

Análisis de casos de pacientes psiquiátricos

Analysis of cases of psychiatric patients

Carina Gómez Fröde*

RESUMEN

Este artículo presenta cinco casos de pacientes psiquiátricos con una pobre red familiar. ¿Qué se puede hacer cuando no hay familia que cuide y atienda al enfermo mental, o cuando la familia no cuenta con las capacidades y habilidades necesarias para enfrentar esta situación? Si bien el tratamiento y la reinserción social mejoran cuando una familia comprometida y responsable se implica y acompaña al paciente en el proceso, ¿qué se hace si no existe familia alguna para acompañar al enfermo? ¿Qué papel juega el estado social y las políticas públicas en la atención de esta problemática? La Convención de Derechos de las Personas con Discapacidades creó un derecho nuevo: el derecho a vivir en la comunidad. Este derecho implica que las personas vivan en la comunidad y accedan a los mismos servicios que todos, en lugar de estar institucionalizadas y asignadas a *ghettos* administrativos. Éste es el gran reto.

Palabras clave: Enfermedad mental, apoyo familiar, trato digno, necesidad de nuevos modelos de apoyo.

ABSTRACT

This article presents five cases of psychiatric patients with a poor family network. What can be done when there is no family to take care of the mentally ill, or when the family does not have the necessary skills and abilities to face this situation? Although treatment and social reintegration improve when a committed and responsible family is involved and accompanies the patient in the process, what is done if there is no family to accompany the patient? What role does the social state and public policies play in addressing this problem? The Convention on the Rights of Persons with Disabilities created a new right: the right to live in the community. This right implies that people live in the community and access the same services as everyone, instead of being institutionalized and assigned to administrative ghettos. This is the great challenge.

Keywords: Mental illness, family support, dignified treatment, need for new support models.

* Doctora en Derecho por el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México. Es actualmente Directora General de Arbitraje Médico en la CONAMED. Fue jefa de la Unidad de Postgrado de la Facultad de Derecho de la UNAM y Directora del Seminario de Derecho Procesal. Fundadora de la videoteca jurídica de dicha institución. Abogada postulante en derecho procesal familiar y autora, entre otros, de *Derecho Procesal Familiar* (Porrúa) y *El arte cinematográfico para la enseñanza del derecho y de la teoría general del proceso* (Tirant Lo Blanche). Es miembro de la Asociación Internacional de Derecho Procesal, Vicepresidente por México, Centroamérica y el Caribe del Instituto Iberoamericano de Derecho Procesal y Expresidente del Colegio Nacional de Profesores de Derecho Procesal.

Correspondencia: CGF, cgomez@conamed.gob.mx
freude.carina@gmail.com

Conflicto de intereses:
La autora declara que no tiene.

Citar como: Gómez-Fröde C. *Análisis de casos de pacientes psiquiátricos*. Rev CONAMED 2019; 24(2): 95-104.

Financiamiento:
Ninguno.

Recibido: 18/07/2018.
Aceptado: 21/02/2019.

www.medigraphic.org.mx

INTRODUCCIÓN

Probablemente no exista otro ámbito de la salud cuyos usuarios y usuarias hayan sido objeto de maltrato y vejaciones que pueda compararse con lo que han sufrido el colectivo de personas con un trastorno mental. ¿Cuáles han sido los «tratamientos» que se les han aplicado a través de la historia?¹

En México, la Castañeda fue una institución modelo, que reflejaría el afán modernizador del país por el gobierno porfirista y un espacio de especialización y actualización para los profesionales de la medicina; sin embargo, se convirtió en un sitio de horror.

Según la historiadora Cristina Sacristán,² la Castañeda no es más que «un mal sueño para la psiquiatría mexicana», por el mal cuidado que recibían los pacientes, la negligencia médica que sufrían, las terribles condiciones sanitarias e incluso por ser víctimas de tortura. La construcción estaba diseñada para albergar a mil quinientos pacientes, y tenían a más de tres mil quinientos atendidos por un muy deficiente cuerpo médico, lo que hizo que se convirtiera en un lugar de sufrimiento.

Los centros psiquiátricos se convirtieron en un almacén de enfermos donde el objetivo fundamental era su custodia y su alejamiento de la sociedad.

Durante siglos, parte de la sociedad occidental, al referirse a personas con discapacidad mental, se les ofendía con peyorativos como tarados, enajenados, imbéciles, idiotas, débiles mentales, retrasados, etc. Hoy en día, la Organización Mundial de la Salud prefiere calificar estos padecimientos como trastornos mentales o patologías psicológicas. Con el desarrollo de las teorías de protección de los Derechos Humanos de las personas, el paradigma del trato inhumano dentro de los hogares y los psiquiátricos pretende ser modificado. Pero ante un problema tan complejo, en la actualidad se sostiene que tanto el paciente como su familia deben colaborar para mejorar el cumplimiento del tratamiento y evitar el aislamiento o abandono. Sin embargo, ¿qué se puede hacer cuando no hay familia que cuide y atienda al enfermo mental, o cuando la familia no cuenta con las capacidades y habilidades necesarias para enfrentar esta situación? Si bien el tratamiento y la reinserción social mejoran cuando una familia comprometida y

