

Reevaluating Long-Term Psychiatric Diagnoses in a National Audit A national review of long-term psychiatric patients on neuroleptics has revealed that a substantial percentage were misdiagnosed ...

Sacarlos fuera de los historiales clínicos, considerándolos personas sanas, como otros cualquiera de la sociedad ,uno más...

En primer lugar, el personal clínico debe aceptar la relevancia de los derechos humanos en su trabajo. A continuación, con una postura que considere a los pacientes como sujetos en la situación clínica, se pueden abrir las consideraciones diagnósticas, incluyendo modelos subjetivos de sufrimiento mental.

El problema de plantearlo así es que dices que hay pacientes bien diagnosticados y otros mal diagnosticados. Yo creo que es mejor hablar de que en las personas con síntomas que han llevado a un diagnóstico y tratamiento neuroleptico, hay factores que tu señalas que se relacionan con haber tenido esos síntomas, y que los trapientos han favorecido que los vuelvan a presentar además de muchos otros daños. Por ello de entrada en todas esas personas con tratamiento crónicos, merece la pena plantear la deprescripción. A lo largo del proceso de deprescripción lo importante es garantizar los cuidados y acompañamiento necesario, revaluando si hace falta mas o menos tiempo, en vez de terminar a esta personitas si porque entiendo que fue un mal diagnostico al haber descubierto traumas relacionados con episodios y a este no, porque no descubro traumas, porque tiene mucha carga familiar y entonces "es mas genético", o lo que sea. Siempre en todas las personas hay que garantizar la autonomía, con los apoyos necesarios si los necesita, eso es lo que hay que garantizar. Fomentar la autonomía, dotar de medios y acompañamiento (incluyendo asistencia personal) A mission statement that is committed to human rights-based psychiatry and with which the specialist staff identify authentically.

Establecer plazos adecuados en los procedimientos de deprescripción, teniendo en cuenta la posible aparición de síntomas por abstinencia. La participación de la persona en todo el proceso es un principio fundamental para garantizar su derecho a decidir. Asegurar la transparencia en la información aportada en la toma de decisiones.

The question here is around the validity of psychiatric functional diagnosis

Patients right to decision

Las decisiones iatrogénicas deberían ser reconocidas para que no vuelva a repetirlas.

La toma compartida de decisiones (TCD) y la deprescripción sistemática en pacientes con diagnósticos erróneos requieren un enfoque ético y clínico que garantice tanto la seguridad del paciente como el respeto a su autonomía. Estos procesos son particularmente complejos en pacientes que han sido diagnosticados de forma incorrecta, ya que puede haber una historia de tratamiento innecesario o inapropiado, y es crucial abordar tanto los errores diagnósticos como las implicaciones de modificar o retirar medicamentos. 1. Respeto a la autonomía del paciente Consentimiento informado: Uno de los principios fundamentales de la ética médica es el respeto por la autonomía del paciente. En la toma compartida de decisiones, esto implica que el paciente debe ser informado de manera clara, comprensible y completa sobre su diagnóstico, los tratamientos disponibles y las posibles opciones, incluyendo los riesgos y beneficios de continuar o retirar la medicación. En los casos de diagnósticos erróneos, es fundamental corregir la información de manera transparente. Derecho a decidir: Los pacientes tienen el derecho a participar activamente en la toma de decisiones relacionadas con su salud. Incluso si un diagnóstico previo resultó ser erróneo, el paciente debe ser incluido en el proceso de evaluación del tratamiento y en la decisión de deprescripción. El papel del médico es proporcionar opciones basadas en la evidencia, pero el paciente debe poder elegir el camino que considere más adecuado según sus valores, objetivos y preferencias. Apoyo en la toma de decisiones: Algunos pacientes pueden sentirse abrumados por la información o inseguros sobre las decisiones que deben tomar. En estos casos, se puede ofrecer

apoyo adicional, como la participación de un familiar, un defensor de la salud o un profesional que brinde asesoramiento imparcial, para ayudar al paciente a tomar una decisión informada.

