

**AUTONOMIA DEL PACIENTE, INTIMIDAD Y CONFIDENCIALIDAD.  
SECRETO MEDICO. PECULIARIDADES EN MEDICINA PSIQUIATRICA**

**Percepción social de la enfermedad mental**

Se muestran logros, en los medios de comunicación, casi milagrosos, respecto de algunas especialidades médicas: la técnica de los trasplantes, portentosas intervenciones quirúrgicas, insospechadas posibilidades de la medicina reproductiva o reparación de cuerpos destrozados por catástrofes o accidentes. Cuando se habla de psiquiatría, por el contrario, es común la difusión de sus fracasos (o quizás de la evolución natural de las cosas): crímenes horrendos protagonizados por enfermos mentales o simplemente la cruda realidad de la vida de estas personas y de quienes les rodean.

Los medios de comunicación constituyen hoy la principal fuente de conocimiento para el 90 % de la población y para muchos la única. Ha usurpado el papel atribuido tiempo atrás a la escuela, la familia o la iglesia, en una sociedad en la que se accede rápidamente y por millones de personas a cualquier noticia proveniente de cualquier parte. Estos medios (prensa y televisión, fundamentalmente) cumplen holgadamente la función de difundir estereotipos y falsas creencias, de estigmatizar la enfermedad mental y con ello a sus portadores. En estas condiciones mejorar el conocimiento y fomentar cambios de actitud es una tarea casi imposible. Quienes sufren estas patologías en lugar de encontrar comprensión y apoyo, se encuentran, por el contrario, con ignorancia, discriminación y rechazo.

El objetivo de los medios de comunicación, como empresas que son, es vender noticias y la mejor forma de ello es atrapar la atención de los destinatarios de aquellas. El vehículo es frecuentemente el sensacionalismo, envoltorio más que fácil cuando el protagonista del suceso es un enfermo mental. Se logra con ello, en lugar de informar (y formar) una labor

desinformativa y distorsionadora de una realidad siempre apasionante cual es la de la mente humana. Se trata de ofrecer al consumidor, en una pugna feroz entre los medios, paquetes a medida. Nada mejor que hacerlo en el formato creíble de sus propios prejuicios y creencias emotivas.

Se puede observar que cuando en una película o narración aparece un enfermo mental, acaba, éste, siendo con frecuencia autor de actos criminales o víctima de sucesos violentos, o al menos se le atribuye cierto toque de maldad personal o cuando menos de compasión de su entorno. Si esto no es una visión estigmatizante de estas personas se le parece mucho.

### **La necesaria homogeneidad**

Se suele definir la psiquiatría como la especialidad médica que se ocupa del diagnóstico, tratamiento y estudio, en definitiva, de las enfermedades mentales. En realidad la práctica diaria de sus profesionales (afirma la corriente de antipsiquiatría) atiende problemas personales y sociales. Los seguidores de esta teoría afirman que la psiquiatría, en realidad, ha sido utilizada históricamente para excluir a los disidentes que amenazaban la paz social.

Siendo indiscutible (y necesaria) sin embargo la sustantividad de esta ciencia dentro de las existentes en el entorno de la Medicina, se postula la conveniencia de su integración en el conjunto del sistema asistencial y la articulación junto con el resto de los profesionales sanitarios en condiciones de igualdad. La corriente de la desinstitucionalización formuló rotundamente aquello que no debía de ser, pero este planteamiento inequívoco no vino acompañado de la imprescindible contrapartida: dotación de medios para la alternativa a las antiguas tesis manicomiales.

Es preciso enfatizar que cuando hablamos de enfermedad mental no lo estamos haciendo de una realidad lejana a la mayoría de la sociedad y extraña a la misma. Hay que decir que de las 10 primeras causas de discapacidad en el mundo, la mitad se encuentran en el terreno psiquiátrico y de todas ellas la depresión es la primera. El 40 por ciento de las personas sufren, en algún momento de su vida, trastornos de este tipo. Pues bien a pesar de estas

evidencias, en los países desarrollados, se dedica tan sólo un 1 por ciento del presupuesto sanitario a salud mental.

Se manejan presupuestos sanitarios orientados a la lucha (¿erradicación?) de las enfermedades como enemigos a batir. Esto, hoy ya, es difícilmente sostenible incluso respecto de las enfermedades infecciosas. Este mensaje, familiar para cualquier médico y desde luego para un psiquiatra, es una muestra de la decadencia del modelo tradicional de la Medicina y, como no, de la psiquiatría.