responsable se implica y acompaña al paciente en el proceso, ¿qué se hace si no existe familia alguna para acompañar al enfermo? ¿Qué papel juega el estado social y las políticas públicas en la atención de esta problemática? La Convención de Derechos de las Personas con Discapacidades creó un derecho nuevo: el derecho a vivir en la comunidad. Este derecho implica que las personas vivan en la comunidad y accedan a los mismos servicios que todos, en lugar de estar institucionalizadas y asignadas a *ghettos* administrativos. Éste es el gran reto.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presentan a continuación cinco casos de pacientes psiquiátricos derivados de quejas o denuncias presentadas por el propio paciente o por sus familiares en contra de personal de salud y que fueron resueltas por médicos y abogados de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. En todos los casos observamos una pobre red de apoyo familiar. Impotencia y desesperación del personal de salud para atender estos casos. Falta de opciones ante la cruda realidad.

Caso 1

El caso a analizar corresponde a un paciente masculino, de 57 años de edad, con antecedentes de trastornos de la conducta antisocial desde los 20 años, con múltiples ingresos a hospitales psiquiátricos, con adicción a drogas psicoactivas y esquizofrenia paranoide. Ha estado en confinamiento en reclusorio durante 15 años por delito de robo. Tiene antecedentes de hipertensión arterial sistémica de largo tiempo de evolución, en control con diversos medicamentos. Es el tercer hijo de una familia de cinco hermanos, sin padre (finado) y familia disfuncional. Madre de 82 años, activa, en línea de pobreza, quien padece tumor meníngeo en tallo cerebral, no operable, de pobre pronóstico a mediano plazo. El último internamiento, motivo del presente análisis, por los diagnósticos de trastorno mental por conducta antisocial y del comportamiento relacionado a consumo de drogas. Fue llevado por la madre y dos de sus hermanos, quienes firmaron como responsables directos del cuidado del paciente, y signaron el correspondiente consentimiento

informado en nombre del paciente, en donde se comprometieron a recibirlo en cuanto fuese dado de alta. Durante los 14 años de internamiento se describió que fueron pocas las visitas que tuvo el paciente por parte de sus familiares. Tuvo tratamiento farmacológico intrahospitalario continuado a base de carbamacepina, haloperidol, olanzapina, y clonacepam, en que se concluyó que, del trastorno mental y del comportamiento secundario a drogas y trastornos de personalidad antisocial, se encontraba ya con síntomas residuales, sin conductas agresivas, sin errores de juicio grave, ni reportes de agresión durante su estancia. Fue en dos ocasiones que el equipo multidisciplinario de salud determinó darlo de alta hospitalaria, en ambos la decisión de su egreso se basó en términos de mejoría y máximo beneficio, en ambos fueron previamente analizado y consensuado por un equipo colegiado de expertos multidisciplinario de la institución, cuyo plan siempre consistió en dar continuidad a la medicación prescrita y seguimiento de sus problemas psiquiátricos por la consulta externa de la especialidad. En sendas ocasiones se intentó, por el Servicio de Trabajo Social, contactar con los responsables del paciente. En reunión de la madre y uno de sus hermanos con los especialistas del hospital psiquiátrico (tres meses después de la decisión médica de su egreso), se les informó del alta hospitalaria, los familiares la objetaron aduciendo no tener dónde recibirlo. Está registrado que en 26 ocasiones distintas, se intentó avisar a los familiares de la segunda alta hospitalaria, y al no acudir después de varios avisos e intentos de localización de los familiares, personal del hospital (un médico psiquiatra, una enfermera y un camillero) acudieron cuatro meses después de la fecha del alta y múltiples avisos, a entregarlo al domicilio de la madre, quien finalmente lo recibió, pero se inconformó por este hecho. De tal manera que poco tiempo después, de ese mismo día, la madre acudió en taxi con el paciente para abandonarlo frente del hospital. Se intentó dar aviso al Ministerio Público sin éxito, debido a que la autoridad consideró que el paciente como adulto podía tomar sus propias decisiones y en ese sentido sólo él podría solicitar de manera voluntaria la atención médica o bien quedarse en su núcleo familiar. Se intentó

en 10 ocasiones después de su alta, por parte del personal de Trabajo Social, contactar con los responsables legales del cuidado del paciente para coordinar con ellos su cuidado, su asistencia a los controles médicos en la consulta externa de la especialidad, así como continuar proporcionando la medicación requerida, incluso en nota de Trabajo Social se le ofrece a la madre y a uno de los hermanos responsables mediar en los trámites para ingreso a un C.A.I.S. (Centro de Atención e Integración Social), pero alegaron los familiares no tener tiempo para hacerlo. Finalmente, y ante el reclamo de la madre ante la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se ofreció y se realizó, como medio conciliatorio, una evaluación de las condiciones de salud del paciente, por el equipo multidisciplinario del hospital psiquiátrico donde llegaron a las mismas conclusiones diagnósticas iniciales de su alta: de ser un paciente sólo con síntomas residuales que requería continuar su tratamiento como externo aunado a la indispensable reinserción a su núcleo familiar y social.

