Deliberando

"Éramos tan felices..."

Juan José Martínez Jambrina
Psiquiatra, Director del AGC de Salud Mental de Avilés

1. Introducción y Cronología de los Hechos

El caso se inicia en **junio de 2012** a raíz de una solicitud de consulta desde Atención Primaria, acompañada de un informe social. La demanda es realizada por Pedro, quien solicita la valoración del estado psicológico de su hermana Covadonga.

Estructura y Antecedentes Familiares

- **Madre (Teresa):** 72 años (en 2012), viuda desde 2011. Tras su muerte, la madre se recluye en el hogar, saliendo únicamente para algún trámite
- **Hijo (Pedro):** 47 años (en 2012), soltero. Presenta un historial de aislamiento estricto; lleva años sin salir de casa.
- **Hija (Sofía):** 46 años (en 2012), soltera. Es el miembro que mantiene contacto con el exterior, realiza las compras y es conocida porque vende en el rastro cómics que hace ella misma.

Contexto Socioeconómico.

- **Declive económico importante:** La familia fue muy adinerada durante los años 40-60 pero ahora subsisten con la pensión de viudedad de la madre (800€)
- **Rechazo institucional:** prefieren la medicina privada debido a su antiguo estatus, lo que genera rechazo suspicacia hacia los servicios de la red pública (Sanidad y Servicios Sociales).

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

2. Evolución del Seguimiento en el Domicilio (2012 - 2015)

- **Junio 2012 (Primera visita domiciliaria):** Se detecta un notable abandono higiénico y habitacional. La madre ejerce un control estricto sobre el hogar. Pedro se niega a salir. Sofía muestra una personalidad peculiar y verbaliza amenazas de suicidio si se fuerza la salida de alguno de ellos.
- **Logros iniciales:** El Centro de Salud Mental (CSM) consigue tramitar en el propio domicilio el 68% de discapacidad para Pedro y la concesión de una Pensión No Contributiva (PNC) de 400€.
- **Octubre 2013 - Octubre 2014 (Crisis médica y endeudamiento):** La madre ingresa de urgencia por una infección en el hospital público y es trasladada de forma voluntaria por sus hijos a una clínica privada. Esto genera una deuda catastrófica que provoca el embargo de las pensiones y situaciones de escasez de alimentos. Las ayudas ofrecidas (Servicio de Ayuda a Domicilio -SAD-, alimentos, silla de ruedas) son rechazadas.
- **Diciembre 2014 (Judicialización):** Se emite un informe a la Fiscalía que es archivado el 16 de diciembre de 2014.
- **2015 Estabilización expectante:** Se realizan visitas bimensuales conjuntas (Enfermería, Trabajo Social y Psiquiatría). Se logra acceder a la habitación de la madre y se aprecia un vínculo de cierta confianza (regalos navideños a los profesionales), aunque persiste el rechazo a la intervención activa.

3. Desenlace e Ingreso Hospitalario (Agosto 2015)

En verano **de 2015**, ante una crisis y colapso de la convivencia con discusiones graves entre madre e hijo, Sofía llama al 112.

Intervención de Urgencia: se ejecuta un ingreso involuntario y urgente de madre e hijo.

- Estado al ingreso:
    - La **madre** presenta una desnutrición severa (emaciación) y agitación Tras la estabilización, se constata un deterioro cognitivo leve (enfermedad de pequeño vaso) y se tramita su traslado consensuado a una residencia.
    - El **hijo** ingresa en la Unidad de Psiquiatría. Presenta una intensa angustia, ideación suicida reactiva ("mi vida carece de sentido") y rasgos paranoides/fóbicos severos, pero sin deterioro esquizofrénico.

Las analíticas orgánicas de ambos resultan normales. ¿Debería realizarse un proceso amplio de información que contemple no sólo los posibles hallazgos buscados, indicados y secundarios, sino también los incidentales, con especial atención a la accionabilidad?

