

## **EL PRINCIPIO DE BENEFICENCIA: A PROPOSITO DE UN CASO SIN CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Aurelio Castilla García  
Javier Vega Gutiérrez**

### **Resumen**

Paciente ingresado en un hospital psiquiátrico y diagnosticado de un trastorno de personalidad límite al que se aplica un tratamiento sin darle información suficiente a él y a la familia. El paciente mejora y es dado de alta. Se plantea si las peculiares características que reviste este caso justifican éticamente priorizar el principio de beneficencia utilizado por el psiquiatra que lo trató, frente al consentimiento informado del paciente o de la familia.

### **DESCRIPCION DEL CASO**

**Paciente:** Varón, 31 años, soltero

#### **Antecedentes**

Entre los 21 y los 26 años había llevado a cabo tratamientos diversos tanto en medio hospitalario como a nivel ambulatorio, habiendo sido diagnosticado de Esquizofrenia.

A los 26 años ingresa en un Hospital Psiquiátrico público de su provincia de residencia por vez primera, con el diagnóstico de Esquizofrenia crónica. Dicho diagnóstico es modificado por el psiquiatra que lo trata y transformado en Trastorno de Personalidad Límite<sup>1</sup>, con el que sigue actualmente.

A partir de su ingreso de los 26 años sigue tratamiento ambulatorio y hospitalario (ocho ingresos desde el primero, ya citado, a los 26 años), siempre en servicio público y es atendido durante las hospitalizaciones por el

mismo equipo hospitalario y el mismo psiquiatra.

El motivo de sus ingresos siempre es similar: estando en casa tiene un estallido de agresividad verbal o física contra objetos o personas. Suele estar hospitalizado un mes, y tras ser dado de alta vuela a repetirse en un momento dado una situación parecida, por lo que reingresa de nuevo.

Reviste una cierta peligrosidad: es fácilmente irritable, intolerante con la frustración, rasgos narcisistas, a veces roza lo psicótico (puede agredir a otros con su mente, ha oído que es hijo bastardo del Rey), aunque esto parece ser más bien una exhibición narcisista.

Durante las hospitalizaciones se mantiene asilado no siéndole fácil contactar con otra persona, pero no tiene explosiones agresivas, salvo muy ocasionalmente al ser contrariado por el terapeuta; entonces rompe alguna cosa.

#### **Familia**

Padres entre 50 y 60 años de edad. Empresarios. Tienen un negocio familiar y una economía inestable. En los últimos 2 años ha pasado a vivir con la familia una abuela materna del paciente, cardiópata, pero que la madre necesita en casa como compañía. Dos hermanos se han independizado.

El paciente ha estudiado EGB. Su inteligencia corresponde a un nivel normal bajo. Ha intentado participar en la empresa familiar fracasando. No tiene trabajo.

Los padres tiene relaciones distantes como matrimonio, y la carga del paciente recae sobre la madre. El padre y los hermanos se desinteresan de la situación. Durante las hospitalizaciones sólo va a visitarlo su madre.

La madre es frágil y está en tratamiento psiquiátrico por ansiedad-depresión. Man-

tiene una relación fusional con su hijo<sup>2</sup>. El padre no da la impresión de ser padre, esposo ni empresario adecuado.

El medio familiar puede considerarse como facilitador del estallido.

### **Tratamientos seguidos**

En los últimos 4 años neurolépticos diversos y carbamacepina

*Los resultados del tratamiento psicofarmacológico no han sido eficaces: lo han conducido a estar muy sedado o no han evitado los estallidos. Los ingresos repetidos no han aportado solución terapéutica aceptable, salvo que suponen un límite temporal para él y un medio de contención para la familia.*

*La familia no puede hacerse cargo de él porque no puede controlarlo.* La madre dice no poder tenerlo en casa.

*Una hermana insiste en su reclusión en el hospital psiquiátrico porque es peligroso.* Escribe, incluso, en un diario local diciendo que no es tolerable que se le de el alta a un "esquizofrénico peligroso". No acepta razonamientos del terapeuta, sólo quiere que se cure a su hermano.

*La psicoterapia ha fracasado* por la poca verbalización del paciente.

*Los tratamientos que han querido implicar a la familia tampoco han dado resultado* por la imposibilidad de que fueran seguidos por la madre. El resto de la familia, como ya se ha indicado, no colabora.

### **Situación actual (Marzo 1996).**

Ingresa de nuevo. Como es habitual en sus hospitalizaciones, es conducido al Hospital por la Policía y su ingreso de formaliza de modo involuntario.

Se plantea como alternativa un tratamiento con Leponex<sup>3</sup>, como última esperan-

za, dada la experiencia positiva con otro paciente de parecidas condiciones, al que este tratamiento permitió mantenerse contenido durante 3 años.

Se le prescribe nada más ingresar. *No se le advierte de que tiene necesidad de controles de sangre semanales durante las primeras 18 semanas porque se piensa que rechazaría el tratamiento dado que en otras ocasiones así ha sido. No se le advierte, por tanto, de los riesgos del medicamento.* Se piensa que si la mediación es eficaz, posiblemente aceptará los controles analíticos. *El psiquiatra que lo trata no considera competente al paciente a causa de su violencia no controlable y no reconocida con claridad por el mismo, con tendencia a minusvalorarla, y por una sobrevaloración de sí mismo poco ajustada a la realidad (dice ser un informático importante y que podría ser un gran jugador de fútbol).* La medicación se mezcla al principio con otros neurolépticos por vía intramuscular para que esté sedado, que no se escape y ante la presión familiar<sup>4</sup>. Se le administra bajo presión indirecta, aunque la acepta quizá porque en otro ingreso anterior se hizo preciso administrarle medicación por la fuerza y en contra de su voluntad.

Se le hace un análisis y presenta una poliglobulia de 6 millones de hematíes. Se considera necesaria una sangría que se hace coincidir con el siguiente análisis al cabo de otra semana.

Con el tratamiento mejora. Se le informa parcialmente de la necesidad de análisis frecuentes, pero no se le indica que puede aparecer una agranulocitosis grave; se le habla de la poliglobulia y de la necesidad de seguir el tratamiento con los controles que establecen las autoridades. El paciente acepta pasivamente.

Se empieza con 100 mgrs y se eleva la dosis hasta 250 mgrs<sup>5</sup>.

Cuando el paciente acepta la medicación y mejora, se elimina la mediación inyectable que se le había prescrito, quedándose solamente con el leponex por vía oral.

*Su psiquiatra se plantea informar a la familia pero no lo hace por temor a que la madre no sea consecuente y por distanciamiento del resto, y porque la hermana está enfrentada con el terapeuta.*

La valoración de los resultados es positiva.

Presenta sialorrea nocturna que él achaca a la medicación. Se le confirma que es así, y acepta el tratamiento a pesar de todo, teniendo en cuenta que en más de una ocasión ha rechazado al psiquiatra por estas razones y nunca se ha fiado de la toma oral de medicación salvo la carbamacepina, razón por la que ha sido preciso utilizar la vía intramuscular.

Se le concede el alta al mes y medio de su estancia en el hospital.

A fecha 11 de Noviembre continúa con la misma medicación, sigue mejorado y no ha precisado ningún nuevo ingreso.

## DISCUSION ETICA

Si analizamos un poco la historia clínica de este caso, nos encontramos con un paciente mayor de edad, que presenta dificultades para el control de su agresividad lo que ocasiona repercusiones importantes para la familia, la cual no puede controlar esta situación y se ve desbordada por la misma. Existe, al mismo tiempo, una dificultad en el propio paciente para percibir claramente la realidad de su situación.

Ante la cronicidad de sus alteraciones de conducta, el psiquiatra que lo trata se plantea

la administración durante su hospitalización de un tratamiento diferente a los ya utilizados. No existen otras alternativas terapéuticas puesto que las que pudieran ponerse en práctica, ya han sido prescritas sin resultados satisfactorios.

El tratamiento que el psiquiatra indica, supone la administración de un psicofármaco que precisa un control de la Dirección General de Farmacia por el riesgo de agranulocitosis en aproximadamente el 1% de los tratados con el mismo.

Los padres mantienen como matrimonio una relación conflictiva. El padre es catalogado por el psiquiatra de insuficiente para asumir sus papeles de padre, esposo y empresario. La madre es frágil, y está en tratamiento psiquiátrico por ansiedad-depresión; sobre ella recae la carga del paciente, y es la única que lo visita cuando está hospitalizado. El resto de la familia se desentiende de la situación o plantea un control rechazante (la hermana lo ve peligroso y debe estar recluso a perpetuidad). La madre mantiene con el paciente una relación fusional, lo que quiere decir que no puede percibir al hijo como una persona distinta de ella. Es decir, la madre tampoco puede darse cuenta claramente de la realidad de la situación de su hijo porque no puede separarse él para poder observarlo desde fuera como sujeto distinto de ella.

El paciente tiende a rechazar los tratamientos que se le indican, habiéndose hecho preciso, en diversas ocasiones, un tratamiento involuntario.

El psiquiatra no informa al paciente de los posibles efectos secundarios de la medicación, pero realiza los controles analíticos indicados por el Ministerio de Sanidad. La

medicación es aplicada en contra de su voluntad. Tampoco informa a la familia.

La preguntas éticas son: ¿Debería el psiquiatra haber informado al paciente y/o a la familia? ¿Está justificado moralmente el uso de la fuerza con este paciente? ¿Puede intentarse hacer el bien al paciente en contra de su voluntad? ¿Qué podría justificar una actuación de este tipo? ¿Actuó bien el psiquiatra?