En este caso, se observa la negación de la familia para poder afrontar el problema y hacerse cargo de su familiar. La madre incluso denunció la violación a sus Derechos Humanos porque no estuvo de acuerdo con el alta médica y consideró que su hijo debía «permanecer de por vida» internado en el hospital psiquiátrico. También se destacan los esfuerzos del personal de salud para tratar sin éxito de reintegrarlo al seno familiar. Sin embargo, no existe máximo beneficio alguno al dar de alta a este paciente, ya que la madre es una anciana mayor que vive en línea de pobreza y que no tiene la capacidad para hacerse cargo de su hijo. Por ello, no es posible utilizar la frase «se da de alta a un enfermo mental para su máximo beneficio», ya que en este caso no existe seguridad alguna de que el paciente tendrá un mayor confort físico y emocional reintegrándolo a una familia que no desea ver al enfermo ni hacerse cargo de él.

Caso 2

Paciente con diagnóstico de esquizofrenia de episodios múltiples. Inició su padecimiento a los 23 años de edad, posteriormente a presentar desorganización de la conducta, marcada

irritabilidad y otras que le llegaron a generar riesgo como desnudarse, salirse de la casa e irse con extraños, por lo que fue atendida en dos instituciones. Presentó intensificación de síntomas negativos de esquizofrenia, lenguaje concreto y simple, aislamiento social. Durante su seguimiento en consulta externa se brindó información acerca de los riesgos de suspender el fármaco; sin embargo, manifestó renuencia a la toma del medicamento, lo que generó que los síntomas psicóticos se exacerbaban y condicionó que en tres ocasiones fuera llevada al Servicio de Atención Psiquiátrica Continua del Instituto. Posteriormente a identificarse insomnio global, además de conductas de riesgo para su integridad, como agresividad autodirigida al golpearse la cabeza con el puño, tirarse y golpearse contra el piso y la pared, alucinaciones auditivas y visuales, se ofreció hospitalización en el instituto con los objetivos: 1. Realizar los estudios de laboratorio y gabinete que fueran necesarios. 2. Recibir el tratamiento requerido de acuerdo al diagnóstico, lo cual aceptaron la paciente y su familiar responsable. Durante la hospitalización se reinstaló tratamiento con olanzapina comprimida, vía oral, 10 mg al día, que se fue incrementando en forma gradual a lo largo de tres semanas hasta olanzapina comprimida, vía oral, 30 mg al día debido a falta de respuesta, ya que continuaba con desorganización conductual, con ideas delirantes de daño, de contenido místico-religioso, alucinaciones visuales, lenguaje incoherente, suspicaz, con insomnio global, así como conducta disruptiva. La evolución de la sintomatología continuó siendo tórpida y persisten los síntomas. Dada la evolución tórpida, a los 28 días de estancia intrahospitalaria, se consideró manejo con terapia eléctrica para el mejor control de los síntomas, a fin de proporcionar un tratamiento eficaz y seguro y estabilizar los síntomas, lo que se explicó a la paciente y a su familiar, quienes aceptaron el tratamiento. Se describió el procedimiento de terapia eléctrica a la paciente y al familiar responsable, a quienes se les explicó los beneficios del procedimiento y los posibles riesgos, y aceptaron y firmaron el consentimiento informado. A los 32 días de estancia intrahospitalaria, se inició la terapia eléctrica con la que la paciente mostró

franca mejoría de síntomas y posteriormente a ello, se decidió otorgar permisos terapéuticos; es decir, salir de hospitalización y convivir en su domicilio con familiares y allegados. El primer permiso terapéutico fue por horas, cursó sin eventualidades y con marcada mejoría de los síntomas, corroborada por sus familiares. Dada la mejoría observada por el personal médico y por la propia familia, se otorgó un segundo permiso terapéutico de fin de semana. La paciente salió de la institución estable respecto a los síntomas psiquiátricos, con signos vitales en rangos normales, sin fiebre y sin portar alguna condición médica. Durante los días de permiso, los familiares la identificaron somnolienta, irritable, aislada y negativista, lo que informaron al regresar del permiso terapéutico, así como de molestia para deglutir. La paciente fue encontrada poco abordable y poco cooperadora a la entrevista, a la exploración sin síntomas extrapiramidales, ni de otro tipo, con signos vitales dentro de rangos normales, con temperatura de 36 °C, frecuencia cardíaca 80/min, frecuencia respiratoria 20/min, presión arterial 120/80. El día lunes 29 de febrero de 2016, durante su novena sesión de terapia eléctrica, presentó pico febril de 39 °C, saturación de oxígeno de 84% por medio de medición de oxímetro de pulso. A la exploración física de campos pulmonares, con estertores de localización apical izquierda; en radiografía de tórax se identificó la presencia de imagen sugestiva de proceso neumónico basal izquierdo con alveolograma; citometría hemática con parámetros fuera de rango, con leucocitosis de $1.77 \cdot 10^3/\mu\text{L}$, neutrófilos de 85%; se tomó muestra de exudado faríngeo (que posteriormente se reportó negativo). Se trasladó en ambulancia, acompañada por personal médico y familiar responsable a hospital de enfermedades respiratorias en donde clínicamente se descartó influenza y se diagnosticó neumonía basal izquierda asociada a cuidados de la salud, hipoxemia leve y factores de riesgo para neumonía adquirida en la comunidad. A pesar de la estricta administración de medicamentos, continuó con fiebre intermitente de 38 grados, por lo que se solicitó nueva radiografía de tórax que reportó área de consolidación nodular centro acinar, basal, izquierda con alveolograma, atelectasia laminar basal y

