

¿POR QUÉ CUIDAR AL PACIENTE PSIQUIÁTRICO INCOMPETENTE?

Beatriz Quintanilla Madero*

La Psiquiatría es la rama de la medicina especializada en el cuidado y la protección de aquéllos que padecen a causa de enfermedades o minusvalías mentales. Se ocupa de proporcionar el mejor tratamiento posible de los trastornos mentales, de la rehabilitación de individuos que sufren de enfermedad mental y de la promoción de la salud mental¹.

La psiquiatría ha sido en muchas ocasiones una cuestión controvertida, porque muchas veces no se entiende bien la naturaleza de la enfermedad mental.

Los trastornos mentales no son, como históricamente se ha afirmado algunas veces, la consecuencia de causas desconocidas o de fuerzas mágicas secretas. Tampoco son consecuencia de un castigo divino o de una posesión diabólica. Otras explicaciones, más naturalistas, insisten en afirmar que los trastornos mentales pueden ser explicados únicamente como resultado de fuerzas externas al individuo, como son una familia rota, los traumas infantiles o cualquier otra situación

psicológica. Hay quienes piensan que una voluntad débil, o una forma de vida indecente o viciosa, o incluso interpretaciones morales o religiosas, serían las causas del trastorno mental, y por ello, estos argumentos han sido utilizados para intentar explicar estos trastornos.

Las muchas interpretaciones que se han dado de la enfermedad mental, han hecho que ésta haya sido acompañada siempre por un *estigma*. Por ello, los pacientes psiquiátricos sufren no sólo a causa del trastorno *per se*, sino también por la falta de comprensión de su familia, sus amigos y la sociedad, y esto ha llevado a que en muchas ocasiones los enfermos mentales tengan el tratamiento equivalente al que se da a otro tipo de enfermos.

Hoy sabemos que los trastornos mentales están, en gran parte, orgánicamente determinados y que existen algunos patrones neurológicos y fisiológicos que se encuentran dañados. De cualquier forma, los trastornos mentales pueden alterar las funciones racionales desorganizándolas cada vez más, de tal manera que el paciente puede llegar a ya no ser capaz de entender la naturaleza y las consecuencias de su propia conducta.

Conforme aumenta en el paciente la dificultad para dar razón o cuenta de sus

* Toda correspondencia relacionada con este artículo deberá ser enviada a: Dra. Beatriz Quintanilla Madero. Hegel 120-704. México, 11560, D.F. México. E-mail: bquintanilla@mexis.com

¹ Cfr. Asociación Mundial de Psiquiatría: *Ética y Psiquiatría. Declaración de Madrid*, n. 1, 1996.

propias acciones, algunos pacientes van siendo incapaces, e incluso *incompetentes*, para cuidar de sí mismos. También son incompetentes para tomar sus propias decisiones, y puede llegar el momento de tener que declarar legalmente su incompetencia, de modo que sean puestos bajo el cuidado de una tercera persona.

El ser declarado incompetente puede conllevar ciertos riesgos para el paciente, pues perderá el control de su propia vida y de su bienestar. Por ello, es particularmente importante definir qué se entiende por competencia, de modo que los criterios protejan a los enfermos mentales y a los débiles.

La primera cuestión que vamos a considerar es la diferencia entre *competencia* y *capacidad*, ya que uno de ellos es un concepto legal y el otro, un concepto clínico.

Capacidad es un *término clínico* que se utiliza cuando se examinan las implicaciones sobre la posibilidad de tomar decisiones acerca del propio cuidado médico y el modo de vida. «La capacidad es una habilidad para entender, procesar información, tomar decisiones y llevar a cabo las tareas relacionadas, de un modo consistente y protector, con una serie de valores demostrados durante un período de tiempo determinado. Esto implica que no existan alteraciones del juicio por disfunción cognitiva, angustia emocional abrumadora o enfermedad física»².

Más aún, la capacidad es específica para algunas decisiones particulares. Por

lo tanto, una persona puede ser considerada como capaz para tomar una determinada decisión, como decidir dónde vivir, y, sin embargo, ser incapaz con respecto a otro tipo de decisión, como decidir acerca de un tratamiento médico mayor³.

