

CASO CLÍNICO

Dr José María Sánchez Álvarez

Neurología.

Hospital Cabueñes.

Gijón (Asturias).

Mujer de 83 años sin antecedentes familiares de deterioro cognitivo. Nivel educativo: escolarización muy básica. No patologías conocidas ni fármacos habituales. Viuda, tres hijos, dos ya fallecidos.

Se solicita valoración por problemática conductual.

Según la paciente vivía con un hijo soltero, que falleció hace tres años, y desde entonces vivía sola siendo independiente para las tareas habituales. Refiere que sin saber por qué, un mes antes se presenta su hija en su casa diciendo que ya no puede vivir sola y que la lleva a una residencia. Institucionalizada desde hacía un mes, dice encontrarse muy triste porque la han abandonado allí y que no han vuelto a verla. No refiere ninguna queja cognitiva ni problemática conductual salvo la tristeza y desesperación por su situación.

Según la hija, en el último año le habían notado una pérdida progresiva de memoria, aspecto descuidado y desordenado de su domicilio, comentarios inadecuados, comida ya estropeada. Dice que le han contratado a tres personas diferentes para que la vayan a ayudar en el aseo, tareas domésticas, etc, abandonando las tres por maltrato por parte de la paciente. La hija refiere haberla llevado a vivir con ella pero la situación era insostenible por demandas constantes de tenerla a su lado, agitación, agresividad verbal y últimamente física, hasta el punto de decidir institucionalizarla. Refiere visitarla una vez por semana, recibiendo insultos y quejas por parte de su madre.

En la residencia confirman que la hija ha ido a visitarla y que la paciente presenta problemas de conducta allí, con insultos y agresividad física al personal.

A la exploración se encuentra consciente y colaboradora. Relata su historia de forma ordenada y coherente, con fechas correctas, pero a lo largo de la anamnesis y exploración repite varias veces los mismos hechos como si fuesen la primera vez que se los cuenta.

Me pide que la saque de allí pues la tienen “secuestrada”. En el MMSE puntúa 27/30 con fallos en un ítem de orientación temporal y dos de memoria diferida; TAM 34 puntos con subpuntuaciones de 10, 4, 11 y 9 puntos; carece de capacidad de abstracción y no muestra alteraciones en el test del reloj. La exploración física es anodina.

Diagnóstico: deterioro cognitivo leve versus deterioro cognitivo menor mnésico (dependiendo de la fiabilidad que demos a la información facilitada por la hija).

Dudas:

- En nuestra cultura, asumimos que la información facilitada por los familiares es la correcta frente a lo referido por un paciente con deterioro cognitivo, pero ¿debería ser siempre así, sin cuestionarlo?.
- En caso de dudas, ¿cuál sería la mejor forma de resolverlas?. Ya que por motivos de organización asistencial es imposible desplazarse al entorno del paciente e interrogar a varios informadores, podría asumir Atención Primaria (también sobrecargados con lo suyo), este papel?.
- ¿Se deben poner estas dudas en conocimiento de las autoridades o basta con comunicarlo a la Trabajadora Social de la zona?.

COMENTARIOS

En relación a la primera cuestión, la sospecha o presencia (ya sea por un diagnóstico o por la percepción de síntomas que nos hagan presumir su posible existencia) de un trastorno cognitivo obliga al profesional cuando menos a cuestionarse la información que provenga del paciente.

Esto no quiere decir que el médico deba presuponer o rechazar lo que venga del paciente si entra en conflicto con lo manifestado por la familia. Por supuesto, se dan muchos casos en los que se producen malos tratos o abusos físicos, psíquicos o económicos con personas mayores y la única manera de detectarlos es mediante una escucha sensible y atenta del afectado.

Por ello, el profesional debe interpretar la información que recibe, valorar si existe una situación de riesgo, si se trata de un riesgo urgente, qué medidas se pueden o deben adoptar y los medios y recursos disponibles.

En el presente caso, parece que el problema reside en la manifiesta oposición de la paciente a permanecer ingresada en un centro residencial.

El perfil clínico parece claro; paciente con deterioro cognitivo y funcional leve probablemente afectada por una demencia fronto-temporal con trastorno conductual.

Hay pacientes con DTA en fases iniciales con muy buen estado cognitivo (memoria reciente, orientación, discurso coherente...) y funcional pero que sin embargo pueden presentar trastornos conductuales más difíciles de manejar (todavía tienen habilidades y capacidad para adoptar decisiones perjudiciales y para agredir física o verbalmente a terceros)

Es habitual que este tipo de pacientes presente ideas delirantes y obsesivas de agresión, robo, maltrato, etc... focalizando como "enemigo" a su cuidador principal. Por lo que se expone en el caso, y presumiendo que se trata de información contrastada, ha tenido varias cuidadoras en domicilio que (por falta de formación) no han sabido tratar su trastorno conductual adecuadamente, la hija se ha visto superada por la situación y este perfil clínico lo corrobora el propio centro residencial en el que permanece actualmente ingresada la residente. Es decir, toda la información apunta a que la mejor solución pasaba por no dejar sola y aislada a la paciente para minimizar el riesgo de daños a su persona y/o bienes. Por el contrario, no parece que se trate de un caso de abuso por la hija y que esta se ha visto abocada a buscar un recurso alternativo a los cuidados en domicilio por las circunstancias.

Señala el artículo 756.3 de la Ley de Enjuiciamiento Civil que *"cualquier persona está facultada para poner en conocimiento del Ministerio Fiscal los hechos que puedan ser determinantes de la incapacitación. **Las autoridades y funcionarios públicos que, por razón de sus cargos, conocieran la existencia de posible causa de incapacitación en una persona, deberán ponerlo en conocimiento del Ministerio Fiscal"***.

Es evidente la importancia de los profesionales como garantes del bienestar y protección de personas incapaces.

Por ello lo más correcto sería solicitar o promover un internamiento involuntario con arreglo a lo establecido por el art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial⁽¹⁾, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento.

La autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida⁽¹⁾. En este caso, el responsable del centro en que se hubiere producido el internamiento deberá dar cuenta de éste al tribunal competente lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación de dicha medida, que deberá efectuarse en el plazo máximo de setenta y dos horas desde que el internamiento llegue a conocimiento del tribunal.

Antes de conceder la autorización o de ratificar el internamiento que ya se ha efectuado, el tribunal oír a la persona afectada por la decisión, al Ministerio Fiscal y a cualquier otra persona cuya comparecencia estime conveniente o le sea solicitada por el afectado por la medida. Además, y sin perjuicio de que pueda practicar cualquier otra prueba que estime relevante para el caso, el tribunal deberá examinar por sí mismo a la persona de cuyo internamiento se trate y oír el dictamen de un facultativo por él designado. En todas las actuaciones, la persona afectada por la medida de internamiento podrá disponer de representación y defensa en los términos señalados en el artículo 758 de la presente Ley.

El procedimiento de internamiento, guarda las suficientes garantías, tales como audiencia del afectado o examen por facultativo para que se respete la voluntad del paciente y se impidan abusos a su persona.

Lo más adecuado es que el proceso lo promoviese la residencia a través de la fiscalía pero en su defecto cualquier persona está facultada para ello (medico, Trabajador Social, amigo, etc...).

En este caso el trabajador social no tiene una especial relevancia por cuanto no existe riesgo social de la persona al estar sus cuidados garantizados por el centro residencial en el que permanece.