klimovsky G. Las elecciones responsables frente a las supersticiones académicas. En: Conversaciones sobre ética y salud. Buenos Aires: Centro editor de la Fundación Favaloro; 1996. p. 53-65.

plantea la naturaleza misma de esta forma de envejecer.

Los trastornos cognitivos plantean el tema de la "competencia"; a muchos se los considera incurables y las decisiones se acometen con una expectativa de empeoramiento progresivo; la personalidad que tiñe la presentación del cuadro puede ser determinante en algunos casos; de acuerdo con el grado de deterioro, los hace más o menos dependientes de otros; por último el anciano enfermo pertenece a la sociedad no-contributiva, lo que puede hacernos pensar que lo que se gasta en ellos se dilapida o desperdicia (3).

En el año 2000 Peter Whitehouse, advertía con relación a las demencias: Las cuestiones éticas se harán más evidentes en el futuro (4). No sólo debemos darle la razón, sino asumir el compromiso de ese futuro, que no es otra cosa que la presencia de mayores complejidades.

Este trabajo no pretende ser una guía para decidir qué hacer y qué no ante lo diverso que nos plantea el caso a caso de la práctica profesional. Tiene como objetivo constituir un punto de partida para la reflexión de este presente que se anunció hace varios años. En primer lugar delimitaremos las directrices sobre las cuales se generan o se asientan los potenciales conflictos o dilemas éticos. Definiremos el marco teórico de los mismos para desarrollar, a continuación, lo concerniente a las cuestiones (bio)éticas involucradas en las diferentes etapas por las que atraviesa un deterioro cognitivo.

## Marco teórico: límites y complejidades El dilema ético

En la actualidad, ¿cuáles son los lineamientos que se siguen para llevar a cabo el diagnóstico? En pocas palabras, los "Trastornos neurocognitivos" según el nuevo DSM-5 (5) se basan en (la alteración de) dominios cognitivos definidos (atención, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidades motoras, reconocimiento). Luego *"Una vez definidos, los dominios, junto con las directrices sobre umbrales clínicos, constituyen la base sobre la [cual se] diagnostican los trastornos neurocognitivos, sus niveles y sus subtipos"*. Este nuevo enfoque -sólo por citar un artículo cuyo análisis excede al presente trabajo- fue recibido con entusiasmo: *"el DSM-5 se basa en la expectativa de que los médicos y los grupos de investigación darán la bienvenida a un lenguaje común para hacer frente a los trastornos neurocognitivos"* (6). Esto es exacto: frente a los Trastornos neurocognitivos; ¿pero frente a las personas con trastornos neurocognitivos? Y con relación al tratamiento, ¿existe algo nuevo? No, es todavía sintomático (7).

Para situarnos en este nuevo entramado. Se produjo, en busca de la tan ansiada especificidad, un desmembramiento de los diferentes cuadros, se incluyeron -por ejemplo- las demencias sub-corticales y frontales, algo que lo distingue de las ediciones anteriores del manual. Pero más allá de ubicarnos en un diagnóstico con un nombre de apellidos largos, los psiquiatras nos enfrentamos a "nuevas" situaciones que ponen en jaque a este "nuevo" conocimiento. Son los llamados "Dilemas éticos". En este sentido, explica el Dr. Fridman, la Bioética

es el campo que se crea respecto de lo dilemático de una decisión o conclusión en determinada situación clínica, o del campo de la investigación. Cuando lo dilemático se presenta, se presentan varias respuestas posibles y ninguna tiene una prioridad sobre las otras (8).

Citaremos ejemplos clínicos con los cuales la lotería asistencial puede desafiarnos en cualquier ámbito. No es la intención llevar a cabo un análisis de los mismos, para eso el tema debería tener un recorrido; y éste, recién empieza. Persiguen el objetivo de incluir una cuota de realidad a la teoría que se nos presenta como abstracta. Del mismo modo, mostrar situaciones para las cuales no nos preparamos y cuyas respuestas por el momento son difusas.

