

Caso clínico desde una perspectiva bioética. Esquizofrenia paranoide

J. Estopà^a y C. Santos^b

^aMédico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de José Aguado. León. Bioeticista. ^bMIR de 3.^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria del Complejo Hospitalario de León.

Correspondencia:

Jorge Estopà.

Equipo de Atención Primaria I. Centro de Salud de José Aguado.

Avda. de José Aguado, s/n. 24005 León.

Correo electrónico: aperal@gaple03.inslaud.es

Resumen

Varón de 41 años, con esquizofrenia paranoide, sin conciencia de enfermedad y que no acepta recibir tratamiento.

Se plantea el caso respetando en lo posible los cuatro principios bioéticos de no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia.

El abordaje se basa en el estudio del caso clínico y sus circunstancias, en el examen de los posibles cursos de acción y finalmente en el análisis y resolución de los problemas éticos planteados.

Palabras clave: Esquizofrenia paranoide. Bioética. Biopsicosocial.

Abstract

A 41-years-old man with paranoid schizophrenia and he has not insight in to his problem, and he refuses to have any treatment.

We raise this case trying to respect the four bioethics principles: nonmaleficence, beneficence, autonomy and justice.

We broached the problem basing it on the clinical case study and the circumstances about it, possible treatments and examinations and finally analyse and conclude the ethical problems raised.

Key words: Paranoid Schizophrenia. Bioethic. Biopsychosocial.

Introducción

Todo paciente es ante todo un ser humano, y como tal, debemos acercarnos a él desde la ética racional, de la responsabilidad, de la alteridad y dialógica de Lévinas y del cuidado¹, respetando, en lo posible, los cuatro principios básicos de la bioética (no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia)².

Presentamos este caso por la complejidad, tanto en la comunicación empática, comprensiva y respetuosa, como en la relación entre el paciente, su entorno sociofamiliar y el profesional sanitario³⁻¹⁰.

Caso clínico

Varón de 41 años de edad, soltero, que convive con su madre; actualmente no desempeña ninguna actividad laboral.

Motivo de consulta: acude la madre solicitando ayuda para su hijo, porque mantiene una conducta extraña desde hace aproximadamente un año. Últimamente denota agresividad, sobre todo verbal, aislamiento en casa, y más concreta-

mente, en su habitación, "amenazas de suicidio" y convencimiento de que "un ente/secta" controla su vida. Presencia de múltiples conductas estereotipadas sin sospecha de alucinaciones.

Se le solicita que intente convencer a su hijo para ser visto al día siguiente en la consulta; al no acudir, se realiza la visita domiciliaria a petición de la madre.

El paciente, tras superar el impacto de la sorpresa inicial, nos relata que todo empezó a raíz del contacto con una secta esotérica hace unos 5 años. Al inicio mantuvo relación con uno de los miembros del grupo, introduciéndole en un mundo mágico-religioso y esotérico hasta la ruptura de esa amistad, refiriendo el paciente desde entonces el inicio de un complot maléfico y una persecución hacia su persona, que le causan una profunda ansiedad, temores y rituales obsesivo-compulsivos para luchar contra estos maleficios.

El paciente presenta ansiedad biopsíquica, anorexia, profunda astenia, insomnio durante las fases del sueño, dolores generalizados y molestias gástricas inespecíficas. Desde hace 5 años presenta aislamiento sociofamiliar. Durante su biopatografía no se refieren episodios psiquiátricos.

Antecedentes familiares: padre con "herpes genital recidivante", sin enfermedad psiquiátrica conocida, ni otras en-

fermedades de interés. La madre con antecedentes de hepatitis B; no presenta ninguna enfermedad psiquiátrica. Hermana sin antecedentes personales de interés, con tres hijos, uno de ellos con probable esquizofrenia, precisando tratamiento psiquiátrico y otro con personalidad agresiva y cuadro compatible con trastorno obsesivo-compulsivo. Tío paterno con "problema psiquiátrico". Otros tíos paternos descritos por la madre como "raros".

