

Negativa a recibir tratamiento: una situación difícil que requiere una valoración multidimensional

L.M. Guerra-Cazorla^a, R. Palma-Caselles^b, M. Navío-Acosta^c, L.F. Agüera-Ortiz^c

Introducción. Los casos de negativa voluntaria a recibir tratamiento suponen un reto en la práctica clínica habitual. En principio, éste es un derecho de los pacientes amparado legalmente por la Ley General de Sanidad, pero en ocasiones puede ser el síntoma guía para llegar al diagnóstico de un trastorno cognitivo o afectivo subyacente, que inhabilita tal derecho. **Caso clínico.** Varón de 79 años que ingresó en el Servicio de Urología de forma programada para someterse a una cirugía prostática. Al ingreso se detectó una bradicardia asintomática, por lo que se suspendió la intervención hasta una nueva valoración. A partir de ese momento, el paciente comenzó a presentar una actitud de negativa frente a la toma de la medicación. En la exploración sólo destacaba cierta actitud suspicaz y un estado de ánimo subdepresivo, con abulia y sentimientos de minusvalía. A lo largo del ingreso se le realizaron varios test neuropsicológicos y una tomografía computarizada por emisión de fotón único cerebral, encontrándose un deterioro de la función frontal compatible con un deterioro primario frontotemporal. Al analizar la esfera sociofamiliar se observó una relación disfuncional con una de las hijas que tanto el paciente como ésta minimizaban. **Conclusiones.** Este caso ilustra la complejidad de la valoración psiquiátrica del paciente anciano que rechaza recibir tratamiento. En general nos encontramos ante un problema multifactorial en el que confluyen aspectos cognitivos, psicopatológicos, emocionales y sociales. Por ello, es importante realizar una valoración integrativa que pueda arrojar luz sobre los distintos componentes de la decisión del paciente.

Palabras clave. Deterioro cognitivo frontotemporal. Negativa voluntaria. Trastorno afectivo. Valoración psiquiátrica.

Refusal to receive treatment: a difficult situation that requires a multidimensional evaluation

Introduction. Cases of voluntary refusal to receive treatment represent a challenge for health care professionals in everyday clinical practice. In principle, patients are legally entitled to this right by the Ley General de Sanidad (General Health Care Act), but sometimes the guiding symptom that will allow the specialist to diagnose an underlying cognitive or affective disorder might invalidate such a right. **Case report.** A 79-year-old male who was admitted to the Urology Service, as programmed, to undergo prostate surgery. On admission asymptomatic bradycardia was detected, and consequently the operation was postponed until the results of a new evaluation were available. From that moment onwards, the patient began to display a negative attitude towards taking his medicine. In the examination the only salient features were a certain distrustful attitude and a sub-depressive mood, with aboulia and feelings of disability. Throughout his stay in hospital several neuropsychological tests were performed, as well as a single-photon emission tomography brain scan, which revealed impairment of frontal functioning consistent with frontotemporal primary impairment. An analysis of the patient's socio-familial sphere showed a dysfunctional relationship with one of the daughters, which both the patient and the daughter played down. **Conclusions.** This case illustrates the complexity involved in the psychiatric assessment of elderly patients who refuse to receive treatment. In general we are dealing with a multifactorial problem in which cognitive, psychopathological, emotional and social aspects all converge. It is thus important to carry out an integrating evaluation that can shed light on the different components of the decision made by the patient.

Key words. Affective disorder. Frontotemporal cognitive impairment. Psychiatric evaluation. Voluntary refusal.

- ^a Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.
- ^b Servicio de Geriátrica. Hospital Universitario de Getafe.
- ^c Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid, España.

Correspondencia:

Dra. Luz Marina Guerra Cazorla. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Barranco de la Ballena, s/n. E-35010 Las Palmas de Gran Canaria.

E-mail:

divarosalinda@hotmail.com

Introducción

Los casos de negativa voluntaria a recibir tratamiento suponen un reto en la práctica clínica habitual. Este derecho de los pacientes se encuentra amparado legalmente por la Ley General de Sanidad 41/2002 [1], que establece la autonomía del paciente para tomar decisiones acerca de su tratamiento siempre que se cumplan al menos tres condiciones [2]: actuar voluntariamente; tener información suficiente sobre la decisión que va a tomar, es decir, sobre el objetivo de la decisión, sus riesgos, beneficios y alternativas posibles; y tener capacidad, esto es, poseer una serie de aptitudes psicológicas (cognitivas, volitivas y afectivas) que le permitan conocer, valorar y gestionar adecuadamente la información anterior, tomar una decisión y expresarla.

Un aspecto importante a tener en cuenta es que dicha capacidad debe presumirse siempre, salvo que exista, lógicamente, una sentencia de incapacitación [2]. Sin embargo, existen algunas situaciones que deberían obligar al médico a realizar una valoración de esa capacidad, como por ejemplo que el paciente rechace un tratamiento que está claramente indicado en su caso y no consiga argumentar los motivos con claridad, o se base en ideas y presupuestos excesivamente irracionales [2].

La valoración de esta competencia para consentir un tratamiento médico es probablemente la más solicitada al psiquiatra por el resto de especialistas y, por consiguiente, la más investigada. Los criterios para establecer esta competencia se relacionan íntimamente con las capacidades generales para tomar decisiones [3], que son: comprender la información relevante para tomar la decisión, manipular la información racionalmente, apreciar la situación y sus consecuencias, y comunicar sus elecciones y decisiones.

En general, las investigaciones que han examinado las correlaciones neuropsicológicas de la competencia para consentir un tratamiento en pacientes con demencia han demostrado que ésta se relaciona con la función ejecutiva y con el buen funcionamiento del lóbulo frontal [3].

El conocimiento de todas estas consideraciones es de vital importancia a la hora de enfrentarse a un paciente que se niega a recibir tratamiento, ya que este deseo puede ser el síntoma guía para llegar al diagnóstico de un trastorno cognitivo o afectivo subyacente, que inhabilite la aplicación del principio de autonomía en la toma de decisiones.

Caso clínico

Varón de 79 años que ingresó en el Servicio de Urología de forma programada para someterse a una cirugía de próstata. Se trataba de un paciente viudo desde hacía seis años, con dos hijas ya independizadas. Desde abril de 2009 se encontraba institucionalizado debido a complicaciones médicas que requieren un cuidado médico estrecho. Previamente era independiente para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

Como antecedentes médicos destacaba la presencia de hipertensión arterial, cardiopatía isquémica crónica revascularizada, aneurisma de aorta abdominal, gastrectomía secundaria a úlcera gástrica, temblor esencial e hiperplasia prostática benigna.

No había presentado antecedentes psiquiátricos de interés hasta hacía un año aproximadamente, cuando mostró un posible episodio maniaco un mes y medio después del fallecimiento de un hermano, aunque no parecía existir una clara relación causal con este acontecimiento. Por dicho motivo requirió ingreso hospitalario en un servicio de psiquiatría durante 45 días. Al alta estuvo en seguimiento en su centro de salud mental de zona hasta dos meses después, momento en el cual requirió un nuevo ingreso psiquiátrico, esta vez con diagnóstico de episodio depresivo mayor y riesgo de suicidio. No tomaba ningún psicofármaco ni era seguido por el centro de salud mental.

Con respecto a sus antecedentes biográficos significativos, el paciente mantenía una relación extramatrimonial desde hacía más de diez años, que nunca llegó a formalizarse a pesar de las intenciones de éste, y que de forma secundaria había provocado un distanciamiento entre él y una de sus hijas. Además, parecía existir una relación conflictiva entre ambas hijas.

Al ingreso, se detectó una bradicardia asintomática, por lo que se suspendió la cirugía hasta su valoración por el Servicio de Cardiología. A partir de ese momento, el paciente comenzó a presentar una actitud de negativa frente a la toma de la medicación. Por dicho motivo se solicitó una valoración psiquiátrica. Los motivos que daba el paciente para tomar tal decisión eran: 'ya soy demasiado mayor' y 'los fármacos no son necesarios y no me van a ayudar en nada'. A pesar de explicarle en varias ocasiones la necesidad de tratamiento y las implicaciones y consecuencias de no tomarlo, se reafirmó en su creencia, siendo

ésta irreductible a posteriores argumentaciones. Por otro lado, negaba haber ingresado en un servicio de psiquiatría y mantenía una actitud minimizadora y negadora tanto de su sintomatología como de los hechos vitales importantes ocurridos en el pasado.