opacificación del ángulo costo diafragmático derecho. Es importante hacer notar que desde el día lunes 29 de febrero, la paciente contó de forma permanente con acompañante las 24 horas. A las 20:30 horas del sábado 05 de marzo de 2016, se le encontró en Reposet, sin respuesta a estímulos verbales, ni dolorosos, sin pulsos palpables, ni frecuencia respiratoria, por lo que el equipo médico procedió a realizar maniobras de reanimación cardiopulmonar que se continuaron hasta las 21:27 horas, hora en que se declaró la defunción por insuficiencia respiratoria aguda por neumonía adquirida en la comunidad y se procedió a realizar trámite correspondiente de defunción.

En este caso, se trató de un paciente con factores de riesgo por padecer de una neumonía bacteriana adquirida en la comunidad y asociados a cuidados de la salud, uso de antipsicóticos, trastorno de esquizofrenia, mal apego al tratamiento que propició una mala evolución de la enfermedad, así como estancia hospitalaria. Ante la conducta de riesgo que presentaba (autolesiones y autoagresividad), en forma correcta se indicó hospitalización, se reinició tratamiento con olanzapina, que ameritó incremento paulatino hasta llegar a la dosis máxima dada la falta de respuesta de la paciente, por lo que fue necesario el cambio de antipsicótico a amisulprida, el cual también se manejó a dosis terapéutica progresiva, sin obtenerse respuesta. Hubo consentimiento informado suscrito por la madre familiar responsable, donde se le hizo conocedora de los objetivos del tratamiento, entre los cuales se señaló específicamente: «recibir el tratamiento requerido de acuerdo al diagnóstico», así como: «para que se proporcione el tratamiento inicial y de mantenimiento requeridos», por lo que era conocedora de posibles cambios en la terapéutica, los cuales autorizó. Ante la persistencia de la sintomatología (desorganización conductual, ideas delirantes de daño, alucinaciones, insomnio global y conducta disruptiva), se le propuso a la paciente y familiar responsable (madre) la terapia electroconvulsiva, por lo que suscribió el consentimiento informado en donde autorizaba dicho procedimiento para el que no existen contraindicaciones absolutas, sino situaciones de riesgo relativas a la hora de aplicar el tratamiento.

Caso 3

Paciente del sexo masculino de 50 años de edad, con antecedente de obesidad tipo I y dependencia a tabaco. Fue hospitalizado por cuadro de ansiedad y dificultad respiratoria, fue valorado por el Servicio de Psiquiatría que diagnosticó de ansiedad paroxística, ansiedad generalizada, supresión de nicotina e insomnio no orgánico, se inició tratamiento con antidepresivo (sertralina) y ansiolítico (clonacepam), egresó con indicación de cita a seguimiento por Psiquiatría y a Otorrinolaringología para realizar polisomnografía. Acudió por insomnio no orgánico, se indicó zolpidem (hipnótico/sedante) y clonacepam. En diciembre de 2011, acudió a Psiquiatría por síntomas depresivos, ansiedad e insomnio, se indicó sertralina, clonacepam y zolpidem. Acudió a Psiquiatría por ansiedad y nerviosismo de tres semanas de evolución, inquietud psicomotriz, dificultad para la concentración y atención, incremento en el consumo de tabaco, dificultad para respirar y dolor precordial, se diagnosticó ansiedad paroxística, ansiedad generalizada y episodio depresivo mayor, se indicó sertralina, clonacepam y zolpidem, con pronóstico reservado a evolución clínica y apego al tratamiento. Refirió disminución de la ansiedad, bajo nerviosismo e inquietud psicomotriz, se ponderó episodio depresivo mayor en remisión, se ajustó el tratamiento. Acudió a Urgencias por exacerbación de la sintomatología, se solicitó valoración a Psiquiatría que documentó suspensión de clonacepam hacia 10 días, presentando ansiedad y estrés laboral, se reinició ansiolítico, se indicó incapacidad por dos días. Se documentó asistencia variable a citas de control y uso de medicación antidepresiva inconstante, así como limitación funcional para el desempeño diario, se indicó incapacidad por seis días, cita a seguimiento, se ajustó manejo a base de sertralina, clonacepam y zolpidem. Manifestó poca mejoría, inestabilidad por cambios laborales, se otorgó incapacidad por 14 días. Psicología inició aplicación de inventario multifásico de la personalidad Minnesota y se aplicó subescala de Wechsler para adulto, pruebas proyectivas y se continuó con el inventario multifásico de la personalidad. Psiquiatría documentó