Antecedentes personales: estudió el bachillerato, iniciando estudios de formación profesional de delineante que no finalizó. Ex miembro de un grupo musical. Sin alergias medicamentosas conocidas ni reacciones adversas a medicamentos. No constan enfermedades de interés y únicamente se le objetivó una candidiasis peneal asociada con *Staphylococcus* spp. y *Streptococcus* spp., considerándose al paciente, en aquella época, grupo de riesgo, con analítica de VDRL y VIH 1 y 2 negativos.

Hábitos tóxicos: no refiere etilismo, y no es ADVP ni consume otras sustancias psicoestimulantes.

Antecedentes psiquiátricos: no constan antecedentes de ingresos ni tratamientos psiquiátricos. Personalidad previa (según su madre): cambio de personalidad del paciente a partir de los 14 años, coincidiendo con el paso del colegio al instituto, adquiriendo un carácter tímido e introvertido, en ocasiones agresivo, debido a la influencia de sus amistades. Nunca evidenció conductas extrañas ni pensamiento incoherente.

Situación sociofamiliar: el paciente convive sólo con su madre en un piso de reducidas dimensiones. Es el segundo de dos hermanos. Tiene una hermana, 12 años mayor. Mala relación familiar. La hermana culpabiliza a la madre de exceso de permisividad y sobreprotección a su hijo, y se desentiende del problema; en la actualidad se encuentra en una situación muy difícil por el reciente fallecimiento del marido en accidente y por los problemas de los hijos. El padre abandonó el núcleo familiar 25 años antes por discusiones frecuentes, sin volver a tener contacto.

Situación laboral: el paciente ejerció de peluquero durante un año y formó parte de un conjunto musical. No dispone actualmente de recursos económicos, y subsiste únicamente con la pensión de su madre.

Relación médico-paciente: el paciente no quiere acudir a nuestra consulta.

Diagnóstico: esquizofrenia con delirio paranoide y trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).

Estudio del caso clínico

1. Paciente de 41 años sin antecedentes físicos y psiquiátricos conocidos.
2. Antecedentes familiares de problemas psiquiátricos.
3. Antecedentes de disfunción en el núcleo familiar.
4. Presencia de ideas mágico-religiosas y esotéricas.
5. Referencias de maleficio, complot y persecución.
6. Presenta ansiedad biopsíquica, temores y rituales obsesivo-compulsivos, heteroagresividad y trastornos psicosomáticos.

Estudio de las circunstancias

1. Problema prolongado.
2. Conciencia tardía del problema. La madre solicita ayuda después de un año de agravamiento de la situación clínica.
3. Incomunicación con el personal sanitario.
4. Desconocimiento de la historia clínica materna, por pertenecer a otro cupo médico.
5. El paciente no tiene conciencia real del problema. No lo acepta como un problema patológico.
6. Rechazo del enfermo a recibir la ayuda sanitaria. Última consulta registrada en su historial clínico hace 5 años.
7. Aislamiento familiar. El paciente vive sólo con su madre. Abandono paterno del núcleo familiar. Tiene una hermana que se desentiende de la situación generada.
8. Aislamiento social: ausencia de amistades.
9. Falta de implicación de la familia.
10. Situación laboral: actualmente nula.
11. Situación económica: el paciente no percibe ninguna remuneración. Depende de la pensión materna.
12. Deterioro clínico progresivo y últimamente alarmante.

Detección de problemas éticos

1. Falta de datos clínicos. Historia clínica, médica, psiquiátrica y social incompleta. Actualizada ante la petición de ayuda.
2. Gran retraso en la comunicación del problema.
3. La información se realiza a través de su madre, única conviviente con el enfermo.
4. Actitud negativa del paciente.
5. Problemas familiares.
6. Apoyo social insatisfactorio
7. Problema sociolaboral.
8. Recursos sociosanitarios insuficientes y uso incorrecto.
9. Soledad y falta de ayuda al cuidador.
10. Formación global insuficiente del personal de atención primaria ante el complejo problema psiquiátrico y social.
11. Desconocimiento de los recursos sanitarios y legales ante el paciente psiquiátrico que rechaza la consulta y el tratamiento.
12. Déficit en el enfoque multidisciplinario.
13. Dificultad en el seguimiento.
14. Difícil percepción de la urgencia de la actuación.
15. Pronóstico incierto.
16. Indefinición de los límites de la acción sanitaria.