No quiero extenderme más en esta introducción. Haré mi exposición con un tratamiento general de las cuestiones a analizar en la práctica clínica y ello sin perjuicio de las necesarias concreciones en la psiquiatría cuando sean procedentes, en el obligado marco de la enfermedad mental como agente de distorsión de la autonomía, como una auténtica patología de la libertad, como tendré ocasión de mostrarles.

## SUPUESTO PRACTICO

Rogelio padecía una neurosis obsesiva crónica, sin respuesta a los tratamientos farmacológicos instaurados desde largo tiempo atrás, que le invalidaba en su autonomía personal y que le había condicionado tres intentos de suicidio.

Esta falta de respuesta y la grave incapacidad que le suponía habían determinado el consejo facultativo de ponerse en manos de un neurocirujano para ser sometido a una electrocoagulación mediante radiofrecuencia. Suponía la realización de dos trepanaciones craneales con el objeto de introducir unos electrodos en el cerebro y, por la administración de calor, lograr sendas capsulotomías. Fue informado del riesgo de morbilidad del 3% y de mortalidad del 1% en el citado proceso terapéutico, al propio tiempo que de la posibilidad de abordar la intervención mediante radiocirugía con cobalto – 60, técnica de menor riesgo que la anteriormente mencionada. Se le explicó que mediante la radiocirugía la irradiación se acomete con un foco externo a la cabeza, de rayos gamma, por procedimiento estereotáctico, con una unidad de cobalto – 60. Al propio tiempo se le hizo saber que este tipo de intervención ocasiona náuseas y vómitos (de remisión espontánea), siendo su morbilidad muy inferior (entre un 1 y un 3% en este caso) a la que corresponde a la radiofrecuencia, careciendo, además, del riesgo de mortalidad.

Aceptó Rogelio ser intervenido mediante radiocirugía firmando a tal efecto el oportuno documento de Consentimiento Informado. Transcurrido un tiempo, y manteniendo la sintomatología y perturbaciones propias de la enfermedad, entendiéndolo que había fracasado la técnica llevada a cabo decidió someterse a una nueva intervención por radiofrecuencia.

Se puso en manos de otro neurocirujano que le practicó dicha acción terapéutica mediante una capsulotomía anterior derecha, sin intervenir el lado izquierdo al observar (mediante un TAC) imágenes hipodensas en la región frontomedial izquierda. Esta intervención le aportó una remisión inmediata de su neurosis.

Meses después ingresaron a Rogelio sus familiares en un hospital por presentar un cuadro de confusión mental, delirio, dificultad para hablar y leer y escribir así como torpeza motora. Las antes citadas manchas hipodensas fueron interpretadas como zonas de radionecrosis y la sintomatología de la que era portador como un efecto del edema producido por las radionecrosis. Todo ello pudo ser confirmado mediante pruebas anatomopatológicas llevada a cabo al efecto.

Se le instauró tratamiento medicamentoso con corticoides (dexametasona) en altas dosis, durante varios años, para tratar el edema y a causa de lo cual acabó desarrollando un síndrome de Cushing iatrogénico que le ocasionó, finalmente, la muerte por infección a causa de una bronconeumonía.

La familia del enfermo demandó, por imprudencia profesional, al neurocirujano, al especialista en radioterapia y a la clínica en donde se había llevado a cabo la intervención.

---

**1.-** Analice la posible capacidad de decidir, en el caso que se relata, en base a dos condicionantes: La situación mental de Rogelio y la información recibida.

**2.-** ¿El orden de las intervenciones abordadas, en función del riesgo de las mismas y de la ecuación riesgo beneficio fue correcto?

**3.-** Apareció una relación clara de causalidad entre la radiocirugía y la radionecrosis y otra relación, por su parte, entre la medicación y el fallecimiento por consecuencia no deseada de aquella. ¿Puede deducirse alguna responsabilidad al respecto, en alguno de los dos casos?