El psiquiatra debe guiarse en sus actuaciones por el principio de *beneficencia*, lo que supone hacer siempre lo mejor para el paciente. Pero, lógicamente, contanto con él, respetando su autonomía (conforme al principio de *autonomía*). Sólo estaría justificado no respetar su autonomía si, por razones de *justicia*, el bien común fuera considerado de orden superior al individual, siempre que ello no atentara contra la *dignidad de la persona*; o cuando la capacidad de autonomía estuviera disminuída por la ausencia de *competencia* del paciente. En este último caso tendría que ser la familia la que interviniera en el lugar que correspondería al paciente como sujeto autónomo.

En nuestro caso, tenemos a un *paciente que no puede ser catalogado de competente*<sup>6</sup>, por lo que habría que contar con la familia para la información y actuaciones terapéuticas. Pero los *padres tampoco son considerados por el psiquiatra como suficientemente competentes*. Ahora bien, ellos no se oponen al tratamiento de su hijo, sino que lo reclaman. Parece razonable no informar a los padres (por razones derivadas de su propia insuficiencia), ante la posible interferencia de ellos en el tratamiento, teniendo en cuenta, además, el porcentaje de riesgo de agranulocitosis y existiendo controles analíticos frecuentes que

permitirían eliminar el fármaco ante cualquier sospecha de alteración hemática.

El psiquiatra debe actuar por razones de justicia en beneficio de los familiares que sufren las consecuencias de la conducta del paciente aunque éste no lo desee.

Por tanto: alteraciones de conducta con repercusiones en terceras personas, medicación con riesgos de efectos adversos controlables, competencia disminuída del paciente y de sus padres. El psiquiatra decide la actuación terapéutica de acuerdo con el principio de justicia y beneficencia, sin informar al paciente ni a la familia.

¿Otra actuación sería moralmente correcta? Mantener el tratamiento ya utilizado en otras ocasiones parece vulnerar el principio de beneficencia dado que el psiquiatra debe buscar el mejor tratamiento para el paciente. Haber contado con la familia hubiera conducido a no poder aplicar el tratamiento por razones de la propia patología familiar.

Parece que la alternativa escogida por el psiquiatra es correcta porque respeta ampliamente los principios bioéticos y desde luego tiene en cuenta al paciente en su dignidad de persona con competencia disminuída, velando por él. Está justificado el haber priorizado el principio de beneficencia.

## **Bibliografía**

1 Se entiende por trastorno límite de la personalidad un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad y una notable impulsividad, que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos (DM-IV 301.83/ CIE-10 F60.31).

2 Sin distanciamiento posible como para reconocer al hijo como objeto distinto de ella. Esto quiere decir que

las necesidades del hijo se convierten en las de la madre y las propias de ella no es posible que pueda percibir las como distintas de las del hijo.

3 Neuroléptico cuyo principio activo es la clozapina. Esta sustancia presenta un 1% de incidencia de agranulocitosis (Janicak PG, Davis JM, Prescorn SH, Ayd FJ. *Advances in the pharmacotherapy of psychotic disorders*. In: Janicak PG (ed.), *Principles and practice of psychopharmacotherapy*, Baltimore: Williams & Wilkins, 1994). Por esta razón en nuestro país su prescripción está sujeta a una reglamentación específica de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios (circular 10/93). Según esta normativa, son precisas, entre otras, las siguientes medidas obligatorias de control para la administración de Leponex: a) antes de iniciar el tratamiento se realizarán recuento y fórmula leucocitaria, para asegurar que solamente reciben el fármaco los pacientes con valores normales de leucocitos; b) después del inicio del tratamiento se efectuará un recuento leucocitario semanalmente durante las 18 primeras semanas.

4 En el trastorno límite de personalidad se han utilizado neurolépticos para controlar la ira, la hostilidad y los episodios psicóticos breves (Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Sinopsis de Psiquiatría*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 7ª ed., 1996; 759.

5 Una dosis normal son 300 mgrs/día. Se pueden usar dosis de hasta 600 mgrs/día (Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Sinopsis de Psiquiatría*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 7ª ed., 1996; 953-954.

6 Criterios de competencia de Roth, Meisel y Liz (Roth HL, Meisel A, Liz C W. *Test of competency to consent to treatment*. *Am J Psych* 1977; 134: 279-284). El paciente es competente para dar su consentimiento si se dan las siguientes circunstancias: comprende la enfermedad o el estado por el cual se le propone el tratamiento, la naturaleza y los fines del tratamiento propuesto, los riesgos que supone comenzar el tratamiento, los riesgos que corre si no inicia el tratamiento, y su estado no interfiere con su capacidad de consentir.