Búsqueda de ayuda. Asesoramiento

1. Experiencia propia.
2. Consulta al equipo de atención primaria.
3. Consulta al ámbito especializado: equipo de salud mental.
4. Bibliografía psiquiátrica y de la comunicación problemática.
5. Consulta al código deontológico.

6. Consulta de la legislación vigente.
7. Apoyo en la asistencia social.
8. Implicación de todo el entorno familiar.
9. Solicitud de intermediación de personas con una buena relación con el paciente.
10. Coordinación multidisciplinaria entre todos los profesionales sanitarios implicados.
11. Solicitud de informe al comité de ética asistencial.

Examen de posibles cursos de acción

1.^a opción: no hacer nada. No hacer caso a la solicitud de la madre, por no ser el afectado el que nos requiere la ayuda. Seguir con la situación actual. Esta opción respetaría la autonomía del enfermo y el principio ético de no maleficencia, pero vulneraría los principios de beneficencia y el de justicia.

2.^a opción: diálogo con el entorno familiar y de amistades. Sería de gran ayuda para su comprensión más completa.

3.^a opción: interconsulta y coordinación con los otros servicios implicados: Equipo de Salud Mental del Centro de Salud de José Aguado, Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario y asistencia social. Es imprescindible la coordinación y el abordaje interdisciplinario del paciente.

4.^a opción: negociación y pacto o consenso con los distintos especialistas y el paciente, respetando las preferencias del paciente. Esta opción respeta los principios de no maleficencia, beneficencia, autonomía y el de justicia.

5.^a opción: tratamiento de cada problema suscitado paso a paso. Esta opción facilita la operatividad y la resolución de los problemas suscitados.

6.^a opción: ingreso a un Servicio Psiquiátrico Hospitalario. Esta opción es extrema por no respetar la autonomía del paciente, pero al considerar que el paciente no está capacitado mentalmente para decidir, no es maleficiente, siendo beneficiante y justa respecto tanto para el paciente como para su entorno sociofamiliar.

7.^a opción: planteamiento del caso ante un comité de ética, solicitando su ayuda para una resolución lo más humana, equitativa y ética del caso.

8.^a opción: aconsejar el cambio de médico si se niega a aceptar el plan de actuación aconsejado. Esta opción transfiere las responsabilidades a otros profesionales.

9.^a opción: negación del control y tratamiento del paciente, si se niega a colaborar en el plan de actuación. Esta opción es muy radical, y no respeta los principios de la bioética.

Toma de decisión

Después de analizar las distintas opciones posibles parece razonable y aconsejable la aceptación de las opciones 2.^a, 3.^a, 4.^a y 5.^a, y si con todo ello no se logra una correcta solución, pasar a la opción 6.^a, por ser complementarias para una resolución global y definitiva del problema.

La 7.^a opción no es factible por no disponer la atención primaria de salud de acceso al comité de ética asistencial del hospital.

Ejecución. Factores deseables

1. Reflexión y razonamiento correctos previos.
2. Asesoramiento médico y legal adecuados.
3. Recursos sociosanitarios necesarios.
4. Multidisciplinariedad.
5. Ayuda de su entorno sociofamiliar.
6. Consenso.
7. Información completa.
8. Citación programada.
9. Objetivos realizados escalonadamente según su dificultad.

10. Búsqueda de la máxima colaboración del paciente, respetando su autonomía y su capacidad de elección.

Resolución

La especialista de psiquiatría del centro de salud mental, tras la exposición y coincidencia diagnóstica, nos orienta y asesora médica y legalmente. Se aconseja al equipo de atención primaria de salud la realización de una visita domiciliaria, derivación posterior a la consulta de salud mental y, en caso de imposibilidad, el ingreso forzoso, incluida la colaboración de las Fuerzas del Orden Público y del Servicio de Ambulancias.

Tras 48 h y no acudir a la consulta se realiza visita domiciliaria por un médico de familia y una residente de tercer año de Medicina Familiar y Comunitaria con el consentimiento de la madre.

