

**El Paternalismo Médico Responsable en Psiquiatría.
Una Perspectiva Bioética en Casos de Hospitalización Involuntaria de Pacientes.**

Ana María Páez Jiménez

Trabajo de grado para optar por el título de Magistra en Bioética

**Pontificia Universidad Javeriana
Instituto de Bioética
Maestría en Bioética
Bogotá, D.C
2020**

**El Paternalismo Médico Responsable en Psiquiatría.
Una Perspectiva Bioética en Casos de Hospitalización Involuntaria de Pacientes.**

Ana María Páez Jiménez

Trabajo de grado para optar por el título de Magistra en Bioética

**Director
José Edwin Cuéllar Saavedra**

**Pontificia Universidad Javeriana
Instituto de Bioética
Maestría en Bioética
Bogotá, D.C
2020**

Dedicatoria

Esteban, Juan José y Elena

Agradecimientos

Quiero dar mi especial agradecimiento a quienes estuvieron conmigo en este proceso.

A Esteban por ser mi motor, apoyo y aliado incondicional en cada paso de mi vida.

A mis padres y hermana por acompañarme, guiarme, confiar y creer en mí.

A José Edwin Cuéllar, mi tutor, por su orientación constante, comprensión y enseñanza.

Al Instituto de Bioética y a mis pacientes.

Mil Gracias.

Tabla de contenido

| | |
|--|-----------|
| Dedicatoria | 3 |
| Agradecimientos | 4 |
| Introducción | 7 |
| Justificación | 7 |
| Objetivo General | 8 |
| Objetivos Específicos | 8 |
| Metodología | 9 |
| Estructura del documento final | 9 |
| Capítulo 1: Casos Clínicos Que Ilustran Problemas Del Paternalismo Médico Psiquiátrico En Las Hospitalizaciones Involuntarias | 11 |
| <i>1.1.</i> Caso 1. ¿La depresión nubla el panorama? | 14 |
| <i>1.2.</i> Caso 2. ¿Jaime puede decidir? | 16 |
| <i>1.3.</i> Caso 3. Psicosis, agresividad y riesgo de daño a otros ¿cómo se debe abordar? | 18 |
| <i>1.4.</i> Cuestionamientos | 19 |
| Capítulo 2: Paternalismo Médico Y Hospitalización Involuntaria: Conceptos Y Posiciones Contrastadas | 24 |
| 2.1. Concepción del Paternalismo | 24 |
| 2.2. Paternalismo Médico..... | 28 |
| 2.3. Breve Recorrido Histórico Del Paternalismo..... | 29 |
| 2.4. Posiciones Opuestas Del Paternalismo Médico | 34 |
| 2.4.1 Cuestionamientos Del Paternalismo Médico En Psiquiatría..... | 34 |
| 2.4.3. Posiciones en Defensa Del Paternalismo Médico del Psiquiatra | 44 |

| | |
|--|-----------|
| 2.4.3.1. Defensa del Paternalismo en algunos casos | 51 |
| 2.5. Hospitalización o Internamiento Involuntario..... | 56 |
| 2.5.1. Cuestionamientos De La Hospitalización Involuntaria..... | 59 |
| 2.5.2. Descripción de la hospitalización en salud mental desde una posición sociológica: la de Erving Goffman..... | 63 |
| 2.6. Recapitulación | 69 |
| Capítulo 3: Una luz para el paternalismo médico del psiquiatra | 72 |
| 3.1. Posición Del Psiquiatra Ante El Paternalismo Médico | 72 |
| 3.2. Paternalismo Médico Responsable..... | 75 |
| 3.3. La Hospitalización Involuntaria indicada desde el Paternalismo Médico Responsable ... | 83 |
| 3.4. Recapitulación | 91 |
| Conclusiones | 92 |
| Referencias | 97 |

Introducción

La idea del presente trabajo de grado surge como respuesta a diferentes interrogantes y dudas emergentes de la práctica como profesional en psiquiatría, situaciones que se presentan regularmente en la atención de pacientes con enfermedades mentales a quienes se les debe efectuar un tratamiento urgente y prioritario en razón de la agudeza de la misma, aún sin su consentimiento y teniendo presente que en ocasiones este mismo abordaje médico podría ocasionar otras circunstancias como apartarlos del exterior y de su cotidianidad, limitar su libertad y también otros efectos psicológicos además de los ya ocasionados por la enfermedad bajo la premisa de beneficio, como son las hospitalizaciones involuntarias.

Este proceso autoevaluativo, lleva al cuestionamiento de la forma de actuación y el modo que ejerce el médico con el paciente, encontrándose que hace parte de una relación conocida desde la antigüedad y denominada *actitud paternalista*.

Este concepto, novedoso para unos a pesar de su tiempo en vigencia y existencia o para otros manejado en forma superficial, produjo gran interés y reconocimiento como meritorio de estudio desde la clínica y la Bioética, de acuerdo a los problemas que recoge tanto desde su concepción misma hasta su implicación en la relación entre el médico y el paciente.

Justificación

Como producto de lo anterior, aparece como fuente motivadora la preocupación por el ejercicio paternalista del médico psiquiatra y sus alcances al tratar personas que no aceptan un tratamiento específico indicado pero que igual se realiza y ejecuta, en donde se puede lesionar la dignidad de la persona, vulnerar sus derechos humanos y no se les valore, promueva ni se les reconozca el valor de la autonomía.

La hospitalización involuntaria de pacientes con el tiempo se ha tendido a limitar, con el fin de encontrar otras alternativas terapéuticas para su recuperación y rehabilitación. Sin embargo, el campo particular de la Psiquiatría, es una de las especialidades médicas donde este es un tratamiento frecuente y corriente, dado el tipo de enfermedades que se tratan y aún más en nuestro medio, por las pocas opciones vigentes de tratamiento ante una crisis aguda de enfermedad mental.

Se pretende por tanto analizar la actuación paternalista del psiquiatra en casos que requieran hospitalización de pacientes de manera involuntaria, si es o no válida, y de serlo, en qué casos se justifica y como debe ser esta actuación.

Objetivos

General

El objetivo general de este trabajo es el de realizar desde la Bioética una justificación del paternalismo médico responsable del psiquiatra en situaciones de hospitalización involuntaria.

Objetivos Específicos

- Mostrar el problema ético, por medio de tres casos clínicos a modo de ejemplo, que surge en los casos de personas que ingresan a hospitalizaciones involuntarias en el área de la salud mental desde la perspectiva de la actuación e indicación del médico psiquiatra.
- Exponer y entender los conceptos y definiciones del paternalismo y el paternalismo médico.
- Presentar un contraste de las posiciones de diferentes autores respecto al tema del paternalismo médico.
- Describir el concepto de la hospitalización involuntaria, sus indicaciones médicas y los interrogantes existentes de esta forma de tratamiento médico en psiquiatría.

- Plantear una propuesta acerca de cómo la Bioética se podría situar frente al paternalismo médico en casos específicos de hospitalizaciones involuntarias, en un enfoque determinado como es el Paternalismo Médico Responsable.

Metodología

Para lograr desarrollar metodológicamente este trabajo, una vez establecido el tema con la identificación de la problemática de interés para análisis a la luz de la Bioética, se realizó una investigación teórica, cualitativa, estableciendo un estado del arte de diferentes textos y autores, seleccionando los que eran acordes al tema de estudio y a partir de estos se realizó una revisión de la literatura que conformara e integrara una amplia base teórica de las diferentes posturas de autores y perspectivas interdisciplinarias relacionadas con el paternalismo médico y las hospitalizaciones involuntarias en el área de la psiquiatría.

Se realizaron revisiones y ajustes periódicos en el desarrollo de la investigación con el tutor de la investigación encaminada a la concreción y aclaración de conceptos, y por tanto de la estructuración coherente del trabajo.

Estructura del documento final del trabajo

El trabajo consta de tres capítulos. En el primer capítulo se hace una apertura a las dificultades y problemas que acompañan las actitudes y acciones paternalistas de los psiquiatras en el momento de prescribir e indicar una hospitalización a un paciente sin su consentimiento, tomando como ejemplo tres casos clínicos los cuales, sin ser reportes formales de casos, permiten mostrar como en situaciones cotidianas en la consulta del psiquiatra, se opta por estas medidas terapéuticas. Los casos contribuyen al estudio posterior de la pertinencia de esta forma de actuar del médico que pareciera arbitraria y unidireccional en la de toma de decisiones, y que al no contar

con el consentimiento del paciente, puede llegar a generar cuestionamientos de orden clínico y bioético.

En el segundo capítulo, se inicia desde la definición del término paternalismo, las clases del mismo que se han establecido en la literatura, llegando al paternalismo médico. Posteriormente se contrastan las posiciones de diferentes autores, que por un lado advierten los perjuicios y riesgos nocivos de este tipo de relación y actuar médico y por otro la de quienes abogan por su pertinencia y necesidad en ciertas situaciones en el área de la psiquiatría. Este capítulo finaliza con un apartado dedicado a la hospitalización involuntaria, sus indicaciones, definiciones, controversias, concluyendo con la descripción del estudio de un reconocido sociólogo quien aporta su concepto de las instituciones de salud mental y los procesos que deben vivir las personas cuando son internadas u hospitalizadas en ellas.

De manera articulada con los anteriores, en el capítulo tercero se desarrolla una postura que defiende el paternalismo médico del psiquiatra: El Paternalismo Médico Responsable. Aunque esta pareciera una posición idealizada del mismo, despliega un tipo de paternalismo que se considera es el que se debería actuar y ejercer en la clínica pues podría responder a los cuestionamientos tanto clínicos como éticos, sin desligar unos de los otros, en situaciones difíciles clínicas que ameriten las hospitalizaciones involuntarias en el área de la salud mental como una propuesta para y desde la bioética.

Capítulo 1: Casos clínicos que muestran problemas del paternalismo médico psiquiátrico en las hospitalizaciones involuntarias

El propósito de este capítulo es mostrar la existencia del problema ético que surge en los casos de personas que ingresan a hospitalizaciones involuntarias en el área de la salud mental desde la perspectiva de la actuación e indicación del médico psiquiatra.

Numerosos son los cuestionamientos a los que ha sido sometida la Psiquiatría desde años atrás. Se podrían enumerar varios de ellos como: la supuesta subjetividad por parte del profesional de Psiquiatría presente a la hora de realizar un diagnóstico, en el momento de determinar su manejo y a la hora de determinar quién esta mentalmente capacitado o cognitivamente “estable”. Sobre el manejo de la enfermedad diagnosticada por el psiquiatra pesan varios factores: las influencias culturales, la falta de elementos empíricos demostrables concretos tanto de la psicopatología molecular y sobre la etiológica de muchas enfermedades mentales, así como certeza total del funcionamiento de los psicofármacos, por lo tanto sobre el riesgo de los efectos secundarios de los mismos; En general, subsisten críticas a los modelos diagnósticos vigentes y a la forma de abordar y tratar personas mediante prácticas usuales en estos casos tales como: la sedación farmacológica, inmovilización física, Terapia Electroconvulsiva y la internación u hospitalización involuntaria de pacientes.

A pesar de ser una rama de la medicina, en muchas ocasiones la Psiquiatría y los tratamientos que utiliza, continúan siendo blanco de dudas, controversias e interrogantes. A pesar de lo anterior, la Psiquiatría es una especialidad reconocida y que toma con el tiempo más fuerza en el campo médico por los avances científicos que han contribuido al estudio cada vez más certero de las enfermedades y de los efectos positivos de los tratamientos psicofarmacológicos y no farmacológicos utilizados, que han demostrado respuesta, mejoría, alivio y control de síntomas en

pacientes con padecimientos mentales, resultados evidenciados por ellos mismos y por quienes los rodean, en una sociedad donde crece la importancia del conocimiento acerca de lo relacionado con los aspectos de salud mental y el reconocimiento de la presencia, crecimiento, e impacto de las alteraciones mentales, algunas de las cuales no siempre son fácilmente visibles ni medibles como sí lo son otras patologías.

Tratamientos como las hospitalizaciones en instituciones de salud mental, que si bien en algunos casos sus métodos no son convencionales comparado a los que utilizan otras especialidades médicas, se han empleado como medidas para pacientes que presentan estadios agudos de difícil abordaje por otras vías. El médico psiquiatra es quien determina e indica cuándo una persona requiere de un tratamiento intrahospitalario. Al aceptar la persona la hospitalización, se asume que en la mayoría de los casos ha entendido y comprendido sus indicaciones y que el paciente está de acuerdo con la misma. Sin embargo, en los casos de personas internadas como medida terapéutica en una institución de salud mental sin su consentimiento, se generan situaciones que producen cuestionamientos acerca del ejercicio médico psiquiátrico, no solo en el campo clínico, sino que se generan tensiones de orden ético pues se considera que se está actuando en contra de los deseos, la voluntad y decisiones de las personas, traduciéndose en una posible lesión o afectación de la autonomía del individuo, su dignidad y por tanto de su libertad.

Este tipo de actuaciones médicas en las que el profesional, en este caso el psiquiatra, determina y decide el tratamiento que debe recibir el paciente, a pesar de no contar con su aprobación ni consentimiento, y se espera buscar con ello la recuperación del estado de salud, reestablecer su funcionamiento habitual, encontrar alivio a sus quejas y malestares así como conseguir la mejora de su estado cognitivo, emocional, deliberativo y por tanto de su autonomía que ha sido afectada por una enfermedad, son un ejemplo entre otras actuaciones que pueden

considerarse como *paternalistas*. Son estas actuaciones paternalistas de los médicos psiquiatras que se presentan en diferentes circunstancias de la práctica clínica asistencial, como las hospitalizaciones involuntarias, que se consideran requieren de un abordaje y análisis más profundo como propósito del presente trabajo.

En este capítulo se introduce una noción acerca del concepto *paternalismo*, para en el siguiente, realizar un desarrollo más amplio acerca de sus definiciones, conceptos, orígenes, entre otros.

En general se puede decir que el término *paternalismo médico* en sus múltiples intentos de definición tienen como común denominador la “analogía paternalista” como lo describe Velazco (2013): “la semejanza con la relación filial del buen padre de familia con sus hijos, que se caracteriza por su benevolencia” (p.8).

Tom L. Beauchamp (en Enciclopedia de Bioética, 2004) define el paternalismo como actos o prácticas que restringen la autonomía o la libertad de las personas sin su consentimiento explícito y señala que los paternalistas consideran que la restricción de la autonomía de las personas está justificada si es probable que estas mismas puedan llegar a causarle daños graves o que no consigan con sus conductas, un beneficio importante para sí mismas.

Tanto el concepto de paternalismo como su empleo en la práctica clínica, ha sido objeto de largas discusiones sin llegar a un consenso final debido a que se tienden a tomar posiciones extremas opuestas: o se está a favor y se acepta que el médico actúa de manera paternalista o se rechaza en todo sentido, sobresaltando que la autonomía y la libertad del paciente son las que rigen, el pilar de la medicina moderna y son fundamentales independientemente de las circunstancias en las que se encuentre la persona.

Evidentemente, con el paso de los años, el papel del paciente se ha transformado como se verá en el transcurso del trabajo, los avances científicos y tecnológicos han enriquecido la medicina y al mismo tiempo muchas áreas de estudio como la Bioética, la cual se ha encargado de examinar, evaluar, investigar y analizar de forma interdisciplinaria, entre muchas otras funciones e intereses, la conducta humana con relación a la vida a la luz de los valores y principios morales, y ha tendido a que los médicos entiendan cada vez mejor al paciente como persona semejante a ellos y no lo cosifiquen reduciéndolo solo a la concepción de su sola enfermedad, lo integren en la toma de decisiones y tratamientos y promuevan el empoderamiento de ellos mismos con respecto a su salud, cuidado y prevención, relegando y abandonando las actuaciones y actitudes paternalistas médicas, consideradas como perjudiciales y negativas para la relación ética y clínica entre el médico y el paciente. Sin embargo, negar que en la actualidad se llevan a cabo acciones paternalistas por parte de los médicos y descartar posiciones intermedias en las que puedan tener cabida, son objeto para un estudio de mayor profundidad que el solo hecho de quedarse con la idea superficial y corta acerca de juzgar si el paternalismo es malo o bueno.

A continuación, se describen tres casos de personas que consultan a una institución de salud mental de la ciudad de Bogotá, los cuales más allá de ser excepcionales o extraordinarios, se eligen porque son frecuentes y comunes en la consulta psiquiátrica. Siendo referentes e ilustrativos, contribuyen al inicio de la evaluación del problema ético que surge cuando se presentan acciones paternalistas por parte del médico en la práctica psiquiátrica en casos de hospitalización involuntaria.

1.1. Caso 1. ¿La depresión nubla el panorama?

Gabriela consulta por primera vez al Servicio de Consulta Externa de Psiquiatría de en una clínica privada de la ciudad de Bogotá. Ingresa al consultorio sin acompañante, apoyada de

un bastón. Tiene 33 años, madre soltera de tres hijos menores de edad y manifestaba que el motivo para asistir a la misma era porque posterior a un accidente automovilístico en el que sufrió un trauma en rodilla izquierda ocurrido hacía 2 años, había quedado con serias limitaciones en los movimientos de su pierna que le impedían hacer las actividades que ordinariamente realizaba y la incapacitaba para realizar su trabajo en oficios generales como lo hacía antes del accidente.

Describía sufrir episodios de ansiedad y animo triste, los que habían ido progresando con el tiempo, intensificándose en los últimos meses hasta el día de la consulta. No tenía otro antecedente médico relevante asociado a lo ya descrito. Además de sus problemas de salud, refería preocupación del cuidado de sus tres hijos debido a los problemas económicos que tenía y a la pobre red de apoyo familiar ya que solo contaba con su madre, que vivía en otro extremo de la ciudad que solo podía ayudarle en ocasiones a cuidar sus hijos cuando ella requería asistir a citas médicas y un primo de 18 años que hacía tres meses había llegado a Bogotá a estudiar y se estaba hospedando en la casa de ella aportándole un dinero mensual por su estancia.

Los síntomas que relataba Gabriela eran animo triste diario, perdida del placer, disminución del apetito con pérdida de peso no cuantificada en el último año, llanto frecuente, insomnio que describía eran principalmente debidos a sus preocupaciones económicas asociado a episodios de ansiedad desbordante e intensa, angustia, temor y miedo que se acompañaban de síntomas físicos como palpitaciones, hormigueos en manos y sensación de ahogo. Manifestó que en los último 6 meses había estado teniendo ideas de desesperanza e impotencia ante su situación; culpabilidad por no poder dar a sus hijos un nivel de vida mejor sin tantas limitaciones, ideas de morirse constantes y que había realizado cortadas en sus brazos además de dos intentos de suicidio producidos a través de la ingesta de una mezcla de medicamentos en dos oportunidades, siendo la última vez hacia 20 días según lo manifestaba y que al no haber presentado ninguna

reacción, no había consultado a través del servicio de urgencias, insistiendo que de lo anterior no tenía conocimiento nadie y era la primera vez que lo contaba. De estas ideas Gabriela no hacía crítica, al contrario, manifestaba persistencia en el deseo de no vivir más.

El psiquiatra que la atendía le explica a Gabriela que todos los síntomas que manifestaba hacían parte de un cuadro depresivo grave con síntomas asociados de ansiedad y que lo anterior, sumado al alto riesgo de suicidio la conducta a seguir era la de la hospitalización en Salud Mental a fin de poder iniciar el tratamiento y manejo médico por Psiquiatría y el grupo interdisciplinario. Gabriela rechazó este tipo de tratamiento y aunque se mostraba tranquila era enfática en que no se quería quedar. El psiquiatra decidió que Gabriela debía quedar hospitalizada aun sin su consentimiento por los síntomas y riesgos que tenía; posteriormente procedería a ubicar un familiar para dar conocimiento de la situación de Gabriela quien además determinaría si daba su consentimiento para continuar la decisión o estaría de acuerdo con Gabriela de egresar de ahí rechazando la hospitalización.

1.2. Caso 2. ¿Jaime puede decidir?

Jaime tiene 47 años de edad con un antecedente de enfermedad mental de varios años de evolución tipificada como un Trastorno Afectivo Bipolar; debido a este hecho ha estado en tratamiento por psiquiatría y ha requerido hospitalizaciones por salud mental en varias oportunidades, la última hacía aproximadamente 7 años.

Él es soltero y no tiene hijos. Sus padres ya fallecieron y tiene una hermana llamada Rosa de 53 años quien es su única red de apoyo con quien trabajaba en un negocio particular de papelería en la que atendían y cuidaban junto con su hermana. Rosa es quien siempre lo acompaña a sus controles médicos

Jaime asiste a controles por psiquiatría cada tres meses, el psiquiatra lo valora y le da entrega la fórmula de sus medicamentos. No tenía comorbilidades médicas.