En la exploración psicopatológica el paciente se mostraba consciente, globalmente orientado, alerta y atento, colaborador y abordable, con comportamiento en general adecuado, aunque con una actitud minimizadora y suspicaz en algunos momentos de la entrevista. Se observaba un temblor intencional de miembros superiores, ya conocido, sin otras alteraciones psicomotoras. Mantenía un discurso fluido y espontáneo, formalmente correcto, sin alteraciones en su curso y contenido. Mostraba un ánimo subdepresivo, abulia y sentimientos de minusvalía, pero no ansiedad referida o manifiesta, ni ideación de muerte estructurada, alteraciones sensorio-perceptivas, auto o heteroagresividad. Mantenía un juicio de la realidad conservado y no sufría alteraciones del sueño ni de la ingesta.

En las intervenciones psiquiátricas posteriores se llevaron a cabo varios test neuropsicológicos para evaluar su estado cognitivo:

- *Fototest*: 33 puntos, normal.
- *Frontal Assessment Battery*: 14,5 puntos sobre 18, en el límite de la normalidad/deterioro frontal.
- *Trail Making Test*: parte A en 90 s y parte B superior a 480 s, claramente patológico [4] e indicativo de problema disejecutivo.
- *Dibujo de las frisas de Luria*: patológico.

Tras los resultados en las pruebas anteriores, sugerentes de disfunción frontal, se solicitó la realización de una tomografía computarizada por emisión de fotón único (SPECT) cerebral, que objetivó leve atrofia cortical y deterioro de la perfusión frontotemporal bilateral, compatible con deterioro primario frontotemporal (Figura).

Es de destacar que el paciente no mostraba rechazo a la realización de pruebas complementarias e intervenciones, tanto del Servicio de Psiquiatría como del de Cardiología, pero no se pudo conseguir la aceptación de la toma de medicamento. Debido a ello, y al bajo riesgo vital en el momento de la hospitalización, se decidió finalmente el aplazamiento temporal de la cirugía prostática y se recomendó, tras el alta hospitala-

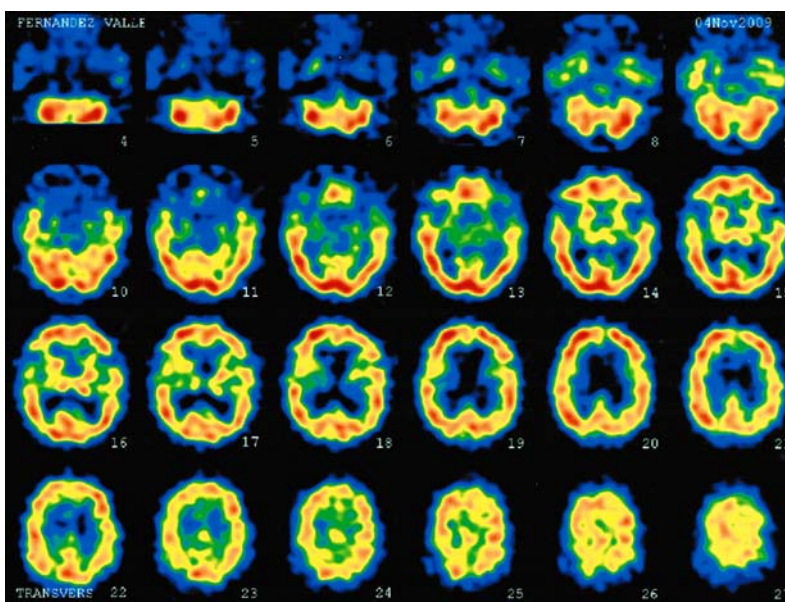


Figura. SPECT cerebral con cortes transversales en los que se observan signos de leve atrofia cortical y deterioro de la perfusión frontotemporal bilateral de características primarias, compatible con deterioro primario frontotemporal.

ria, el seguimiento ambulatorio por parte de los Servicios de Psiquiatría o Geriátrica del deterioro cognitivo frontotemporal.