que continuaba con episodio depresivo mayor de intensidad moderada, trastorno de ansiedad generalizada de intensidad moderada, insomnio no orgánico, síndrome de dependencia al tabaco. Psicología realizó su reporte e indicó trabajo psicológico de apoyo. Psiquiatría reportó discreta mejoría, otorgó incapacidad por dos semanas. Psiquiatría consideró mantener medidas psicoeducativas e instrucciones por Psicología y Psiquiatría, seguimiento clínico, mantener medicación antidepresiva, ansiolítica e hipnótica, reinserción a sus actividades por mejoría en la funcionalidad para el desempeño y en control de los síntomas afectivos de ansiedad y estrés, otorgó incapacidad por dos días y alta a laborar. Se indicó mantener medidas psicoeducativas, mantenerse en actividades laborales y cita seguimiento. Se reportó sin limitación en el área funcional, se citó en cuatro semanas. Psicología reportó adaptación laboral, mejoría anímica, con baja tolerancia a la frustración, otorgando cita para seguimiento.

Es de destacarse en este caso que se concedió al paciente una cantidad considerable de incapacidades solicitadas por éste para dejar de asistir a su trabajo. En este caso no se tiene documentado apoyo familiar de ninguna especie y en las conclusiones a las que arribó la Comisión Nacional de Arbitraje Médico se determinó que se apreciaron deficiencias en la atención médica otorgada al paciente, pues al no modificar el tratamiento farmacológico ante la persistencia de la sintomatología depresiva se favoreció la recurrencia del trastorno depresivo y, con ello, se exacerbó la sintomatología de los otros trastornos psiquiátricos coexistentes, y con ello impidió la integración del paciente a sus actividades de la vida diaria.

Caso 4

El caso a analizar corresponde a paciente, masculino, de 60 años de edad al momento del acto reclamado, del que se reportó el antecedente de haberse diagnosticado con esquizofrenia paranoide desde los 24 años de edad, requiriendo múltiples internamientos y tratamientos, pero con mal apego a los mismos, por pobre red de apoyo familiar, así como falta de recursos

económicos. La última hospitalización documentada fue por presentar heteroagresividad, errores de juicio y conducta, cursando durante este internamiento con neumonía nosocomial que requirió atención médica en el Hospital General. Reingresó al Hospital Psiquiátrico con evolución favorable y del que egresó con control posterior en la consulta externa referida hasta el año 2015, pero con asistencia irregular y nuevamente sin apego al tratamiento indicado.

En este caso se mostró una evidente falta de apego al tratamiento médico establecido, aunado a la falta de apoyo familiar y de recursos económicos, habiéndose reportado en forma reiterada, durante los más de 30 años de atención médica otorgada en esta institución, la ausencia del paciente por periodos prolongados en la consulta externa de Psiquiatría donde era citado para su seguimiento y control, siendo llevado por sus familiares y amistades hasta la agudización del cuadro con la presencia de agresividad verbal y física por parte del paciente. Asimismo, el hermano, familiar responsable del paciente, manifestó la falta de recursos económicos para adquirir los medicamentos; sin embargo, a pesar de que fue enviado a la Clínica de Adherencia Terapéutica y al Programa de Donativo de Medicamentos de Comité Ciudadano, tampoco hubo adherencia, e incluso se reportó la baja de este último programa, al no haber acudido a las citas para que le fuera dotado el medicamento, lo que condicionaba la falta de respuesta al tratamiento. Durante ninguno de los 18 internamientos documentados, se observó que hubiera sido motivo de tortura, ni de encierro, de lo que sí hay evidencia es de que hubo necesidad de indicarle la sujeción gentil, por la agresividad que mostró, y como medida de seguridad para él y el personal médico y de Enfermería, sujeción que, cabe señalarlo, no está contraindicada en pacientes como el de mérito; y obra la carta de consentimiento bajo información y autorización de sujeción física del paciente, con firma del hermano del paciente.

En la Norma Oficial Mexicana, NOM-025-SSA2-1994, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, vigente al momento de los hechos que ocupan, se establece en el parágrafo

8.19: «No ser sometido a restricciones físicas o a reclusión involuntaria salvo con arreglo a procedimientos legalmente establecidos y sólo cuando sea el único medio disponible para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a terceros, o se trate de una situación grave y el paciente esté afectado en su capacidad de juicio y, en el caso de que de no aplicarse el tratamiento, se afecte su salud», lo cual era el supuesto del caso de mérito. En el caso del aislamiento, de ser el caso que éste sí se hubiese indicado en el paciente, aunque de ello no hubo evidencia documental que lo acreditara; al respecto, en la Norma Oficial Mexicana, NOM-025-SSA2-1994, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, vigente al momento de los hechos que ocupan, se señala en el siguiente párrafo: 4.6.2. «El aislamiento del enfermo sólo se aplicará de manera excepcional y para proteger la salud y la integridad del propio enfermo y de quienes lo atienden y rodean, de acuerdo con el criterio del médico responsable. El paciente bajo este tipo de medida quedará al cuidado y vigilancia de personal calificado, en todo momento».