Al último control acude en compañía de su hermana y el psiquiatra lo observa muy hablador, inquieto, más alegre, en momentos irritable y eufórico en comparación de cómo lo veía siempre cuando asiste a sus controles. Jaime le explicó que estaba tranquilo, si se sentía alegre pero que no encontraba problema en ello, que sentía que dormía pocas horas pero con un sueño reparador, un poco distraído y que no y no manifestaba haber tenido ideas de morirse ni atentar en contra de su vida, ni de la de otros.

El psiquiatra le pregunta a Rosa por los cambios que observa en su hermano y ella manifiesta que ha observado que en la última semana Jaime no dormía bien, se levantaba en la madrugada a lavar su ropa y a trabajar en horarios que no eran los habituales, que lo veía un poco más alegre, distraído y que si bien no hablaba incoherencias ni estaba agresivo y tampoco había tenido problemas en el ámbito laboral ni de convivencia como lo había estado en crisis previas de su enfermedad; sin embargo, tenía gran preocupación de que los síntomas empeoraran más adelante. Jaime negaba sentirse inquieto y justificaba las levantadas en la madrugada para ganar tiempo porque tenía muchas actividades que hacer.

Después de hacerle diferentes preguntas, el psiquiatra obtiene la respuesta que podría ser la causante de la reaparición de los síntomas: Jaime había disminuido la dosis de los medicamentos argumentando que estaba estable y había pasado mucho tiempo desde su última hospitalización por lo cual sostenía era poco probable que tuviera una recaída.

Rosa expreso su angustia en todo momento por ver que Jaime tenía indicios de una nueva crisis de su enfermedad afectiva; manifestaba recuerdos desagradables de las ultimas

hospitalizaciones como agresividad del paciente con ella y con objetos en la casa, fugas del hogar, un intento de suicidio de este hacia aproximadamente 12 años y dificultades para manejarlo cuando llegaba a ese estado por lo que solicitó al psiquiatra que hospitalizara a Jaime mientras se retomaban las dosis del tratamiento que usualmente tomaba y recuperaba su estado de ánimo y de comportamiento. Rosa estaba exaltada y se notaba temerosa. Jaime al oír a su hermana el deseo de hospitalizarlo, se torna irritable, manifestó que no deseaba el manejo intrahospitalario, se paraba y daba vueltas por el consultorio.

Ante esta situación, los antecedentes del paciente, el riesgo de empeoramiento de los síntomas y debido al deseo de la hermana quien era su única red de apoyo, el psiquiatra le explica a Jaime que debía hospitalizarlo mientras se estabilizaba nuevamente. Si bien Jaime expresa no desear la hospitalización permite ser ingresado a la hospitalización. El psiquiatra realiza un diagnóstico de Trastorno afectivo Bipolar Episodio Maniaco Sin Síntomas Psicóticos, genera órdenes de fórmulas médicas y Rosa firma el consentimiento informado para su ingreso.

1.3. Caso 3. Psicosis, agresividad y riesgo de daño a otros ¿cómo se debe abordar?

Andrés tiene 39 años y tiene diagnóstico de Esquizofrenia desde los 16 años de edad. No finalizó el bachillerato, es soltero y vive con sus padres. Tiene una hermana de 34 que es independiente, casada y tiene una hija de 4 años. Andrés depende económicamente de sus padres y no realiza ninguna actividad establecida. Tiene antecedente de varias hospitalizaciones en Unidad de Salud Mental siendo la última hacía 8 meses atrás. Tuvo al inicio de la enfermedad antecedente de consumo de cannabinoides que suspendió hacía más de 5 años. Los padres son quienes le administran los medicamentos psiquiátricos y asisten a los controles como acompañantes.

Andrés es trasladado por sus padres al servicio de urgencias de una Institución de Salud Mental por un cuadro de dos semanas, consistente en insomnio, inquietud motora, ideas paranoides persecutorias relacionadas con que sus padres lo quieren envenenar con la comida por lo cual dejo de comer hacía tres días, irritable, con risas inmotivadas y ese día intentó agredir físicamente a su padre quien le intentaba administrar el medicamento.

Durante la valoración por parte del Psiquiatra, este considera que Andrés debía ingresar para recibir tratamiento hospitalario por unos días y sus padres manifestaban estar de acuerdo. Sin embargo, Andrés presenta un episodio de agresividad y agitación, golpeando las puertas, insultado al personal de la clínica y agrede a un enfermero que allí se encontraba. Por tal motivo el psiquiatra a cargo del servicio de urgencias indica activar el código verde (el que se activa en casos de agitación y agresividad de un paciente) lo cual genera más inquietud motora en Andrés, expresando a gritos que no desea estar ahí. Llegan más enfermeros para atender el llamado del médico quien indica inmovilizarlo físicamente y administrar sedación farmacológica para su traslado a hospitalización con previo consentimiento verbal por parte de los padres que posteriormente durante la atención del psiquiatra a los familiares, consienten de manera escrita.

1.4. Cuestionamientos

Después de conocer los tres casos, puede surgir la duda de porque son presentados como representativos de un problema de orden ético en el que se deba cuestionar la actuación médica y catalogarla como paternalista, cuando se puede asumir que en general las internaciones de estas personas por parte del psiquiatra que los atendió se llevaron a cabo dentro de la normativa de la institución, los protocolos médicos y es la conducta regular en el área de salud mental de Colombia en situaciones que pueden considerarse una urgencia médica debido al riesgo que representa el estado de enfermedad mental agudo tanto para la persona como para quienes la rodean.

No obstante, son precisamente el estudio y detalle de estos casos ilustrativos, los que nos abren una puerta de entrada para el análisis posterior del conflicto ético que trae consigo el paternalismo médico en psiquiatría que se presenta en los casos de hospitalización involuntaria.

En este sentido, comienzan a surgir preguntas de estos casos y si bien se busca un análisis a la luz de la ética, no se pueden escindir las cuestiones éticas de las clínicas, pues son en este contexto clínico en el que surge la situación. Aunque los interrogantes específicos de los casos puedan desbordar el análisis y propósito general del trabajo, contribuyen y alimentan el estudio acerca del paternalismo médico.

Es importante destacar que los tres casos clínicos (sin constituir un reporte de caso) son situaciones diferentes, son personas con enfermedades mentales distintas, acompañadas de factores sociales y personales incomparables, por lo cual es lógico que aparezcan cuestionamientos propios para cada caso y a continuación se mencionan algunos de estos, sin que el objetivo sea que dichos cuestionamientos y posibilidades que se plantean busquen juzgar a los protagonistas de estos incluido el médico, sino como ejercicio de exploración, estudio y observación.

En el primer caso, a primera vista se muestra la problemática de una paciente con depresión y con alto riesgo suicida. Parece importante considerar si Gabriela ante su rechazo a la hospitalización había entendido su situación y la indicación de este tipo de tratamiento, para la toma de una decisión frente al tratamiento propuesto por el médico. En este sentido la presencia de ambivalencia en Gabriela quien llega a una institución de salud mental buscando ayuda profesional y cuando le indican una vía de tratamiento la rechaza, hace interrogar por la comprensión suficiente de ella de su estado de salud y el plan de tratamiento. Sin embargo, el cuestionamiento es aún más complejo, no solo por el hecho de si aceptaba quedarse o no, sino debido al alto riesgo de suicidio que presentaba, el cual había sido evaluado y considerado por el

médico psiquiatra, determinándose que la vida de la paciente estaba en riesgo y que al estar en la institución a su cargo, era su responsabilidad, entonces, ¿Estaba bien dejar ir a Gabriela y aceptar su rechazo a la hospitalización sin mayores cuestionamientos o acciones médicas?

También se puede considerar como factible problema ético si el contarles a los familiares la situación de Gabriela por parte del psiquiatra producía una violación a la confidencialidad entre el médico y la paciente.

En este primer caso se interrogan en general algunas situaciones en las que personas con enfermedad mental, sin estar en episodios psicóticos o fuera de realidad, tienen un riesgo para sí mismas como es el suicidio y al rechazar un tratamiento como en este caso es la hospitalización, es el médico el que va a determinar la conducta a seguir sin considerar la decisión del paciente, de una manera unilateral.

En el segundo caso, se podría preguntar la razón por la cual el médico no planteó otro manejo terapéutico teniendo en cuenta el estado mental en el que se encontraba Jaime y pensar como última medida la hospitalización. Además, como no se describe que se realizara por parte del psiquiatra, se piensa podría haberse considerado un abordaje de las emociones de Rosa y de sus miedos en ese momento respecto al estado de Jaime, pues pareciera entonces, que el médico, debido a los relatos de Rosa de experiencias previas en crisis de Jaime, a su temor y angustia en el momento de la consulta, el riesgo de empeoramiento del paciente y porque no, de los posibles riesgos legales, se basó y le fue suficiente para decidir hospitalizar.

Se interroga también por qué el médico toma esta determinación sin consentir el deseo del paciente si desde los aspectos clínicos se puede entender que Jaime reconocía la posible causa de los síntomas, no se encontraba psicótico, no había incurrido en actividades de riesgo ni para él ni

hacia terceros ¿En qué momento o quien tuvo en cuenta la opinión de Jaime?, ¿Cuales habían sido las experiencias de Jaime previas que lo hacían rechazar ese tratamiento?

Con respecto al tercer caso, parece importante plantearse si hay un problema de orden ético con la decisión médica de hospitalizar a este paciente. Ir más allá del estado clínico del paciente haría que en la misma línea de cuestionamientos tuviera cabida debatir si la psicosis es equiparable a la pérdida de comprensión y competencia para la toma de decisiones y por tanto si se debía tener en cuenta la negativa de Andrés de quedar hospitalizado. Además el cuestionarse si las otras situaciones relacionadas con la hospitalización involuntaria de Andrés como la inmovilización física y sedación farmacológica, ameritan un análisis ético considerando que pueden estas vulnerar a la persona y las posibles consecuencias de estas acciones en el futuro relacionadas tanto con la vivencia y manejo de su enfermedad, adherencia terapéutica, como con su autoestima y su dignidad.

Después de plantear algunos interrogantes propios para casa caso descrito, se cuestiona a nivel general si en los tres casos se presentan actuaciones paternalistas por parte del psiquiatra, entendiendo estas actuaciones cuando el médico como autoridad, toma decisiones en nombre del paciente, aun sin su consentimiento y con la idea que su actuar sea beneficioso para el paciente como se señaló en un inicio. Por lo tanto, de acuerdo a lo anterior, se sugiere que en los tres casos hubo una actuación paternalista por parte del psiquiatra siendo diferente en cada uno, arrastrando consigo otros cuestionamientos éticos como el plantearse cuál sería el problema del paternalismo médico en los casos de las hospitalizaciones involuntarias y si el paternalismo médico siempre está presente a la hora de hospitalizar involuntariamente a un paciente. Se interroga también si hay diferentes tipos de acciones paternalistas médicas y cuáles y en qué momento podrían ser válidas y justificadas. Además se cuestiona si es coherente la limitación de la libertad de una persona bajo

el indicio de enfermedad mental o si el paternalismo médico es un sinónimo de coerción oculta bajo la presunción de beneficencia.

Por último, sería oportuno sopesar si el paternalismo médico guarda relación con otras problemáticas relacionadas como el contexto social en el que se presenta, el sistema de salud y las dificultades inherentes a este u otras como las motivaciones personales del profesionales, entre ellas, las cuestiones legales para los médicos que de fondo buscan una manera de proteger su responsabilidad.

Estos casos como se ha sostenido desde el inicio son un referente de situaciones de personas hospitalizadas involuntariamente en instituciones de salud mental, de donde se indaga y evalúa la presencia de actuaciones paternalistas por los médicos, interrogándose el valor de la responsabilidad del profesional en la relación médico y paciente, la relación de estas actuaciones con conflictos de orden ético y temas conexos como el respeto a la dignidad de la persona, el respeto a la autonomía, la relación médico paciente, consecuencias para las personas que las vivencian, entre otros, que ameritan un abordaje desde la bioética y que luego este contribuya con su análisis en la construcción de una perspectiva del paternalismo médico que pudiera ser referente de aplicación en el campo clínico.

Para ello, es necesario realizar un cimiento teórico del paternalismo médico, conocerlo y definirlo, donde también se establezcan las diferentes posturas de autores respecto a este, un apartado para comprender la hospitalización involuntaria en salud mental y abordar temas relacionados con los cuestionamientos evidenciados en este capítulo, como desarrollará a continuación en el segundo capítulo.

Capítulo 2: Paternalismo Médico y Hospitalización Involuntaria: Conceptos y Posiciones Contrastadas

En el capítulo anterior se describieron tres casos que abren el camino al cuestionamiento y la discusión desde un enfoque bioético, acerca de la problemática que existe con las actuaciones paternalistas por parte de los médicos psiquiatras en el campo de las hospitalizaciones de personas de manera involuntaria en instituciones de salud por una condición de enfermedad mental.

El propósito del capítulo segundo es exponer los conceptos y definiciones del paternalismo y particularmente del paternalismo médico, comprendiendo sus categorías, para posteriormente exponer un contraste de las posiciones de diferentes autores. Además, siendo parte del interés de este trabajo, se explica el concepto de la hospitalización involuntaria, sus indicaciones médicas, continuando luego con los interrogantes existentes de esta forma de tratamiento médico en psiquiatría y finalizando con un autor quien desde una mirada sociológica, apartada de la medicina, describe y estudia la hospitalización e internamiento involuntario desde el lado del paciente que la vivencia.

2.1. Concepción del Paternalismo

La Real Academia de la Lengua Española (2019) lo define como la “Tendencia a aplicar las formas de autoridad y protección propias del padre en la familia tradicional a relaciones sociales de otro tipo”.

Por otro lado, el diccionario de Cambridge (2019) define el paternalismo como el “Pensamiento o comportamiento de las personas con autoridad que les lleva a tomar decisiones por otras personas que, aunque puedan beneficiarlas, les impiden asumir la responsabilidad de sus propias vidas”

El paternalismo generalmente también ha sido definido como un proceso por el cual se llega a interferir con una persona, en contra de su voluntad (o sin su consentimiento), motivado únicamente por el objetivo de promover su bien (Christman, 2014).

Macario Allemany (2005), estudioso de este tema y conocido por sus publicaciones acerca del paternalismo, considera que el concepto de paternalismo ha sido objeto de largas discusiones sin llegar a un consenso final, describiendo que la definición del paternalismo "apunta a una extrapolación del modelo de relación paterno filial." (Ibíd. P.266), es decir que "la aplicación del modelo del poder paternal (patria potestad) a otros ámbitos sociales lo que se cuestiona"(Ibíd. p.266).

Para Dworkin (2002) el paternalismo involucra la limitación de libertad o autonomía de algún agente, haciéndolo por una razón particular y señala cómo el determinar los términos de este concepto, es un asunto controvertido. Este autor propone el siguiente análisis: X actúa paternalmente hacia Y, haciendo (omitiendo) Z quien a su vez interfiere con la libertad o autonomía de Y (ejemplo: mentir, retener información), haciéndolo solamente porque con ello X cree que Z mejorará el bienestar de Y (donde esto incluye evitar que su bienestar disminuya), o de alguna manera promoverá los intereses, valores o el bien de Y.

El autor John Christman (2014) propone que los elementos fundamentales de la situación paternalista incluyen:

- Los motivos del paternalista: la intervención propuesta debe ser motivada única o principalmente por la preocupación por el propio bien del sujeto, ya sea su bien prudencial o su bien moral.

- La naturaleza de la intervención paternalista: en general, los actos cuentan como paternalistas cuando impiden que un sujeto actúe o retienen información o recursos que le permitirían actuar de la manera que actualmente pretende actuar.
- El estado y condición del sujeto: los factores relacionados con el conocimiento que el sujeto tiene de la situación, el grado de voluntariedad de sus acciones supuestamente autodestructivas y, más generalmente, su autonomía (ya sea en general o con respecto a estas acciones).

Retomando a Macario Allemany (2005. P. 269) quien describe la acción paternalista como:

- Es intencional (lo que la hace diferente de la *influencia* que puede no serlo).
- La acción paternalista se orienta a obtener un comportamiento (acción) que influya en el comportamiento del otro.
- El que ejerce el poder (quien hace la acción paternalista) siempre es responsable de la conducta del otro.
- De acuerdo a Zimmerling (citado en Allemany, 2005, p.269) el poder ejercido puede:
 - Afectar las preferencias normativas y empíricas del otro para hacerlo actuar de un modo determinado.
 - Afectando las creencias empíricas del otro, llegando este a creer que la acción es la más adecuada a sus propios intereses
 - El afectado llegará a creer que la acción deseada es la que debe llevar a cabo
 - El ejercicio del poder se orienta a obtener un comportamiento

Es importante resaltar que se debe analizar el paternalismo dependiendo del caso específico: en el análisis existen varios puntos de vista normativos sobre cuándo se justifica el paternalismo y

por este motivo surgen algunas clasificaciones del paternalismo en términos de actuación (Dworkin, 2002):

- Paternalismo duro vs. Paternalismo blando.

El paternalismo blando se justifica cuando es necesario determinar si la persona con la que se está interfiriendo está actuando de manera voluntaria y con conocimiento de causa. El paternalismo duro dice que se puede intervenir incluso si el actuar del sujeto es voluntaria y con conocimiento.

- Paternalismo amplio vs. Paternalismo estrecho.

Un paternalista estrecho solo se preocupa por cuestiones de coerción legal; mientras que a un paternalista amplio le preocupa cualquier acción paternalista (estatal, institucional o individual).

- Paternalismo débil vs. Paternalismo fuerte.

Un paternalista débil cree que es legítimo interferir con los medios que los agentes eligen para lograr sus fines, si es probable que esos medios derroten esos fines. Un paternalista fuerte cree que las personas pueden tener fines equivocados, confusos o irracionales y es legítimo interferir para evitar que puedan ser alcanzados estos fines.

- Paternalismo Moral y/o Paternalismo Bienestar.

La interferencia está justificada, por lo tanto, para promover el bienestar moral de la persona. Esto entonces puede denominarse paternalismo moral. Otra distinción dentro del paternalismo moral es entre las interferencias para mejorar el carácter moral de una persona y, por lo tanto, su bienestar, y las interferencias para hacer que una persona sea mejor, incluso si su vida no le va mejor como resultado.

Otra diferenciación de tipos de paternalismo que se documenta en la literatura es la que se realiza de acuerdo al contexto en el que se presente, por ejemplo (Alemany, 2003): 1) paternalismo en la empresa 2) paternalismo estatal, 3) paternalismo entre Estados, 4) paternalismo jurídico y 5) paternalismo médico, siendo este último el motivo de interés y al que se hace referencia en el presente trabajo.

2.2. Paternalismo Médico

El paternalismo médico es el que concierne al papel del médico en su relación con el paciente en donde se puede considerar que el médico actúa como autoridad, permitiéndose tomar ciertas decisiones en nombre del paciente y con la idea que su actuar sea beneficiosa para el paciente (Encyclopedia Of Bioethics, 2004).

Como se describió anteriormente, se ha llegado a clasificar en la literatura el paternalismo como el débil y el fuerte, antes conocido como “suave” y “duro” descritos por Joel Feinberg (citado en Encyclopedia Of Bioethics, 2004). El primero (débil) interviene para controlar comportamientos fundamentalmente no autónomos y el segundo controla todo tipo de comportamientos (autónomos y no autónomos). Así, el paternalismo débil ha sido justificado en el ámbito médico cuando la acción busca proteger al paciente de una situación en el momento que presenta una disminución de su autonomía. Por otro lado el paternalismo fuerte apoya intervenciones que protegen a adultos competentes en contra de su voluntad, controlando o restringiendo comportamientos sustancialmente autónomos (Ibíd., 2004, p.1984).

Además de los tipos de Paternalismo que se han señalado, también este se ha identificado y categorizado como una de las tres clases de relación médica - paciente (Mendoza, 2017):

- El modelo paternalista: hace referencia al médico que decide lo que es mejor para el paciente, basado en la suposición que el paciente por su enfermedad tiene el juicio perturbado, sin tener en cuenta su opinión ni permite la participación de este.
- El modelo informativo: Indica que el médico trabaja con el paciente buscando clarificar los objetivos, aspiraciones y responsabilidades, de manera que aparezcan evidentes los cursos de acción que se encuentren mejor con sus valores y a si este pueda tomar decisiones. El médico aquí es un consejero, en un papel consultivo.
- Modelo deliberativo: hace referencia al médico que ayuda al paciente a determinar y escoger los valores que mejor sirvan para tomar una decisión adecuada dentro de las diferentes alternativas posibles.

2.3. Breve Recorrido Histórico Del Paternalismo

Macario Allemany (2005) describe en su obra que el término paternalismo, tiene su origen anglosajón en el Siglo XIX cuando se mencionaba en artículos periodísticos que se referían al ámbito de las relaciones laborales y de las metrópolis con las colonias.

