

## Episodio Psicótico y Autonomía del Paciente

Ziadi Trives M, Castillo Alarcón MP, Carricajo Lobato MP, García Núñez C, Fenollar Ivañes FM, Marti Martínez A. MIR de Psiquiatría en el Hospital General Universitario de Elche.

Trabajo supervisado por: Martínez Pastor C. y García Escudero MA., Médicos Psiquiatras USM Altavix, Elche.

**ABSTRACT:** Juan is a 25 year-old man who shows a first psychotic event with delusional ideas of persecution, auditive hallucinations and delusional perceptions, sent by his general practitioner in order to be assessed in our mental health unit. After various assessments, and despite the accompanying affective symptomatology, the patient is not aware of his illness and refuses to receive any treatment. The clinical case is considered as an analysis and resolution of ethical problems (non-maleficence, benefit, autonomy and justice) that arise in the outpatient department handling of acute psychosis.

**Key words:** psychotic event, illness awareness, ethical problems

**RESUMEN:** Juan es un chico de 25 años de edad que presenta un primer episodio psicótico con ideas delirantes de persecución, percepciones delirantes y alucinaciones auditivas, que es remitido por su médico de cabecera para valoración en nuestra unidad de salud mental. Tras varias valoraciones y a pesar de la sintomatología afectiva acompañante, el paciente no tiene conciencia de enfermedad y se niega a recibir tratamiento. Se plantea el caso clínico como análisis y resolución de problemas éticos (no maleficencia, beneficio, autonomía y justicia) planteados en el manejo ambulatorio de la psicosis aguda.

**Palabras claves:** episodio psicótico, conciencia de enfermedad, problemas éticos

|  |
|--|
| 10º Congreso Virtual de Psiquiatría – Interpsiquis 2009 - <a href="http://www.interpsiquis.com">www.interpsiquis.com</a><br>registro con el nº de referencia 842567760 |
|--|

### INTRODUCCIÓN

La ley 41/2002 de Autonomía del Paciente<sup>i</sup>, artículo 2 (principios básicos) expresa que “*Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes*”. De igual forma esta ley contempla el consentimiento por representación en los supuestos en los que “*el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación.*” Ahora bien, la aplicación de la ley<sup>ii</sup> y la participación en la toma de decisiones clínicas no es siempre sencilla<sup>iii,iv</sup> cuando pretendemos además respetar, en lo posible, los cuatro principios básicos de la bioética (no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia).

En este contexto nuestra actuación debe coordinarse con la de la persona que actúe en representación del paciente y esta circunstancia coloca al profesional en una situación de menor control sobre los acontecimientos, en lo que respecta a las repercusiones en la seguridad clínica del paciente o a la seguridad jurídica del profesional.

Presentamos este caso clínico como análisis y resolución de problemas éticos y legales planteados en el manejo ambulatorio de la psicosis aguda.

## CASO CLÍNICO

Varón de 25 años de edad, soltero, que convive con sus abuelos, actualmente no desempeña ninguna actividad laboral. Como único antecedente psiquiátrico fue valorado en unidad de salud mental en una ocasión hace 8 años por cuadros de ansiedad. Sin antecedentes familiares de interés. Sin tratamiento habitual. Es remitido de forma urgente por Médico de Atención Primaria para valoración por presentar ideas delirantes.

Acude acompañado de su madre porque desde hace 2 meses refiere progresiva sensación de ser espiado por un vecino amigo suyo y con el que mantenía buena relación. Tiene además la sensación de ser observado a través de los televisores, ordenadores, las cámaras y por la gente en la calle. Refiere oír ruidos que se escuchan en las paredes, sin oír voces. Niega alucinaciones visuales. Atribuye una significación anormal a los colores, lo que le obliga a cambiarse de jersey varias veces. En la calle tiene la sensación de que la gente sabe y repite frases que ya había pronunciado en su casa. Interpreta que la gente habla y desconfía de él. Duerme y come bien. Refiere estar tranquilo.