Caso 5

Paciente femenino de 50 años de edad. Presentó queja contra los médicos de una institución de salud por considerar que se ponen de acuerdo contra ella, de mandarla a psiquiatría contra su voluntad, por estar confabulados contra ella para inventarle una enfermedad mental ya que según ella, no padece de trastornos mentales. Afirma que los médicos que no tienen la especialidad de psiquiatría no están capacitados para dar diagnósticos de trastornos mentales. A su decir, la confabulación de todos los médicos del hospital es para catalogarla como enferma mental con el propósito de desacreditarla. Al considerar que se le hizo daño, solicita que se compruebe documentalmente si son correctos los diagnósticos de trastornos mentales emitidos por los médicos del hospital. Presentó queja y se somete al arbitraje e inmediatamente ha objetado por escrito cada fase del proceso arbitral por siempre de manera anticipada alegando parcialidad, manipulación de pruebas y confabulación con la otra parte, sin

aportar pruebas, así como objetar la intervención del personal de la comisión. Aceptó primero, pero no permitió finalmente, una evaluación psiquiátrica para mejor proveer que planteó la comisión, argumentando lo mismo: esta evaluación fue preparada para conspirar en su contra.

Con actitud de resentimiento y enojo, buscando cualquier coartada para pretextar que no se le atiende. Entra en rivalidad y descalificación hacia la figura del médico, no acepta la atención médica. Si se le contradice muestra actitudes de enojo, entonces agrede verbalmente descalificando a los médicos. En varios momentos tiende a controlar la entrevista y a preguntar cosas personales del médico como «dígame si usted quiere más a su padre o a su madre», el médico le responde que ese no es el objetivo de la entrevista y que es una situación personal. Muestra en todo momento mucha hostilidad. La paciente posee un juicio auto- y heterocrítico muy alterado. Atención presente y al servicio de su agresión. Resto de funciones mentales no son valorables por la actitud de resistencia de la paciente. Su talante muestra mucho enojo y resentimiento. Su pronóstico es malo para la función ya que realmente no solicita ayuda ni atención, sino que su objetivo es descalificar y desquitarse, que lo vive como su objeto parcial negativo. Presentando grave trastorno de la personalidad, con rasgos narcisistas y sociopáticos.

Las creencias delirantes (que es un síntoma) del trastorno delirante (como se nombra a esta enfermedad) pueden tener como consecuencia problemas sociales, conyugales o laborales. Los sujetos con trastorno delirante pueden ser capaces de describir el hecho de que otras personas consideran sus creencias irracionales, pero ellos mismos son incapaces de aceptarlo (es decir, puede haber «introspección fáctica», pero no introspección verdadera). Estos pacientes pueden incluso exhibir una marcada capacidad para negar o minimizar los hechos de la realidad. Muchos individuos pueden desarrollar un afecto irritable o disfórico que habitualmente puede entenderse como una reacción a sus creencias delirantes. El enfado y el comportamiento violento pueden aparecer. El individuo puede presentar comportamientos litigantes o

antagónicos (por ejemplo, enviar cientos de cartas de protesta al gobierno o a otras autoridades). Puede crear o tener dificultades legales. Se les describe como determinados a conseguir su meta en contra de cualquier adversidad, facilidad para ver obstáculos como conspiración, espíritu de cruzada interminable, no aceptan rendirse, tienen quejas múltiples y suspicacia durante las entrevistas. Los pacientes expresan sus falsas creencias con certeza y convicción y rechazan por completo todos los argumentos que impugnen a su razonamiento.³

Por este motivo la paciente se ha dedicado a retar al personal médico, obteniendo citas y no acudiendo, acudiendo pero negándose a contestar a las preguntas del facultativo, mostrándose agresiva, descalificando cualquier argumento de los médicos para atenderla, incluso contra personal nuevo, o excusándose que escuchó algún comentario de su persona que no le gustó para no aceptar la consulta. Ha sostenido que los médicos, sin excepciones, están confabulados para perjudicarla y hacerle daño, para que no pueda denunciarlos, cuando en realidad ella es la acosadora. Ha referido problemas con su hija, aunado a que no se documenta que haya acudido a alguna consulta con algún familiar. Este comportamiento litigante y antagónico, en que constantemente está la idea de persecución, impide una buena relación médico-paciente o con familiares. De tal manera que la Comisión Nacional de Arbitraje Médico encontró elementos suficientes que acreditaron que la paciente cumple con criterios internacionales para el diagnóstico de trastorno delirante en el que no se profundizó más por los médicos psiquiatras por no permitirle la propia paciente.