Paternalismo es un concepto que se asocia al poder del padre dentro de la familia como se ha señalado. La familia, grupo de personas en convivencia íntima para conseguir logros básicos para la vida de sus miembros y de la sociedad, ejerce un poder entre sus miembros, poder que es necesario para que todos consigan los fines que se buscan (Páez, 1984). Este poder (autoridad) es ejercido de acuerdo a ciertos valores compartidos por sus miembros o impuestos por la cultura o la ley social.

En general la autoridad en la familia se ejerce de acuerdo a la edad de las personas (autoridad reconocida a los de mayor edad), por género (mayor reconocimiento y valor a los

hombres sobre las mujeres o viceversa) , por los aportes económicos que cada miembro aporta para la supervivencia de la familia, por principios provenientes de las creencias, por factores como el reconocimiento a las personas de características hereditarias (el hecho de pertenecer a una familia con derechos hereditarios heredados, la nobleza por ejemplo) o por otras razones reconocidas y aceptadas socialmente (De Coulanges, 1978).

Estas formas de autoridad (Ibíd. 1978) se plantearon en la antigüedad clásica de Grecia y Roma donde una religión primitiva fue la base para la formación de la familia, el matrimonio y la autoridad de los padres, que además ha determinado los principios del parentesco, el derecho a la propiedad y las reglas para manejar las herencias.

En esta situación, antes que aparecieran las leyes que manejaban la ciudad apareció primero la religión que fijo las leyes de la familia y luego de la sociedad (Ibíd., 1978: 59).

La religión entonces determinó que el padre sea la primera autoridad dentro de la familia por ser él la máxima autoridad en la religión de la familia. Al padre de la familia griega y romana se le denominó paterfamilias que en el lenguaje del derecho se designaba a cualquier hombre que no dependía de otro y que ejercía autoridad sobre una familia y sobre sus bienes (Ibíd. 1978: 62). Por ser la máxima autoridad religiosa de la familia, el paterfamilias tenía autoridad total sobre la religión doméstica, los miembros de la familia, sus propiedades. De estas bases históricas puede derivarse el sentido del concepto de paternalismo.

Por razón de la característica de la familia determinada por la religión (Ibíd. 1978) el poder en la familia lo ejercía el padre (paterfamilias) derivando de allí el patriarcalismo, en el cual el padre de familia, el patriarca o jefe de la familia, "tiene poder y control sobre los otros miembros"

(Jellin, 2004, p.25). El poder del paterfamilias le autorizaba a exponer a sus hijos, venderlos, y dominar a sus miembros.

Si bien el término paternalismo, se usa desde el siglo XIX, este se extendió al Siglo XX con relación a las prácticas sociales de patronos en relación con sus trabajadores, conocido como paternalismo industrial, donde los patronos asumían responsabilidades en la mejora de la calidad de vida del obrero que sobrepasaban las condiciones contractuales salariales y condiciones de trabajo (Allemany, 2005). Durante el siglo XX este término tiene una difusión en el lenguaje ordinario, en el lenguaje de las ciencias sociales y de la filosofía pero a pesar de los diferentes usos tiene un significado mínimo común que es la de las relaciones paterno-filiales (Ibíd. 2005).

Con relación al desarrollo histórico del paternalismo médico se pueden destacar algunos aspectos relevantes mencionados a continuación.

Entre los siglos VI y V a. C. se ubican los cimientos de la forma de entender la medicina y la relación tradicional occidental entre el médico y el enfermo. El médico en las culturas primitivas, era un personaje privilegiado, respetado, poderoso e impune a la ley común pues en el fondo él mismo era la ley (Gracia; Lázaro. 2006).

Desde la cultura griega antigua el papel del médico fue transformado desde una persona quien brindaba tratamientos empíricos y mágicos, a los basados en el estudio y conocimiento de la naturaleza (Velazco, 2013). En este cambio de la medicina griega se configura entonces la medicina hipocrática, la cual gracias al pensamiento indagatorio y especulativo, que tenía el objetivo de entender y explicar los fenómenos de la naturaleza, se crea una medicina técnica que se recoge en el Corpus Hippocraticum, el cual cuenta con escritos de diferentes escuelas, autores y

épocas, los cuales han influenciado y trascendido en la medicina occidental, representado durante siglos el ideal del comportamiento médico (Gómez-Ullate, 2015).

En este periodo la medicina está buscando tener un lugar propio entre las diferentes “técnicas” (τέχναι), por lo que el médico se esfuerza en trasladar la materialización de sus conocimientos y razonamiento a la salud física de su paciente e intentar demostrar diversos logros de la ciencia médica (Ibid. 2015). Desde el juramento hipocrático, el médico jura ante los dioses a dar cumplimiento al mismo, asumiendo una actitud paternalista ante el enfermo, con una relación de poder donde por un compromiso con los dioses tiene la misión de atender y tratar al enfermo que al no estar sano debe ser tratado por este para el restablecimiento de su salud (Ibíd., 2015).

Desde los hipocráticos se ha considerado generalmente que el estar enfermo afectaba también el alma, la voluntad y el sentido moral (Gracia; Lázaro, 2006). El miedo, la angustia, el sufrimiento que produce una enfermedad grave limitan el juicio de realidad y lo incapacitan, obstaculizan su lucidez. Se infantiliza al sujeto. Es así como el sujeto debe confiar en su médico (como un padre) quien elegirá el mejor tratamiento posible, el médico decide en lugar del sujeto (Ibíd. 2006).

La relación médico paciente que se presenta tiene su fundamento en la “amistad médicas” en la que se establece una confianza plena en los conocimientos técnicos y en la voluntad de la ayuda del médico, convirtiendo al enfermo en un sujeto pasivo que traslada la responsabilidad de su salud al profesional, como un hijo a su padre, presumiendo que siempre buscara su mayor beneficio (Velazco, 2013).

En Grecia no todos los médicos alcanzaron el nivel elevado de conocimiento y posición. Una gran cantidad de empíricos en bajos estratos sociales se quedaron realizando curas, artesanales

y ceremonias de fondo supersticioso (Gracia; Lázaro, 2006). En la alta Edad media los monjes eran quienes conservaban la medicina clásica y se encargaban de los enfermos, volviéndose a cruzar la medicina con la religión. Luego en la baja Edad Media la profesión médica se va haciendo más laica, con la posterior llegada de la secularización de la medicina (Ibíd., 2006).

Velazco (2015) describe como en la Edad Moderna hay un quiebre del pensamiento político fundamentado en un estado paternalista y la búsqueda del respeto por la autonomía política primero y luego individual, produciendo en el Siglo XX una lucha donde se busca que prime la autonomía de la voluntad del paciente frente al deber de beneficencia médica. El médico encuentra que las decisiones técnicas que debe tomar están unidas a decisiones éticas (Gracia; Lázaro, 2006).

Este punto de quiebre del modelo tradicional paternalista basado en la beneficencia también puede ser adjudicado más visiblemente posterior a los hechos y crueldades realizadas por los nazis durante la Segunda Guerra Mundial, cuando con el Código de Nuremberg se resalta la necesidad del consentimiento voluntario para la realización de cualquier tipo de investigación o practica en las personas y posteriormente ampliados por la Declaración del Helsinki, el Informe Belmont y otros posteriores (Hernández, 2007).

Durante muchos años esta relación entre el médico y el paciente ha sido paternalista, vertical y asimétrica en la que el médico tiene un papel autoritario y activo y el paciente un papel pasivo y de obediencia (Ocampo-Martínez, 2002). Desde la década de los años setenta del Siglo XX se ha producido lo que se ha conocido como la emancipación de los pacientes, la cual convierte la relación equipo de salud-usuario en una relación tendiente a la horizontalidad (Ibíd., 2002).

2.4. Posiciones Opuestas Del Paternalismo Médico

Hasta este punto, donde se han recorrido los conceptos de paternalismo y paternalismo médico pareciera que se llegara a tener dos posturas: o se acepta y ejecuta en algunas circunstancias el paternalismo médico o se rechaza en todo sentido y en todo momento.

En este sentido sería válido cuestionarse por qué este término y este modo de actuar por parte del médico, en general, suscita divergencia de opiniones, posiciones extremas opuestas, de aceptación y de rechazo, cuestionamiento que nos conduce a evaluar sus fundamentos y críticas en cada posición. Se considera pertinente analizar estas posiciones por separado, enfatizando que se observaran siempre desde el área médica de la Psiquiatría.

2.4.1 Cuestionamientos del Paternalismo Médico en Psiquiatría

Partiendo de las definiciones hechas sobre el paternalismo, la presencia de este concepto ha estado vigente en la relación terapéutica en la medicina, abierta o veladamente, implicando por lo tanto que el médico tome decisiones de acuerdo a su criterio de qué es lo que más le conviene al paciente. De este tipo de relación médico - paciente han surgido en las últimas décadas críticas y problemas especialmente en el área de la psiquiatría, que se han considerado y abordado desde la Bioética. Por ejemplo el caso de las hospitalizaciones involuntarias en el área de salud mental en donde, como será ampliado más adelante, el médico psiquiatra es quien indica cuando una persona debe hospitalizarse pese a no contar con la autorización de esta. Al respecto es importante reconocer desde el principio, que estas discusiones no han sido del todo concluyentes (Allemany, 2003).

En la práctica médica, donde se abordan decisiones de tipo ético relacionadas con las normas, valores, fines humanos y principios, el debate es bastante frecuente porque la interpretación de estos es diversa.

Desde el Siglo XXI y quizá desde antes, por ejemplo, la autonomía ha sido el principio fundamental de la ética médica por encima de la beneficencia (Restrepo, et al. 2012), cambio que se ha originado desde las ideas de democracia que inician en el S. XVIII articuladas con diferentes fuerzas sociales, políticas, legales y éticas de la época, que posteriormente a mitad del S. XX después de la Segunda Guerra Mundial, activó situaciones como los juicios de Núremberg, avances de los derechos humanos, de los movimientos sociales y de la inclusión de la economía y el derecho en el ámbito médico, y que confluyen en generar descontento con el modelo médico tradicional paternalista que dominaba (Ibíd. 2012).

En esta línea de pensamiento crítico, Adela Cortina (2005) también señala que por ejemplo la bioética norteamericana surge, entre varias cosas, de movimientos que reivindicaban los derechos civiles de los pacientes por lo cual el principio de autonomía se torna protagonista en comparación con los otros principios.

En estos tiempos, aunque se han realizado cambios en la práctica médica tales como brindar información a los pacientes, el uso del consentimiento informado y el mayor reconocimiento en la toma de decisiones por parte de los pacientes acerca de su salud, aún se presenta para algunos que el paternalismo médico es un problema digno de ser abolido.

Como se planteó anteriormente, la Psiquiatría ha sido una especialidad de la Medicina en la cual sus áreas de trabajo en algunos casos no son muy conocidas ni entendidas, siendo blanco de críticas, inquietudes, cuestionamientos e incertidumbres. A diferencia del tratamiento y manejo de otras enfermedades en otros campos de la medicina, sus mediciones, estudios y tratamientos no

son “visibles” (o claramente entendidos) para la mayoría, incluso para los mismos especialistas del área en algunos aspectos como la fisiopatología de las enfermedades que trata, mecanismos de acción exactos de los psicofármacos, la medición y prueba de la efectividad concreta de algunas técnicas de tratamiento, entre otras.

En el caso particular de esta rama de la medicina, el diagnóstico es clínico y se realiza a través de una evaluación detallada del paciente por parte del especialista, la cual puede llevar a sesgos y conceptos diferentes, producto de la evaluación del profesional, cuyo diagnóstico puede estar influenciado por circunstancias personales o culturales, donde puede llegar a mediar su juicio y valoración lo que puede considerarse un riesgo mayor cuando el diagnóstico de profesional no siempre puede hacerse basado en elementos empíricos demostrables como ocurre en el campo de las ciencias exactas que tradicionalmente han servido como modelo en el análisis científico. Además los pacientes son diferentes, en sus maneras de reaccionar, actuar, inestabilidad emocional, sus conductas, entre otras situaciones que hacen que el médico este condicionado a tomar otros cursos de acción diferentes a los que tomaría con otros pacientes en otras áreas de la medicina (Pérez; Zuccardi. 1999).

Los conflictos éticos de la psiquiatría actual pueden establecerse con relación a los principios de la bioética (Gracia. 1998):

1. Problemas relativos al principio de la autonomía: ética del respeto. “...Cada paciente es un ser competente, con sus derechos humanos intactos, y la lesión de los derechos humanos (internamiento, tratamiento en contra de la voluntad, etc.) solo puede hacerse como una excepción, y siempre buscando el beneficio del paciente.” (Gracia, 1998, p. 121).
2. Relativos al principio de beneficencia: ética del apoyo. Describe como la psicoterapia siempre debe buscar la autonomía del paciente y no su manipulación.

3. Relativos al principio de no-maleficencia: ética de la no lesión.
4. Relativos al principio de Justicia: ética de la no discriminación. Es un punto de gran importancia en lo concerniente a este trabajo dado que el autor Gracia es claro en resaltar como se ingresa un paciente a instituciones psiquiátricas definiéndolo como incompetentes sin muchas veces tener auténticas razones médicas, entre otros problemas de este principio.

Tom L. Beauchamp y James F. Childress, padres del Principialismo médico, en su libro *Principios de Ética Biomédica* (Beauchamp; Childress, 1999) enfatizan cómo en la atención sanitaria, las obligaciones profesionales han sido interpretadas como compromisos de beneficencia y destacan como ha habido confusión entre diferentes autores quienes por un lado unos aseguran que debe primar el principio de respeto a la autonomía mientras que otros consideran que las obligaciones que describe el principio de autonomía están incluidas y consolidadas en la beneficencia obligatoria del profesional. Manifiestan que se ha llegado a una discusión que fracasa al intentar distinguir el principio de beneficencia que compite con un principio de respeto a la autonomía y un principio de beneficencia que incorpora e incluye la autonomía de los pacientes.

Se puede considerar entonces, que la verdadera autonomía de los pacientes consiste en lo que ellos querrían si estuviesen en un estado de calma y premeditación (Beauchamp; McCullough, 1987). Pero con esto se debe tener cuidado porque el médico puede sustituir lo que el paciente querría en un momento relajado e informado por una decisión sobre lo que el paciente necesita, desde el modelo de beneficencia, entonces se llegaría a un paternalismo que señalan los autores “insidioso” si se actúa primando la decisión de lo que el paciente necesita sobre lo que el paciente querría en un momentos relajado e informado como lo indican Jackson y Youngner (citado en Beauchamp; McCullough. 1987).

Usualmente la frontera entre una persona sana y una enferma es más borrosa con las enfermedades mentales (Allemany, 2003). El problema del paternalismo surge cuando este lesiona la dignidad del paciente y no se debe desconocer que en los pacientes con enfermedad mental se corre el riesgo de considerarlo siempre incapaz de decidir (Restrepo. Et al, 2012).

Es así como el autor y estudioso de la Bioética, Diego Gracia (1998), describe que la Psiquiatría ha tenido siempre una “*gran capacidad normativizadora*” haciendo referencia no solo de lo sano y de lo enfermo sino también de lo bueno y de lo malo, de lo correcto o incorrecto y esta rama de la medicina es la que más se ha implicado en normativizar la conducta de los hombres no solo la física sino la moral (Ibíd., 1998). Este autor se remonta a Sócrates quien sostenía que el dolor excesivo hacía que el hombre fuera imprudente, lo hacía incapaz de prudencia, y es a partir de estos postulados tan antiguos que han perdurado a través de los tiempos, de donde se ha enganchado el paternalismo que hace ver al enfermo como incapaz, inmoral. Pero también de aquí surge ese liderazgo de los médicos sobre los enfermos, al suponer que estos primeros están sanos y como el descubrimiento de la autonomía de los pacientes ha sido el antídoto contra el paternalismo, tema al que se llegará más adelante.

Para Macario Alemany (2003) es *el modo* del cual surgen los problemas a la hora de justificar las acciones paternalistas cuando se entiende que estas pretenden evitar daños. Este, el modo, es el que lo distingue de demás acciones benevolentes y altruistas y es el eje central de la discusión sobre el paternalismo, así como también destaca que las dificultades teóricas del concepto de paternalismo están estrechamente relacionadas con el concepto de poder, en el ambiente de salud en donde hay asimetría en cuanto a los conocimientos entre médicos y pacientes, las circunstancias que acompañan la enfermedad y el compromiso de los profesionales de la salud con

el bienestar de los pacientes hacen que se generen situaciones que hacen más posibles el paternalismo (Ibíd. 2003).

Según Tom L. Beauchamp en su artículo “Paternalismo” publicado en la Enciclopedia de Bioética (2004) el principal problema bioético de las intervenciones paternalistas es si estas son moralmente justificadas y de ser así, bajo qué condiciones, pues el paternalismo se origina en la teoría ética como un problema sobre la limitación válida de la libertad y la autonomía. Beauchamp describe que las posiciones anti paternalistas asumen que este es un término peyorativo que implica que las autoridades tratan a los adultos como niños que no tiene preferencias propias por lo tanto este término está cargado de autoritarismo ilegítimo o dominio represivo.

Entonces, en general las posiciones que niegan cualquier actuación paternalista, son las que consideran que estas son anuladoras de autonomía y que no tratan a las personas como iguales morales. Sin embargo, al final algunos anti paternalistas tampoco están en contra del paternalismo débil pues concuerdan en que se justifica interferir para proteger a las personas sustancialmente no autónomas contra el daño de sus propias decisiones y que es injustificable interferir para proteger a las personas contra el daño de sus propias decisiones sustancialmente autónomas (Beauchamp, 2004).

Es importante ver como generalmente los médicos se preocupan por la autonomía del paciente cuando este rechaza una asistencia indicada pero no presentan esta preocupación o por lo menos tan visiblemente cuando aceptan asistencia de forma no autónoma. No necesariamente la enfermedad y sus secuelas producen reducciones de la autonomía, puesto que los pacientes tienen grados de resistencia y control y la enfermedad en sí misma no da “una licencia para intervenir ilimitadamente” (Beauchamp: McCullough, 1987), por lo tanto para considerar que las decisiones

de una persona sean autónomas deben contar con: 1. Conocimiento suficiente. 2. Mostrar comprensión e intencionalidad relacionada. 3. No estar coaccionadas internamente y 4. No estar coaccionadas externamente (Ibíd., 1987, p. 134).

Algunos movimientos han expresado (Müller, 2017) que la voluntad momentánea del paciente tiene que ser respetada en todo momento, incluso si esa voluntad está determinada por un trastorno cerebral. Los defensores de esta postura consideran “la libertad de la enfermedad” que permite la libertad de acción, es decir cada cual es libre de decir que hacer no importa su estado ni la circunstancia. Esta postura de “libertad de enfermedad “ ha sido controversial, proveniente de autores conocidos como anti psiquiatras quienes han soportado en sus argumentos que las enfermedades mentales no son enfermedades pues no tienen bases fisiológicas definidas, por lo tanto test diagnósticos y métodos de detección no están disponibles para revisar los diagnósticos del DSM. Estos anti-psiquiatras consideran que la enfermedad mental es una elección libre y comprensible, mas no reacciones patológicas ante un ambiente social adverso (Ibíd., 2017).

En esta misma línea se destaca Peter Breggin (1975) quien cree que es una “trampa” el considerar que lo importante en la psiquiatría es la “preocupación humanitaria por los demás” puesto que de esta forma la libertad se destruye y ha sido la forma de como en el mundo occidental se internan y encierran a miles de personas cada año, destacando como la soberanía y la libertad se pierde cuando a una persona se le permite juzgar sobre la soberanía de otro, pues estas no se otorgan sino que existen como un atributo inherente de las personas y cuando el psiquiatra señala o decide quien es “mentalmente sano” irrumpe en la libertad y soberanía de la persona sometándolo a sus caprichos y voluntad (Ibíd. 1975).

Entonces, el médico por sus conocimientos y su título profesional, tiene la potestad de establecer las conductas que se deben realizar con los pacientes, las cuales en el ámbito de la

psiquiatría son en muchos casos subjetivas ante la mirada de terceros, como es el caso de las hospitalizaciones involuntarias. Es así, como uno de los temas más controversiales del paternalismo médico es el de determinar si este es un sinónimo de coerción oculto bajo la presunción de beneficencia.

Se ha cuestionado también, si existe una parte del paternalismo que puede estar subyacente a los motivos de la benevolencia, que no tiene un fin terapéutico, circunstancias relacionadas con los deseos del mismo médico de ejercer un control, el cual está incluido también en el funcionamiento de las instituciones con la idea de proteger a las personas que asisten a ellas y en las obligaciones que tienen los mismos médicos hacia y con el paciente. Estas obligaciones que competen a los médicos incluyen las de carácter legal, que además de influir en las decisiones y acciones tomadas en el ámbito clínico, resultan convenientes no solo para los pacientes sino para el médico que busca de cierta manera proteger su profesión desde el área jurídica.

