

## Rechazo al tratamiento en un paciente psiquiátrico

CEA Hospital  
Germans Trias i Pujol

Contacto: Patricia Beroiz Groh  
[etica.germanstrias@gencat.cat](mailto:etica.germanstrias@gencat.cat)

### Vocabulario

**Esquizofrenia paranoide:** La esquizofrenia paranoide es un subtipo de esquizofrenia. Es una enfermedad mental crónica que no comporta alteración anatómica observable y su principal característica es que afecta a la personalidad del individuo y áreas de la psicología. Sus síntomas se pueden dividir en positivos, como los delirios y alucinaciones; y síntomas negativos como la apatía y el déficit del autocuidado. Cuando se producen descompensaciones, presentan episodios psicóticos.

**Politraumatismo:** Conjunto de diversos traumatismos o lesiones graves causados de manera simultánea.

**Síndrome depresivo:** La depresión es un trastorno emocional que causa un sentimiento de tristeza constante y una pérdida del interés en realizar diferentes actividades. También denominada «trastorno depresivo mayor», afecta a los sentimientos, los pensamientos y al comportamiento de una persona. Se diferencia de la tristeza normal en su intensidad y duración, o bien por la ausencia de causas externas que la producen. Los cuadros depresivos asocian, con frecuencia, ideas de desaparición y, en los casos más graves, incluso ideas de suicidio.

### Descripción del caso

Paciente varón de 74 años de edad, afecto de esquizofrenia paranoide de largos años de evolución y múltiples intentos de autolisis. Ingresa en la Unidad de Reanimación a causa de un nuevo intento, en esta ocasión por precipitación desde un piso elevado. Otras veces refería voces que le obligaban a hacerlo. Esta vez lo hizo después de meditar y afirma no haber oído ninguna voz.

Presenta politraumatismo, con fractura de fémur, pelvis, húmero, muñeca, apófisis espinosas cervicales y cuerpos vertebrales de L1 y L3. El paciente está consciente y orientado, anémico por lo que precisó transfusión y cirugía urgente.

El paciente rechaza el tratamiento. Manifiesta deseos de muerte y rechaza cualquier tratamiento que no sea paliativo. Hasta el momento actual los intentos de autolisis se produjeron en contexto de brotes psicóticos, que no es la situación actual. Tiene un documento de voluntades anticipadas, firmado en 2017, en principio, en situación de estabilidad, aunque no se puede asegurar desde el punto de vista psiquiátrico. En este documento expresa la voluntad de que se realice adecuación del esfuerzo terapéutico y no se practiquen maniobras fútiles en determinadas situaciones clínicas: daño cerebral irreversible, cáncer, enfermedad neurodegenerativa, etc. No hay ninguna mención a su patología psiquiátrica de base.

Su hermana, que es la representante legal, en caso de aplicar el DVA confirma el deseo de muerte del paciente, mantenido en el tiempo y en situación de estabilidad clínica, fuera de brote psicótico.

Desde el punto de vista psiquiátrico, se descarta un brote psicótico, aunque existe un cambio en el estado de ánimo, con sintomatología depresiva, detectado por su psiquiatra habitual dos semanas antes del intento autolítico, con modificación del tratamiento. El desencadenante del cambio actual parece ser la previsión de institucionalización, ya que no puede continuar viviendo solo, por haber aumentado su dependencia. El paciente no acaba de aceptar esta opción.

## Identificación del problema ético

El conflicto surge como consecuencia de las discrepancias de valores entre el paciente y el equipo sanitario. Los médicos tienen la obligación y el interés de proponer un tratamiento para mejorar las complicaciones actuales y el paciente, si se considera competente, tiene el derecho a rechazarlo.

## Deliberación

Se trata de un caso complejo: es una decisión vital que requiere un grado de competencia máximo. Existen dudas razonables de que la sintomatología depresiva esté influyendo en la decisión, a pesar de que hay una coherencia en el discurso del paciente, mantenida en el tiempo.

Si el paciente fuera plenamente competente, se trataría de un caso de rechazo al tratamiento y quedaría amparado por la Ley de Autonomía del Paciente y el derecho a decidir. Nuestra obligación sería respetar la decisión y garantizar el control de síntomas, ante una situación de final de vida.

Desde el punto de vista psiquiátrico, se descarta un brote psicótico. Si estuviera en brote psicótico, el paciente sería incompetente para esta decisión. Se ha documentado un cambio en el estado de ánimo con sintomatología depresiva que podría influir en una valoración de competencia no plena.

Si no estuviera la patología orgánica grave, derivada de la precipitación, se propondría un ingreso involuntario en una unidad de psiquiatría de agudos y se negociaría un tratamiento dirigido a revertir el estado

depresivo, mediante terapia farmacológica psicoterápica.

Podemos concluir que hay dudas razonables de una competencia plena, que sería requerible para tomar una decisión tan compleja como poner fin a la propia vida y aceptar el rechazo al tratamiento.

Tampoco queda clara la no competencia del paciente, ya que la ideación de muerte es previa al inicio del cuadro depresivo actual. Queda demostrado por la fecha del Documento de Voluntades Anticipadas formalizado hace más de un año y por las conversaciones mantenidas con su hermana.

Hay que tener en cuenta que el cambio anímico actual está relacionado con un cambio importante en la vida del paciente, que no podrá volver a vivir solo tal como desea.

Para el paciente es un nivel de calidad de vida que no acepta. En su situación clínica actual, como consecuencia de las lesiones actuales y en el mejor de los casos, el paciente será más dependiente.

En principio se descarta la vuelta al domicilio, lo que repercutirá en su calidad de vida. También puede motivar una evolución peor del cuadro depresivo y motivar nuevos intentos de autolisis.

Por tanto, los cursos de acción extremos: no hacer nada o hacer todo lo posible en contra de la voluntad del paciente, no estarían indicados. Es necesario consensuar un curso de acción intermedio, que no se considere desproporcionado, que pueda favorecer la mejoría de la competencia y además tenga en cuenta la voluntad del paciente.

## Recomendaciones

- Asegurar un buen control de síntomas en la atención actual: dolor, agitación si ocurre, sintomatología psiquiátrica.
- Asegurar un seguimiento por psiquiatría para intentar revertir el cuadro actual y retornar la competencia plena al paciente para conocer su voluntad.
- Intervención por parte de Trabajo Social para profundizar en el conocimiento del paciente y la familia, los deseos del paciente y el acompañamiento en esta fase tan difícil.
- Se podrían considerar maniobras proporcionadas la colocación de suero y antibiótico para intentar estabilizar al paciente y favorecer el diálogo y la negociación.
- En la situación clínica actual y ante las dudas de competencia expresadas, consideramos desproporcionada la transfusión, la intervención quirúrgica y el tratamiento psiquiátrico agudo, porque puede desencadenar un delirium, en contra de la voluntad del paciente.
- En caso de empeoramiento clínico, se deben evitar maniobras fútiles y asegurar un buen control de síntomas, tal como expresa su documento de DVA.
- Es un contexto de urgencia vital y los cambios clínicos obligan a revalorar constantemente los objetivos y la situación clínica. Hay que consensuar la actitud a seguir por parte del equipo asistencial, entre los especialistas, el paciente y la familia.