1) *Un hombre de 82 años con probable deterioro cognitivo manifiesta su deseo de viajar al exterior. Tanto la esposa como sus hijos se niegan. Salvo que el psiquiatra lo autorice.*

2) *Una mujer de 90 años es ingresada a un geriátrico. Presenta un diagnóstico de deterioro cognitivo leve. Refiere su voluntad de regresar a su casa. Los familiares se oponen.*

3) *Un hombre de 79 años se frota contra la pared con la intención de sacarse "lo que tiene pegado" en la espalda. El personal pide autorización para contenerlo con el objetivo de evitarlo. Aducen que tiene el diagnóstico de demencia avanzada y que posee el certificado de discapacidad.*

4) *Una mujer de 68 años concurre a la consulta para solicitar un certificado en el que conste que se encuentra "bien de la memoria". Se niega a realizar un test neurocognitivo.*

¿Qué es lo que produce un dilema ético en una determinada situación? El Dr. Fantin nos explica: *"Lo que produce un dilema ético, no es la otredad, pues esto es lo que se manifiesta como síntoma, sino la dificultad de hallar una mismidad, un efecto de Verdad, una posición en la cual puedan prestar fidelidad los sujetos intervinientes"* (9). Es decir, si la indicación médica genera el efecto de Verdad, no surge el dilema. Para esto debe existir conocimiento y acuerdo de todos los que intervienen: paciente, profesional, familiares y las diferentes instancias reguladoras (sanitarias, judiciales, etc.).

Pero, ¿qué sucede cuando esto no se produce? Algo que sin duda es frecuente en el contexto del tema que pretendemos desarrollar, donde hasta el mismo profesional entra en conflicto con su respuesta debido a lo diverso de las situaciones que pueden plantearse y para lo cual sólo existe información reciente. El mismo autor nos dice: *"tanto porque se ha llegado a un límite de sus posibilidades, como cuando algún tipo de daño es inevitable, o cuando el paciente no está dispuesto a pagar el precio de la intervención aun a riesgo de su vida, o porque en la consideración de lo que es su vida incluye aspectos que no se ajustan sólo a su vida biológica, o porque la situación toca cuestiones sociales o judiciales conflictivas, entonces es pensable (...) una instancia de reflexión ética. Es decir, una instancia donde se pongan en juego diversas posiciones a fin de hacer surgir, mediante la discusión dialógica, alguna recomendación que pueda forjar tal efecto de verdad"*. En esta línea, llevar a cabo una reflexión ética es, en definitiva, una elección que beneficie al paciente. Esto es un problema de valores y tenemos una responsabilidad hacia ellos, nos agrega Klimovsky (10).

Todas las decisiones clínicas pueden implicar, en definitiva, un conflicto ético (11). En este punto, tanto el psiquiatra como cualquier profesional de la salud que atienda a personas con deterioro cognitivo debe reconocer la existencia del mismo (12). Sólo a partir de esto se puede pretender llegar a resolverlo de manera óptima.

¿Qué sucede en las diferentes etapas por la que atraviesa un deterioro cognitivo?

## **Etapas iniciales**

El diagnóstico de demencia temprano y la determinación exacta del subtipo son cruciales para llevar a cabo un cuidado óptimo y un adecuado manejo clínico del paciente (13). Sugerencia que se convirtió en un imperativo de época. Por este motivo, antes de comenzar a discutir sobre aspectos éticos relacionadas con personas que recibieron el diagnóstico de demencia, debemos focalizarnos en aquellos que no se encuentran ni siquiera en los estadios iniciales de la enfermedad; sino que presentan cambios sutiles en sus funciones cognitivas, algo que podría ser el preludio de una demencia a futuro o deberse -sólo- al envejecimiento "normal". Diremos, a los fines del trabajo, que el constructo "deterioro cognitivo leve" es un término popular para describir a aquellas personas que no tienen demencia, pero presentan alteraciones cognitivas por arriba de la media normal. Un valor que se estableció de manera arbitraria a partir de un umbral de puntuación cuantitativa originado a expensas de baterías de evaluación (4). Pensemos un instante, la creencia de que una persona se convertirá en alguien "dependiente" a partir de la evolución de una enfermedad como la demencia puede tener efectos desastrosos: ruptura matrimonial, suicidio, el estigma social para el paciente y familiares (14). Consecuencias que deberían interpelarnos como profesionales de la salud. No es sólo el diagnóstico temprano lo que "garantiza" un mejor tratamiento; sino justamente el *tratamiento* del diagnóstico probable. Es decir, la manera en la que se informa y se traducen los resultados al paciente. Algo que debería hacerse de manera culturizada, escalonada y contextualizada, como recomienda el Dr. Paco Maglio (15), para evitar que el mensaje sea traducido de manera errónea por el paciente (y familiar), fenómeno que suele ser habitual en la práctica (16). Del mismo modo, debería evaluarse el probable impacto que podría tener en el paciente, con el objetivo de determinar el momento adecuado (17).