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

4. Análisis Crítico y Evidencia Científica

- **Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC):** Es la estrategia que se ha mantenido durante el tiempo. Cuenta con un Nivel IA de evidencia científica para el abordaje de psicosis, validando el esfuerzo del equipo por mantener la atención en el entorno del paciente.
- **Efectos del Internamiento Forzoso:** Los ingresos involuntarios correlacionan estadísticamente con evoluciones clínicas tórpidas y pérdida de alianza terapéutica.
- **Diagnóstico Diferencial:** No se evidenció clínica psicótica franca. El cuadro oscila entre una fobia obsesiva grave (fobia social/agorafobia extrema) en el hijo y rasgos paranoides en la madre. Se plantea el debate en torno al concepto de "autismo" o aislamiento social extremo (tipo Hikikomori maduro).
- **Límites de la Obligatoriedad:** La ley y la ética médica solo justifican el tratamiento forzoso ante un riesgo inminente de suicidio, violencia hacia terceros o vagabundeo/desamparo extremo. En este caso, el riesgo principal era somático y derivado de la falta de higiene/autocuidado.

5. Deliberación Ética

A. Identificación de Problemas Éticos

1. ¿Debe el sistema público asumir un caso crónico donde la familia expresa un deseo explícito y reiterado de mantener su privacidad?
2. ¿Hasta dónde llega el límite de la intervención médica sobre una persona de 47 años con una fobia grave que rechaza el tratamiento?
3. ¿Se debieron priorizar las amenazas de Sofía sobre el bienestar físico real de la madre?

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

B. Valores en Conflicto

Valor en Juego	Descripción del Conflicto en el Caso
Autonomía	El derecho de la madre y su hijo a decidir cómo vivir y dónde ser atendidas (ámbito privado) frente a la imposición pública.
Beneficencia	El deber de los profesionales de procurar la salud y el bienestar físico y mental de los miembros vulnerables de la familia.
No Maleficencia	Evitar el daño que causaría una intervención traumática (el riesgo de suicidio verbalizado si se las obligaba a salir).
Intimidad y Confidencialidad	El respeto a las dinámicas internas y secretos de un hogar que decide blindarse del escrutinio público.

C. Análisis de Cursos de Acción

- Cursos Extremos (Rechazados):
  - *Nihilismo / No hacer nada:* Abandonar el caso respetando la autonomía total. Cuestiona la beneficencia y desatiende el riesgo vital.
  - Judicialización precoz masiva: Forzar el ingreso involuntario desde el primer año. Destruye la confianza, vulnera la autonomía y puede precipitar el daño (suicidio).
- Cursos Intermedios (Explorados):
  - Mantener el contacto periódico, coordinar con Atención Primaria y Servicios Sociales, e intentar identificar apoyos mientras se construye una relación de confianza para futuras terapias.
- Curso Óptimo (Estrategia elegida por el CSM):
  - **Mantener una conducta de apoyo expectante**, implicando progresivamente a todos los estamentos (Atención Primaria, Servicios Sociales) y notificando a la Fiscalía para obtener un aval legal protector del proceso sin llegar a la ruptura del vínculo, hasta que la situación de urgencia médica obligara a la intervención directa.

D. Pruebas de Consistencia del Curso Óptimo

- **Legalidad:** Superada (se notificó a Fiscalía y finalmente se intervino bajo el amparo del art. 763 de la LEC de internamiento involuntario).

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

- **Publicidad:** Superada (el equipo podría defender públicamente la prudencia de su actuación comunitaria para evitar un mal mayor).
- **Temporatidad:** Superada (la estrategia se mantuvo de manera constante y paciente a lo largo de los años).

6. Evolución

En 2024 el caso seguía abierto. La madre falleció en 2022, tras la pandemia. Los hermanos mejoraron y se fueron a vivir a otra ciudad tras vender la casa en la que residían, que tenía un valor de 300000 euros. Pagaron muchas deudas y con algunas ayudas más vivían en un apartamento en Oviedo. El hermano seguía siendo tratado en el ETAC de la nueva ciudad, sin fármacos, con reingresos esporádicos en Psiquiatría. Pedro con 60 años y Sofía con 59, vivían aparentemente, felices. El duelo del hijo por la muerte de su madre aun dura.

© Todos los derechos reservados - FUNDACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD