

craneal y la RMN son normales. En el EEG se observa una actividad discretamente enlentecida. En pequeña proporción ondas lentas de baja amplitud asociado a ondas agudas en región centro-parieto-temporal de predominio centro-temporal derecha con tendencia a la difusión con diferentes estímulos.

Se le pauta tratamiento etiológico con antitiroideos (5 mg de carbimazol) y corticoides (5 bolos de metilprednisolona iv y una pauta de corticoides oral) y tratamiento sintomático con antipsicóticos (9 ml de risperidona y 1,5 mg de clonazepam). Con este tratamiento se consigue una remisión completa de la sintomatología psicótica.

Por todo ello, consideramos importante recalcar la importancia de que los trastornos somáticos pueden comenzar con clínica neuropsiquiátrica, se han descrito múltiples síntomas psiquiátricos como parte de la sintomatología prodrómica de algunas enfermedades somáticas^{9,10}. Es por esto que ante un episodio psicótico agudo sin antecedentes psiquiátricos o enfermedades somáticas conocidas, se debe realizar un despistaje orgánico exhaustivo. Para concluir, afirmamos que los trastornos relacionados con el tiroides producen síntomas neuropsiquiátricos; la clínica psicótica acompañante es conocida desde hace años, pero está estudiada poco desde el punto de vista psiquiátrico. El diagnóstico de psicosis aguda debido a una enfermedad médica, posibilita un tratamiento etiológico y la curación del trastorno.

Bibliografía

1. Brain L, Jellinek EH, Ball K. Hashimoto's disease and encephalopathy. *Lancet*. 1966;2:512-4.
2. Zamora Elson M, Labarta Monzón L, Mallor Bonet T, Villacampa Clavér V, Avellanas Chavala M, Seron Arbeloa C. Encefalitis de Hashimoto, a propósito de un caso. *Med Intensiva*. 2014;38:522-3.
3. Mocellin R, Walterfang M, Velakoulis D. Hashimoto's encephalopathy: Epidemiology, pathogenesis and management. *CNS Drugs*. 2007;21:799-811.
4. Brownlie BEW, Rae AM, Walshe WB, Wells JE. Psychoses associated with thyrotoxicosis - 'thyrotoxic psychosis'. A report of 18 cases, with statistical analysis of incidence. *Eur J Endocrinol*. 2000;142:438-44.
5. Tamagno G, Federspil G, Murialdo G. Clinical and diagnostic aspects of encephalopathy associated with autoimmune thyroid disease (or Hashimoto's encephalopathy). *Intern Emerg Med*. 2006;1:15-23.
6. Mijajlovic M, Mirkovic M, Dackovic J, Zidverc-Trajkovic J, Sternic N. Clinical Manifestations diagnostic criteria and therapy of Hashimoto's encephalopathy: Report of two cases. *J Neurol Sci*. 2010;288:194-6.
7. Sporis D, Habek M, Mubrin Z, Poljakoviæ Z, Hajnsek S, Bence-Zigman Z. Psychosis and EEG abnormalities as manifestations of Hashimoto encephalopathy. *Cogn Behav Neurol*. 2007;20:138-40.
8. Grommes C, Griffin C, Downes KA, Lerner AJ. Steroid-responsive encephalopathy associated with autoimmune thyroiditis presenting with diffusion MR imaging changes. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2008;29:1550-1.
9. Ferraci F, Carnevale A. The neurological disorder associated with thyroid autoimmunity. *J Neurol*. 2006;253:975.
10. Galdeano Mondragón A, Oliván Roldán C, Barbadillo izquierdo L. Clínica psiquiátrica en la encefalitis de Hashimoto. *Archivos de Psiquiatría*. 2010;73:7.

María Robles-Martínez^{a,*}, Ana M. Candil-Cano^b,
Eulalio Valmisa-Gómez de Lara^b,
Nuria Rodríguez-Fernández^b, Begoña López^b
y Tomás Sánchez-Araña^a

^a Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España

^b Unidad de Gestión Clínica de Neurociencias, Hospital Universitario Puerto Real, Cádiz, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: correo@mariarobles.es
(M. Robles-Martínez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2015.05.001>

Las voluntades anticipadas en salud mental: hechos y valores[☆]



Advance directives in mental health: Facts and values

Sr. Director:

Frecuentemente apelamos a principios bioéticos para los conflictos éticos. El respeto por la autonomía se ejemplifica en el consentimiento informado y el documento de voluntades anticipadas (DVA). En salud mental hemos de partir de que los pacientes quieren y pueden participar en las decisiones sanitarias^{1,2}. En ocasiones rechazan tratamientos eficaces porque no están bien informados. En

ese caso, los profesionales tienen la obligación moral de «hacerles autónomos y competentes» informándoles. En casos de incompetencia, el representante ha de mantener un diálogo con los profesionales para que se respete, en lo posible, al paciente.

En ese diálogo también se constata la no-maleficencia, que es la obligación de no dañar intencionadamente. Hemos de evitar actitudes violentas mediante contención (farmacológica, mecánica, etc.). Pero también, privar, injustificadamente, del derecho a la autonomía supone un daño moral, pues se impide que se lleve a cabo sus intereses. Además, resulta un daño el paternalismo injustificado que infantiliza a los pacientes, estigmatizando y discriminándolos. Es necesario buscar su mayor beneficio. El DVA comporta repercusiones positivas en su recuperación³⁻⁷. Finalmente, las decisiones justas pueden permitir ahorrar en gasto sanitario si los pacientes piden que no se les prolongue la vida más allá de lo razonable. Los que padecen demencia pueden responder a ese perfil.

[☆] Este artículo forma parte del proyecto becado por la Fundació Víctor Grífols i Lucas sobre bioética (2013-2014).