Profundicemos ahora en lo que ocurre con el tratamiento del llamado deterioro cognitivo leve. El mismo se encuentra en alrededor del 9% de los ancianos en América Latina (18), y constituye un factor de riesgo para el desarrollo de una demencia, cuya tasa de conversión a demencia es del 4% al 25% anual (19).

¿Deberíamos comenzar con un tratamiento sintomático para tratar de mejorar incluso un leve grado de problemas de memoria?, ¿Cómo deberíamos considerar los riesgos y beneficios del tratamiento a largo plazo con agentes que podría prevenir la aparición de una demencia?, ¿Cómo deberíamos considerar la desde un punto

de vista bioético de la mejora cognitiva si se utiliza en personas "normales"?, son algunos de los interrogantes que nos dejó allá por el año 2000 Peter Whitehouse (4), y para los cuales todavía las respuestas son poco convincentes.

Por último, en esta etapa se hace prioritario nombrar algo que por el momento se encuentra alejado de las mesas de debate, como es el tema de "las decisiones y medidas anticipadas" ante la posibilidad de desarrollar una demencia (20).

## **Etapas medias: demencia moderada**

El cuidado de una persona con demencia implica cuestiones éticas (21). Hacerle frente a dichas cuestiones requiere sobre todo de una toma de conciencia por parte del profesional. Una toma de conciencia -como dijimos- de que existe un "conflicto".

Tomemos como ejemplo lo que ocurre con la demencia tipo Alzheimer. Diremos que es una enfermedad incurable, devastadora y prevalente. La investigación es, por lo tanto, crucial, pero implica un conflicto desde el momento en que los pacientes con deterioro cognitivo importante pueden tener disminuidas su capacidad para dar su consentimiento informado (22). Para esto no existen protocolos ni políticas claras (23). Esta incertidumbre, desde luego, no sólo es patrimonio de la investigación clínica; sino que se traslada a la clínica de todos los días.

Para profundizar sobre lo expuesto deberemos tener en cuenta a dos conceptos "éticos" claves: *autonomía* y *autenticidad*. Con relación al primero, diremos que una decisión autónoma se define como un acto de autodeterminación ejercido por una persona competente (24). En una investigación el que no puede dar su consentimiento queda excluido. En esta línea surgen los siguientes interrogantes: ¿un paciente con enfermedad de Alzheimer puede dar su consentimiento informado?, ¿es confiable y válido el estudio de las capacidades?, ¿es posible ampliar el concepto de autonomía a partir de directivas anticipadas? (23).

Con respecto al término *autenticidad*, éste se refiere a la congruencia entre los valores de una persona (creencias, compromisos, relaciones) y una decisión (25). En el contexto de la investigación, la pregunta fundamental es si el sujeto que participa es coherente con sus valores. A diferencia de una decisión autónoma, que sólo puede ser hecha por el paciente, una decisión puede ser *auténtica*, incluso cuando la misma es llevada a cabo por un sustituto (subrogante), porque la autenticidad no requiere capacidad intacta para la libre determinación, sólo que la decisión se ajuste a los valores del individuo (24). Desde luego esto nos introduce en una temática por demás compleja sobre la que será necesario trazar un camino que, sin perder de vista los "avances" en otras culturas, se adapte a nuestra idiosincrasia. Por el momento no contamos con discusiones en este sentido, algo que suele ser frecuente en otras especialidades.

Mencionamos el impacto que puede tener en el ámbito de la investigación; pero es sabido que es un lugar

para pocos y sobre el que pesan, entre otras cosas, auditorias y comités de ética. Pero, ¿qué ocurre en la clínica con los pacientes? Sin esfuerzo podemos hacer referencia a situaciones en las cuales no vemos enfrentados y que ponen en jaque los principios de autonomía y autenticidad. Por ejemplo: *paciente con deterioro cognitivo moderado manifiesta que no acepta tomar medicación, y la misma es administrada igual bajo el nombre de "vitaminas". O en un cuadro similar, un allegado (sustituto) se hace "responsable" de que la mediación sea administrada sí o sí.* En la misma línea, si la indicación es la de una internación, esta podría llevarse a cabo de manera involuntaria en consonancia con lo que solicita la nueva ley de salud mental; pero, ¿qué sucede si hablamos de una internación en un geriátrico? Podríamos ensayar respuestas que apelen al "sentido común" con los riesgos que esto conlleva.

En un trabajo, Smebye y colaboradores refieren que optimizar el potencial para la toma de decisiones en las personas con demencia contribuye al mantenimiento de la identidad, el bienestar y la calidad de vida, además de la promoción de la dignidad, la integridad y la personalidad (26), a partir de tener en cuenta a las capacidades cognitivas que se conservan. Excluir a las personas de participar en las decisiones puede generar depresión, frustración y enojo; situación que, en gran medida, contribuye a empeorar el cuadro que ya existe (27).

Hay evidencia de que las personas con deterioro cognitivo que viven tanto en las instituciones como en su casa se encuentran excluidas de la toma de decisiones acerca de sus vidas (28). Algunos no desean participar, mientras que otros tienen la voluntad y la capacidad de hacerlo, pero se les niega la posibilidad (29, 30). Está en nosotros recuperar el rol de acompañantes que nos cabe en muchas de estas situaciones y evitar caer en la tentación del paternalismo que dominó la medicina de otras épocas.

## Manejo del dinero

Llegados a este punto desarrollaremos una situación que, a pesar de su frecuencia, recibió poca atención, en contraste a lo que ocurre -como vimos- con la toma de decisiones relacionadas con el consentimiento informado para una investigación. Hablamos del manejo del dinero en los pacientes con algún modelo de deterioro cognitivo. Sin duda, un desafío ético y clínico.

Entre las cuestiones que se presentan podemos mencionar: si un paciente con posible demencia tiene suficiente capacidad para manejar con independencia sus asuntos financieros; si requiere una evaluación de su capacidad en ese sentido; si está siendo explotado o abusado por otros (31). Identificar, evaluar, y "manejar" este tipo de problemas impacta en el tratamiento de forma directa, tanto desde un punto de vista meramente económico, como psicológico.

La capacidad para el manejo del dinero en el contexto de los deterioros cognitivos tiene tres aristas: clínicas, legales y éticas (31).

**Clínicas.** Debemos tener en cuenta que la capacidad a la que hicimos referencia es mediada cognitivamente,

por lo que se torna vulnerable en enfermedades neuropsiquiátricas que afecten los procesos cognitivos. Incluso puede constituir la puerta de entrada de un pedido de evaluación (32).

**Legales:** Abarca también lo relacionado a contratos, garantías, donaciones y testamentos.

**Éticas:** Implica al concepto de autonomía. Es decir, involucra la posibilidad de que una persona pueda o no manejarse de manera independiente (31).

Está claro que para estas situaciones no nos preparamos desde un punto de vista profesional. Queda en manos del sentido común o de una opinión que se asienta sobre la base de un diagnóstico.

Como para echar un poco de luz, haremos referencia a un artículo que describe cinco roles que podría adoptar el profesional ante esta situación: a) educar a pacientes y familias sobre la necesidad de una planificación financiera con antelación; b) reconocer los signos de un posible deterioro de la capacidad para el manejo del dinero; c) evaluar las deficiencias relacionadas con esta capacidad en el contexto de un deterioro cognitivo; d) recomendar intervenciones con el objetivo de ayudar a los pacientes a mantener su independencia financiera; e) derivar en el momento oportuno a una consulta legal (32).

No contamos con respuestas certeras, ni mucho menos categóricas con respecto a este tema complejo. Tampoco con instrumentos confiables que puedan mensurar dicha capacidad. De todas formas, tomar un rol activo en este sentido se hace prioritario ante las consecuencias económicas, legales, psicológicas que esta situación puede acarrear tanto para el paciente y familiares/allegados, como para el profesional.

## Etapas avanzadas: demencia severa

En este estadio, -atento a lo que vimos- los pacientes con un deterioro cognitivo avanzado se vuelven incapaces de tomar una decisión. Incluso de poder comunicarse.

En este momento, también, es más frecuente la aparición de sintomatología conductual (agresividad, vagabundeo, reacciones catastróficas, etc.), situación que complejiza el cuadro y torna difícil su manejo ambulatorio, lo que predispone en muchos casos a institucionalizar al paciente (33). En este contexto emergen nuevas cuestiones éticas (4). En la mayoría de los casos se relacionan con el uso de las contenciones físicas y/o sobremedicación con el objetivo de "tranquilizar" (bajo el eufemismo de "chaleco químico"). El motivo en general es el de evitar las caídas y las agresiones. Es común que tanto el uso de una intervención como otra persiguen el mismo objetivo: evitarse entre sí; aunque lo frecuente es que se presenten juntas. En ambos casos hay una necesidad urgente de investigaciones que permitan profundizar sobre estos aspectos a fin de documentar hasta qué punto se puede utilizar este tipo de manejos que se vinculan con conflictos entre pacientes, familiares y personal encargado de la asistencia (34).

Apuntaremos respecto de los "síntomas conductuales" instancias pasibles de una reflexión ética: las inter-

venciones no-farmacológicas (o psicosociales). Es frecuente escuchar que para llevarlas a cabo el profesional debería tener una postura ecléctica. Pero ¿hasta qué punto lo ecléctico no termina en una postura utilitarista que permite echar mano a “cualquier cosa” con el objetivo de calmar al paciente (o dicho de forma técnica, atenúe su sintomatología conductual)?

Un *utilitarista*; es aquel cuyo pensamiento se asienta sobre la base de que “el fin justifica los medios”. El utilitarismo como corriente dentro de la ética fue desarrollado por Jeremy Bentham y John Stuart Mill (35). Postulan que el resultado de una acción determina si esa acción es moralmente correcta o no. Es correcta cuando las consecuencias globales fueron buenas. Desde una perspectiva integral afectarían no sólo al paciente, sino también a su familia, al personal, y a otros pacientes si hablamos de un geriátrico.

Veamos un ejemplo. *Una paciente con un deterioro cognitivo avanzado se encuentra institucionalizada. Intenta repetidas veces retirarse del lugar. Aduce que tiene que retornar a su casa porque se le hace tarde. El personal que la asiste le manifiesta que cuando llegue el taxi le van a avisar. Esto la tranquiliza unos minutos; y el ciclo vuelve a repetirse.*

¿Cómo deberíamos juzgar la consecuencia de esta intervención? Un utilitarista diría que deberíamos juzgar cada acción de forma individual, según las consecuencias que resultan de ella. Esto es lo que sería un utilitarista del acto. Dicho de otra manera, sería el que se plantea de forma individual cada caso. En contraste, se encontrarían los utilitaristas de las *normas*. Son aquellos que siguen un conjunto de reglas o principios que, en general, tienen los mejores resultados. En otras palabras, son aquellos que se guían por los protocolos. En esta línea Kant, en su teoría sobre la moral, estaba convencido de que deberíamos seguir normas, sin preocuparnos por las consecuencias de las acciones. Para Kant el acto es correcto o no. Es conocido el ejemplo en el que manifiesta que mentir siempre es incorrecto, más allá que el fin que se persiga sea “bueno”. En ese sentido, sostenía que a la persona nunca debe tratarse como un medio para lograr un determinado fin (35).

En la viñeta que expusimos, sin duda se actuó desde una postura utilitarista del acto: se apoya claramente en las características de la paciente. Pero si quisiéramos llevar a cabo un contraste con una línea normativa, ¿cuál sería la norma que se debería haber seguido? La respuesta es que no existen “normas” para casos complejos como este (y, me atrevería a decir, para ninguno). Pienso que difícilmente pueda lograrse un consenso al respecto, por la sencilla razón que la demencia como enfermedad se presenta de manera muy diversa, donde lo típico es la atipicidad en su manera de presentarse, sobre todo si hablamos de síntomas conductuales. Si reflexionamos a partir de esta complejidad, todo aquel que desarrolle su práctica en un geriátrico, debería ser (al menos por ahora) en vez de ecléctico, un utilitarista del acto. Y si un kantiano nos preguntara sobre si se le está mintiendo a la paciente a partir de “mentirle” respecto del taxi, podríamos decirle que tal vez, pero que esa acción tuvo un buen resultado para la paciente.

Por último, ¿debemos brindar tratamientos de soporte vital a pacientes con pérdida permanente de capacidades cognitivas? Con esta pregunta titulan su trabajo y nos interpelan los autores Golan y Marcus. Plantean sus dudas en cuanto a la ética de sostener la vida de los pacientes que han perdido sus capacidades cognitivas y la conciencia, y si existe una obligación moral de hacerlo (36). El problema es que los principales hechos relacionados con las experiencias y el bienestar de estos pacientes y sus deseos son desconocidos. De ahí que el marco de los cuatro principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, no se pueden aplicar en estos casos. Incluyen a la solidaridad como otro valor moral a la que se podría recurrir en caso de estar frente a este dilema. En este sentido muestran que el mismo se genera a partir de la percepción de que el deterioro cognitivo se relaciona con una pérdida de la personalidad e identidad de la persona. Incluyen aquí el principio de solidaridad, que establece la obligación de cuidar a los más desfavorecidos. Llegados a una instancia -sugieren- como estas se puede apelar al mismo como un principio rector para resolver el dilema.