Discusión

El primer paso a la hora de evaluar a un paciente que rechaza tomar un tratamiento que está claramente indicado y no consigue argumentar los motivos con claridad es valorar su capacidad para tomar decisiones.

En el caso presentado, encontramos una dificultad para la comprensión de la naturaleza y magnitud del problema, además de una incapacidad para comparar los beneficios y riesgos de las diferentes opciones terapéuticas y de entender las consecuencias de la decisión de no tomar medicación, no aportando una argumentación lógica a tal decisión.

Al realizar el análisis de los posibles factores que condicionan tal incapacidad nos encontramos en este paciente con varios de ellos. En primer lugar, una disfunción frontal objetivada a través de los test neuropsicológicos y de la SPECT

cerebral, lo que sugiere el diagnóstico de probable demencia frontotemporal incipiente. El hecho de haber presentado un primer episodio maníaco de inicio tardío también podría apoyar esta sospecha diagnóstica.

En segundo lugar, existe la posibilidad de que un trastorno afectivo pudiera condicionar esta actitud. Las personas ancianas pueden estar especialmente predispuestas a conductas que, aunque no sean directamente suicidas, aumenten la probabilidad de morir, como no tomar la medicación prescrita. Esta conducta autodestructiva indirecta es más frecuente en pacientes institucionalizados y podría considerarse como una 'sustitución' de actos suicidas en pacientes físicamente enfermos y dependientes [3]. En este caso, el paciente presentó dos episodios afectivos previos y hubiéramos podido hallarnos ante un tercero. Los datos de la exploración sugerían un ánimo subdepresivo, pero era llamativo el hecho de que el negativismo fuera parcial, al mostrarse colaborador en el resto de los aspectos diagnósticos y terapéuticos, y presentando una ideación de muerte poco estructurada y fluctuante, por lo que la posibilidad del suicidio encubierto era poco probable.

En tercer lugar, cabe destacar la influencia de la esfera sociofamiliar. Durante el ingreso, a pesar de la actitud colaboradora de la hija mayor y de su deseo de desinstitucionalización del paciente, comprobamos la existencia de una relación disfuncional entre ambos (inversión de roles, coacción, agresividad de la hija, etc.). Esta situación era minimizada por los dos. En este contexto, la actitud del paciente podría entenderse como una forma de protesta y de rebeldía frente a la posible situación de dependencia del paciente respecto a la hija.

Este caso ilustra la complejidad de la valoración psiquiátrica del paciente anciano que rechaza recibir tratamiento. En general nos encontramos ante un problema en el que confluyen aspectos cog-

nitivos, psicopatológicos, emocionales y sociales. Por ello, es importante realizar una valoración integrativa que pueda arrojar luz sobre los distintos componentes de la decisión del paciente. Primero, ha de valorarse la clínica psiquiátrica con especial énfasis en la posible ideación delirante, así como la presencia de clínica afectiva y la potencial ideación autolítica expresada o encubierta. En segundo lugar, es imprescindible la valoración de las funciones superiores, que siempre ha de incluir la valoración de las funciones ejecutivas y frontales. Finalmente, ha de obtenerse información acerca de las relaciones sociales y familiares del paciente, así como los acontecimientos que hayan podido desencadenar o facilitar este tipo de actitudes.

En conclusión, la valoración de la negativa de un paciente a recibir tratamiento es un acto complejo que requiere un abordaje también complejo y multidimensional.

Bibliografía

1. 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. BOE n.º 274, de 15 de noviembre de 2002. p. 40126-32.
2. Simón-Lorda P. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2008; 28: 325-48.
3. Jacoby R, Oppenheimer C. *Psiquiatría en el anciano*. 1 ed. London: Masson; 2005.
4. Ashendorf L, Jefferson AL, O'Connor MK, Chaisson C, Green RC, Stern RA. Trail Making Test errors in normal aging, mild cognitive impairment, and dementia. *Arch Clin Neuropsychol* 2008; 23: 129-37.