A la exploración psiquiátrica inicial el paciente presenta un buen estado general, apariencia buena, consciente y orientado en tiempo, espacio y persona, colaborador, lenguaje fluido y bien estructurado, autorreferencial, interpretativo, ideas delirantes de persecución, percepciones delirantes (liga colores con significados), alucinaciones auditivas simples, no alucinaciones visuales. No ideación hetero ni autolesiva. No sintomatología afectiva. Sueño y apetito conservados. Nula conciencia de enfermedad, y acepta inicialmente iniciar tratamiento farmacológico. Buen apoyo familiar, aunque su madre que le acompaña no parece tener tampoco conciencia de enfermedad al justificar las percepciones de su hijo por una escasa vida social en los últimos meses.

El diagnóstico inicial y provisional fue de EPISODIO PSICOTICO (CIE 10: F29). Aunque la sospecha clínica era de ESQUIZOFRENIA PARANOIDE (CIE 10: F20.0), pendiente de la evolución del caso. En base a dicha sospecha desde el punto de vista terapéutico recalcar que el inicio del tratamiento adecuado y precoz mejora el pronóstico<sup>v</sup>.

En esta primera valoración se informa al paciente y su madre de la naturaleza patológica de tales vivencias y se informa de la posibilidad de empeoramiento en caso de no iniciar un tratamiento para contenerlas. Se pauta un tratamiento antipsicótico a dosis bajas y se da información sobre los posibles efectos secundarios, así como pautas de actuación en caso de desbordamiento.

Dado el previsible impacto emocional de las informaciones aportadas tanto al familiar como al paciente, se justifica inicialmente el tratamiento en base a calmar la ansiedad, y no se hace mención explícita de la naturaleza antipsicótica del fármaco pautado.

En la siguiente valoración (20 días después) el paciente presenta una progresión de la sintomatología delirante, un gran deterioro en su aspecto físico y claro impacto emocional. Según confiesa no ha tomado la medicación prescrita porque el problema lo tienen los vecinos por espiarle y acosarle. A

pesar de la repercusión conductual, afectiva y sobre su entorno familiar, el paciente se niega a cualquier tratamiento farmacológico pero acepta acudir a próximas citas.

#### **Resumen del caso clínico:**

- paciente de 25 años de edad, sin antecedentes físicos y psiquiátricos de interés
- sin antecedentes familiares de interés
- buen apoyo familiar
- presenta de forma progresiva un cuadro autorreferencial, ideas delirantes de persecución, alucinaciones auditivas, y percepciones delirantes
- de forma progresiva sintomatología emocional acompañante, en forma de miedos y ansiedad
- con clara repercusión conductual y afectación en el seno familiar
- con nula conciencia de enfermedad
- reticente al tratamiento farmacológico

## **DISCUSIÓN**

Estamos ante un caso, si bien habitual en la práctica clínica de Psiquiatría, que nos plantea dudas ético-legales debido a: la actitud negativa del paciente, la posible claudicación en el apoyo familiar, un apoyo social insuficiente, al posible déficit en el seguimiento posterior en caso de no actuación, la dificultad en la percepción de urgencia en el estado actual, un pronóstico incierto y a la indefinición de los límites de la acción sanitaria.

Analizando la situación en estos momentos de la actuación médica se nos plantean varias actuaciones posibles en el manejo de este paciente:

- No hacer nada desde punto de vista terapéutico y esperar que el paciente solicite nuestra ayuda en el momento que lo estime adecuado. Este planteamiento respetaría la supuesta autonomía del enfermo, pero posiblemente vulneraría los principios de no maleficencia, beneficencia y justicia.
- Mantener un contacto frecuente con el paciente en la consulta, con el objetivo de establecer una buena relación médico-paciente y vencer su resistencia a la toma de medicación<sup>vi</sup>. Esta opción respeta el principio de autonomía, parece justa, aunque a nuestro juicio resulta maleficente al retrasar el tratamiento dada la sospecha clínica.
- Aconsejar el cambio de médico dado que el paciente se niega a aceptar el plan terapéutico. Esta opción no aporta nada terapéutico al paciente y únicamente transfiere las responsabilidades a otros profesionales.
- Proceder a su ingreso en la unidad de hospitalización psiquiátrica de forma involuntaria. Esta opción no respeta la autonomía del paciente, pero al considerar que el paciente no está capacitado mentalmente para decidir,

no es maleficente, siendo justa respeto tanto para el paciente como para su entorno familiar y de vecindad.