Se trata de un apartamento antiguo, ligeramente desordenado, pero relativamente limpio, con la habitación del paciente, al parecer con objetos esotéricos y mágico-religiosos, cerrada con llave.

El paciente nos recibe con gran asombro, tensión, pero sin hostilidad, relatando su cuadro, que inicia cuando contactó con miembros de una secta destructiva de ciencias ocultas hace unos 5 años, y al intentar salir, se ve expuesto a un complot perjudicial con maleficios y brujería, manifestando una clínica psicosomática. Durante el diálogo se le ve aceptablemente tranquilo, exceptuando alguna elevación de voz y tono irascible. Se le intenta persuadir de nuestra voluntad de ayuda, tanto en el sentido socioeconómico, de prestación sanitaria y de ayuda médica que el paciente rechaza en un primer momento, dejándole la puerta abierta con una oferta de consulta para la petición de analítica y ayuda sanitaria.

Acude a la consulta con buena predisposición, pero al solicitarle que nos acompañe para una interconsulta con salud mental, la situación se torna ligeramente tensa, aunque accede finalmente a ello. La psiquiatra le pauta un neuroléptico que el paciente no toma.

Se nos informa que no acude a la revisión acordada.

Se realiza una llamada telefónica para notificar a la madre que el único camino posible que nos queda es el de su ingreso urgente y forzoso en un servicio de psiquiatría de un complejo hospitalario para su tratamiento inmediato en régimen de internamiento, accediendo con gran temor ante la po-

sible reacción de su hijo y por las posibles consecuencias en su seguridad durante su convivencia diaria.

Acudimos a su domicilio dos médicos de atención primaria, el servicio de la Policía Local y una ambulancia para conminar al paciente mediante la persuasión, o bien, en caso de imposibilidad, por la fuerza.

El paciente en un principio se resiste aduciendo varias razones no convincentes, aunque se logra evitar el uso de medicación sedativa y métodos violentos y agresivos.

Tras la valoración por el psiquiatra de guardia se procede al ingreso involuntario del paciente con el diagnóstico provisional de esquizofrenia paranoide. Permanece ingresado en el servicio de psiquiatría del hospital durante aproximadamente un mes, durante el cual se le practican diversas pruebas analíticas (incluidas pruebas de función tiroidea y serología de lúes, que son normales) y se le instaura tratamiento inicial con risperidona (6 mg/día) y lorazepam (2 mg/día), con buena tolerancia, pero el paciente sobrevalora los efectos secundarios, por lo que es necesario, buscando una nueva colaboración y buen cumplimiento, sustituir la risperidona por quetiapina (200 mg/día), tratamiento con el que es dado de alta.

En la exploración psicopatológica del ingreso se le describe como un paciente consciente, orientado auto y alopáquicamente, con actitud colaboradora y abordable, sin conciencia de enfermedad; minimización y racionalización de su sintomatología; sensible y sugestionable en relación con la medicación con sobrevaloración de sus efectos secundarios; eutímico con ocasional disforia; correcto y adecuado; buen contacto; no se constata empobrecimiento ni embotamiento afectivo; su lenguaje: es fluido, coherente, rico, con prosodia adecuada; insomnio global; psicomotricidad normal; apetito conservado, sin constatarse alteración de la alimentación; aislamiento social; pensamiento de curso normal, en ocasiones tangencial; verbalización de una ideación delirante bien estructurada de perjuicio y persecución de características procesuales; intuiciones delirantes; interpretaciones delirantes endógenas y exógenas; vivencias de influencia; no se constatan alteraciones sensoperceptivas.

En el alta su temática delirante se ha encapsulado y, aunque no existe conciencia de enfermedad, se compromete a seguir con el tratamiento y hacer revisiones en su equipo de salud mental. Además, es aconsejado por el asistente social. Es diagnosticado de esquizofrenia paranoide (CIE-10: F20.0).

El paciente, en su primera revisión programada, continúa sin conciencia de enfermedad pero cumple el tratamiento.

Análisis de los problemas éticos

1. *La historia clínica*: a pesar de la sobrecarga asistencial en atención primaria, se debe incrementar el esfuerzo para completar las historias, principalmente en las áreas: sociocultural, laboral, familiar y psiquiátrica, para un conocimiento integral del paciente.