**4.-** Bajo esta situación diagnóstica y estas pautas terapéuticas ¿Hubiera Ud. Introducido alguna variante?

**5.-** Añada cualquier otro comentario que estime de interés en este caso.

Sentencia 365 del Juzgado número 13 de los de lo Penal de Barcelona

## SUPUESTO PRACTICO

Olvido, casada y con tres hijos de corta edad, llevaba una vida sentimental en extremo inestable lo que acabó afectándole seriamente y haciéndole precisar de asistencia psiquiátrica. En el curso de las consultas con el Doctor Amigo le fue, lógicamente, confiando la totalidad de sus inquietudes y problemas, con todo el lujo de detalles y pormenores que su asistencia hacía preciso.

Su vida matrimonial no encontró, finalmente, remedio y hubo de separarse de su marido, llegando, más adelante al proceso judicial de divorcio. En estos últimos tramites recibió Olvido, un día, la sorpresa de encontrarse, en el Juzgado de Familia, al Dr. Amigo como testigo del marido y en contra de ella. El facultativo, en aquella ocasión, presentó un amplio informe, cuajado de detalles, en el que aseguraba, entre otras cosas, que la paciente era una persona histriónica, inmadura y narcisista con notorias incapacidades para mantener una vida afectiva estable y atender al cuidado de sus hijos. Aconsejaba, en consecuencia, que la custodia de los hijos se atribuyera al padre.

Olvido denunció al psiquiatra por violación del secreto profesional y quebrantamiento del respeto a la intimidad que le había confiado en el curso de las consultas mantenidas con él. Presentó denuncia ante la Comisión Deontológica del Colegio Oficial de Médicos.

El Doctor Amigo alegó en su defensa que con su actuación no quería perjudicar, en modo alguno, los intereses de Olvido ni atentar contra ella y que su motivación no era otra que el bien de los menores.

Este asunto se siguió bajo el criterio indemnizatorio en la forma de proceso civil y en esta sede jurisdiccional.

---

1.- ¿ Le parece correcta la actuación del facultativo ? El hecho de haber actuado, de forma previa, con carácter profesional respecto de Olvido ¿ le inhabilita, acaso, en lo sucesivo para cualquier actuación respecto de ella ?

2.- ¿ Piensa que quizás ella quiso limitar la independencia profesional del psiquiatra, porque le perjudicaba su criterio?

**3.-** ¿ Era libre el marido para solicitar la opinión de un profesional a su favor ? ¿ Incluso conociendo que había tratado a Olvido, su esposa ?

**4.-** ¿ Le parece que, en realidad, cada uno de los protagonistas de esta historia (psiquiatra, marido y paciente) solamente defendía legalmente sus intereses ? Si no fuera así, ¿ Cual es el elemento diferenciador de cada uno de ellos ?

Sentencia de la Audiencia Provincial de Madrid de 16 de Mayo de 2000.

## SUPUESTO PRACTICO

Luis es un enfermo diagnosticado de esquizofrenia paranoide de larga evolución y que le ha ocasionado un notable deterioro personal y relacional. Ha abandonado sus estudios, sus relaciones sociales y se encuentra en difícil relación en el medio familiar, en el que desarrolla con frecuencia crisis de alta agresividad. A su madre lleva varios años amenazándola de muerte y en ocasiones ha de encerrarse para protegerse de Luis.

Damián, guardia civil de profesión, padre del enfermo acaba de jubilarse y ello ha contribuido a aliviar la angustia de su esposa al compartir su tiempo con ella en la casa y controlar, relativamente, la situación.

Luis era objeto de atención por su familia, quien le procuraba seguimiento regular por un psiquiatra. En una de las visitas el paciente le confió al facultativo que estaba pasando una temporada muy inquieto y que, a pesar de la medicación estricta que llevaba, oía voces y sentía sensación de un ataque inminente con gran angustia. Le pedía al psiquiatra que le ayudase pues presentía una desgracia. El psiquiatra reordenó la pauta terapéutica variando la prescripción farmacológica y comunicando a la familia la inquietud que aquejaba a Luis.

Dos días después, en una fría tarde de invierno, se encontraba Luis siguiendo al gato con el que convivía la familia, por las habitaciones de la casa, para atraparlo. En el curso de la persecución se encaramó el animal en lo alto del armario del dormitorio de los padres de Luis, en cuyo lugar descubrió éste el arma reglamentaria que su padre guardaba allí. Ocultándola bajo un grueso jersey que se puso salió con ella a la calle en donde al poco tiempo, entre el ruido exterior y la aglomeración de gente comenzó a sentirse mal. Al doblar una esquina se tropezó con tres niños que corrían seguidos por su madre que les acababa de sacar de la guardería próxima. En el estado de excitación que llevaba Luis, extrajo el arma y disparó repetidamente contra las criaturas y la madre que les acompañaba. Produjo la muerte de los niños y graves heridas a la madre.