El paternalismo se ha ido relegando poco a poco o se cree que esto ha pasado con el tiempo, al entender que el paciente puede tener consideraciones e ideas diferentes a las del médico pero también es frecuente que la práctica de atender a la voluntad del paciente se realiza por temor a denuncias y demandas legales (Cortina, 2005) y no necesariamente por la aplicación del principio de benevolencia.

El tema de la coerción y la psiquiatría ha sido ampliamente discutido y que entra en el debate de cuestionamientos junto con el paternalismo en esta área médica, no solo por las razones legales sino éticas que implica. Para Anne-Laure Donskoy (2015) el tratamiento no consensuado se refiere a la incapacidad de una persona para comunicarse sobre lo que le gustaría mientras que el tratamiento coercitivo se refiere a una intervención no solo dada sin consentimiento sino cuando

la persona ha declarado que la intervención no debe llevarse a cabo. Tanto para esta autora (Ibíd. 2015) como para muchos otros, los médicos usan constantemente formas de coerción más o menos suaves para convencer a sus pacientes de que sigan sus consejos o cumplan con sus recetas de tratamiento, bajo un supuesto de benevolencia, pero es en la psiquiatría donde sigue siendo la única rama de la medicina en la que cualquier persona puede ser tratada por la fuerza contra su voluntad y como se admite en la literatura que tratar a las personas por la fuerza puede ser empleado como herramienta de primera opción ante una situación de crisis.

Es pertinente evaluar si todas las acciones paternalistas de los psiquiatras son coercitivas y beneficencia. Posiblemente hay unas que sí lo sean, pero es un tema difícil de puntualizar, aun preguntándole directamente al profesional por los motivos que lo llevaron a realizar determinada acción, pues es posible que aluda a las indicaciones clínicas sin reconocer los fines principales de este, como pudieron haber sido la coerción, el poder u otros motivos. Sin embargo lo que en realidad se esperaría es que determinada acción paternalista fuera netamente beneficiosa hacia una persona que dado su estado de enfermedad, se le limitaba la toma de decisiones autónomas y voluntarias, siendo mayor el riesgo para su salud.

Parafraseando a Donskoy (2015) quien recoge muchos de los principales puntos en contra del paternalismo médico, la coerción entonces implica decisiones tomadas en nombre del paciente, sobre el paciente, pero sin el paciente ya que la persona no está dando su consentimiento. De esta forma, el paciente puede ser parte de un proceso pero su agencia no está involucrada porque la acción es dirigida y controlada por otros. Dentro de la crítica de esta autora a los tratamientos involuntarios en psiquiatría, se resalta que hay literatura clínica y legal que pretende justificar o ilustrar el uso de decisiones sustituidas debido a la falta de conocimiento o capacidad, o peligrosidad y como el término falta de capacidad se utiliza para negar la capacidad legal,

específicamente cuando una persona se niega a recibir tratamiento o existe una percepción de peligro para sí misma o para los demás; Se cuestiona además, como se ha reconocido que la evaluación de capacidad de una persona es subjetiva y las personas entonces pueden ser objeto de intervenciones forzadas cuando la psiquiatría espera cumplimiento y consentimiento, pero no lo consigue (Ibíd. 2015). En estos términos, la autora (Ibíd. 2015) manifiesta cómo en la psiquiatría el paternalismo benevolente se presenta la imposición de una legislación sobre salud mental que incluye la práctica coercitiva poniendo a la persona en una posición de dependencia y señala entonces cómo se ha relacionado la gratitud con el paternalismo mismo, en donde una persona debería aceptar un tratamiento para obtener un beneficio lo cual le generará gratitud; sin embargo, si la persona se negara o rechaza dicho beneficio que entonces podría ser considerado como una muestra de la falta de capacidad, por lo tanto, se utilizaría la coerción para que la persona reciba dicho benéfico así sea en contra de sus deseos.

En el caso de Jaime, descrito en el primer capítulo, se pueden señalar situaciones a las que se hacen referencia en los párrafos previos donde se hace una crítica a ciertas actuaciones paternalistas que más allá de tener fines meramente benéficos y benevolentes por parte del médico (y también del familiar), se observan actitudes de poder, autoridad y posible coerción en el marco de la legalidad aparente del área de salud mental. Es interesante evaluar el actuar del médico dentro de la perspectiva paternalista y cabría determinar si de acuerdo a los diferentes tipos de paternalismo descritos en la literatura y mencionados al inicio de este capítulo, este hace parte del llamado paternalismo fuerte pues el médico actúa e interfiere con la voluntad y libertad de la persona aun si su autonomía no está alterada a cabalidad, pudiendo ser para el profesional una vía para evitar resultados o desenlaces no deseados.

Debe tenerse en cuenta que desde décadas atrás, iniciando en países desarrollados se ha cuestionado el trato a personas como receptores de actuaciones de beneficencia y paternalismo buscando cambiar políticas y normas que enfatizan la autonomía de los pacientes y su dignidad humana (Bustamante, 2018). La introducción del Consentimiento Informado como consecuencia de las críticas al paternalismo médico se dio en Estados Unidos formalizando así los procedimientos para aplicar en las relaciones entre médico y paciente el principio de autonomía individual (Alemany, 2003).

El consentimiento informado es considerado el paradigma básico del principio del Respeto a la Autonomía y este siempre debe contar con dos características, a saber: la voluntariedad e información (Hernández, 2007). No obstante, se entiende que estas son características y estados mentales que tal vez no cuenten muchos pacientes que consultan a un servicio de urgencias de psiquiatría por lo tanto la validez del consentimiento informado podría no ser legítima dado el estado de enfermedad mental de la persona y es en estos momentos donde se presentan la mayoría de las acciones paternalistas por parte de los psiquiatras que deben ser evaluadas y analizadas tanto desde la clínica como desde la Bioética, para determinar si son justificadas o no.

2.4.3. Posiciones en Defensa del Paternalismo Médico del Psiquiatra

Considerar al paternalismo netamente negativo y asumir que este solo trae consecuencias indeseadas en la práctica médica y aún más, considerar que afecta en todo sentido la relación médico paciente, puede ser un error y un tipo de juicio que opaca otras visiones sobre el mismo. Abrir el espacio para evaluar la posibilidad de ver como el paternalismo médico tiene aspectos importantes y positivos en la relación del médico con el paciente es lo que puede llevar a analizar qué tipo de características y acciones son las requeridas en este ámbito y cuales no deben ser permitidas en ningún momento, entendiendo que el paternalismo médico de diferentes formas aún

se continua ejerciendo, ya sea por el deseo del médico de continuar cuidando y protegiendo a sus pacientes (asumiendo que este es el propósito de la mayoría de médicos) y que tal vez hay muchos pacientes que no quieren que este tipo de relación cambie.

La relación del médico con el paciente también se ha transformado desde el momento en que el paciente ha sido dotado y fortalecido como una persona activa, autónoma o sujeto de sí mismo. Entonces, el pilar principal del sistema de salud se direcciona hacia la autonomía del paciente, la cual es una condición especial para la validez de las actuaciones médicas.

Sin embargo, Méndez Sardina (2013) considera que el paso de un paternalismo tradicional a la autonomía del paciente no ha terminado su transición y que más bien esta ha entrado en crisis. La relación previa en la que el eje central de la misma era la confianza, se ha tornado en una denominada "medicina defensiva", en la cual se ha llegado a que el médico se preocupe más por los riesgos de demandas, dejando de lado la relación terapéutica que se ejerció durante años atrás y que hoy se considera negativa por ser paternalista (Ibíd. 2013). Este autor propone que esta transformación en el actuar de un médico en el que la aplicación estricta del principio de autonomía no se integre con el de la beneficencia, no garantiza una adecuada práctica ética del acto médico y conllevaría a que el médico se ubique en una posición absolutamente subordinada al paciente. En esta perspectiva se propone un modelo consensuado, en donde paciente y médico, toman decisiones y comparten responsabilidades, sería así la forma como la relación terapéutica buscaría estar más centrada en la persona (Ibíd. 2013, sin negar la autonomía y la beneficencia del paciente y por supuesto del médico.

En el ámbito de la psiquiatría, la relación entre el profesional y el paciente es diferente en comparación con las otras especialidades médicas, como por ejemplo cuando se piensa en el paciente mismo. La persona con enfermedad mental o "paciente psiquiátrico" difiere en muchos

aspectos de otros pacientes con otras enfermedades, ya sea por su conducta, cambios afectivos, inestabilidad emocional, su forma de reacción ante ciertas circunstancias o estresores, estados de pérdida de contacto con la realidad o estado psicóticos, entre otros, que pueden llevar a condicionar al profesional a realizar cursos de acción diferentes a los de otros médicos en otras áreas de la medicina como sería el caso de la hospitalización involuntaria (Pérez; Zuccardi, 1999).

En esta relación terapéutica, la indefensión y la vulnerabilidad con las que son tratadas muchas personas que padecen una enfermedad mental, los hacen dependientes de los profesionales de salud, en este caso principalmente del psiquiatra (Hernández, 2007). No obstante, el hecho de padecer una enfermedad mental no significa que en todo momento la persona tenga reducida la autonomía o no cuente con la capacidad para tomar una decisión ante determinada situación. En muchos casos el estado de enfermedad que limita a la persona es transitorio, en otros es permanente y en otros su capacidad se va reduciendo progresivamente en el tiempo. Es decir, la evolución de los trastornos mentales es variable, irregular y producen cambios en el estado mental del sujeto que la padece ya sea tendiente a una mayor discapacidad y compromiso cognitivo o a la mejoría, equilibrio y recuperación. Diferentes aspectos están involucrados en la evolución del paciente que pueden influenciar su pronóstico y por tanto sus capacidades para ejercer su autodeterminación: el tipo de enfermedad, la personalidad del sujeto, el grado de adaptación posterior a la aparición de la enfermedad, el contexto familiar y social, el tratamiento recibido, el momento de la enfermedad en que recibe el tratamiento (Ramos, 2007).

Al entender la existencia de dicha variabilidad en el curso de una enfermedad mental, con pronósticos desconocidos en algunas patologías, se ha documentado la necesidad de dar protección especial a los pacientes con trastornos mentales que son más vulnerables y que están expuestos a

que se les violen sus derechos con más facilidad que a otro tipo de pacientes (Cátedra UNESCO de Bioética, 2001)

Es importante enfatizar en las definiciones de competencia e incompetencia. De acuerdo a la Cátedra UNESCO de Bioética del Consentimiento informado (2001) se describe que: “una persona es competente si tiene la habilidad de comprender la naturaleza de la enfermedad para la cual se le recomienda un tratamiento, y tiene la capacidad de comprender las consecuencias de aceptarlo o rechazarlo. Una persona que es incompetente es aquella cuya deficiencia e incapacidad mental le priva de la habilidad de controlar sus propios intereses.” (Ibíd., 2001, p. 22). Esa capacidad de las personas para participar en la toma de decisiones sobre su salud y la vida es lo que se conoce como competencia mental y es esta competencia la que le da al paciente la legitimidad para consentir o rechazar tratamientos o medidas terapéuticas que le proponen los profesionales de salud (Ramos, 2007).

Si se pretende evaluar las acciones y actitudes paternalistas de los médicos, y en el caso del presente trabajo de los psiquiatras, con miras a justificarlas y a considerarlas oportunas deben requerir una actitud de imparcialidad y deben estar justificadas públicamente, dando razones que apoyen la decisión tomada (Allemany, 2003).

La posición liberal estándar sobre el tema es que el paternalismo debe limitarse al paternalismo débil y suave y que la interferencia indirecta es preferible a la intrusión directa sobre las elecciones de un sujeto, por tanto, el paternalismo duro es generalmente considerado injustificado (Christman, 2014).

Estos actos paternalistas están justificados, para unos defensores de este tipo de actuar médico, cuando los daños que se eviten en una persona sean mayores que los daños causados por

la interferencia de su libertad (Mendiburu, 2004). Según Gerald Dworking “el paternalismo es justificado en condiciones a las que un sujeto racional imparcial consentiría si apreciara la posibilidad de verse tentado a veces de tomar decisiones para cometer actos que son potencialmente peligrosos e irreversibles” (citado en Encyclopedia of bioethics, 2004, p. 1984)

Tom L. Beauchamp y Laurence B. McCullough (1987), son puntuales en señalar que los médicos deben respetar las decisiones de los pacientes autónomos pero que esta norma puede no aplicarse si las decisiones son debidas a una falta de conocimiento, de comprensión o de juicio independiente. En los casos donde estas deficiencias están presentes se alude al término de "autonomía reducida" (Ibíd. 1987 pág. 125). Entonces la depresión y ansiedad pueden ser causas de autonomía reducida. Para hacer especial referencia a los casos de pacientes con autonomía reducida, estos autores toman los concepto de David Jackson y Stuart Youngner (citados en Beauchamp; Laurence, 1987) quienes estudiaron diversos casos médicos concluyendo que un paciente gravemente enfermo frecuentemente tiene “poca autonomía” lo que llevaría a un médico a tomar decisiones poco sensatas al hacer caso a una interpretación superficial o simplista del modelo de autonomía y describen la existencia de factores psicológicos que interfieren con la autonomía verdadera como la llaman, entre esos están: ambivalencia profunda sobre el tratamiento, miedo basado en una mala percepción, la depresión, un problema oculto y el conflicto con lo que la familia considera mejores intereses del paciente (Ibíd. 1987). Estos factores pueden verse en algunos casos de hospitalizaciones involuntarias en psiquiatría, como en el ejemplo inicial del caso de Gabriela que debido a su depresión podría mostrar ambivalencia ante el tratamiento propuesto por el médico y la interferencia dada por su enfermedad para la toma de decisiones. La reducción de la autonomía puede ser de diversos grados con implicaciones distintas para el médico (Ibíd. 1987, p. 131).

Un aviso de que el paciente podría no estar actuando autónomamente es cuando actúa de forma no característica ni acorde a sus valores estables, por lo cual se debe analizar más a fondo en busca de una explicación de dicho comportamiento pero no ignorando sus preferencias hasta no conocer sus razones, asumiendo que su autonomía verdadera se hubiera esfumado. Y así, después de evaluar las razones puede que la preferencia y opción que parecía no característica de la persona sea genuinamente autónoma por lo tanto hay que tener en cuenta que los valores de un sujeto pueden cambiar, incluso durante una enfermedad, lo que se debe destacar es que las decisiones sean propias de la persona y no como resultado de la opresión de la enfermedad o de la cohesión de las personas (Ibíd. 1987). Esto es importante para el psiquiatra a la hora de valorar un paciente en estado agudo de enfermedad, en quien se requiere determinar y decidir si requiere un manejo terapéutico como por ejemplo la hospitalización; Sin embargo, así como esta descrito pareciera una tarea sencilla, no lo es, pues generalmente determinar los valores de la persona, su comportamiento usual y preferencias en un estadio de no enfermedad, se dificulta por el estado de enfermedad y las decisiones deben ser tomadas de manera rápida y oportuna.

Los autores del principalísimo Tom L. Beauchamp y James F. Childress (1999) indican que hay casos que se puede confundir un actuar paternalista sin serlo realmente y señalan que cuando se justifican casos “menores” de paternalismo, se deben cumplir las siguientes condiciones Biomédicas (Beuchamp; Childress. 1999, p. 186):

1. Que el paciente esté expuesto al riesgo de un daño significativo y evitable.
2. Que la acción paternalista evite probablemente ese daño.
3. Que los beneficios proyectados de la acción paternalista para el paciente sobrepasen los riesgos para el citado paciente.

4. Que se adopte la alternativa menos restrictiva de la autonomía que asegure los beneficios y reduzca los riesgos” (Ibíd. 1999).

Desde los puntos que apoyan la actuación paternalista se considera que no sería razonable dejar a un paciente en una crisis que le compromete su criterio y disminuye su autonomía con el riesgo de hacer daño a sí mismo o incluso a otros. Beauchamp y Childress (1999) aluden a dos autores, Pellegrino y Thomasma, quienes destacan cómo la autonomía y el paternalismo son reemplazados por la obligación de actuar beneficentemente, justificando que en el mundo real clínico “no hay principios morales absolutos, excepto el mandato de actuar en el mejor interés del paciente”, y argumentan que la beneficencia es la razón de la medicina y la meta primaria de esta, mientras que el respeto a la autonomía fija límites morales a las acciones de los profesionales en la búsqueda de una meta (Ibíd., 1999, p. 258). Entonces, el modelo de beneficencia se opone al modelo de la autonomía cuando la decisión del paciente es seriamente irresponsable, por lo cual el deber del médico es no tomar en cuenta las decisiones del paciente en dicho caso (Ibíd., 1999).

El “beneficiar” es una palabra ambigua y en lo referente al paternalismo se debe diferenciar entre beneficios físicos, psíquicos o económicos por un lado y por otro a los beneficios morales, siendo los primeros los que busca el paternalismo y la persecución de los segundos es los que se denomina “perfeccionismo” (Alemany, 2003). Por tanto lo que caracteriza al verdadero paternalista es su finalidad benevolente (Ibíd., 2003).

Dadas las dificultades que aparecen frecuentemente en el ámbito clínico, Mark Siegler (citado en Beauchamp; McCullough. 1987) identifica seis factores que influyen legítimamente en la decisión del médico de cómo manejar los deseos de los enfermos críticos:

1. La capacidad del paciente para tomar opciones (racionales) sobre su asistencia. ¿Tiene el paciente inteligencia y racionalidad suficientes como para tomar opciones?
2. La coherencia del paciente con sus valores.
3. Edad: en condiciones de vida o muerte puede ser a veces más fácil respetar la negativa en una persona más madura que de personas más jóvenes.
4. Tipo de enfermedades: cuál es la enfermedad y su pronóstico, si puede lograr recuperación completa con el tratamiento adecuado.
5. Las actitudes y valores del médico responsable de la dedicación, las cuales juegan un papel importante en la opción del médico.
6. El contexto clínico.

2.4.3.1. Defensa del Paternalismo en algunos casos

En casos como el suicidio se ha cuestionado mucho acerca del actuar paternalista. En general el psiquiatra en su quehacer médico debe informar, prevenir e intervenir ante una situación que genere riesgo de suicidio. Es difícil dejar que una persona atente contra sí mismo solamente por respetar su autonomía. En estos casos, se debe evaluar, analizar y determinar si la persona presenta una patología mental que lo lleve a tomar decisiones que en otra circunstancia no tomaría. Sin embargo se ha considerado que en situaciones en las que la persona tiene su autonomía y capacidad de entendimiento y toma de decisiones conservada, el actuar médico no estaría justificado, ¡pero qué difícil es esto en la práctica real! Los pacientes que llegan al psiquiatra la mayoría de veces son porque algo los aqueja y tienen un conflicto que los hace buscar ayuda, entonces ahí es menester del profesional abordar el caso desde su profesión.

La mayoría de intervenciones orientadas a impedir el suicidio, se han llevado a cabo por razones paternalistas. Tom L. Beauchamp y James F. Childress (1999) señalan que tradicionalmente el Estado, la religión y las instituciones sanitarias han considerado legítimo intervenir en el tema de los suicidios apelando a la intervención temporal “para determinar si la conducta suicida es voluntaria o no”.

Es interesante, continuado con el tema del suicidio en el área de la psiquiatría y de la cual se hace alusión en uno de los casos de una paciente en el primer capítulo, como Mondragón y colaboradores (2010) evalúan en su estudio las disyuntivas que existen en el tratamiento de pacientes con intentos de suicidio entre los principios de beneficencia y autonomía; si bien aclaran que la presencia de esos principios no resuelven problemas éticos de la atención clínica, pueden fomentar un dialogo y un análisis de las situaciones que las requieren. Estos autores documentan que la beneficencia ha sido una obligación asignada al médico en la tradición occidental buscando el bien del que padece sufrimiento pero que esta beneficencia se ha acompañado en ocasiones de la restricción de la autonomía de los que enferman y lo que se ejerce en realidad es paternalismo (Ibíd., 2010). En dicho estudio se documenta que el paternalismo en las conductas suicidas en la mayoría de los casos se basa en una atención médica en contra de la voluntad del sujeto con el supuesto que con el tratamiento pueda recuperar su autonomía y darse cuenta del daño que hubiese sufrido. Aclaran que es diferente actuar por medio de la persuasión para buscar abstener a una persona de actuar de una manera que consideramos perjudicial en diferentes ámbitos pero en ningún momento está justificada la coerción, resaltando el papel de la autonomía pero enfatizando que el principio de beneficencia rescata el valor de la persona del médico con relación a su labor humanizante.

Otra situación frecuente en la consulta de pacientes en psiquiatría es el estado de psicosis. A diferencia de algunas posiciones que rechazan la psiquiatría en general, incluyendo las enfermedades mentales, sus manejos y tratamientos, existen psiquiatras (tal vez la mayoría), que defienden la existencia de enfermedades mentales y creen que los estados que producen estas son plenamente patológicos, como en el caso de un estado psicótico donde la libertad es dudosa, pues la persona se encuentra fuera de realidad habitual (Müller, 2017). La psicosis, síntoma que se presenta en uno de los pacientes de los casos clínicos del primer capítulo, puede tener diferentes etiologías y el objetivo del tratamiento médico que se busca y presupone desde el inicio es el de aliviar y mejorar este estado con el sufrimiento que produce, evitando lesiones tanto para su integridad como para la de los que lo rodean, con miras a reestablecer su capacidad cognitiva, deliberativa y emocional, pues el comportamiento y pensamiento en un episodio psicótico no es el mismo que tendría el sujeto fuera de este cuadro.

En general, cualquier trastorno mental que produzca alteraciones del funcionamiento normal de la persona, si el profesional considera que un paciente no es competente, debe plantearse si la capacidad puede o no ser recuperada. Si entonces se puede recuperar, se deben buscar los medios para lograrlo, restaurar la competencia, antes que tome una decisión que lo pueda lesionar su integridad (Beauchamp et al. 1999).

Un defensor del paternalismo médico en psiquiatría es el doctor Mark S. Komrad quien en su artículo *“En defensa del paternalismo médico. Reflexiones hechas veinte años Después”* (2002) argumenta que como psiquiatra ha trabajado con los enfermos mentales más deteriorados, con mayor compromiso de su autonomía, cuyo trabajo le ha exigido ejercer un paternalismo en algunos casos “agresivo”, sosteniendo que el objetivo principal de esas actitudes paternalistas es el de reestablecer la autonomía afectada por la enfermedad mental, postulando: “el concepto de

paternalismo como forma de maximizar la autonomía” (Ibíd. 2002). Posteriormente apoya la idea de cómo este actuar paternalista temporal es una base filosófica de donde pueden surgir leyes para el tratamiento forzoso de enfermos mentales graves que puedan suponer riesgo tanto para ellos mismos como para quienes los rodean. Entonces es un deber del psiquiatra buscar reestablecer prioritariamente la capacidad para la toma de decisiones del paciente (Ramos, 2007).

Fue el mismo Mark S. Komrad quien hacia el año 1983 publica un artículo donde advierte que la actuación paternalista del médico ha sido una característica tradicional de la relación terapéutica y ha sufrido duras críticas. Este autor describe que el paternalismo y la autonomía son parámetros inversamente variables a lo largo de un parámetro de independencia pero es claro en destacar que no son completamente contrarios debido a que ambos tiene como objeto el bien moral (Komrad, 1983). Interesante el punto de vista de Komrad, pues a diferencia de los detractores del paternalismo que consideran que este está relacionado con temas de opresión, dominación y dogmatismos, para este autor e incluso para otros que opinan en la misma línea, cuando una persona no tiene capacidad de tomar una decisión responsable por causa de una enfermedad, el valor fundamental es el beneficio (Ramos, 2007).

También se ha considerado un error, el asegurar que el paternalismo médico y la interferencia con la autonomía de los pacientes, fueron normas éticas aceptadas en la historia de la ética médica occidental hasta que la bioética cambia las reglas éticas y la práctica médica, pues esto ha sido entendido por las malas interpretaciones de las bases de la historia de fundación de la bioética debido a que se han malinterpretado textos y artículos donde se generaliza que el paternalismo fue el único actuar de los médicos hasta hace pocos años, cuando se ha soportado y documentado los artículos donde en el pasado los médicos actuaban respetando la voluntad de los pacientes, como es el caso de Laurence B. McCullough (2011) quien argumenta que la bioética

basada en su historia fundadora “desprofesionaliza” la ética médica y el resultado para este autor, de considerar que el paternalismo es negativo y debe ser abandonado, conduce a privar a los pacientes de la protección que ofrece la relación entre médicos y pacientes.

En este sentido, el paternalismo que ha sido considerado como un problema ético de la práctica médica puede entenderse de dos maneras: Por un lado el paternalismo entendido en el modelo tradicional de la medicina hipocrática, problemático por los conflictos que resultan con el valor de la autonomía que debe ser sustituido por el modelo de consentimiento informado (Alemany, 2003); Pero por otro lado, se puede entender el paternalismo como una categoría conceptual para delimitar un problema moral específico que se resolvería determinando las condiciones que justifican la acción paternalista, perspectiva bajo la cual el paternalismo no debe ser plenamente superado (Ibíd., 2003).

Entonces es posible señalar que los casos de paternalismo médico justificado se producen solo en ocasión de tratamiento y orientado a evitar daños serios al paciente, donde lo que diferencia el paternalismo de otros ejercicios de poder es la finalidad de evitar daños del mismo (Ibíd., 2003).

Se debe estar en constante revisión de cada caso, pues como se reitera cada situación y momento es diferente e incluso una misma persona tiene episodios o crisis de enfermedad diferentes unos de los otros que ameritan un direccionamiento y manejo particular y específico.

De esta forma se ha expuesto de manera brevemente posible las posiciones a favor y en contra del paternalismo médico y su alcance en la práctica psiquiátrica, lo que permite ver la complejidad no sólo del concepto sino de su aplicación, por lo tanto, se puede concluir de este aparatado que su adopción en la práctica médica psiquiátrica requeriría no sólo de revisar los casos, sino de establecer una deliberación entre los principios éticos biomédicos y el principio de

responsabilidad, pues aunque se podría pensar que este último está implícito en el acto médico, la actuación debería ser explícita.

2.5. Hospitalización O Internamiento Involuntario

La Real Academia de la Lengua Española define las siguientes palabras:

1. Internar (RAE, 2019):

“Disponer o realizar el ingreso de alguien en un establecimiento, como un hospital, una clínica, una prisión, etc.”

2. Internamiento (RAE, 2019):

“Acción y efecto de internar o internarse, especialmente en establecimientos como un hospital, una clínica o una prisión.”

3. Hospitalizar (RAE, 2019):

“Internar a un enfermo en un hospital o clínica.”

4. Voluntario (RAE, 2019):

a. adj. Dicho de un acto: Que nace de la voluntad, y no por fuerza o necesidad extrañas a aquella.

b. adj. Que se hace por espontánea voluntad y no por obligación o deber.

5. Involuntario (RAE, 2019):

“adj. No voluntario.”

Teniendo en cuenta estas definiciones y para cuestiones de practicidad y entendimiento se hablará en términos de internación y hospitalización como conceptos indistintos y palabras sinónimas.

Es importante aclarar que el internamiento o la hospitalización involuntaria a la que se hace referencia en este trabajo es la que se realiza en los servicios de urgencias y atención de consulta

ambulatoria para el manejo y tratamiento de una persona que presenta una enfermedad mental y no en casos donde la internación es prevista por orden judicial como en los casos de internación para personas inimputables.

La hospitalización o internamiento en psiquiatría de una persona con enfermedad mental es considerada una medida terapéutica excepcional, bajo indicación médica en beneficio del paciente (Vega et al, 2010).

La hospitalización psiquiátrica, como todas las hospitalizaciones o intervenciones médicas requiere que la persona implicada lo consienta a menos que su condición de salud lo ponga en riesgo a él mismo o a otros y que haga necesaria la intervención para evitar mayores daños como se documenta en el artículo 3 del Código de Ética Médica colombiano (Gómez-Restrepo, et al, pág. 775), lo cual debe estar debidamente justificado en la historia clínica en donde debe estar descrito y argumentado que la decisión médica se ajusta al derecho como se señala en el artículo 554 del Código Civil (citado en Gómez-Restrepo, et al, pág. 775) :

ARTICULO 554. El demente no será privado de su libertad personal, sino en los casos en que sea de temer que usando de ella se dañe a sí mismo o cause peligro o notable incomodidad a otros. Ni podrá ser traslado a una casa de locos, encerrado ni atado sino momentáneamente, mientras a solicitud del curador o de cualquiera persona del pueblo, se obtiene autorización judicial para cualquiera de estas medidas.

La definición de hospitalización involuntaria que planea Erika Militza Cure (2003) en su trabajo es:

“El confinamiento o internamiento en una institución de carácter público o privado, en contra de la voluntad de aquel que padece una enfermedad que afecta de tal manera sus

facultades, que no puede dar su consentimiento, con el objeto de recibir atención para, con base en el diagnóstico, determinar el tratamiento a seguir, con la correspondiente medicación” (p.14).

En otros términos, la hospitalización o internamiento involuntario es el que se realiza sin el consentimiento y asentimiento del interesado, aunque exista autorización de la familia, representante legal o instancia judicial (Hernández, 2007). Debido a que estos casos se presentan en un ambiente clínico como una medida terapéutica, es el médico el que determina su conveniencia (Ibíd., 2007).

La hospitalización o el internamiento psiquiátrico es entonces la que bajo indicación médica, se basa en la necesidad de salud de una persona que no cuenta con la competencia mental para tomar decisiones ni dar consentimiento responsable (Ramos, 2007).

De acuerdo a las recomendaciones del Consejo de Europa 2004 (2004) de la protección de derechos humanos y dignidad de personas con trastorno mental, una persona puede ser hospitalizada involuntariamente cuando: tiene un trastorno mental, cuando representa un riesgo significativo para su salud o la de otros, cuando la hospitalización tiene un propósito terapéutico, cuando no se cuenten con medios menos restrictivos para proporcionar la atención adecuada disponible y la opinión de la persona deben tenerse en cuenta.

Si bien la hospitalización involuntaria y la contención física tienen indicaciones y fines médicos justificados que buscan preservar la vida, salud integrada del enfermo, es importante que su realización y ejecución sean de gran cuidado para no lastimar al sujeto, teniendo en cuenta también los riesgos legales a los que pueden conllevar tanto para el médico como para la institución (Cure, 2003).

El gráfico que se muestra a continuación es un ejemplo de las situaciones de hospitalización involuntaria en las que se evidencian condiciones de bajo, intermedio y alto riesgo en donde la efectividad de esta medida terapéutica también se cataloga como necesaria. Siendo así, la depresión grave, el episodio psicótico agudo, episodio maniaco o agitación con riesgo de auto y heteroagresión están dentro de las patológicas que presentan un riesgo grave y la hospitalización involuntaria sería una medida efectiva (Ramos, 2007).

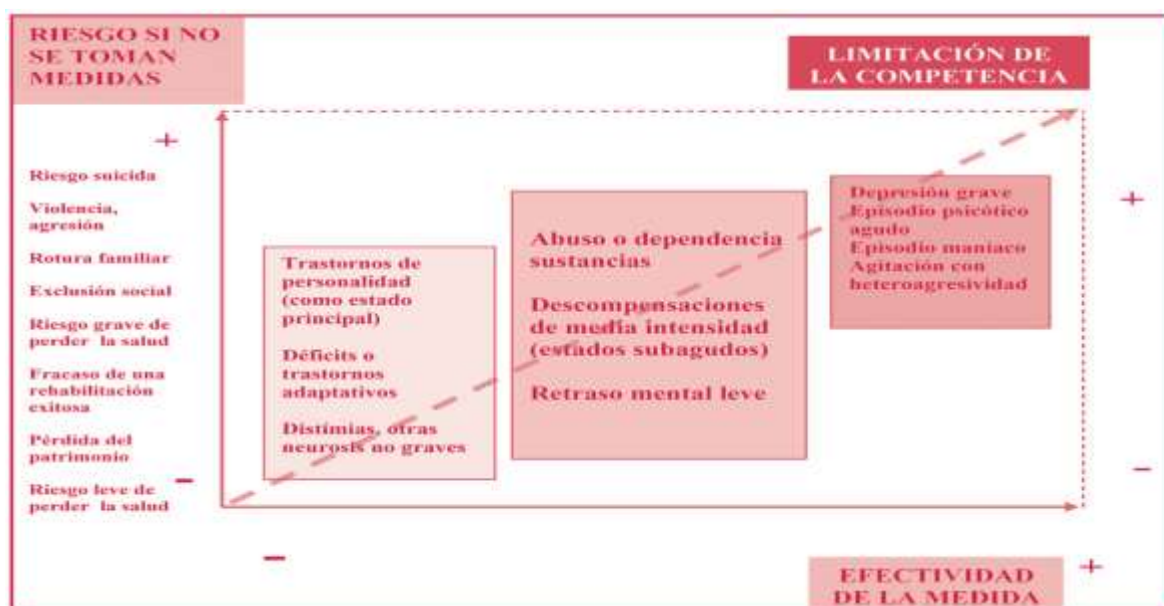


Figura 1. Estado clínico y relación entre riesgo de no hacer efectiva la medida y la efectividad terapéutica en la disminución de la competencia mental (Tomado de Ramos, 2007, p. 8, citado de Protocolo sobre internament involuntari. Sant Joan de Déu, serveis de salut mental (1999).

2.5.1. Cuestionamientos de la Hospitalización Involuntaria

Hasta este punto se entiende que la hospitalización involuntaria de una persona en una unidad de salud mental se realiza bajo una indicación médica justificada para dar manejo de una enfermedad con un tratamiento establecido, en quien se prevé que existe un riesgo para la vida del

sujeto y de personas que lo rodean. Sin embargo, este tipo de hospitalizaciones han generado desde tiempos atrás cuestionamientos, rechazos y han sido objeto de análisis desde diferentes profesiones que las definen como controversiales, entre otras porque se plantea que después de haber pasado varios momentos históricos y avances en diferentes aspectos de la humanidad, hay quienes consideran las hospitalizaciones involuntarias como tratamientos arcaicos, primitivos, además de indignos para el manejo de enfermedades mentales, llevando así a debatir temas como la ética del psiquiatra, la vulneración de los derechos humanos, entre otros, que hacen trascender el tema de la hospitalización involuntaria a un problema bioético y es aquí donde la responsabilidad aparece como un principio orientador y determinante.

La psiquiatría ha mostrado con el tiempo evolución hacia una mayor humanización en la atención de la persona con enfermedad mental y también en las restricciones y controles tanto físicos como farmacológicos (Pérez et al, 1999).

La internación involuntaria de una persona, como se menciona, puede ser vista de diferentes puntos que abren el espacio a la discusión y su análisis. En un extremo hay quienes la rechazan por ser un atropello para la libertad de una persona pero para quienes la enfrentan desde una perspectiva médica, esta es una medida para una persona que no puede ejercer su autonomía, en un acto benevolente, con el fin de reestablecer su competencia perdida (Santander et al. 2011), por lo tanto una medida paternalista. Esta discusión alude a los problemas éticos en el ejercicio médico cuando se toman decisiones para el cuidado de enfermos en quienes se consideran tienen limitaciones ya sea parciales o permanentes para tomar una decisión informada y recuerda las actuaciones paternalistas.

Las hospitalizaciones involuntarias en psiquiatría pueden ser experimentadas con violencia y humillación, llevando a posibles consecuencias para el sujeto ya sea psicológicas, recuerdos

perturbadores y pueden reforzar el estigma social hacia las personas con enfermedad mental (Bustamante, 2018). Además muchas veces se presume que la persona posteriormente estará agradecida, que la evaluación del riesgo de otros es confiable y que este tipo de medidas vistas también como coercitivas son efectivas pero dichas premisas son controvertidas, en las que se puede argumentar que no hay una claridad científica sobre las mismas ni que los efectos de la coerción sean beneficiosos (Ibíd. 2018).

El estigma imborrable que puede desencadenar una hospitalización psiquiátrica, el trato social diferente posterior a esta, que incluso se puede ver reflejado hasta en restringir empleo por dicho antecedente entre otras situaciones para la persona, es uno de los problemas que han sido documentados y conocidos por este tipo de medidas de tratamiento, ya que existen posibilidades de que la hospitalización afecte las oportunidades de vida del individuo (Goffman, 1961).

En un estudio sueco de psiquiatras (Sjöstrand et al, 2015) encuestados acerca de la hospitalización involuntaria de pacientes se documenta como estos en su mayoría consideraban justificados estos tratamientos cuando el paciente tenía una enfermedad mental grave y rechazaba el tratamiento o cuando había un riesgo directo de autolesión; también se documentó que el riesgo más evidenciado en contra de este tratamiento por parte de los profesionales entrevistados era el del rompimiento de la relación médico – paciente y del quiebre en la confianza en los servicios psiquiátricos. Se reporta también que el sentimiento general era que el tratamiento involuntario era problemático en sí mismo y que debía evitarse.

En este estudio (Ibíd. 2015) se evidenció que la restauración de la autonomía en los pacientes era un objetivo del tratamiento hospitalario, especialmente en casos de psicosis y se respetaba las decisiones personales como razón en contra del tratamiento involuntario en trastornos somáticos. Es llamativo como se encuentra que las preocupaciones por la autonomía del paciente

se centran más en la idea de la autonomía como un valor para ser promovido o restaurado que como un derecho a que se respeten las decisiones. En este sentido se reporta que los principios éticos que predominaban en los psiquiatras encuestados era la beneficencia y la prevención del daño, por encima del respeto por la autonomía (Ibíd., 2015). Otro aspecto importante para destacar de este estudio son las brechas legales en este tema ya que si bien este estudio habla de la ley en Suecia se encuentra la ambigüedad donde por un lado el pensamiento ético de los encuestados está alineado con la ley, por otro lado se reconoció que la ley dejaba espacio para la interpretación y el juicio personal del profesional. Los factores relacionados importantes descritos por los profesionales encuestados para la decisión de hospitalización involuntaria fueron la falta de apoyo social y la organización de la atención médica inadecuados podrían llevar a tomas decisiones sobre el tratamiento involuntario algunas veces innecesario.

Anne-Laure Donskoy (2015) cuestiona por qué se debe tolerar y apoyar el uso de la coerción cuando se basa en un diagnóstico, sobre la base de una discapacidad o solo el rechazo al tratamiento como medio para imponer un tratamiento forzado, en el que además la persona debe confiar en que este proceso no lo perjudicará ni atacará su dignidad ni integridad física y moral, en el que se permiten inmovilizaciones físicas, retiro de pertenencias en un medio que se asemeja a un estilo carcelario.

Armando Mario Pérez De Nucci y colaboradores (1999) plantean interrogantes valiosos acerca de la psiquiatría y específicamente en casos de hospitalización involuntaria necesarios para el presente análisis que en similares palabras se documentan a continuación:

1. ¿Todos los psiquiatras ejercen con precaución su derecho a imponer tratamientos considerados obligatorios?

2. ¿Solo se aplican estos tratamientos cuando el sujeto pone en riesgo su vida o la de quienes lo rodean en forma discriminada?
3. ¿El psiquiatra puede predecir con certeza que el paciente responderá al tratamiento y se reintegrara a la sociedad?
4. ¿Puede el médico estar seguro de la existencia real de la enfermedad mental?

Según Peter Breggin (1975) tener a personas en hospitales estatales con la idea que es por su propio bien no es la solución sino la esencia del problema, tal como es el estatuto paternalista y puntualiza que el primer objetivo de la psiquiatría libertaria debe ser la abolición de todo tratamiento involuntario y es cuando las alternativas verdaderamente libertarias florecerán.

Se puede reconocer entonces, que en general los cuestionamientos, críticas y posiciones de rechazo ante las hospitalizaciones involuntarias son parecidos, por no decir las mismas, que se presentan con relación al paternalismo médico, en donde se incluyen: la coerción, la limitación de la libertad, estigma, actitudes de poder y autoridad y atropellos a la autonomía del sujeto, que hacen parte de los problemas éticos a los que se dirige este trabajo.

2.5.2. Descripción de la hospitalización en salud mental desde una posición sociológica: la de Erving Goffman

“Uno de los problemas más sorprendentes con que tropieza la aplicación del servicio a un hospital psiquiátrico radican en el carácter generalmente involuntario que tiene el ingreso a un hospital psiquiátrico” (Goffman, 1961 p. 350)

Erving Goffman nació en Alberta, Canadá, en 1922 y fallece en el año de 1982. Fue hijo de inmigrantes judíos rusos. Se casa en el año 1952 con su primera esposa quien se suicida en el año 1964. De esa unión tiene un hijo llamado Tom. Posteriormente se casa por segunda vez en el

año 1981, de cuya relación nace una hija (EcuRed, 2019). Fue uno de los sociólogos más importantes del Siglo XX, considerado como el padre de la microsociología y sus estudios principales se basaron en la interacción humana.

En su obra *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales* (Goffman, 1961) estudia, describe y analiza las instituciones con características particulares, en la cual hay personas que comparten un espacio, con tiempos e interacciones controladas que denomina Instituciones Totales. Un tipo de Institución Total es el hospital psiquiátrico en el cual se inmersa para su estudio más profundo, observado e investigando los papeles de las personas que en ella se encuentran, sus interacciones, cambios y comportamientos. De ahí la importancia para este trabajo pues se considera que la visión de este autor es opuesta a la que tiene el personal médico y ofrece una visión sociológica apartada a la usualmente sanitaria, mostrando otros puntos de la hospitalización involuntaria no percibidos usualmente desde el ángulo médico, de cómo esta es percibida y experimentada por la persona que es internada. Además es de tener en cuenta que a pesar del año de publicación de esta obra, la situación y las acciones a la hora de presentarse una hospitalización involuntaria de una persona siguen siendo similares por no decir las mismas, por lo cual es tan importante este autor para los fines de este trabajo.