## Discusión

Los trastornos neurocognitivos constituyen el escenario para este nuevo campo de estudio de la bioética en el que convergen varias situaciones: el envejecimiento de la sociedad, la creciente incidencia y prevalencia de los trastornos cognitivos, los derechos de los pacientes, la institucionalización, la des-institucionalización, los conflictos familiares, el consentimiento informado y el buen uso del medicamento. En este sentido, los problemas de capacidad impregnan el tejido de la vida cotidiana: juicios para obtener un certificado, capacidad para dar un consentimiento respecto de un tratamiento, participación en un protocolo, confección de un testamento, manejo de un automóvil y/o la propia economía. Para resolver estos problemas los familiares, médicos de distintas especialidades, así como profesionales de otras disciplinas como el derecho requieren de la opinión de un psiquiatra con el objetivo de ver hasta dónde la persona es autónoma. Así, el psiquiatra sin querer, debe asumir un rol para el cual no está preparado, lo que lo hace pasible a exponerse a una situación que no es de su competencia y para la cual, a su vez, se necesita de profesionales de diferentes disciplinas (37). Por lo que conocer y reflexionar sobre estos temas dejó de ser una elección, se convirtió en una obligación.

Como vimos las situaciones se definen por una multiplicidad de matices y por ser complejas. Por este motivo deben centrarse más en los detalles de cada caso y menos en los elementos concretos que plantea la forma actual de diagnosticar. En definitiva estamos frente a situaciones problemáticas “nuevas”, para la cual existen respuestas que distan de ser contundentes. Y de una formación que relaciona la práctica clínica sólo con la enfermedad, el diagnóstico y el tratamiento.

Con el objetivo de producir un cambio en ese sentido, el trabajo de Edmund Howe, se focaliza en las habilida-

des que deberían tener los psiquiatras a fin de identificar y resolver los conflictos éticos de manera óptima. Estas habilidades son: el reconocimiento de un dilema ético, el cuestionamiento de supuestos empíricos, el tener en cuenta todos los aspectos relevantes que involucran una toma de decisión, la evaluación de la solidez de los argumentos y la anticipación de posibles efectos negativos sobre la relación con el paciente (38).

A estas alturas podríamos asegurar que en todas las decisiones que tomamos subyace un conflicto ético. Un conflicto que deberíamos identificar, para cuestionar sus supuestos y comprobar sus argumentos. Pero, ¿qué ocurre una vez que se identificó una situación conflictiva?, ¿existe alguna manera de poner en práctica lo que desarrollamos hasta aquí? Sin duda el artículo de Gregorio Klimovsky "*Las elecciones responsables frente a las supersticiones académicas*" (10), puede servirnos como punto de partida para organizar y encarar un conflicto. Este autor refiere que el problema de la medicina es que ante un síntoma, un síndrome o una enfermedad, el médico tiene que elegir un curso de acción y según cómo lo lleve a cabo tendrá efectos positivos o negativos. Esto nos ubica frente a una responsabilidad desde el punto de vista ético: hablamos de elecciones que pueden involucrar grandes cambios, como sería el hecho de institucionalizar a una persona, indicarle medicación frente a un olvido causado por el envejecimiento, relativizar o incluso anular su decisión con respecto a un tema, entre cosas. Para Klimovsky, existen 3 factores de conocimiento y filosóficos al momento de tomar una decisión. En primer lugar, uno se propone un objetivo frente a una decisión. El paso inicial, aquí, consiste en preguntarnos si desde un *punto de vista lógico* hay o no contradicciones, a partir de las deducciones y creencias que están involucradas en el objetivo. Si las hubiere, el objetivo se torna inaplica-

ble. Ahora bien, al reflexionar sobre esto, ¿cambiaríamos nuestra manera de actuar?, ¿el razonamiento se tornaría contradictorio y por ende impracticable?

Seguimos. En segundo lugar, si las posibles elecciones no fueron rechazadas por la lógica; es decir, tenemos una elección no contradictoria, nos queda por delante un espectro de posibilidades para escoger. Es aquí donde entra en juego el segundo factor: el *conocimiento*. Porque si no existe un marco de conocimiento científico adecuado que nos indica lo que es fácticamente posible de llevar a cabo, la decisión pasa a ser algo hecho casi al "boleo", una especie de apuesta azarosa que puede terminar mal. ¿De dónde proviene parte del conocimiento que utilizamos? Deberíamos abrir aquí un apéndice para incluir lo que respecta a la evidencia y las guías clínicas de tratamiento. Pero es un tema sobre el que se escribió mucho, y bien, en esta revista.

Para situarnos, veamos -de nuevo- lo que ocurre con el deterioro cognitivo mínimo, término utilizado para nombrar a una fase en la que el paciente no está demente pero presenta un riesgo de desarrollar la enfermedad. Los autores Kavé y Heinik, se plantean diversas cuestiones referidas a este tema. Si bien el diagnóstico es cada vez más aceptado, se preguntan si en verdad existe, por otro lado, ¿cuál sería el mérito de diagnosticarlo, si no puede establecerse un pronóstico claro? Asimismo, ante esta falta de claridad, ¿es útil o necesario medicar? (39).

Es en este punto donde -siguiendo a Klimovsky- entra en juego el tercer factor en la toma de decisiones: la dimensión ética. Es -dice- la que nos permitirá valorar la importancia o conveniencia de las elecciones restantes. Hacerlo, dijimos, implica una instancia de reflexión ética. Y -repetámoslo- llevar a cabo una reflexión ética es, en definitiva, una elección que beneficia al paciente ■

## Referencias bibliográficas

1. Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet* 2005; 366: 2112-17.
2. Almeida OP, MacLeod C, Flicker L, Ford A, Grafton B, Ether-ton-Beer C. Randomized controlled trial to improve depression and the quality of life of people with dementia using cognitive bias modification: RAPID study protocol. *BMJ Open* 2014; 4.
3. De la Serna de Pedro I. La vejez desconocida, una mirada desde la biología a la cultura. Madrid: Ed. Díaz de Santos; 2003. p. 179-181.
4. Whitehouse PJ. Ethical issues in dementia. *Dialogues Clin Neurosci* 2000 Jun; 2 (2): 162-7.
5. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría; 2013. p. 319.
6. Sachdev PS, Blacker D, Blazer DG, Ganguli M, Jeste DV, Paulsen JS, et al. Classifying neurocognitive disorders: the DSM-5 approach [abstract]. *Nat Rev Neurol* 2014 Sep; 30.
7. Hugo J, Ganguli M. Dementia and cognitive impairment: epidemiology, diagnosis, and treatment. *Clin Geriatr Med* 2014 Aug; 30 (3): 421-42.
8. Fridman P. Los principios de la Bioética en salud mental y psicoanálisis. En: Fantin JC, Fridman P. Bioética, salud mental y psicoanálisis. Buenos Aires: Polemos; 2009. p. 33-34.
9. Fantin JC. Función de la ética en el campo de la medicina y salud mental. En: Fantin JC, Fridman P. Bioética, salud mental y psicoanálisis. Buenos Aires: Polemos; 2009. p. 26.
10. Klimovsky G. Las elecciones responsables frente a las supersticiones académicas. En: Favalaro R, editor. Conversaciones sobre ética y salud. Buenos Aires: Centro editor de la Fundación Favalaro; 1996. p. 53-65.
11. Demarco JP, Ford PJ. Balancing in ethical deliberation: superior to specification and casuistry. *J Med Phil* 2006; 31: 483-497.
12. Strous RD. Ethical considerations in clinical training, care and research in psychopharmacology. *Int J Neuropsychopharmacol* 2010; 22: 1-12.
13. Maestre GE. Assessing Dementia in Resource-Poor Regions. *Curr Neurol Neurosci Rep* 2012; 12: 511-519.
14. Cheng ST, Lam LC, Chan LC, Law AC, Fung AW, Chan WC, et al. The effects of exposure to scenarios about dementia on stigma and attitudes toward dementia care in a Chinese community. *International Psychogeriatrics/ IPA* 2011; 23: 1433-41.
15. Maglio P. ¿Cómo dar bien las malas noticias? El arte de comunicar. En: Maglio P. La dignidad del otro: puentes entre la biología y la biografía. Buenos Aires: Libros del Zorzal; 2008. p. 73-78.
16. Post SG, Whitehouse PJ. Fairhill Guidelines on ethics of the care of people with Alzheimer's disease: a clinical summary. *J Am Geriatr Soc* 1995; 43: 1423-1429.
17. Carpenter B, Dave J. Disclosing a dementia diagnosis: a review of opinion and practice, and a proposed research agenda. *Gerontologist* 2004; 44 (2): 149-58.
18. Custodio N, Lira D, Herrera-Pérez E, Núñez Del Prado L, Parodi J, Guevara-Silva E, et al. The memory alteration test discriminates between cognitively healthy status, mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra* 2014 Aug 27; 4 (2): 314-21.
19. Petersen RC. Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *J Intern Med* 2004; 256: 183-194.
20. Kim S, Karlawish J, Kim H, Wall IF, Bozoki AC, Appelbaum PS. Preservation of the capacity to appoint a proxy decision maker: implications for dementia research. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68: 214-220.
21. Strech D, Mertz M, Knüppel H, Neitzke G, Schmidhuber M. The full spectrum of ethical issues in dementia care: systematic qualitative review. *Br J Psychiatry* 2013 Jun; 202: 400-6.
22. Okonkwo O, Griffith HR, Belue K, Lanza S, Zamrini EY, Harrell LE, Brockington JC, et al. Medical decision-making capacity in patients with mild cognitive impairment. *Neurology* 2007; 69: 1528-1535.
23. Kim SY. The ethics of informed consent in Alzheimer disease research. *Nat Rev Neurol* 2011 May 24; 7 (7): 410-4.
24. Sulmasy DP, Snyder L. Substituted interests and best judgments: an integrated model of surrogate decision making. *JAMA* 2010; 304: 1946-1947.
25. Brudney D. Choosing for another: beyond autonomy and best interests. *Hastings Cent Rep* 2009; 39: 31-37.
26. Smebye KL, Kirkevold M, Engedal K. How do persons with dementia participate in decision making related to health and daily care? A multi-case study. *BMC Health Serv Res* 2012 Aug 7; 12: 241.
27. Sabat SR. Capacity for decision making in Alzheimer's disease: selfhood, positioning and semiotic people. *Aust N Z J Psychiatry* 2005; 39: 1030-1035.
28. Tyrrell J, Genin N, Myslinski M. Freedom of choice and decision making in health and social care: views of older patients with early-stage dementia and their careers. *Dementia* 2006; 5: 479-502.
29. Bamford C, Bruce E. Defining the outcomes of community care: the perspectives of older people with dementia and their careers. *Ageing and Society* 2000; 20: 543-570.
30. Kim SYH, Karlawish JHT, Caine ED. Current status of research on decision making competence of cognitively impaired elderly persons. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002; 10: 151-165.
31. Marson DC. Clinical and ethical aspects of financial capacity in dementia: a commentary. *Am J Geriatr Psychiatry* 2013 Apr; 21 (4): 392-0.
32. Widera E, Steenpass V, Marson D, Sudore R. Finances in the older patient with cognitive impairment: He didn't want me to take over. *JAMA* 2011; 305 (7): 698-706.
33. Reisberg B, Monteiro I, Torossian C, Auer S, Shulman MB, Ghimire S, et al. The BEHAVE-AD assessment system: a perspective, a commentary on new findings, and a historical review. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2014; 38 (1-2): 89-146.
34. Scheepmans K, Dierckx de Casterlé B, Paquay L, Van Gansbeke H, Boonen S, Milisen K. Restraint use in home care: a qualitative study from a nursing perspective. *BMC Geriatr* 2014 Feb 5; 14:17.
35. Sartin C. Si el fin no justifica los medios ¿entonces qué? En: Irwin W. La filosofía de House. Todos mienten. México DF: Selector; 2009. p. 175-184.
36. Golan OG, Marcus EL. Should we provide life-sustaining treatments to patients with permanent loss of cognitive capacities? *Rambam Maimonides Med J* 2012 Jul 31; 3 (3): e0018.
37. Moye J, Marson DC, Edelstein B. Assessment of capacity in an aging society. *Am Psychol* 2013 Apr; 68 (3): 158-71.
38. Howe E. Five skills psychiatrists should have in order to provide patients with optimal ethical care. *Innov Clin Neurosci* 2011 Mar; 8 (3): 19-25.
39. Kavé G, Heinik J. Issues to consider when using the new diagnosis of mild cognitive impairment. *IMAJ* 2005; 7: 732-735.