- Sin informar al paciente prescribir un psicofármaco de elección para que sea administrado por una tercera persona de forma oculta o con una indicación aceptable para el paciente y obtener el consentimiento por representación. Opción equiparable a la expuesta antes, aunque menos drástica para el paciente dado que no está expuesto a una situación forzada; pero arriesgada (si la persona que actúa en representación fuese descubierta, reforzaría la ideación delirante del paciente) y de difícil manejo (ajustar dosis, respuesta terapéutica, efectos secundarios, etc.)

## RESOLUCIÓN Y ANÁLISIS

Con la repercusión tanto sobre el paciente como sobre su entorno familiar que presentaba este caso, se planteó inicialmente el ingreso que el paciente rechazó. Añadido a que la madre se mostró reticente se descartó dicha opción. En una conversación privada con la madre se le informó del planteamiento diagnóstico y del pronóstico, informándole de la necesidad de una actuación urgente. Se comprometió a administrar una medicación oral, justificándolo en base a una indicación aceptable para el paciente (vitaminas para fortalecer los huesos).

En las siguientes visitas el paciente presentaba mejoría parcial de la sintomatología aunque precisándose de varios ajustes de dosis. Treinta días después del inicio del tratamiento el paciente se encuentra prácticamente sin clínica psicótica, con una conducta e higiene adecuadas y ya sin sintomatología afectiva. Pese a ello hace crítica parcial de lo sucedido y sigue sin ser informado del diagnóstico y del tratamiento administrado, del cual mantenemos la pauta. La siguiente cita con el paciente es en un mes (caso clínico en curso).

Partiendo de la base de que nuestro paciente no está capacitado mentalmente para decidir, y que la Ley –autonomía del paciente– contempla el consentimiento por representación, optamos por designar a la madre como tutora del manejo terapéutico. El punto de inflexión de esta medida es la decisión, por parte del terapeuta que le atiende, del momento en el que el paciente no es capaz de tomar decisiones, y que su estado físico o psíquico no le permite hacerse cargo de su situación. Probablemente en este caso los márgenes de actuación son amplios y la adopción de una actitud u otra es parte del dilema ético que se plantea. En bioética la solución no suele hallarse en los extremos, ni en dejarle sin tratamiento, ni en ingresarle de forma involuntaria, sino en, por ejemplo, llegar a algún tipo de acuerdo sobre cómo el puede ayudar el tratamiento en sus molestias, trabajar la relación médico-paciente y generarle confianza en el sistema sanitario, quizá renunciando a un tratamiento precoz (sin olvidar lo que conlleva en su pronóstico un tratamiento precoz) con vistas a una mejor relación terapéutica a largo plazo (que también se relacionará con su pronóstico en cuanto a que estamos invirtiendo en la relación médico-paciente).

Nosotros hemos antepuesto el privilegio terapéutico, donde se decide no informar al paciente en su propio beneficio. Aunque en general siempre se tiene el derecho a una información adecuada a las capacidades del paciente.

Lo ideal hubiera sido informar mejor al paciente, tratar de llegar a un acuerdo para cumplir el tratamiento o al menos mantener el contacto con él pese a no tomarlo. El problema es el deterioro progresivo de la psicosis, que restringe el tiempo de actuación, y que en todo caso corre en contra de un paciente sin tratamiento; en este caso al no obtener el consentimiento informado se podía haber planteado: bien su ingreso involuntario, bien el tratamiento ambulatorio involuntario<sup>x</sup>.

El conocimiento de la enfermedades psiquiátricas, el curso y la evolución de un cuadro psicótico no especificado; así como el ambiente socio-familiar y cultural del paciente, y por ultimo el entorno sanitario y el marco ético-legal, son los aspectos que, junto a la experiencia del clínico, nos van a permitir actuar en un sentido u otro. A estos efectos no existen reglas establecidas, sino que para cada caso deberemos hacer una valoración a medida y actuar en consecuencia<sup>vii</sup>.