Conviene aprovechar las consultas de los pacientes hipo-frecuentadores para llenar las lagunas informativas. El mé-

dico debe implicarse más en el mundo del paciente sin interferir en su autonomía.

2. *La comunicación con el paciente y familiares*: se debe mejorar la relación entre el paciente, la familia y el médico e implicarles en las resoluciones que se deban tomar. La comunicación con este enfermo era imposible por no acudir a la consulta y no disponer de información sobre su situación. La madre solicitó nuestra ayuda al verse obligada ante su situación.

3. *La problemática familiar y sociolaboral*: se ve más completa si el médico de Atención Primaria atiende a toda la familia en su cupo. En este caso no sucedía. La madre era atendida por otro compañero.

4. *Los recursos sanitarios*: no hay especialistas suficientes para una atención médica adecuada, incluyendo una atención psiquiátrica domiciliaria coordinada con el médico de familia.

5. *La autonomía*: el respeto de la autonomía es fundamental, aunque lo primordial es salvaguardar la vida tanto del paciente como la de la madre ante la situación clínica planteada. Antes que la autonomía está la vida.

6. *La comunicación y coordinación entre profesionales y ámbitos*: la coordinación entre médicos de familia fue en este caso nula, en cambio con la especialidad de psiquiatría se realizó rápida y a nuestro entender adecuada.

7. *El seguimiento de la evolución*: deberá ser coordinado entre los distintos profesionales implicados, para el control biopsicosocial del paciente y su entorno, dado el pronóstico incierto del cuadro clínico.

Análisis ético de la resolución

La aceptación de los cursos de acción que optan por el diálogo con el paciente respeta los cuatro principios éticos de no maleficencia, de beneficencia, de autonomía y de justicia, y de no ser posible, como en este caso, hay que intentar la comunicación con el entorno familiar o social del paciente, aunque ello vulnere el principio de autonomía del paciente. En este caso se consideró al paciente incompetente para la toma de decisiones adecuadas.

Es imprescindible un buen acercamiento escalonado y coordinación consensuada entre ámbitos para no incurrir en una vulneración de los principios éticos de no maleficencia, beneficencia y justicia, intentando permanentemente no dañar, en lo posible, la autonomía del paciente. Al final la única solución viable fue su ingreso involuntario.

Bibliografía

1. Torralba F. Lo ineludiblemente humano. Hacia una fundamentación de la ética del cuidar. Labor Hospitalaria 1999;253: 31-88.
2. Gracia D. Ética Médica. Principios de la práctica médica. El Manual de Medicina. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, 1975;33-9.

3. Borrell F. La entrevista clínica. Programa de actualización en medicina de familia y comunitaria. Barcelona: 1996.
4. Borrell F. La entrevista psicológico-psiquiátrica. Psiquiatría en atención primaria. Madrid: Grupo Aula Médica, 1998; II (1):91-102.
5. Borrell F, Albaigés I, Morandi T, Sambola JR, Ramos J, Aparicio D. Relación asistencial y modelo biopsicosocial. Barcelona: Doyma, 1988; I (5): 48-61.
6. Fernández O. Evaluación clínica del paciente psiquiátrico: entrevista e historia clínica psiquiátricas. Atención Primaria y Salud Mental 1999;2:131-8.
7. Leal C. La historia clínico psiquiátrica. En: Psiquiatría en Atención Primaria. Madrid: Grupo Aula Médica, 1998; II (2): p. 103-10.
8. Buckman R, Korsch B, Baile W. Guía de habilidades de comunicación en la práctica clínica. Fundación de Ciencias de la Salud y SemFYC. Medical Audovisual Communications Inc. Toronto, 2000.
9. Cervera S, Pérez-Gaspar M, Zapata R, Ramírez N, Plá J, Ortúñoz F, et al. Relación médico-enfermo. La exploración psiquiátrica. Madrid: Ene publicidad, S.A., 1997; p. 203-76.
10. Casas JD, Rodríguez MS. Manual de actuación médico-legal en urgencias. Madrid: Coordinación editorial: MI&C, 2000; p. 76-81.