Transparencia y corrección de diagnósticos erróneos Corrección del diagnóstico: Si se descubre que un diagnóstico previo era incorrecto, es esencial corregirlo de manera abierta y honesta con el paciente. Esto debe hacerse sin estigmatizar al paciente o minimizar sus experiencias previas.

Reconocer los errores diagnósticos también implica abordar las consecuencias del tratamiento innecesario o inapropiado, incluidas las posibles reacciones adversas a medicamentos.

Reevaluación continua: La práctica clínica debe incluir una reevaluación regular de los diagnósticos y tratamientos, especialmente en el caso de enfermedades complejas o crónicas, para asegurar que el diagnóstico y el tratamiento sean los más apropiados a medida que el paciente evoluciona.

Beneficencia: Maximizar el beneficio y minimizar el daño Equilibrar riesgos y beneficios: La deprescripción debe realizarse considerando cuidadosamente los posibles riesgos de continuar el

tratamiento (por ejemplo, efectos secundarios, daños a largo plazo, impacto en la calidad de vida) frente a los beneficios de retirar la medicación. En el caso de diagnósticos erróneos, los daños de los tratamientos innecesarios pueden ser significativos, por lo que la deprescripción debe ser una

estrategia para reducir daños y mejorar el bienestar general del paciente. Planificación de la deprescripción: La deprescripción debe ser gradual y adaptada a cada paciente, evaluando de manera continua su respuesta a la reducción de medicamentos. Es importante monitorear

estrechamente cualquier cambio en los síntomas o en el bienestar del paciente durante el proceso, para evitar efectos adversos graves, como síntomas de abstinencia o una recaída en los síntomas previamente tratados. Alternativas terapéuticas: Es importante que, en lugar de simplemente retirar

medicamentos sin más, se consideren alternativas terapéuticas adecuadas. Esto puede incluir tratamientos no farmacológicos, ajustes en el estilo de vida, o medicamentos

Honor a la verdad y a la realidad, yo como paciente he sufrido esa circunstancia y aún no me permiten abandonar la medicación ni revisar la etiqueta de mi diagnóstico

Mejorar los procesos de detección y capacitar los profesionales en aspectos éticos y técnicos sobre el tema

Es importante no mantener tratamientos con existe remisión de síntomas, para ello es importante generar un buen vinculo y advertir sobre síntomas de alarma para evitar posibles recaídas.

es primordial ir revisando el diagnóstico de los pacientes, así como la pauta de medicación, e intentar ir ajustando dosis en función de su evolución, yo soy partidaria de poder funcionar con la dosis más baja posible pero en cambio otros psiquiatras mayores hacen revisiones anuales de medicación y hay pacientes que llevan por años la misma dosis y tto "anticuado", sin refrescarse o cambiar a fármacos más nuevos o con menos ef. secundarios

No conozco esos programas nacionales de deprescripción, lo siento. Insisto: prescripción racional de fármacos, primum non nocere, revisión de todos los tratamientos, retirada o cambio cuando sea necesario y desde luego, nunca si no son necesarios.

La consideración ética es una buena praxis y no favorecer el abandono o situaciones de riesgo en pro a la deprescripción. No existe prescripción sistemática. Hay que individualizar y para ello igual que en planteamiento caso 3: formación , condiciones para atender en tiempo de visita y frecuencia y enfoque holístico y multidisciplinar del ámbito social, sanitario y educativo

Salvo casos excepcionales y debidamente justificados, la decisión y los deseos del paciente siempre debieran estar en primer plano (y así lo indican la correspondiente legislación). Además estas decisiones nunca debieran tomarse por parte de un sólo profesional, debiendo existir las mínimas garantías de la necesidad de lo que constituye en inicio una vulneración de derechos fundamentales.