Competencia, por su parte, es un *término legal*, que es ampliamente utilizado para referirse a la aptitud para tomar decisiones en general (no sólo para tomar decisiones médicas). Se asume que una persona es competente a menos que haya sido determinado lo contrario por una corte legal. Tradicionalmente, el concepto legal de competencia ha sido un concepto global, de todo o nada, que llega desde costumbre estática dentro de un contexto limitado⁴. Dentro de este contexto, un paciente incompetente sería aquél que ya no es capaz de comprender información y de tomar las decisiones relativas, entendiéndose esta capacidad como una capacidad cognitiva total.

Por ello, el paciente debe ser evaluado clínicamente antes de ser declarado incompetente. La evaluación clínica es llevada a cabo por el médico, quien juega el papel central en dicho proceso. Sin embargo, cuando la capacidad del paciente es puesta en entredicho, el médico no debe ser el único en evaluarla. Hay una necesidad cada vez mayor de implicar a otros profesionales de la salud —enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos

2 MERRICK B., YESNER J., «Competence», Reichel W. (ed.), *Care of the elderly. Clinical aspects of ageing*. Williams and Wilkins, Baltimore, 1995, 509-513.

3 ETCHELLS E., KATZ MR., SHUCHMAN M., «Accuracy of Clinical Impressions and Mini-Mental State Exam Scores for Assessing Capacity to Consent to Major Medical Treatment. Comparison with Criterion-Standard Psychiatric Assessments». *Psychosomatics*, 38 (1997), 239-45.

4 MERRICK & YESNER, *op. cit.*

y terapeutas ocupacionales— como un equipo multidisciplinario. El psiquiatra debe evaluar al paciente si surgen dudas acerca de la alteración del juicio o de la percepción, o si sospecha de depresión severa⁵, ⁶.

Un aspecto que debe ser evaluado, obviamente, es la capacidad del paciente para tomar decisiones médicas con respecto al cuidado de su propia salud. El otro aspecto es ayudar a determinar hasta qué grado es posible una vida independiente, tomando en cuenta si ha habido un empeoramiento en el deterioro físico o mental. El foco de atención debe ponerse en la conducta actual del sujeto y en sus habilidades funcionales específicas⁷, y no debe limitarse únicamente a poner etiquetas diagnósticas, que pueden no tener ninguna indicación significativa sobre la capacidad real que tiene una persona para funcionar autónomamente.

La intervención legal a través de una corte, está indicada, en algunas situaciones, para evaluar si el sujeto es capaz de llevar a cabo las decisiones acerca del propio cuidado médico o sobre sus planes de vida⁸, ⁹.

El segundo punto a considerar es quién se hará cargo del paciente. Esto dependerá del grado de incompetencia. En la mayoría de los casos el paciente será atendido por su propia familia, un tutor legal o un sustituto que tome las decisiones; éstos han de cuidar del bienestar y de los intereses del paciente. Si se necesita hacer una transferencia de la autoridad a un sustituto para tomar decisiones, un principio básico que debe garantizar tal transferencia, es que ha de escogerse la alternativa menos restrictiva para el paciente; es decir, aquélla que mantenga la máxima autonomía para la persona, a pesar de la pérdida de su capacidad para funcionar completamente¹⁰. Otras opciones más restrictivas son la reclusión o confinamiento involuntario¹¹, y la más restrictiva sería la opción legal que comporta el nombramiento de un tutor. Dicho nombramiento conlleva, generalmente, una transferencia total de la autoridad, incluyendo las decisiones acerca del propio cuidado médico, la situación de vida y las finanzas sobre una base de largo

5 *Ibid.*

6 SULLIVAN M.D., YOUNGER, S.J., *Depression, Competence, and the Right to Refuse Lifesaving Medical Treatment*, Am J Psychiatry, 151 (1994), 971-78.

7 HOMMEL, P.A., WANG, L., BERGMAN, J., *Trends in guardianship reform: implications for the medical and legal professions*, Law Med Health Care, 1990, 213-226.

8 *Anonymous: Making patient care decisions. American Hospital Association report of the Special Committee on Biomedical Ethics*, 1985, 12-13.