No sabemos si la evolución de este paciente seguirá favorable, ni si podremos seguir con el mismo planteamiento terapéutico. Probablemente precisaremos replantearnos el manejo si la situación empeora. Y en caso de persistir la mejoría y cuando la situación lo permita deberemos informar al paciente tanto de su diagnostico, su tratamiento como del pronóstico. Procuraremos respetar, en lo posible, los cuatro principios básicos de la bioética (no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia) y el marco jurídico establecido.

## CONCLUSIÓN

En nuestra cultura occidental cada vez mas exigente y mas informada, tenemos la idea del paciente "competente"<sup>viii,ix,x</sup>; un paciente que se implica, ejerciendo responsablemente su autonomía en las decisiones clínicas y que mantiene una relación de respeto hacia la experiencia y conocimientos clínicos de los profesionales sanitarios. En nuestra especialidad como probablemente en otras no siempre se cumple este supuesto y precisamos cada vez de, no solo herramientas clínicas, sino también conocimientos ético-legales actualizados y prácticos.

Recientemente en nuestro entorno hemos sido conocedores de una sentencia<sup>xi</sup> en relación con el tratamiento involuntario de forma ambulatoria, cuya justificación jurídica es la aplicación e interpretación amplia del artículo 763 de la ley de enjuiciamiento civil; y que probablemente conlleve en un futuro no tan lejano a una nueva ampliación del marco legal establecido; como ya ocurre en algunos estados de Estados Unidos<sup>vi</sup>.

Aunque probablemente más urgente no es tanto la necesidad de reformar el marco legal, sino la insuficiencia de recursos y falta de desarrollo de servicios que hagan frente a los problemas y a las necesidades de las personas con trastornos mentales graves y a la cuestión de la cronicidad.

Ahora bien, que se produzcan cambios normativos no significa que éstos se lleven a la práctica inmediatamente; requieren del desarrollo de procedimientos que no están disponibles en todos los casos. Como señala Albert Jovell "los sistemas sanitarios se enfrentan a un cambio sin precedentes, que se producen con una inusitada rapidez, un cambio que excede a la capacidad de reacción de profesionales e instituciones".

## BIBLIOGRAFÍA

- <sup>i</sup> LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. ([http://www.mad.es/Ficheros/ley41\\_2002.pdf](http://www.mad.es/Ficheros/ley41_2002.pdf))
- <sup>ii</sup> Delgado MT, Simón P, y Sanz B. Ley de autonomía del paciente. Atención Primaria 2003; 32: 265-267.
- <sup>iii</sup> Kinstry B. Do patients wish to be involved in decision making in the consultations? A cross study with video vignettes. BMJ.2000;321:867-71.
- <sup>iv</sup> Barca I, Parejo R, Gutiérrez P, Fernández F, Alejandro G, López F. La información al paciente y su participación en la toma de decisiones clínicas. Atención Primaria 2004; 33: 361-7.
- <sup>v</sup> A. Chinchilla Moreno. Las Esquizofrenias. Sus hechos y valores clínicos y terapéuticos. Elsevier Masson. Tablas 20-2 y 20-3 pagina 534
- <sup>vi</sup> Guía Clínica (aprobada por la American Psychiatric Association) para el tratamiento de la esquizofrenia. 2ª edición. Ars Médica. Pagina 19.
- <sup>vii</sup> Caso clínico desde una perspectiva bioética. Esquizofrenia paranoide. Por J Estopà a, C Santos. Rev Calidad Asistencial. 2002;17:639-43.
- <sup>viii</sup> Mira J J. El paciente competente, una alternativa al paternalismo. Monogr. humanit.2004,8, 111-123  
(<http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono8/Articulos/articulo8.pdf>)
- <sup>ix</sup> Donalson L. Expert patients usher in a new era of opportunity for the NHS. BMJ 2003;326:1279-1280.
- <sup>x</sup> Longo DR. Understanding health information, communication, and information seeking of patients and consumers: a comprehensive and integrated model. Health Expectations 2005;8:189-194
- <sup>xi</sup> Auto Juicio Verbal Incapacidad numero 845/08, del 10 de diciembre de 2008, del Juzgado de Primera Instancia número 5 de Elche.