No sé si se justificaría (a nivel práctico, económico,...) la existencia de una auditoría estatal para todos los casos. Quizás lo vería más a demanda de los pacientes y en determinados supuestos. En este sentido lo más complejo me parecerían las cuestiones ideológicas que en muchos casos subyacen a los tratamientos.

Humildad, sinceridad y validación emocional.

Las éticas, el respeto al criterio del paciente, así como el apoyo emocional y psicológico al mismo durante el proceso. Las clínicas, aquellas que garanticen la seguridad y bienestar del paciente; es decir, la deprescripción debe basarse en criterios científicos bien establecidos que minimicen los daños de tal proceso.

No sé responder a esta pregunta, no entiendo a qué se refiere.

La realización del decalaje o deprescripción de manera segura. Teniendo en consideración los requerimientos del paciente. Individualizando cada caso. Mediante evaluación completa y exhaustiva tanto del estado previo como de la evolución.

Lo dicho anteriormente : reconocimiento del daño, información y formación al paciente para que pueda participar en las decisiones, explicación de los efectos de los fármacos y lo que esperamos con la deprescripción , ofrecer terapias alternativas al mismo tiempo que se retira la medicación
Mejorar formación y más RRHH

Derechos humanos, capacitación no anulación de la capacidad, información, toma de decisiones, apoyo para la toma de decisiones

Una valoración exhaustiva del historial del paciente y actuar con la deprescripción

When patients have so often been forced to take medication or forced to endure other psychiatric treatment, it becomes paramount that they should not be forced to withdraw from their drugs - it is therefore imperative that a collaborative approach is taken being careful not to further disempower these patients.

Crucial la valoración pro parte de profesionales especializados en el tema, con instrumentos específicos y entrevistas en profundidad con el paciente y sus redes de apoyo cercanas en caso de contar con ellas.

In Italy we have 21 regional independent commissions evaluating deprescription policy also in the case of people living in residence for the execution of security measures

Clear assessment of harm, shared (patient + family) life long plan to mitigate harm, providing information in a transparent manner, regular counseling, compensation provided where possible, let patients share their story, publicly acknowledge and apologize.

Patient autonomy and empowerment should be paramount.

As per above mostly, plus much greater support for other interventions like keto diets started in residential stays, and then collective kitchens. As many people have been misdiagnosed for decades, and thereby disempowered, many will find a change in diagnosis very disturbing and will need greater help than those who have always held that they were misdiagnosed.

En primer lugar, formación en deprescripción de psicofármacos real. Aceptar la decisión del paciente que está demostrando una evolución favorable que hace sospechar el fallo diagnóstico, y con ello acompañar para que la retirada no se haga unilateralmente. El paciente está en su derecho de aceptar o no el tratamiento pautado, y debe ser acompañado en su proceso de retirada, con los riesgos que presentan.

Informar, tomar en cuenta opiniones y necesidades. Garantizar la seguridad en todo caso. Velar por la seguridad y la autonomía y por la salud.

-acknowledge the misdiagnosis -give patient control over tapering -make safe tapering possible
Proportionate and necessary shared decisions regarding treatment and regular compulsory reviews
Justicia restaurativa. No ser tratados por los mismos profesionales que les han diagnosticado o que no se han preocupado por hacer palanca para que se revisara su situación. Generar espacios de recuperación seguros.

Diagnóstico por psiquiatra en unidad de agudos con observación por equipos multidisciplinares

crear programas de acompañamiento psicoterapéuticos, individuales y grupales, para el manejo de las posibles consecuencias de un error diagnóstico. Permitir a los profesionales psiquiatras tener visitas de revisión diagnóstica para poder realizar una exploración completa de toda la historia de vida de la persona y de su historial médico, que en una visita de primera vez de una hora no sería suficiente. Establecer un protocolo de revisión de diagnóstico para considerar cambio del mismo. Desde lo técnico poder pasar a la implementación de cambio de diagnóstico y desprescripción de medicación. Eso para los paciente ya mal diagnosticados. Pero en la actualidad, el mismo sistema cronifica la sintomatología, patologiza las situaciones de la vida cotidiana, no incide en la mala formulación crónica de benzodiacepinas, no solo de neurolepticos.