9 Según Merrick y Yesner, el «recurso a un proceso legal en la corte para determinar la incompetencia legal y para designar un sustituto (o

vicario) que tome decisiones, debe llevarse a cabo sólo si no hay ningún otro sustituto disponible, o si existen serias cuestiones o conflictos sin resolver entre los proveedores de cuidados de la salud y otros involucrados en la situación».

10 *Ibid.*

11 La reclusión o confinamiento involuntario es de corta estancia y se utiliza únicamente en aquella situación que conlleva una crisis en relación con la salud mental, en la cual, el confinamiento dentro de un entorno protegido es tenido como la única alternativa para ofrecer la suficiente protección y tratamiento al paciente.

plazo¹², ¹³. El psiquiatra, por tanto, deberá conocer bien la legislación específica de su propio país, para poder aplicar las distintas opciones de una manera correcta, sin detrimento para el paciente.

En tercer lugar, nos preguntamos: ¿por qué hemos de cuidarlos?, ¿por qué cuidar a un paciente incompetente? Una primera consideración que podemos hacer es la de que hemos de cuidar a un paciente incompetente porque tiene *dignidad como persona* y, al ser incompetente, no puede protegerse a sí mismo y, probablemente, tampoco es capaz de demostrar esa dignidad a causa de su incapacidad. Por ello, el psiquiatra ha de recordar que el primer y principal deber de todo médico, es la promoción de la salud, la reducción del sufrimiento y la protección de la vida¹⁴.

Esta tarea es de naturaleza ética. Debemos recordar que los fines de la medicina son no sólo curar al paciente, sino también cuidarle, escucharle y tratar de comprenderle, e intentar ayudarle a superar sus miedos. El médico puede ayudar al paciente no solamente a recuperar su salud, sino también, si la recuperación no es posible, ayudarle durante su enferme-

dad, agonía y muerte. No se fracasa por no curar, sino por no cuidar¹⁵.

Existe una tarea personal e individual que es una obligación ética: tratar pacientes es una tarea que está vinculada a la entera tradición de la Medicina. El espíritu de la Medicina es de una absoluta y total dedicación y el paciente espera de su médico una total devoción, porque si él es quien conoce la causa de su enfermedad, es quien mejor puede comprenderle y aliviar su dolor y su sufrimiento¹⁶.

Pero en el modo como la ética es tomada actualmente se nota un cambio, tal vez un cambio demasiado severo, del médico-protector –aquél a quien el paciente podía dirigirse buscando aliviar y consolar su dolor– al médico-asalariado, que es tristemente llamado «un trabajador de la salud», y quien debe atender al paciente debido a un contrato laboral que le vincula monetariamente, pero no afectivamente, al paciente¹⁷.

Sin embargo, realmente no importa a qué tipo de ética queremos acogernos, ya que, aun siendo un «trabajador para la salud», el status del paciente, como persona, no puede cambiar. Y esto se debe a que el ser humano es un fin en sí mismo, un ser pensante, que tiene consciencia de sí mismo y es libre, capaz de amar y ser amado. Y todas estas características, aunque enraizadas en la naturaleza biológica

12 En los Estados Unidos de América, la corte designa un tutor (generalmente a un miembro de la familia o a un apoderado) como sustituto para tomar decisiones, para aquella persona que cae dentro de algunas categorías como son la enfermedad mental, la vejez, o la invalidez, cuando se ha determinado que esa persona se encuentra funcionalmente deteriorada o incapacitada.

13 KAPP, M.B., *Geriatrics and the law*. New York, Springer, 1992, 116.

14 Organización Mundial de la Salud, *op. cit.*, Normas para situaciones específicas, n.1.

15 Cfr. VOLTAS I VARÓ, «La obligatoriedad ética de asistir al paciente», *Manual de bioética general*, Madrid, 1994, p. 324.

16 Cfr. *Ibid.*, p. 325.

17 *Ibid.*, p. 325.

del hombre, son también, sin ninguna duda, transbiológicas e inmateriales¹⁸.

Por ello, la primera razón por la cual un paciente incompetente debe ser cuidado y respetado, es que por el hecho de ser un ser humano es un fin en sí mismo. Y esto es así aunque se haya convertido en un paciente incompetente, porque su valor no es consecuencia de lo que puede conseguir o producir, sino de lo que él es. El significado que tiene la vida humana no es aquél que la ciencia o la tecnología quieran darle, sino una experiencia personal, e incluso religiosa.