DISCUSIÓN

La tendencia actual de ciertos ambientes asistenciales es tener en cuenta a los familiares desde su propia perspectiva, exponer los efectos de la enfermedad mental en las vidas, sus respuestas a las manifestaciones anómalas, etc. Esta toma de conciencia de la familia ha surgido como idea transformadora de los clásicos hospitales psiquiátricos y al no existir suficientes servicios sustitutivos para atender las necesidades que plantea una cifra enorme de enfermos mentales.⁴ La duración de las estancias dentro de los hospitales psiquiátricos se

ha reducido considerablemente. La familia ha de realizar tareas que antes atendía personal especializado. Se ha lanzado a la familia un gran peso sin ayudas o apoyos comunitarios eficaces. ¿Cómo afrontan los familiares la enfermedad mental? La depresión, el suicidio, el alcoholismo, los ataques de pánico y agorafobia, las obsesiones. ¿Cómo encontrar y pertenecer a grupos de ayuda mutua? El familiar puede convertirse en otro enfermo en detrimento de sus tareas de ayuda. Para poder resistir deberá contar con una capacidad y habilidades de tolerancia, ya que la familia que cuida a un enfermo mental requiere descanso para reponer las fuerzas perdidas.

Ante estas circunstancias, la familia frecuentemente enfrenta desde aislamiento social, desorganización en el hogar y el detrimento de su economía, dificultades para encontrar un empleo e incremento de gastos por consultas y medicamentos. Los familiares también padecen diversas emociones; entre ellas la tristeza, la vergüenza, el miedo, la irritabilidad y los sentimientos dolorosos como culpabilidad, sentimientos de pérdida, preocupación por el futuro y otras consecuencias como la frustración, la incomunicación y el agotamiento. La mayoría de las familias con enfermos mentales no cuenta con las capacidades y herramientas necesarias para enfrentar la problemática. Eluden el problema, se instalan en la negación, deforman la realidad para tolerar mejor, necesitan conocimientos técnicos actuales para el entendimiento de la enfermedad, consejos de cómo manejar los síntomas, servicios comunitarios. Una legislación laboral y social que los proteja.

No existe un consenso en el sentido de que debe ser la familia la que se encargue a toda costa de sus allegados enfermos. ¿Es entonces una obligación del Estado atender estas circunstancias? Claro que sí, de continuar en el diseño de políticas públicas que propongan nuevos y eficientes sistemas de salud mental de manera interdisciplinaria y transversal. Diseñar nuevos modelos de apoyo no será cosa sencilla: apoyo para la toma de decisiones, lo cual implica un proceso para apoyar y hacer ajustes para un adulto con una discapacidad (limitación) sin impedir la libre determinación del adulto; apoyo para comprender las opciones y las implicaciones de las decisiones; apoyo para comprender la información que otros brindan a la

persona y apoyo para comunicar a otros la decisión de la persona.⁵

CONCLUSIONES

Los trastornos mentales son entidades patológicas (enfermedades) bien definidas, su atención tiene importancia por varios motivos: afectan a las personas sin distinción de edad, sexo, nivel socioeconómico cultural. Pueden llegar a estar presentes de un 13% o hasta un 48% de la población, presentan tasas de mortalidad desproporcionadamente elevadas. En el mundo, pero especialmente refiriéndonos a México, se documenta un aumento paulatino de padecimientos crónico-degenerativos en donde se incluyen los trastornos mentales. Existe en estos pacientes deterioro en las capacidades que se esperan en el ambiente laboral, vida social, en el hogar, así como en las relaciones cercanas.⁶

Tanto el paciente como su familia deben colaborar para mejorar el cumplimiento del tratamiento y evitar el aislamiento o abandono, uno de los enigmas que presentan los pacientes es la escasa consciencia de la enfermedad, lo que tiene consecuencias negativas como la falta de adherencia al tratamiento. Si a esto unimos los efectos secundarios de los psicofármacos, la escasa disciplina de los pacientes y la desinformación de los familiares, podemos entender los motivos por los que se abandona la medicación en muchas ocasiones. Sin embargo, en muchos hospitales psiquiátricos existen pacientes crónicos con grave deterioro mental que permanecen hospitalizados porque no cuentan con familiares ni instituciones que se hagan cargo de ellos.

En 2016, en México, existen aproximadamente 46 hospitales psiquiátricos, 13 unidades de internamiento psiquiátrico, ocho establecimientos residenciales, 544 establecimientos de salud mental ambulatorios.⁷ Para una eficaz atención y tratamiento de la salud mental, se requiere transformar la perspectiva que se tiene del acceso a los servicios de salud mental, como meramente la estadía del paciente en hospitales psiquiátricos, durante determinado tiempo. Actualmente, la tendencia que se está construyendo en pro de la salud mental tiene que ver con cambiar de paradigma que se tiene con respecto de los trastornos mentales, específicamente los pacientes. Por ello, como se señala

anteriormente, es importante promover que se trata de una atención primaria, donde se articule la salud mental comunitaria. Sólo el 30% de los establecimientos de salud pública cuentan con los protocolos de evaluación y tratamiento para condiciones claves de salud mental. Si bien se ha legislado en materia de salud mental,⁸ y se ha logrado en el papel que dicha materia sea fundamental y sea considerada dentro de los servicios básicos de salud, según lo establece la Ley General de Salud falta mucho por hacer. Aunado a ello, dicha norma contiene un capítulo sobre salud mental, donde se establece que la prevención y atención de los trastornos mentales deben ser de carácter prioritario. La discapacidad es la combinación de una deficiencia de largo plazo y las barreras que impiden que una persona con dicha deficiencia ejerza sus derechos. La atención médica de una persona con discapacidad psicosocial es muy importante, pero sólo se refiere a un aspecto de la discapacidad: la atención de la deficiencia. Ninguna atención médica puede eliminar la deficiencia de una persona con discapacidad. La atención que requiere una persona con discapacidad se refiere a todos los ámbitos de su vida donde enfrenta barreras para actuar de manera autónoma y en igualdad de condiciones con las demás.