As Sir William Osler said 'Listen to the patient, he or she will tell you the diagnosis.' The patient would then always be centrally involved -- it's his or her body and life.

Reevaluación de la persona, evaluaciones funcionales y sintomatológicas. Evaluación de fortalezas y creación de servicios adecuados. Así como trabajo con terapias enfocadas al trauma Si el diagnóstico es erróneo, reconocer el error y plantear alternativas.

Recordando una vez más y comenzando por “Primum non nocere”. Y luego haciendo un “traje a medida” de cada paciente, poniendo todo el cuidado de una buena atención no solo clínica sino interdisciplinaria e institucional y familiar.

La mayoría de pacientes que reciben antipsicóticos de larga duración es porque tienen enfermedades crónicas e irreversibles como esquizofrenia, por ende se debe mantener el tratamiento.

Pedir perdón. Considerar el sufrimiento derivado del uso de psicofármacos como un elemento clave. Diálogo. Encuentro. Respeto.

Me remito a la respuesta de más arriba. no hay diagnósticos erróneos, pues no los hay certeros. Cada problema es único y, a lo sumo, los clínicos podemos tener una aproximación fenomenológica a la cualidad e intensidad de los mecanismos de ruptura y defensa. Elevar la clasificación del sufrimiento a la categoría de diagnóstico es un error epistemológico que atraviesa toda la salud mental.

Disseminating the evidence and educating this patient population, similar to before, is the best bet.

I suggest implementation of the Mental Health Declaration of Human Rights:

<https://www.cchr.org/about-us/mental-health-declaration-of-human-rights.html>

Preguntar y explicar. Compartir temores, acompañamiento por personas de su elección, apoyo y soporte, disponibilidad 24 horas/365 días con un plan de voluntades anticipadas acordado previamente y a seguir por todo el equipo de tratamiento. Identificar vulnerabilidades sociales y biográficas, soporte social y terapéutico para aceptarlas y trabajarlas.

Habría que reevaluar a los pacientes, los síntomas que presentan en la actualidad y la respuesta a la reducción progresiva de los neurolepticos, así como realizar controles analíticos anuales para ver las repercusiones a nivel sistémico de dichos tratamientos.

Ethically, the key elements are those contained in the CRPD and a rights-based approach.

Clinically, therapeutic alliance remains key and the willingness to own up to mistakes.

.

Creo que es muy necesaria la toma compartida de decisiones en estos casos. Pero sobretodo, como anteriormente he dicho, se necesita un buen acompañamiento terapéutico que prime una recuperación funcional a través de un seguimiento continuo que dote a la persona de herramientas para esta recuperación según sus necesidades y circunstancias vitales.

El principio de autonomía y no maleficencia serían los dos grandes principios éticos que deberían guiar la desprescripción. La prudencia sería el principio clínico a seguir. Los diagnósticos al uso en

psiquiatría tienen poca validez y fiabilidad, cosa que comporta que bajo una misma etiqueta diagnóstica puedan subyacer condiciones o estados diversos. Hace falta prestar atención e ir con prudencia a la hora de deprescribir. Haría falta una mayor intensidad en el seguimiento para atender a los posibles cambios que se produzcan.

Comités de bioética que incluyan a expertos en primera persona. Reparación de daños y creación de un observatorio nacional que de datos anuales.

Si partimos de un diagnóstico erróneo que da lugar a una sobre medicación solo hay un tema ético que resolver. La profesionalidad del o de la psiquiatra que hace esa mala praxis y evidentemente no cobrar del laboratorio

Seguramente sea necesario un acompañamiento profesional para elaborar cuestiones asociadas a esa identidad de persona "enferma" que la persona tuvo que admitir o reproducir como parte de la "consciencia de enfermedad" asociada al hecho de recibir un diagnóstico impuesto por un otro institucional o profesional.