A continuación se documentan aspectos importantes del análisis del autor en mención acerca de una internación en una institución mental.

Para Goffman (1961) los hospitales mentales hacen parte de lo que él denomina Institución total, caracterizada como un sitio o lugar de residencia o trabajo, en la que varios individuos que se encuentran en igual situación, son aislados de la sociedad por un tiempo y comparten rutinas que les son administradas.

Desde la visión sociológica de este autor, quien se enfoca en el mundo del interno de estas instituciones con tendencias absorbentes y totalizadoras, se hace referencia a las limitaciones y obstáculos que estas presuponen para la interacción social con el exterior (Ibíd. 1961, p, 20). Se diferencian en esta obra, las clases de instituciones totales y sitúa los hospitales mentales en el grupo de instituciones destinadas al cuidado de personas que tienen incapacidad para cuidarse ellas mismas y son una amenaza para la comunidad de carácter involuntario (Ibíd. 1961, p, 20).

A diferencia de las actividades usuales de un individuo que las realiza en sitios distintos durante su cotidianidad, en las instituciones totales, todas las actividades se van a realizar en un mismo lugar, en compañía de otros individuos quienes reciben el mismo trato, siendo todas las actividades programadas y determinadas en una secuencia impuestas por los funcionarios de la institución. En estas instituciones hay un grupo que se conocen como *internos* y otro grupo del *personal supervisor* (Ibíd. 1961, p, 22), entre los cuales hay diferencias, como que los internos son los que están limitados del contacto con el mundo exterior.

Cuando una persona ingresa a una institución mental, padece una “mortificación del yo” (Ibíd. 1961, p, 29) pues puede vivenciar este cambio como una serie de humillaciones, degradaciones y depresiones, siendo la primera perturbación para su yo las barreras de estas instituciones entre él y el exterior, produciendo un rompimiento en su rol previo. Mientras que cuando el ingreso ha sido voluntario la persona ha sido en cierto modo preparada para su separación con el mundo habitual.

Además, el ingreso en sí mismo conlleva a otras pérdidas y mortificaciones como los que puede vivenciar en los procedimientos (requisas, cambios de ropa, asignación de cuarto, señalamiento de nomas) (Ibíd. 1961, p, 31). En el ingreso la persona puede percibir una despedida

de sus objetos personales y la sensación de encontrarse en un ambiente que no le garantiza su integridad física como cuando se ha vivenciado por ejemplo una inmovilización física.

Generalmente es usual que en las instituciones psiquiátricas se obligue al interno a tomar medicamentos ya sea por vía oral o endovenosa, a comer la comida que allí le brinden, lo cual hace también parte de las mortificaciones del yo que describe el autor (Ibíd. 1961, p, 41). Los procedimientos de admisión donde se despoja al sujeto de sus pertenencias y apoyos, pueden ser vistos de acuerdo a Goffman como una preparación para su ingreso de acuerdo a las normas de ese lugar (Ibíd. 1961, p, 60)

Las instituciones totales, para el interés de este trabajo de acuerdo a Goffman, los hospitales mentales, destruyen o violan los actos que en la sociedad general este individuo demuestra que tiene dominio en su mundo, auto determinada, autónoma y libre (Ibíd. 1961, p, 55). Las inmovilizaciones físicas son uno de los ejemplos de la represión de la autonomía o el uso del lenguaje por parte del interno donde se les resta valor a sus afirmaciones que pueden tomarse como parte de la sintomatología de su enfermedad (Ibíd. 1961, p, 56)

En esta obra de Goffman a la que se está haciendo especial referencia, los cambios que se buscan con la internación como la rehabilitación y reparación de mecanismos auto reguladores rara vez se cumplen o si se cumplen, los cambios no suelen ser tal como el personal buscaba conseguir (Ibíd. 1961, p, 81). La persona que ha estado interna vuelve a retomar los privilegios que tenía en el exterior y sus rutinas, olvidando en gran parte esa vida de interno, pero es claro que este “ex interno” va a conservar experiencias de su paso por la institución y su posición social en el exterior no es la misma de antes de su ingreso, haciendo esfuerzos por ocultar su pasado y superarlo (Ibíd. 1961, pp, 82-83).

Desde el sentido sociológico descrito por el autor, la concepción psiquiátrica de una persona solo “cobra significación cuando altera su destino social” y esto es significativo cuando una persona es sometida a una hospitalización (Ibíd. 1961, p, 136). Estas personas pueden diferenciarse en el diagnóstico, pero una vez hospitalizados afrontan circunstancias similares.

Goffman divide la carrera del enfermo mental en tres etapas (La carrera es definida por el autor como “cualquier trayectoria social recorrida por cualquier persona en el curso de su vida” (Ibíd. 1961 p, 135):

Etapa del prepaciente que hace referencia al periodo previo a su internación.

Etapa del paciente que se refiere a su estancia en el hospital.

Etapa de ex paciente, cuando se da el alta del hospital en el cual se pueden incluir los que tienen otras hospitalizaciones posteriores como la etapa de recidiva o re paciente.

Es la etapa del prepaciente (la que interesa principalmente en este trabajo) se encuentran personas que ha sido puestas en contacto con la institución ya sea porque la familia lo pide y solicita, en algunos casos con amenazas de romper vínculos, otros llegan por la fuerza como por la policía, otros sujetos porque los llevan por engaños u otros por su propia voluntad.

Para el autor, esta carrera del prepaciente es un proceso de *expropiación* porque antes de su ingreso la persona posee derechos y relaciones y cuando ingresa los ha perdido.

Goffman advierte que para la sociedad las personas que están internas en un hospital psiquiátrico es porque tienen una enfermedad mental pero que el número de personas con enfermedad mental no internados supera a los internados, entonces los que están internados son “víctimas de las contingencias” más que de la enfermedad mental (Ibíd. 1961, p, 142).

En el proceso de ingreso a la hospitalización el paciente puede participar como tercera persona y lo puede experimentar como una forma de coalición alienativa y ante cualquier resistencia que ponga puede ser amenazado con ser abandonado, solicitar su inhabilitación ante la ley, demandas legales, entre otras (Ibíd. 1961, p, 144). Hay casos en que previamente el familiar más allegado, ha concertado con el profesional previamente en una cita, el proceder o cuando esta entrevista previa no se ha realizado y el profesional debe realizar por la fuerza una hospitalización, busca que la familia lo secunde de modo que el paciente puedan sentirse también víctima de una coalición alienativa.

Los allegados del paciente les suelen decir que allí (en la hospitalización) conseguirán el tratamiento médico , el reposo que necesita y que estará de regreso pronto, no se le pinta un escenario realista (Ibíd. 1961, p, 146); lo anterior sumado también con la vivencia de como en su etapa de prepaciente tiene todas las libertades, derechos y satisfacciones de la vida civil y llega a una sala de psiquiatría donde esta despojado de todo eso, hacen y fomentan un sentimiento de traición hacia el sujeto de quienes son sus allegados (Ibíd. 1961, p, 146).

Los pacientes a menudo pueden sentir la internación como una privación injusta y masiva de todas sus posesiones (Ibíd. 1961, p, 148) mientras que el familiar puede descargar su sentimiento de culpa, en el hecho que la hospitalización haya sido indicada por un profesional que le señalo e indicó el rumbo, defendiéndolo como un deber moral (Ibíd. 1961, p, 150).). Justo en esta perspectiva la carga de responsabilidad que se le entrega al médico requiere de una aproximación explícita, de forma tal, que en la internación se pueda comprender como un acto de responsabilidad conjunta entre todos los que intervienen en la decisión.

Recapitulación

Nos hemos propuesto exponer de la manera más clara unas categorías que nos abren horizontes para comprender mejor la problemática del paternalismo médico del psiquiatra en el contexto de las hospitalizaciones involuntarias.

En una definición amplia, el paternalismo médico se puede establecer como el actuar o decidir por una persona, en este caso el paciente, de manera intencional, con el pensamiento y el objetivo de promover su bien y beneficio. Se han descrito diferentes tipos de paternalismo o clasificaciones del mismo, de las cuales las más conocidas en el ámbito médico son las de “paternalismo duro” y “paternalismo suave”, en los cuales lo que varía es el grado de autonomía del sujeto en quien se interviene de forma paternalista, siendo el duro el que controla todo tipo de comportamientos independientemente del grado de autonomía del sujeto y el segundo únicamente actúa en personas con comportamientos no autónomos.

Se expusieron las posturas que existen del paternalismo enfocados en el área médica de la Psiquiatría, desde la visión de diferentes autores, donde se establecen posiciones a favor y otras que cuestionan el papel del paternalismo médico en la atención sanitaria.

Dentro de los principales cuestionamientos que se presentan con respecto a las actitudes y acciones paternalistas de los psiquiatras hacia los pacientes se encuentran: la limitación de la libertad a las personas y por tanto de su autonomía; la asimetría en la relación entre el médico y el paciente en el ámbito sanitario que se evidencia no solo en los conocimientos del profesional sino en el riesgo de ejercer poder y coerción sobre el paciente; otros motivos diferentes a la benevolencia por parte del médico, sin fines terapéuticos, como por ejemplo proteger su profesión desde el área jurídica; la suposición de ejercer un paternalismo benevolente para imponer medidas legislativas; la dificultad de lograr justificar las acciones paternalistas moralmente y el riesgo de generar

posiciones de dependencia por parte del paciente hacia el médico con la creencia que lo que tiene hacia este es la gratitud.

Desde otra perspectiva se hizo evidente como se da especial relevancia en la literatura bioética del paternalismo, el papel del principalismo y el conflicto de este especialmente con la autonomía y la beneficencia. En general se destaca que las acciones paternalistas de los médicos son aceptadas cuando se presentan como paternalismo suave o débil, en los momentos que una persona tiene su autonomía reducida por el estado de enfermedad que atraviesa y presenta un riesgo para su integridad o el de otros. Se mencionan situaciones como la de personas con riesgo de suicidio o estados psicóticos en donde usualmente se ejecutan medidas paternalistas con miras a reestablecer su autonomía, el alivio y control de síntomas.

Se detalló el concepto de *hospitalización involuntaria*, sus indicaciones y justificaciones médicas contrastadas con posiciones que la rechazan y buscan abolir con el tiempo este tipo de manejos clínicos, aclarando que en nuestro medio es una medida terapéutica ampliamente utilizada y ejercida por los psiquiatras en diferentes situaciones clínicas sin que esto sea un motivo para no cuestionarla y considerarla como una herramienta excepcional cuando no existen otras alternativas. En últimas se encuentra que las críticas y rechazo a este tipo de tratamiento, son las mismas que se reclaman hacia el paternalismo médico (mencionadas anteriormente), lo que demuestra que son problemáticas que ameritan un abordaje bioético.

Se finaliza con el estudio y análisis de un Sociólogo de reconocimiento mundial como es Erving Goffman quien desde una postura lejana a la médica describe y categoriza la experiencia de las personas que son internadas de manera involuntaria en una institución de salud mental, lo cual permite conocer una perspectiva de la vivencia de las hospitalizaciones en psiquiatría por pacientes para contrarrestar en parte el sesgo de la visión del psiquiatra.

La discusión del paternalismo, si este debe continuar o extinguirse y las posiciones de sus objetores y sus defensores, parece de nunca acabar. Tal vez esta amplia temática es la clave para su continuo debate y todo este recorrido teórico expuesto en este capítulo, es la base que nos permitirá en el siguiente segmento establecer una posición propia de este trabajo ante el paternalismo médico conectada con las problemáticas que surgieron en el primer capítulo con casos clínicos de personas y de ahí, el desarrollo de un enfoque particular que atienda a los cuestionamientos del paternalismo médico del psiquiatra, específicamente ante el caso de hospitalización involuntaria de pacientes desde la perspectiva Bioética de la responsabilidad.

Capítulo 3: Una Luz para El Paternalismo Médico del Psiquiatra

En el presente capítulo se propone el concepto Paternalismo Médico Responsable como una guía o iluminación ética en la práctica psiquiátrica y propiamente en la relación con el paciente y su red de apoyo en las medidas terapéuticas que emplee no solo en momentos de urgencias o de crisis de pacientes, sino en todo su desempeño profesional.

En los dos anteriores capítulos se hizo la apertura a las diferentes problemáticas del paternalismo médico por medio de casos clínicos y se abordaron los conceptos teóricos y las variadas posiciones conceptuales de diferentes autores de esta temática. De esta forma se da vía a realizar una propuesta desde una perspectiva bioética a partir de la categoría de responsabilidad.

3.1. Posición del Psiquiatra ante el Paternalismo Médico

“El paternalismo está actuando en interés de otro en ausencia de su consentimiento inmediato, aunque con la expectativa de un eventual consentimiento”

(Komrad, 1983)

Llegados a este punto se puede conocer y entender, que uno de los principales trabajos conceptuales de la Bioética se ha dedicado a apoyar y aprobar la transición de la ética del médico paternalista (conocida como la relación del médico y el paciente Hipocrática) a la ética médica basada en la autonomía del nuevo paciente (Sass, 2001). Por lo tanto, se entiende que en la discusión general de la Bioética respecto al paternalismo médico de acuerdo a las diversas posturas de autores y textos anteriormente revisados se puede desprender que ella está estrechamente relacionada con el principio de autonomía de las personas, como si fueran inversamente proporcionales, posición en la cual es la autonomía la que se debe rescatar y priorizar antes que otro valor.

No obstante, destacando que este es uno de los principales asuntos y cuestiones más importantes de la reflexión ética del paternalismo y del que además se hace especial hincapié a lo largo de este escrito, es válido considerar otras situaciones y dudas que acarrearán esta forma de relación entre el médico y el paciente como se menciona más adelante.

Continuando con el asunto del paternalismo y de la autonomía, pareciera entonces, que el paternalismo fuera contrario y opuesto a la autonomía, que no pueden presentarse en un mismo sentido, ni el primero puede contribuir como herramienta valiosa ante una situación o circunstancia determinada para conseguir el restablecimiento de la autonomía de un sujeto en caso de enfermedad. Sin embargo en este espacio se hace el planteamiento del paternalismo médico como una actitud que puede contribuir de manera acertada y conveniente en situaciones que lo ameriten en la práctica clínica asistencial. Por lo tanto, por más que algunos profesionales de la salud la desconozcan, la nieguen o en otros casos la practiquen en su cotidianidad sin ser conscientes de ello, se entiende y asume en este trabajo, que esta actitud médica paternalista nunca ha llegado a ser abolida del todo y continúa basada en el reconocimiento de los seres humanos como autónomos.

Esta afirmación en ningún momento esconde que hace parte de una posición ante el paternalismo de carácter personal y no enmascara su inclinación hacia un juicio que defiende la necesidad y visión positiva de este y surge ante el estudio de las teorías y conceptos documentados en el segundo capítulo.

Es una posición que asegura estar a favor de la relación paternalista del médico con un paciente, sosteniendo un paternalismo responsable que si bien es un trabajo no acabado, que requiere de ajustes precisos en su conceptualización y por tanto en su ejercicio, es una propuesta

que aportaría mayor conciencia en la atención psiquiátrica que afronta y determina casos de pacientes que ingresan de manera involuntaria a una hospitalización.

La transformación de la percepción del “paciente” en términos de pasivo a sujeto activo y más informado, se ha originado en los últimos años y ha sido influenciada por diversos acontecimientos sociales e históricos, como lo hemos señalado anteriormente. Incluso el término *paciente* se ha cuestionado y criticado, sugiriendo modificarlo a otros como *usuario* o *cliente* teniendo en cuenta que en la actualidad este no necesariamente es la persona sumisa y confiada como se reconocía sino que pasa a ser agente activo de la relación sanitaria (Lázaro et al. 2006). Sin embargo, no se ha llegado a un consenso del cambio del término, ni estos nuevos propuestos se consideran apropiados, por lo que en la práctica y en nuestro medio continúa designándosele *el paciente*. Para fines de este trabajo y como se considera en este, no es un término peyorativo ni denigrante. *El paciente* es valorado como una persona igual de importante que el médico, una persona digna, merecedora de respeto, quien acude a un profesional de la salud por un padecimiento específico en busca de ayuda y orientación por parte de este para lograr reestablecer, mejorar y aliviar su salud.

No obstante, se debe tener en cuenta que estos pacientes, agentes activos y con mayores conocimientos, deben manejarse con cuidado, es decir con mayor atención, debido al riesgo en la toma de decisiones y el hecho que sean sujetos con mayor acceso a la información y más activos no es igual a considerar que tengan un mejor conocimiento, experiencia y práctica que el profesional de la salud. Por más conocimientos e información que puedan recoger los pacientes y familiares, no les es suficiente para interpretarla y resolver su situación de salud puntual. El médico no debe ignorar al paciente y su información, al contrario debe entenderla, contextualizarla a la situación e integrarla para que con sus años de estudios, su capacidad de guiar y con el mejor interés

para el paciente, se tome una decisión donde el paciente sea partícipe en todo momento. Es así que el sentido de responsabilidad por parte del médico tratante es hoy día un principio que amerita mayor focalización y tematización.

3.2. Paternalismo Médico Responsable

En el desarrollo de este trabajo se han encontrado dos propuestas de conceptos de paternalismo de diferentes autores que están acordes a los planteamientos aquí trazados y hacen referencia al cambio de concepción y de figura que se considera debe tener el término *Paternalismo*. Uno hace referencia al paternalismo tradicional y otro al paternalismo moderno (Manfred Liebel (2007) o nuevo paternalismo (Germán Méndez (2013)).

El *paternalismo tradicional* es aquel donde todas las normas están establecidas, no tiene cabida la discusión y una persona que en este caso es descrita como el adulto (para nuestro interés el médico) es el que determina que es bueno y que debe hacer el niño (o el paciente) (Ibíd., 2007). Pero a diferencia de este, el autor propone el *paternalismo moderno* que les cede a los niños la posibilidad de desarrollarse como personas responsables y maduras con participación. Este término de *paternalismo moderno* es el que pareciera tomar fuerza en la actualidad en campos como el sanitario asistencial y nos permite hacer la semejanza de niños con el paciente dado que es una propuesta afinada y acertada para la temática de este texto.

Germán Méndez (2013) propone el término de *Nuevo Paternalismo*, que se enfrenta a un paternalismo tradicional y a la prevalencia de la autonomía, establece una visión integradora de ambos extremos. En este, el paciente ignora el significado de su situación y la sola información de la situación no es suficiente, porque esta debe ser interpretada, y transmitida correctamente para que sea útil. Por tanto, la Relación Médico Paciente que se basa y surge del nuevo paternalismo

permite restaurar la autoridad del médico frente al paciente y permite además que el paciente no sea totalmente autónomo y tome decisiones que pueden llegar a perjudicarlo sino que permite que el médico sea quien lidere su lucha y su causa, que “jueguen ambos en el mismo equipo” para conseguir el objetivo que buscan (Ibíd. 2013. p. 10).

De acuerdo a lo anterior, ambos enfoques permiten una concordancia con nuestro objetivo de paternalismo responsable, especialmente el descrito por Méndez (2013), en el que más allá del solo término, se rescata el papel del médico que en ocasiones ha tendido a difuminarse ante las respuestas defensivas que por momentos se encuentra en su práctica por el riesgo a las demandas de otros (ya sea el sistema, la sociedad, las exigencias y los pacientes) y su rol de informante, a pasar a un trabajo conjunto con el paciente..

No obstante, el uso de palabras como “nuevo” o “moderno” no terminan de convencer para que acompañen al paternalismo que consideramos, pues se requiere en la actualidad y se ha venido elaborando desde párrafos atrás mayores descripciones y argumentos para proponer el principio de responsabilidad y propiamente el carácter responsable del acto médico paternalista.

La definición de responsable de acuerdo a la Real Academia Española radica en que el sujeto esta “obligado a responder por algo o por alguien” o “que pone cuidado y atención en lo que hace o decide” (RAE, 2019) lo cual configura un valor ético de todo médico en su práctica profesional y además está directamente relacionado con el actuar paternalista.

Desde una perspectiva filosófica, Inmanuel Kant, en su texto *Fundamentación de la metafísica de las costumbres* de 1785, plantea un principio ético universal en donde la responsabilidad es un tipo de respuesta humana, Kant afirma que se debe *tratar a la humanidad, en la persona de uno y luego en la de cualquiera siempre como fin (en sí mismo) y no solo como*

medio (Kant, 2012). Siguiendo esta perspectiva, la responsabilidad tiene que ver con la manera de saber cómo debo actuar ante mí mismo y ante otra persona, cualquiera sea. Así, ser responsable, entonces, exige un mayor nivel de consciencia de lo que son los seres humanos, cualquiera sea su condición, implica aceptar la capacidad de dar razón justificada de un acto o una omisión, pues poner cuidado y atención son actos racionales y deben ser por lógica justificados, de lo contrario la responsabilidad se desconfigura o al menos no es suficiente, pues no cumple con el ideal ético.