La ciencia no tiene más dignidad que el hombre, y ni la ciencia ni la tecnología pueden proveer el sentido o el significado de la vida humana. La ciencia ha de subordinarse a la vida, más aún cuando el progreso no constituye el mejor bien para el hombre, e incluso si la utilización de ciertas tecnologías pueden generar un retroceso, en vez de ser una buena opción para la humanidad.¹⁹

Las posibilidades tecnológicas deben subordinarse a lo que es aceptado éticamente. Si la ciencia no sirve a la vida humana, más aún, si sus resultados pueden convertirse en una amenaza para la vida humana, entonces estaríamos colaborando a su autoextinción.

Si el ser humano es un fin en sí mismo, no puede nunca ser un medio al servicio de nada, por ello es lógico obligar a la ciencia a no intentar jamás convertirse ella misma, en un fin por sí mismo, por-

que esto transformaría necesariamente al ser humano en un medio respecto de la ciencia²⁰.

La dignidad le viene al paciente del hecho de ser persona: un ser humano. Es por ello por lo que el objetivo del psiquiatra no es el de restituir al paciente su dignidad, porque ésta nunca la ha perdido. Aun mostrándose incompetente, el paciente no pierde su dignidad.

El médico ha de reconocer la dignidad del paciente, al igual que todos los demás. Todos han de ver al paciente y a sí mismos como iguales. Por ello el objetivo del psiquiatra deberá ser el de restituir al paciente la capacidad para actuar y hacer las cosas valiosas por sí mismo, en atención a su dignidad²¹.

La segunda razón ha sido previamente delineada. Se refiere a la obligación que tiene el médico de cuidar y proteger a los pacientes, una razón que resulta de la misma naturaleza de la Medicina. Nuestros esfuerzos han de concentrarse en proveer un tratamiento adecuado, mejorar la calidad del cuidado de los enfermos mentales, de los débiles y de los ancianos, mitigando el dolor de los enfermos incurables, y en caso de enfermedad terminal, ayudando al individuo a encarar la muerte²².

Una tercera razón: todos los enfermos psiquiátricos, especialmente si son incom-

20 Cfr. *Ibidem.*, p. 42.

21 Choza J.: *El descubrimiento de la dignidad humana*. En: *Bioética, Psiquiatría y Derechos Humanos*. Cap. 2. I.M.&C, 1995, pp. 17-49.

22 HENDIN H., KLERMAN, G., *Physician-Assisted Suicide: The Dangers of Legalization*, *Am J Psychiatry*, 150 (1993), 143-45.

18 POLAINO-LORENTE A., «Ciencia y Conciencia», *Manual de Bioética General*, Rialp, Madrid, 1994, p. 41.

19 Cfr. *Ibid.*, p. 42.

petentes, pueden ser muy vulnerables. El psiquiatra deberá en todo momento tener en mente los principios que rigen la relación médico-paciente. Debe servir a sus pacientes dándoles el mejor tratamiento disponible compatible con el conocimiento científico aceptado y las normas éticas. Debe tratar de idear las intervenciones terapéuticas que sean las menos restrictivas para la libertad del paciente. También deberá mostrar su confianza y respeto al permitir que el paciente tome decisiones libres e informadas, y si el paciente es incompetente, discutir el caso con la familia o con el tutor.

Para concluir, quisiera subrayar, que actualmente, cuidar al enfermo mental y al débil, es probablemente «el único

modo, o cuando menos el más clamoroso, en que la dignidad de la persona humana puede afirmarse como un valor compartido por una sociedad: cuando lo único valioso que se puede afirmar es la nuda persona porque hay certeza de que esa persona, en esas condiciones (de incapacidad física o psíquica), no podrá realizar por sí misma nada valioso»²³. Pero una valoración práctica sobre la dignidad debe encontrarse en correspondencia –tanto como sea posible–, con la valoración teórica de la dignidad universalmente aceptada. Esto es así porque los principios y las normas morales abstractos no pueden dominar o garantizar la moralidad concreta, ni para sí misma ni para ningún otro²⁴.

23 CHOZA J., *op. cit.*, p. 46.

24 Cfr. *Ibid.*, p. 47.