Insisto en la prudencia. Hay suficiente evidencia de que un adecuado tratamiento antipsicótico mantenido puede ser beneficioso para determinado grupo de pacientes psicóticos (en particular, esquizofrénicos). No siempre los diagnósticos en psiquiatría son certeros. Habría que valorar junto al paciente pros y contras (entre estos últimos la posibilidad de recaídas y el efecto que esto tendría en la vida del paciente). Yo no hablaría de desprescripción "sistemática" sino de un plan de revisión de diagnósticos y planes de tratamiento que fomente el uso racional de los fármacos (dosis mínimas requeridas, formulaciones con menores secundarismos) siempre prendido por la toma de decisiones compartida con el paciente

Valoración clínica y actuación según esta compartida con el paciente, no basada en relación con antecedentes descritos.

Me parece otra pregunta inadecuada. No considero que un profesional realice un uso conscientemente inadecuado de los neurolépticos. Si existe un error diagnóstico, debería reevaluarse el mismo y realizar adecuado plan terapéutico.

Reconocernos no sabedores de la verdad. En términos médicos y científicos, el conocimiento de las denominadas enfermedades mentales no neurológicas es aún escaso. Reconocer internamente y a nuestros pacientes, el alcance real de nuestros conocimientos y entender que la recuperación de estos procesos psicológicos debe ser desde el respeto y la autonomía personal del paciente. Sólo uno mismo puede llegar a encontrar un equilibrio beneficioso en su realidad vivida, encontrar en su interior qué le funciona y qué no, con el soporte de un médico que le sepa guiar (a base de ser un experto atendiendo desde el respeto, escuchar activamente y cuidar el proceso personal e individual del afectado). Si somos atentos y respetuosos, podremos aprender de la mano de estas personas que han atravesado tales sufrimientos y construir a su lado, un conocimiento de la psique y sus capacidades que nos ayude a todos a formalizar una mejor atención médica. Una de las cuestiones que me preocupan más de la desprescripción sistemática de los pacientes y sus diagnósticos, es que, de golpe, se vean desamparados por la ley, al no tener una discapacidad reconocida, y dejen de tener soportes institucionales. Tener en cuenta que muchos, si dejan de tener diagnóstico, no tienen porque estar abstentos de TEPT o síndromes post tratamientos farmacológicos. Las afectaciones que ello puede causar pueden ser equiparables a las de una enfermedad propiamente dicha, pero no estarán emparados por ningún certificado (dificultades para la socialización, conciliación con un entorno familiar o afectivo, entornos laborales afectados, economía personal y capacidad de estudio mermada, etc.). ¿A qué vulnerabilidades les dejamos expuestos después de tales procesos?

Reconocer los errores del pasado es un primer paso. En cualquier caso, de cara a la toma de decisiones compartidas, es esencial que todos los profesionales implicados en el proceso de toma de decisiones, compartan la primacía de la decisión tomada por la persona. Esto no siempre es así. Compartir, como paso inicial, la creencia del profesional que el caso merece revisión diagnóstica, una vez se conocen las nuevas guías clínicas. Exponer las dudas que surjan del caso, recomendar reevaluación patobiográfica, incorporar la subjetividad del paciente e hipótesis propias sobre su condición, comunicar la nueva impresión clínica, y trasladar las recomendaciones que procedan, hacer un seguimiento estrecho si se indica la desprescripción, y asociarla a psicoterapia en caso de que esta sea una herramienta clínica que aporte soluciones al paciente, así como una herramienta que reduzca la intensidad de la clínica si es persistente o cronificada. Eso es una práctica poco usual, debería implantarse cuanto antes formando a los profesionales en la escucha, el respeto y el reparto de poderes. No sé si es posible a corto plazo, a largo plazo quizás