Estos principios quedan ejemplificados en el contenido y utilidad del DVA.

Wilder et al.⁸ y Srebnik et al.⁹ muestran que las personas con enfermedades mentales aceptan mejor los neuromoduladores y los antipsicóticos atípicos, rechazando con más frecuencia antipsicóticos clásicos y litio. Muchos profesionales creen que los pacientes rechazarán *todos los fármacos*; sin embargo, este hecho no suele darse⁸. Las razones de rechazo farmacológico son: efectos negativos, sentirse dopados e incapacidad para realizar las actividades de la vida cotidiana⁹.

En cualquier caso, la libre elección del tratamiento, el conocimiento de sus contraindicaciones y la importancia de su seguimiento tienen una mejora en la adherencia farmacológica, lo cual reduce el número de recidivas, pues supone una motivación para su seguimiento⁹. Es también motivo de elección o rechazo decisiones sobre la hospitalización o personas de contacto mientras esté ingresado¹⁰.

El uso del DVAP reduce el empleo de medidas coercitivas al haber una confianza entre equipo médico y paciente. Por otro lado, si deja anotado un representante hay más posibilidad de respeto por la voluntad del paciente y con ello que la persona se sienta *empoderada*.

Por todo ello, conseguimos un respeto por la persona (autonomía), buscamos mayor beneficio (mayor adherencia farmacológica, etc.) y evitamos futuros daños (recidivas, medidas coercitivas...). La libre elección de tratamiento puede contribuir a una reducción de la aplicación de tratamientos no deseados, lo cual es de justicia que ocurra.

Bibliografía

1. El-Wakeel, Taylor G, Tate J. What do patients really want to know in an informed consent procedure? A questionnaire-based survey of patients in the Bath Area, UK. *J Med Ethics*. 2006;32:121-8.

2. Hamann J, Cohen R, Diplich S. Why do some patients with schizophrenia want to be engaged in medical making and others do not? *J Clin Psychiatry*. 2011;72:1636-43.
3. La Fond J, Srebnik D. The impact of mental health advance directives on patient perceptions of coercion in civil commitment and treatment decisions. *Int J Law Psychiatry*. 2002;25:537-55.
4. Srebnik D, Rutherford L, Peto T, Russo J, Zick E, Jaffe C, et al. The content and clinical utility of psychiatric advance directives. *Psychiatr Serv*. 2005;56:592-8.
5. Rittmannsberger H, Pachinger T, Keppelmüller P, Wancata J. Medication adherence among psychotic patients before admission to inpatient treatment. *Psychiatr Serv*. 2004;55:174-9.
6. Hamann J, Cohen R, Leucht S, Busch R, Kissling R. Do patients with schizophrenia wish to be involved in decisions about their medical treatment? *Am J Psychiatry*. 2005;162:2382-4.
7. Swanson J, Swartz M, Elbogen E, van Dorn R, Ferron J, Wagner H, et al. Facilitated psychiatric advance directives: A randomized trial of an intervention to foster advance treatment planning among persons with severe mental illness. *Am J Psychiatry*. 2006;163:1943-51.
8. Wilder Ch, Elbogen E, Moser L, Swanson J, Swartz M. Medication preferences and adherence among individuals with severe mental illness and psychiatric advance directives. *Psychiatr Serv*. 2010;61:380-5.
9. Srebnik DS, Rutherford LT, Peto T, Russo J, Zick E, Jaffe C, et al. The content and clinical utility of psychiatric advance directives. *Psychiatr Serv*. 2005;56:592-8.
10. Srebnik D, la Fond J. Advance directives for mental health treatment. *Psychiatr Serv*. 1999;50:919-25.

Sergio Ramos Pozón

Fundació Víctor Grifols i Lucas, Barcelona, España
Correo electrónico: ramospozón@hotmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2015.04.001>

Un nuevo método de valoración de la enfermedad psiquiátrica postraumática



A new assessment method of posttraumatic psychiatric pathology

Sr. Director:

En 2011 se produjeron 94.920 faltas de lesiones, 136.907 delitos contra la vida, integridad y libertad de las personas¹, 11.347 heridos graves y 104.280 heridos leves producidos por accidentes de tráfico². Por tanto, 347.454 personas presentaron lesiones físicas y/o psíquicas. La enfermedad psíquica postraumática (EPP) es aquella desencadenada por un agente externo (de naturaleza física o psíquica) que puede conllevar repercusiones legales y económicas. Para la valoración jurídica de la EPP se necesita conocer el tipo de lesión, su gravedad, los distintos tratamientos recibidos, la evolución, los tiempos requeridos para su curación

y, principalmente, la funcionalidad del sujeto una vez llegue a la «estabilización lesional», es decir, aquella situación en la que no existe posibilidad de mejora al haberse aplicado todos los tratamientos aceptados científicamente. Lo anterior implica que el informe pericial, también el psiquiátrico, debe centrarse en el diagnóstico, en su gravedad y en la repercusión que la discapacidad provoca en la vida del sujeto. La EPP presenta determinadas peculiaridades³: 1) se puede producir con o sin lesión cerebral; 2) la vivencia del trauma puede desencadenar o agravar sintomatología, y 3) puede existir desproporción entre trauma, sintomatología y funcionalidad.

Con idea de homogeneizar los parámetros utilizados en la valoración del daño se ha ido imponiendo el uso de baremos, que aunque puedan resultar imperfectos e incompletos para la cuantificación de los daños personales⁴, se han acercado a la funcionalidad tratando de separarse de la sintomatología⁵. En los países de la Unión Europea, hasta 1995 solo Bélgica, España, Grecia y Portugal aplicaban baremos oficiales de clasificación o cuantificación del daño corporal derivados de accidentes de circulación⁶. El resto