Desde esta perspectiva el carácter responsable del acto médico en psiquiatría, en tanto que el médico reconoce al paciente como un semejante a él, en cuanto humano, centra su atención básicamente en la persona que padece una enfermedad y lo trata con el mejor de su interés y respeto, explica y responde a las dudas, expresa las suyas, muestra todos los caminos y opciones que existen, sopesándolas y dando su concepto de cuál es la más benéfica y apropiada con los riesgos y complicaciones que se puedan tener, acompañándolo en el proceso y tratamiento que busca su recuperación y alivio. Es benéfico y benévolo. Esta es la actitud del médico que lo hace responsable, es decir, ético.

El Paternalismo Médico Responsable en general y en particular en psiquiatría es idealmente una elección constante, en cuanto que como ser vivo se van teniendo nuevas experiencias, que van mostrando cambios y nuevos desafíos no sólo profesionales sino personales; esta elección constante debe estar basada en ideales éticos como la confianza, el respeto y el cuidado de sí y de otros, así, el sentido de responsabilidad va ganando un lugar justo en la práctica médica.

Para obtener una relación que sea basada en la *confianza* se requiere de la construcción de un reconocimiento recíproco en la que el paciente confié en el profesional y que, el profesional esté dispuesto a compartir decisiones con el paciente, lo cual no es delegar competencias ni

responsabilidades en este paciente que ahora es informado, con conocimiento propio (Méndez, 2013). Es también cooperación y respeto, el valor de la reciprocidad (Piri et al, 2013).

El Paternalismo Médico Responsable tiene sus cimientos centrados en el *cuidado*. Como el cuidado no es el único elemento del paternalismo responsable no se busca ni intenta que el paternalismo responsable sea conocido y ejercido únicamente por este valor aunque si se le debe tener especial atención y que se pueda responder a la hora de un análisis bioético puntual de una situación si este se tuvo presente para la acción del agente paternalista.

La bioética en su ejercicio clínico y de salud propone acercarse al médico, buscando conductas en el que se manifieste al hombre íntegro comprometido y que cumpla con una de sus vocaciones más antiguas que es cuidar y ejercer el cuidado incluye esforzarse, dedicación, trabajo de entrega y de respuesta a solicitudes ajenas (Pfeiffer et al. 2013). Por lo tanto, la tarea del médico quien busca tener cuidado con la vida en general, el cuidado del y por el otro se convierte en un deber moral y es con el enfermo en quien el médico ejerce el cuidado (Ibíd. 2013).

El *cuidado* entendido como una actividad que incluye todo lo que el humano puede hacer para mantener, perpetuar y reparar el mundo de forma que pueda vivir en él lo mejor posible, no solo se entiende como una actividad única sino como un proceso (Lluís Flaquer citado en Gilligan, 2013). El cuidado y sus actividades como lo define (Ibíd., 2013, p, 73) suponen tomar las preocupaciones de los demás como la base de la propia acción. Es así como el cuidado parte del interés de alguien por el otro (en nuestro caso del médico hacía el paciente) no solo de una manera afectiva sino reflexiva y moral (García, 2015).

Germán Diestre (citado en Gilligan, 2013, p. 104) señala cinco características del cuidado de una persona enferma:

1. El cuidado de la persona enferma se basa en una relación asistencial concreta entre personas y cada una de ellas tiene su propia carga de valores, emociones reflexiones, conocimientos, pensamientos, experiencias y expectativas. Se espera que esta relación sea de ayuda a la persona vulnerable (enferma), por parte de otro (médico y otro grupo de salud) que actúan basados en la experiencia. Esta ayuda exige respuestas, algunas rápidas que no dan tiempo para revisar el sentido, la emocionalidad o la racionalidad de dicha respuesta.
2. Intento de comprender a una persona única y excepcional. No se debe generalizar, cada persona es única y su necesidad también.
3. Observación subjetiva. Es lo que ve el profesional, mostrando lo que ve de manera sincera, responsable y prudente. Sin embargo debe ser consciente de los límites de su apreciación del otro, lo que deja siempre un margen de duda y de mantener una actitud de búsqueda de respuestas a los problemas del otro.
4. Es una relación que con el trasfondo de una enfermedad, en especial las crónicas e irreversibles va a provocar una carga de sufrimiento, al enfermo y su familia.
5. El marco social y cultural en la que se desarrolla la situación asistencial.

Al considerar el cuidado como un proceso, no como una acción única, se entiende su especial importancia en las labores propias del médico por lo tanto la descripción de cuatro fases de cuidado interconectadas entre sí (elaboradas y documentadas por Joan C. Tronto y recogidas por lluis flaquer, citado en Gilligan, 2013, p. 73) apuntan y son acordes al actuar paternalista responsable, a saber:

1. Reconocimiento de una necesidad: cuidar supone el reconocimiento de la existencia de una necesidad y el concientizarse de la importancia que dicha necesidad sea satisfecha.

2. Responsabilizarían: donde se debe asumir una responsabilidad para la satisfacción de la necesidad reconocida y decir como dar respuesta a ello.
3. Prestación de los trabajos de cuidado: en la cual cuidar implica la satisfacción directa de las necesidades del cuidado y supone un trabajo físico donde el cuidador entra en contacto con los objetos a los que se dirige el cuidado. El autor especifica que los trabajos de cuidado suponen la posición de unas determinadas competencias por parte de quien lo ejerce.
4. Recepción de los trabajos de cuidado. Esta fase reconoce que el objeto del cuidado responde de alguna manera a las atenciones que se le dispersan. Esta es la única forma de saber si en realidad las necesidades han sido satisfechas correctamente.

Es de anotar que no existe un protocolo de como ejercer cuidado, es más bien el modo y la actitud de llevarlo a cabo (García, 2015). No se trata simplemente de hacer y seguir las indicaciones del tratamiento o procedimiento médico requerido, el cuidado va más allá de la enfermedad porque siendo una actividad humana se direcciona a lo que estimule la vida (Benjumea, 2007)

El paciente y su familia necesitan del cuidado y de poder confiar en alguien, en una persona que tenga algunas respuestas y que las comparta, que le pueda brindar seguridad en la incertidumbre y haga contención de sus temores y ansiedades, pues el cuidado se apoya y basa en la confianza y el que lo hace es el médico, no la medicina (Pfeiffer et al. 2013).

Por último, pero no menos importante, con respecto al concepto emergente de este trabajo de Paternalismo Médico Responsable, con todas sus rasgos y elementos que lo hacen de carácter ético en el que priman los intereses del paciente y no los del médico, donde hay respeto y confianza entre las partes, la consideración del paciente por parte del médico como un igual a él, no sería un paternalismo coercitivo sino ejercido por y con *convicción*.

La convicción es la adherencia a una idea religiosa, ética o política (RAE, 2020) que posibilita un tipo de acción. Es “El convencimiento que se tiene sobre algo. Quienes tienen una convicción poseen razones o creencias que les permiten sostener un determinado pensamiento, discurso o acción” (Pérez; Merino, 2014). Este pensamiento de convicción es el que tiene un médico con conocimientos y preparación calificada y conocida, con conocimiento científico acorde a su rama o especialidad y de acuerdo a las normas y protocolos establecidos en la sociedad donde trabaja porque si bien su actuación moral y ética debe ser reconocida e intachable, esta no es ajena de su profesión y debe dar respuesta de sus decisiones y acciones en todo sentido.

El profesional debe poder responder que sus decisiones fueron tomadas con la preocupación por el otro, con el cuidado requerido de no lastimar ni dañar, siempre con la intención de aliviar y recuperar al paciente de la crisis de la enfermedad que lo agobiaba en dicho momento. El paternalismo es entendido entonces una respuesta a una incapacidad de una persona en una situación clínica de enfermedad específica y no una negación de derechos (Konrad. 1983) como tampoco es para el mantenimiento de una relación de dependencia o de sometimiento.

Es así como las acciones paternalistas siempre deben estar justificadas. Si bien se puede decir que la verdadera intención de un médico cuando toma una decisión que afecta a una persona a quien por su enfermedad se le ve alterada su capacidad de entendimiento, discernimiento y decisión, es casi imposible de conocer en su totalidad porque en ella también irán ligadas otras situaciones a la vez importantes como los protocolos médicos, emociones, estructura de su personalidad, las normas y leyes, entre otras, sí debería ser capaz de responder ante sí misma y por tanto a otros, que sus motivos fueron la beneficencia, el cuidado, el mejor interés para el paciente, respetando su dignidad como persona y con todas las bases científicas disponibles, actualizadas y aprobadas para su manejo adecuado y oportuno.

En este paternalismo responsable, el médico debe estar en constante evaluación de la autonomía del paciente, encontrando el momento en que esta haya sido reestablecida de acuerdo al funcionamiento general y corriente del sujeto libre de enfermedad o en los casos que la enfermedad es permanente, buscando su funcionamiento pre mórbido a la crisis o al que mejor se logre reestablecer. Es entonces como a medida que aumenta la capacidad de autonomía del paciente disminuye el actuar paternalista del médico (Komrad, 1983) por lo que se reitera que el paternalismo responsable no es permanente sino acorde a la situación y necesidad.

Esta es una posición y un diferente planteamiento del paternalismo entre muchas otras, que recoge varios aportes descritos en la literatura, en la que siempre se recuerdan y se requieren las posturas contrarias porque más allá de ser opositoras o ser detractoras (documentadas en el segundo capítulo) contribuyen al análisis constante y a la retroalimentación al sustentar y argumentar la necesidad de un paternalismo responsable, por tanto ético.

Herramientas como los comités de bioética, evaluaciones interdisciplinarias, la red de apoyo y las familias de los pacientes para conocer acerca del funcionamiento previo del paciente, posibles voluntades anticipadas permiten un análisis más profundo de las acciones paternalistas y amplían las vías de acción en una situación médica que lo requiera siempre evitando caer en un paternalismo que termine lesionando los derechos y la dignidad de las personas.

De dichas herramientas mencionadas es importante destacar que los comités de bioética no son tribunales para sancionar o imponer castigos, son instancias en donde hay un previo análisis de una situación y a partir de ello se generan recomendaciones acerca de conflictos y problemas morales que surgen de la diversidad de posturas y valores morales de todos los involucrados en torno a la atención a la salud (Ocampo-Martínez, 2002).

3.3. La Hospitalización Involuntaria indicada desde el Paternalismo Médico Responsable

Se ha establecido una posición ante el paternalismo médico, específicamente el tipo de paternalismo que se considera es el que debe continuar vigente, que es necesario en la relación sanitaria entre el médico y los profesionales de la salud que lo rodean y el paciente acompañado de sus familiares y red de apoyo.

Ahora la cuestión que nos atañe es contextualizar y visualizar el paternalismo responsable del psiquiatra en situaciones en las que estos especialistas indican las hospitalizaciones involuntarias o internamiento involuntario, recordando que esta es considerada una medida terapéutica excepcional para personas con un trastorno mental, que requiere una indicación médica puntual y propósito establecido, siempre con la concepción de beneficiar al paciente cuando no se cuenten con medios menos restrictivos para la atención de la persona.

Para dar continuidad, se establece una postura ante la hospitalización involuntaria desde una visión personal y sobretodo aclarando y recordando la formación médica con especialización en psiquiatría que la influye y enmarca de quien realiza este trabajo. Si bien esta postura da un tinte específico a la posición que se mencionará, es importante aclarar que fue la misma práctica clínica y las dudas de carácter moral personal hacia este tipo de medidas terapéuticas y las actuaciones paternalistas del médico, las que dan origen al estudio y cuestionamientos de su utilización y son un motor para iniciar el presente trabajo, pues en Colombia continúa siendo una medida a la que se recurre con bastante frecuencia.

Se considera que la persona que vivencia la enfermedad, los familiares que la acompañan en este proceso, son quienes muchas veces más entienden la necesidad de tratamientos médicos especializados. Además el psiquiatra que su día a día está dedicado a la atención de pacientes con

enfermedad mental, ya sea en las crisis o remisión de la misma, va fortaleciendo su conocimiento de dichas patologías a su vez que se espera afine con la práctica su capacidad para decidir y determinar el mejor abordaje para la situación de la persona que lo requiere.

Juzgar por fuera de una situación es cómodo pues solo las personas que vivencian el momento de una crisis aguda de enfermedad entienden la complejidad a la que se enfrenta especialmente el paciente, pero también sus allegados y desde otros ángulos el personal sanitario. Cuando se exploran los casos clínicos del primer capítulo, es permitido reflexionar sobre estos, evaluar otras posibilidades de la situación y dar un análisis de como hubiera sido otro abordaje; sin embargo, en la práctica clínica psiquiátrica las decisiones deben ser tomadas con rapidez y agilidad, sin apartar los conocimientos médicos ni el mejor interés y beneficio para el paciente, lo cual aunque parezca fácil, no lo es. Se entiende también, que por más difícil sea de manejar la situación y le genere preocupación al médico, este no la vivencia de igual forma como el paciente a no ser que en algún momento de su vida el psiquiatra haya sido paciente en situaciones similares, lo cual posiblemente daría a esta otra concepción de dicha experiencia.

Las hospitalizaciones involuntarias de personas con enfermedad mental por indicación del psiquiatra que la justifica son medidas terapéuticas que se requieren en ciertas situaciones clínicas y entran a ser catalogadas como paternalistas. Con esta posición se reconoce que no deja de ser un manejo inquietante, arduo y doloroso tanto para el paciente como para las personas que de ella hacen parte como es el psiquiatra y que tiene riesgos y efectos en cada caso desconocidos debido a que al decidir hospitalizar se espera que se llegue a la recuperación y al alivio de la persona afectada por la enfermedad, pero lo cierto es que el proceso de internamiento y el tiempo mostrarán si fue efectiva o no (claro está, que el proceso de recuperación comprende otros factores como la

personalidad y carácter del paciente, el tipo de enfermedad que padece, la adherencia al tratamiento, la red de apoyo, circunstancias sociales, entre otras).

Cuando los síntomas graves impiden un funcionamiento adecuado de la persona acorde a como es ella ya sea en situaciones de remisión de enfermedad o cuando la enfermedad es crónica o de no enfermedad cuando es un primer episodio; cuando hay un alto riesgo de suicidio o de atentar contra ella misma o la vida e integridad de otros; cuando sus comportamientos le generan un riesgo de daño a ella misma y la enfermedad le nubla u obstaculiza su toma de decisiones, pudiendo llegar a desenlaces que en otra situación de no enfermedad no buscaría, se considera es pertinente la hospitalización involuntaria (en el segundo capítulo se especifican más claro las indicaciones para la hospitalización involuntaria).

Lo anterior se hace evidente en los casos de Gabriela y Andrés, que como se detalla en los siguientes párrafos, en general estos describen estados clínicos de enfermedad donde el riesgo de hacerse daño a sí mismos o a quienes los rodean, el no contar con la capacidad de decidir sobre ellos mismos, siendo el psiquiatra quien opta por hospitalizarlos, entonces se estaría de acuerdo según los lineamientos de la posición que se propone respecto al Paternalismo del médico.

Haciendo referencia al primer caso expuesto, el de Gabriela, se explica como en los trastornos depresivos la persona está siendo afectada y afligida por un cuadro de síntomas que producen alteración de su intelecto, conducta y estado anímico que la pueden llevarla a actuar o sentirse de una manera inusual y diferente a lo que es en su cotidianidad. Por lo tanto en esta persona a quien se le propone tratamiento intrahospitalario el cual rechaza, se puede llegar a cuestionar acerca de su capacidad de entendimiento tanto de su estado clínico como del plan de tratamiento médico propuesto. Entonces sería válido analizar si la actuación del psiquiatra, enmarcada dentro del paternalismo médico, de hospitalizar la paciente aun sin su consentimiento,

que de acuerdo a la teoría documentada en el segundo capítulo, con fines de beneficencia, estaba justificada para proteger a las personas sustancialmente no autónomas aun si se interfiere con su libertad, buscando que con su mejoría, recupere su estado de salud habitual y con ello su autonomía. El psiquiatra en este caso podría por lo tanto justificar la hospitalización involuntaria al tener en cuenta que la paciente estaba expuesta a un riesgo de suicidio alto y que el tratamiento de la enfermedad que padecía lo podía evitar.

En un cuadro de depresión grave como el de esta paciente advertido por los síntomas afectivos tan floridos, se considera que la ideación suicida hace parte de la enfermedad a diferencia de situaciones donde después de una serie de evaluaciones se puede establecer que la ideación de suicidio es voluntaria y ajena a una enfermedad mental, lo cual sería un tema diferente a tratar por no ser enmarcada (la idea suicida) en el contexto de enfermedad y en nuestro medio un sistema de creencias ético-morales o religiosas es para muchos pacientes y médicos una realidad importante a tener en cuenta, considerando que el suicidio iría en contraposición de los derechos fundamentales de libertad y vida (Guzmán, 2006).

Aunque así es como se abordan estos casos clínicamente en general en nuestro medio, no se desconoce que la mayoría de decisiones médicas respecto al manejo de un paciente con ideación suicida pesa más la “impresión” personal del profesional que la medición exacta por una escala o estudio determinado siendo vigente la mejor herramienta la historia clínica (Guzmán, 2006), lo que hace pertinente su análisis ético pues está más condicionado a juicios personales del paciente por parte del médico y el cual es un hecho que genera cierta inconformidad hacia la psiquiatría dado el tinte de subjetividad que puede tener esta rama de la medicina sin desconocer también las ansiedades que despiertan en algunos psiquiatras al encontrarse ante un caso semejante y considerar que un error en su manejo y direccionamiento pueda tener desenlaces fatales para el paciente.

Con respecto al último caso del primer capítulo, el de Andrés, pareciera desde la mirada clínica el más claro desde la acción del psiquiatra, que si bien se encuadra en una actuación paternalista del médico, se argumentaría que por su estado de psicosis, agitación psicomotora y riesgo de auto y heteroagresión, son válidas las medidas médicas como la hospitalización involuntaria, la sedación farmacológica y la inmovilización física para su contención¹. En el capítulo segundo se documentó específicamente como la psicosis, puede tener diferentes etiologías y el objetivo del tratamiento médico que se busca y presupone desde el inicio es el de aliviar y mejorar este estado con el sufrimiento que produce, evitando lesiones tanto para su integridad como para la de los que lo rodean, con miras a reestablecer su capacidad cognitiva, deliberativa y emocional, pues el comportamiento y pensamiento en un episodio psicótico no es el mismo ciertamente al que tendría el sujeto fuera de este cuadro clínico.

Aludir a estas medidas en un momento específico, se espera no solo que estén justificadas clínicamente sino ubicadas en una visión más amplia en donde el profesional pudiera dar cuenta de estas, que no las ordena con fines de castigo ni mucho menos olvidando que el receptor de estas es una persona que no debe ser cosificada ni vista como una enfermedad aparte de su persona, sino como un individuo semejante a él, digna de respeto, recordando en todo momento que así estas

¹ Como este tipo de situación que se describe en el tercer caso es frecuente que se presente y por tanto es justificado generalmente en el ámbito clínico, no se desconoce que en él aparte de cómo se menciona se observan actitudes paternalistas, se puedan encontrar otros cuestionamientos que van desde la problemática de autoridad en el médico, las lesiones físicas y psicológicas sobreagregadas a la ya existente enfermedad, acarreadas también por los medios y técnicas que se utilizan en estas situaciones como son la sedación farmacológica y la inmovilización física para contención, que aunque en estos no está centrado el trabajo, se entiende que al ser indicados por un profesional, su forma de ser empleados y ejecutados, son dignos de una evaluación bioética que se sugieren sean abordados a mayor profundidad en trabajos relacionados futuros para ser revisados y evaluados contantemente evitando cometer atropellos que puedan afectar la dignidad de la persona, lesiones físicas y psicológicas y que deben ser plenamente justificados en todo momento.

técnicas tengan una indicación y puedan ser vistas en un momento dado como la única medida posible para el abordaje de la persona, puede haber una afectación y consecuencias negativas de estas experiencias tanto psicológicas como físicas que afectaran no solo el tratamiento puntual que va a recibir en dicha hospitalización a la que es ingresada, sino al egreso, al reintegrarse a la sociedad a la que pertenece, a su autoestima, a su confianza y a tratamientos médicos que pueda requerir posteriormente.

Si bien en los casos de Gabriela y Andrés, no es posible establecer con exactitud que el psiquiatra haya cumplido con valores como tales como el cuidado, la confianza, la empatía, entre otros, se espera que sus indicaciones de hospitalización hayan sido cobijadas por la responsabilidad que debe éste hacia el paciente y con la convicción de estar haciendo lo mejor por el paciente desde sus conocimientos científicos y como agente moral, con la expectativa de haber actuado un Paternalismo Médico Responsable². Es de aclarar que cada caso que se presente en la práctica clínica y amerite un análisis bioético debe ser examinado como específico sin que se pretenda hacer generalizaciones a otras situaciones.