---

1.- ¿ Qué le parece que ha fallado para que Luis tomase el arrebato homicida de tan graves consecuencias ?

2.- A su juicio ¿Podría haber sido evitado este triste suceso? ¿Cómo?

3.- El facultativo ¿Debió de informar de la situación de Luis? ¿A quien? Si lo hubiera hecho ¿Habría quebrantado el secreto profesional con Luis? ¿Es ésta una colisión sin solución?

4.- A la hora de buscar culpables analice a cada persona interviniente en esta historia: Luis ¿acaso su enfermedad le convierte en un hecho como éste en un inimputable?. Los padres de Luis ¿pudieran haber incurrido en algún tipo de responsabilidad en este caso?

Caso basado en la Sentencia de 5 de Marzo de 1997, Sala de lo Civil, del Tribunal Supremop.

## SUPUESTO PRACTICO

Se presentó Daniel en la Unidad de Urgencias del Hospital Virgen del Mar manifestando a una enfermera que le atendía, mientras llegaba el facultativo de guardia, que había ingerido diez pastillas de Deprancol (dextropropoxifeno) al propio tiempo que le mostró el frasco vacío de dicho fármaco que llevaba en un bolsillo del pantalón. La enfermera ante la tardanza del médico que esperaba decidió ir a buscarle e insistió a Daniel que no se moviera del box en el que se encontraban.

El enfermo al verse sólo entró en un estado de ansiedad y agitación e intentó escapar agrediendo a aquellos profesionales que le querían reducir. Finalmente fue controlado por el personal de seguridad que acudió avisado al lugar de los hechos. Hubo de serle colocada contención mecánica en pies, manos y abdomen y le fue inyectado un cóctel sedante compuesto por una ampolla de 5 mg. de Haloperidol, otra de Sinogán y otra más de Frinova.

Se anotó el estado del paciente: consciente, desorientado, con lenguaje incoherente y de contenido delirante en estado agresivo. El diagnóstico fue de brote psicótico agudo. Fue sometido a vigilancia y posteriormente trasladado al hospital psiquiátrico en donde le fue administrado un nuevo cóctel sedante, esta vez compuesto de Haloperidol, Sinogán y Akinetón.

Una hora después del ingreso en este centro presentó Daniel, bruscamente, una parada cardiorrespiratoria que, a pesar de las maniobras de reanimación, sostenidas durante 45 minutos, motivó su fallecimiento. La causa del óbito se estableció anoxia de origen central, con afectación de los centros automáticos bulbares. La causa fundamental determinante se estimó que había sido la intoxicación por propoxifeno, según coincidieron el Instituto de Toxicología, la Cátedra de Medicina Legal de Oviedo y la Escuela de Medicina Legal. Los cócteles sedantes, según estas instancias científicas, estaban contraindicados ante una intoxicación por Deprancol, ya que aquellos potenciaban el efecto sedante de aquel fármaco. El antídoto adecuado, para la intoxicación que presentaba Daniel, había sido Naloxone. Según el informe científico citado, además de la administración de Naloxone, hubiera sido necesario el ingreso del enfermo en una unidad de cuidados intensivos para atender su parada.

En la historia clínica de Daniel, en el hospital psiquiátrico, constaba el antecedente de un diagnóstico de trastorno de la personalidad, agresividad y depresión. A veces había presentado ideas delirantes por posible esquizofrenia y en tres ocasiones fue ingresado por intento de suicidio, las dos últimas mediante ingestión de barbitúricos.

1.- ¿Le parece que en la actuación clínica llevada a cabo con Daniel se hizo algo que no debió de hacerse? El qué y por qué razón.

2.- ¿Quizás se omitió alguna acción que debió de llevarse a cabo? ¿En cual de los dos hospitales que atendieron al enfermo?

3.- ¿Qué persona o personas pueden considerarse responsables de lo sucedido?

4.- Añada cualquier otra cuestión que entienda de interés en este asunto.

Sentencia de la Audiencia Provincial de León de 12 de Noviembre de 1997.