*Todos los seres humanos nacen iguales
en dignidad y en derechos
y todas las vidas tienen el mismo valor.*
Artículo 19

Convención sobre los derechos
de las personas con discapacidad

AGRADECIMIENTOS

Agradezco el apoyo de los Doctores en medicina María de los Ángeles López Valladares, Lucina Sánchez Ramírez y José Antonio Angulo Cervera, médicos ponentes de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

BIBLIOGRAFÍA MÉDICA

1. <http://www.activament.org/es/2012/04/12/el-tractament-dels-trastorns-mentals-a-traves-de-la-historia/#sthash.ZdG28L6N.dpbs> [Fecha de consulta: 5 de junio del 2018].

2. <http://www.mora.edu.mx/Investigacion/CristinaSacristan/SitePages/Inicio.aspx> [Fecha de consulta: 6 de junio del 2018].
3. Rosell DR. Schizotypal personality disorders [Internet]. UpToDate. 2018.
4. <http://readaingport.club/book?k=La+Familia+Del+Enfermo+Mental%3A+La+Otra+Cara+De+La+Psiquiatria&isbn=9788479783488&lang=es&source=firebaseapp.com#pdf> [Fecha de consulta: 8 de junio del 2018].
5. Estates Code, Title 3, Sect 1001.001, S 1357; 1151.351 <http://www.statutes.legis.state.tx.us/Docs/ES/htm/ES.1151.htm> [Fecha de consulta: 8 de junio del 2018].
6. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico. Salud mental. Ciudad de México, 2013.
7. http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/4_OSQ_36_Klein.pdf [Fecha de consulta: 8 de junio del 2018].
8. <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/9191/a03v33n4.pdf?sequence=1> [Fecha de consulta: 8 de junio del 2018]
5. Academia Nacional de Medicina de México, A.C., México, 2013.
5. Gradillas RV. La familia del enfermo mental: la otra cara de la psiquiatría. España, Editorial Díaz de Santos, 1998.
6. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico. Salud mental. 2013-2018, Programa Sectorial de Salud. Ciudad de México, 2013.
7. Saraceno B, Van Ommeren M, Batniji R, Cohen A, Gureje O, Mahoney J et al. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2007; 370 (9593): 1164-1174.
8. Tealdi JC. Bioética y derechos humanos en psiquiatría. Conferencia presentada en el Congreso de Psiquiatría, Cartagena de Indias, Colombia, 12 de octubre del 2007. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2008; 37 (2): 247-262.
9. <https://breviarioculturalmagazine.wordpress.com/tag/manicomio/8> F <http://www.activament.org/es/2012/04/12/el-tractament-dels-trastorns-mentals-a-traves-de-la-historia/#sthash.ZdG28L6N.dpbs>.
10. <http://www.activament.org/es/2012/04/12/el-tractament-dels-trastorns-mentals-a-traves-de-la-historia/#sthash.jxHOTJTz.dpbs>.
11. <http://www.mora.edu.mx/Investigacion/CristinaSacristan/SitePages/Inicio.aspx>.
12. <http://www.ordenjuridico.gob.mx/TratInt/Derechos%20Humanos/OTROS%2014.pdf>.
13. http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5191516&fecha=30/05/2011.
14. http://www.diariooficial.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5277384&fecha=13/11/2012.
15. http://www.who.int/mental_health/mhgap/en/.
16. OMS, Informe sobre la salud en el mundo 2014.
17. <http://www.who.int/whr/es/>.
18. Rosell DR. Schizotypal personality disorders [Internet]. UpToDate. 2018. <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-treating-schizotypal-personality-disorder>.

OTRA BIBLIOGRAFÍA

1. Consejo de Derechos Humanos 29º periodo de sesiones, Tema 3 de la agenda, Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo, Asamblea General de las Naciones Unidas, 2 de abril del 2015.
2. Foucault M. Historia de la locura en la época clásica, I/ Michel Foucault; trad. de Juan José Utrilla, 3ª ed. México, Fondo de Cultura Económica, 2015.
3. Galván PS. La realización progresiva del derecho de las personas con discapacidad a vivir de forma independiente y a ser incluidas en la sociedad, México, Comisión Nacional de Derechos Humanos, 2015.
4. Gómez FC. Eugenesia: moralidad o pragmatismo. En la Gaceta Médica de México, Volumen 149, Número 4,