Se insiste que el paternalismo médico responsable que se ejerce no es permanente sino acorde a la situación y necesidad, disminuye a medida que mejora la persona y no genera sometimiento ni dependencia del paciente hacia su médico.

² Situación diferente al caso de Jaime (segundo caso descrito en el primer capítulo) en quien pareciera que la decisión del psiquiatra no fue basada en las indicaciones establecidas y requeridas para una hospitalización involuntaria ni como una indicación médica plenamente evaluada, sopesada respecto al estado clínico de Jaime y aunque se pudiera justificar que se buscaba su cuidado, recuperación y mejoría, pareciera fue más motivada y ejercidas bajo las condiciones de autoridad del médico y su familiar, lo que permite interrogar un estado de coerción, todo lo contrario al objetivo paternalismo médico responsable.

Como se recalca siempre, si bien teniendo establecida una posición ante las hospitalizaciones involuntarias de manera puntual, las posiciones contrarias y de rechazo a su utilización como medida de tratamiento, son siempre importantes y útiles para examinar constantemente los riesgos que trae su uso y vigilar en cada caso la pertinencia de la misma, la posibilidad de daño tanto físico como psicológico de la persona, entendiendo que esta medida puede perpetuar el estigma social de la persona con enfermedad mental y por tanto de la psiquiatría. Es así como destacar aspectos del estudio de Erving Goffman (1961) descrito en el capítulo anterior permite no desconocer los cambios y vivencias de los pacientes que padecen en las hospitalizaciones en las áreas de salud mental que si bien se recuerda la época en que este autor escribe su obra fueron unas décadas atrás, hace pensar que muchas de estas situaciones no han cambiado y ameritan continuar su mejora, continuar su estudio y pensar en otras posibilidades de tratamiento cuando sea posible o cuando se requiera de la hospitalización, modificar las conductas y protocolos que puedan hacer traumática esta experiencia . Este autor permite dar a la posición de este trabajo una visión apartada de la médica, ofreciéndole cierto grado de objetividad y un enfoque desde las humanidades como la sociología (profesión del autor), por eso fue tan importante su apartado en el segundo capítulo.

Vale recordar entonces cómo hay situaciones que, aunque legales, acordes a las normas y protocolos, no siempre pueden ser consideradas actuaciones éticas o que al menos suelen generar dudas o inquietudes al examinarlas desde la ética, situaciones que son recurrentes en la práctica clínica.

Uno de los aspectos que más se reclaman cuando el psiquiatra indica una hospitalización importante es el riesgo de violación a la confidencialidad entre el médico y la paciente. En el área médica de la psiquiatría, teniendo en cuenta los diferentes obstáculos sociales y la estigmatización,

las personas que consultan lo hacen a pesar de estas resistencias y después de mucho tiempo para buscar ayuda, incluso después de años, por lo tanto, el psiquiatra debe tenerlo presente desde el inicio, buscando entablar confianza en dicha relación que empieza a construirse.

La confidencialidad en la psiquiatría como en cualquier área de la medicina es la piedra angular de la relación médico paciente, aunque tal vez por la información íntima y sensible que se aborda en esta especialidad es donde se requiere un reconocimiento especial. El manejo de esta información y su interpretación hace parte del acto médico y su fin único debe ser en beneficio directo del paciente, por lo tanto su falta a resguardarlos pone en riesgo a los pacientes, lesiona su dignidad y contribuye a su estigmatización (Rojas, 2012). Sin embargo hay situaciones donde la confidencialidad estricta es relativizada, considerándose excepciones a su aplicación como es el caso del suicidio. Hay situaciones donde el paciente con enfermedades afectivas, por ejemplo, manifiestan al psiquiatra sus ideas de muerte y suicidio al psiquiatra solicitando confidencialidad y reserva de estos planes o ideas. Si bien en algunas situaciones donde solo son ideas de muerte sin fines estructurados de suicidio y pueden mejorar al entablar un tratamiento acorde, hay otras donde el profesional considera que hay un riesgo elevado de suicidio y su decisión es informar a los familiares de la persona con el fin proteger la vida del paciente, lo que se aprueba para el rompimiento de la confidencialidad. (Ibíd. 2012).

Teniendo entonces todos estos aspectos tanto los positivos como negativos que conlleva una indicación de hospitalización involuntaria de una persona, asumiendo que esta medida es requerida en algunas circunstancias bajo ciertas condiciones médicas establecidas, se enfatiza como el médico debe actuar de acuerdo al Paternalismo Médico Responsable cuando esta actitud se requiera, examinando constantemente sus acciones, pensamientos y decisiones, no a manera de

una lista de chequeo sino que integre los valores del paternalismo responsable en su vida profesional y personal, en definitiva en su vida ética.

Recapitulación

Integrando los contenidos de capítulos anteriores, se establece una postura específica de este trabajo ante el paternalismo médico que lo acepta ante determinados escenarios clínicos y propone un enfoque denominado Paternalismo Médico Responsable, que se considera es el que se debe actuar y ejercer en la clínica, específicamente en situaciones que se requiera e indique una hospitalización involuntaria.

En una descripción grande y panorámica este Paternalismo Médico Responsable integra variables y valores tales como: confianza, respeto mutuo entre paciente y médico, beneficencia, reciprocidad, honestidad por parte del profesional, sentido de cuidado, convicción por parte del médico antes sus indicaciones y manejos, empatía, disposición, liderazgo y como cimiento de su estructura, la responsabilidad. Es un paternalismo que se basa en la convicción del médico de ayudar y buscar la mejoría de la salud del paciente. Este médico, reconoce sus limitaciones, reconoce cuando una situación no resulta como lo esperaba por más que haya empleado las técnicas y conocimientos científicos actualizados disponibles; pero también es humilde, responsable y ético, cuando logra sus objetivos y continúa estudiando y siendo evaluador de su misma persona para mejorar en todos los aspectos de su vida. El paternalismo médico responsable es acorde a la situación y necesidad, al contexto en el que se presente y disminuye su acción en la medida que mejora la persona.

Conclusiones

El recorrido de este trabajo desde el primer capítulo abre las puertas a la discusión general del papel del paternalismo médico en el ámbito de la bioética, con énfasis en el área de la psiquiatría.

Como es de esperarse en el curso de un análisis y la apreciación de un tema, son variadas las posiciones que se encuentran en cuanto a su aceptación o su rechazo. Es notorio, el protagonismo e importancia que en las últimas décadas ha ido adquiriendo el principio ético de Respeto a la Autonomía como eje central de la medicina, debido principalmente al surgimiento de un tipo de paciente, más conocedor e ilustrado, ávido por información e interesado por su cuerpo y su salud de la que ejerce pleno derecho, además de los avances tecnológicos y científicos. En este nuevo panorama, la función y actitud paternalista del médico ha sido foco de críticas y reprochas, llevando a generalizarse la concepción del mismo como nocivo para la relación médico paciente y por tanto digno de ser abandonado.

Entonces es posible en este punto donde se concentra el mayor problema bioético del paternalismo con respecto a la autonomía del sujeto, debido a que se asume que esta última puede serle vulnerada, alterada y violentada, por una decisión y acción médica.

Posiblemente cada vez son menos en cantidad o menor visibles las acciones paternalistas de los médicos con sus pacientes y además se cuenta con diferentes entes de control de la práctica médica, así como existen igualmente los protocolos y estatutos legales que se encuentran tanto por dentro como por fuera del campo asistencial y que abogan por el cuidado y respeto que se merece el paciente.

En la medicina como en diversos campos, la Bioética ha tomado el liderazgo y abanderamiento por el cuidado de los seres humanos, de los seres vivos y en general de la vida. Es entonces a ella, a su campo de estudio en la medicina, a quien le corresponde continuar el análisis de temas como el paternalismo médico que requiere un examen y abordaje constante.

La investigación del paternalismo médico, limitándolo al campo de la psiquiatría, como área específica que difiere de otras especializaciones de la medicina, ha permitido encontrar un camino en el cual el paternalismo más que válido es requerido en ciertos momentos de la práctica clínica psiquiátrica, específicamente cuando se trata de hospitalización de pacientes de manera involuntaria.

Se persigue y se busca un tipo de paternalismo ideal, de cómo debe ser interiorizado, integrado y ejercido por el médico psiquiatra que es el especialista al que se dirige este trabajo (pero ojalá se extienda a médicos de otras áreas ya que por más especialidades que existan y surjan a futuro, la esencia de la medicina no cambiará): el Paternalismo Médico Responsable, el cual recoge valores, actitudes y visiones de varios autores que encuentran en el paternalismo un beneficio para su ejercicio más que su censura, es lo que se propone en este trabajo.

Este paternalismo que se plantea, acopia diferentes valores y variables tales como el cuidado, la confianza, el respeto, la cooperación, la empatía, la reciprocidad, la disposición, entre otros importantes. Se caracteriza porque su ejercicio no es constante en todo el encuentro terapéutico, surge en un momento específico, limitado y requerido, teniendo en cuenta que las necesidades del paciente pueden variar en el tratamiento de una misma enfermedad sin existir una única perspectiva ética en la relación médico paciente, por lo que el paternalismo no es estático.

En este trabajo se reconoce el Paternalismo y el Respeto a la Autonomía como complementarios, recíprocos y pueden ir en el mismo sentido para el abordaje de la situación de una persona en el campo de la salud.

Se enfatiza que una hospitalización involuntaria es considerada una medida terapéutica excepcional para personas con un trastorno mental, que requiere una indicación médica puntual y con un propósito establecido, siempre con la concepción, convicción e intención de beneficiar al paciente cuando no se cuenten con medios menos restrictivos para la atención de la persona. El internamiento es una medida médica temporal que debe ser plenamente justificada a la luz de la clínica y de la bioética, considerada entonces como una actuación paternalista con fines benevolentes y de cuidado de la persona.

En el trabajo también se describieron y tuvieron en cuenta las posturas que alegan que el actuar paternalista por el médico, enmascara ínfulas de poder, medidas coercitivas, temores hacia perjuicios legales, anulación de derechos fundamentales con título de enfermedad mental y subjetividad de ser otra persona quien juzgue quien es “normal mentalmente” y quien no, como lo hace un médico psiquiatría. Estos hechos no se desconocen y como se menciona a lo largo del trabajo, por el contrario se tienen presentes por el riesgo alto que corre el ejercicio y la actuación del paternalismo de convertirse y trasladarse al extremo de la coerción, injusticia, lesión de la dignidad de la persona y vulneración de los Derechos Humanos.

No se ignora tampoco, que hay una asimetría entre el médico y el paciente, donde el primero al dar una indicación de manejo terapéutico que no es consentido por el paciente evidencia cierta autoridad que el otro, en el medio, enfermedad y momento en el que se encuentra no cuenta, pero después se entiende que es una situación asimétrica entre ellos más dada por los conocimientos

científicos que le confiere su profesión mas no con el tipo de poder coercitivo que atenta contra la persona que es lo contrario al objetivo perseguido por el Paternalismo Médico Responsable.

Las hospitalizaciones involuntarias no deben ser las respuesta al manejo y abordaje de pacientes por falta de tiempo en las consultas ni las demoras en la adquisición de estas, tampoco por desconocimiento de las enfermedades mentales de la población en general incluyendo a médicos de otras áreas, cambios constantes de especialistas que no permiten la continuidad con un mismo profesional y por tanto impiden el inicio o demoran la construcción de una relación médico paciente basada en la confianza, ni de otros problemas del sistema de salud con el que se cuenta en nuestra sociedad. Sin embargo se entiende que estas problemáticas sí afectan la calidad de los servicios de salud y generan mayor presión, exigencia, baja autoestima y agotamiento en los médicos, además de elevadas expectativas de resolver problemas por parte de la colectividad hacia los profesionales de la salud. Lo anterior, es un hecho que debería ser tratado y modificado si se busca una mejora en la salud y calidad de vida de los individuos por parte de quienes integran la sociedad y de quienes tiene a su alcance el manejo del sistema como las entidades gubernamentales.

Se encuentra que las actuaciones paternalistas ameritan un constante análisis, evaluación, seguimiento y cuidado, por lo que se hace necesario y mandatorio el acompañamiento y apoyo de instancias como los comités de bioética, el consentimiento informado elaborado no solo de forma sino de fondo, solicitudes anticipadas, evaluaciones interdisciplinarias, familiares, miembros de la comunidad, que busquen garantizar el bienestar de los pacientes en todo momento, no solamente en las situaciones que rechazan un tratamiento puntual.

Se halla significativo que se realicen estudios cualitativos y cuantitativos acerca de las experiencias generales de los pacientes que ha ingresado a hospitalizaciones de salud mental, donde también se puedan determinar los alcances que tuvieron las mismas en cuanto al manejo de las

enfermedades y si cumplieron los objetivos médicos que se tenían planteados al inicio cuando se consideró como única herramienta terapéutica en su momento.

Ante la evidencia de la complejidad, no solo clínica sino ética que surge al elaborar este trabajo, se presentó el tema de las hospitalizaciones involuntarias bajo indicación médica en el lugar donde labora quien realiza este trabajo ante el Comité de Bioética de la institución, encontrando fallas que existen sobre el ingreso y manejo de pacientes, el documento de consentimiento informado, el aviso a familiares y preocupaciones generales en cuanto a la vulneración de derechos y de la dignidad de las personas cuando se indicaba la hospitalización involuntaria. Esto conllevó al inicio de la elaboración de un protocolo de hospitalización de pacientes de forma involuntaria y la búsqueda de concientización al personal de dicha institución, asumiéndolo como un paso al cambio y que se quiere continúe extendiéndose a todo el personal asistencial, donde sea visto no como parte de sus deberes y normas a cumplir en su trabajo, sino que se entienda lo que en realidad significa este tipo de tratamientos, la responsabilidad que acarrea, enfocándose principalmente en la persona y en la empatía con el sufrimiento del paciente que lo vivencia además de la carga de su enfermedad que ya tiene y con las emociones de los familiares y allegados.

Referencias

- Abel, F. (2002). Bioética, un nuevo concepto y una nueva responsabilidad. Revista Selecciones de Bioética. Instituto de Bioética-Cenalbe. Bogotá, Colombia. P. 22.
- Allemany, M. (2003). Las estrategias de la benevolencia (sobre las relaciones entre el paternalismo y la bioética). Universidad de Alicante). Doxa: Cuadernos de filosofía del derecho, ISSN 0214-8676, N.º 26, 2003, págs. 769-795
- Allemany, M. (2005). El concepto y la justificación del paternalismo. Cuadernos de filosofía del derecho, 28. Pp. 265- 303.
- Asamblea General. (2005). Declaración universal sobre bioética y derechos humanos. UNESCO.
Recuperado de
[http://portal.unesco.org/es/ev.php-
URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html](http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html)
- BEAUCHAMP, Tom. "Paternalism", en Warren T., Reich, Encyclopedia of Bioethics, 3er. Ed., Stephen G. Post. Nueva York, Simon & Schuster MacMillan, 2004, 5 vols
- Beauchamp, T y Childress, J. (1999) "Principios de ética biomédica". Versión española de la cuarta edición de la obra original en lengua inglesa Principles of Biomedical Ethics publicada por Oxford University Press, Nueva York (1994). Traducción de Teresa García-Miguel, Javier Júdez y Lydia Feito, revisión de Diego Gracia y Javier Júdez. Ed. Masson, Barcelona, 1999. ISBN 84-458-0480-4
- Beauchamp, T.; McCullough, L. (1987). Ética médica. Responsabilidades morales de los médicos. Barcelona, España. Primera edición. Cap. 5. Pág. 132.
- Benjumea, Carmen de la Cuesta (2007). El cuidado del otro: Desafíos y posibilidades. Investigación y Educación en Enfermería, XXV (1) ,106-112. [Fecha de

Consulta 16 de Febrero de 2020]. ISSN: 0120-5307. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1052/105215404012>

Breggin, P. (1975). Needed: Voluntarist Psychiatry. *Reason*, Vol. 7, No 5, 6-11

Bustamante, J.A. y Cavieres, A. (2018). Internación psiquiátrica involuntaria. Antecedentes, reflexiones y desafíos. *Rev Med Chile*; 146: 511-517. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018000400511>

Cambridge Dictionary, 2020. Paternalism. Recuperado de <https://dictionary.cambridge.org/es/diccionario/ingles-espanol/paternalism>)

Catedra UNESCO De Bioética (2001). Centro Internacional de Salud, Derecho y Ética Facultad de Derecho. Universidad de Haifa, Israel.

Christman, J. P. (2014). Relational Autonomy and the Social Dynamics of Paternalism. *Ethical Theory and Moral Practice*, 17(3), 369-382. <https://doi.org/10.1007/s10677-013-9449-9>

Consejo de Europa (2004). Recomendación Rec (2004)10 sobre Protección de Derechos Humanos y Dignidad de Personas con Trastornos Mentales. Recuperado de <https://www.alansaludmental.com/%C3%A9tica-y-ddhh-en-sm/organismos-institucionales/ue/>

Cortés, C; Uribe, C.A.; V, R. (2005). Etnografía clínica y narrativas de enfermedad de pacientes afectados con trastorno obsesivo-compulsivo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. XXXIV / No. 2.

Cortina, A. (2005). ¿Existe una bioética latina? Bioética entre la medicina y la ética / María Teresa López de la Vieja. Ediciones Universidad de Salamanca. España.

Cure, E. M. (2003). Hospitalización involuntaria de pacientes con trastorno mental (Tesis de pregrado). Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.

- De Coulanges, F. (1978). La ciudad antigua. México, Ed. Porrúa, (p. 2).
- Donskoy, A. (2015), "Coercion and trust in psychiatry: the ultimate contradiction", *International Journal of Human Rights in Healthcare*, Vol. 8 Iss 2 pp. 70 – 81.
DOI: 10.1108/IJHRH-09-2014-0019
- Dworkin, G. (2002). Paternalism. En *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Fall 2019 Edition), Edward N. Zalta (ed.). Recuperado de <https://plato.stanford.edu/archives/fall2019/entries/paternalism/>
- EcuRed. Año consultado 2019. Recuperado de https://www.ecured.cu/Erving_Goffman)
- García, L. (2015). La Ética Del Cuidado Y Su Aplicación En La Profesión Enfermera. *Acta Bioética* 2015; 21 (2): 311-317
<http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2015000200017>
- Gilligan, C. (2013). Cuadernos de la Fundación Víctor Grífols i Lucas. La ética del cuidado. N.º 30, pp, 72-85, 104-110). Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v21n2/art17.pdf>
- Goffman, E. (2009) *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires, Argentina. Amorrortu Editores, segunda edición. Primera edición castellano 1970.
- Gómez Restrepo, C; Hernández, G; Rojas, A; Santacruz, H; Uribe Restrepo, M. (2008). *Psiquiatría clínica*. Ed. Médica Panamericana. Segunda edición, p 775. Bogotá, Colombia.
- Gómez-Ullate, S. (2015). *Derechos humanos, bioética y derechos de los pacientes* (Tesis doctoral). Universidad Nacional De Educación A Distancia. España.
- Gracia, D. (1998). *Bioética Clínica*. Primera edición. Editorial El Buho. Capítulo 12

- Guzmán, Y. (2006). Educación en riesgo suicida, una necesidad bioética. P & B. Vol. 10. Revista n° 2 (27). Pp. 82-98. ISSN 0123-3122
- Hernández, P. (2007). Psiquiatría y ética médica. Rev Hum Med [online], vol.7, n.2. ISSN 1727-8120.
- J. Lázaro¹, D. Gracia. (2006). La relación médico-enfermo a través de la historia. An. Sist. Sanit. Navar. 29 (Supl. 3): 7-17.
- Jelin, E. (2004). Pan y efectos. La transformación de la familia. México DF, México: Fondo Nacional De Cultura Económica.
- Kant, I. (2012). Fundamentación para una metafísica de las costumbres. Versión castellana y estudio preliminar de Roberto R. Aramayo. Madrid, Editorial Alianza.
- Komrad, M. (1983). A defence of medical paternalism: maximising patients' autonomy. Journal of medical ethics, 9, 38-44).
- Komrad, M. (2002). En defensa del paternalismo médico. Reflexiones hechas veinte años después. Ars Médica. Revista de Humanidades; 2:266-268.
- Kopelman, L. (2004). On Distinguishing Justifiable from Unjustifiable Paternalism. *Virtual Mentor*. Volume 6, Number 2.
doi: 10.1001/virtualmentor.2004.6.2.medu1-0402
- Liebel, M. (2007). Paternalismo, participación y protagonismo infantil. En Y. Caraveo, & M. E. L. Linares-Pontón (Comps.) Participación infantil y juvenil en América Latina, (pp. 113-146). México, D. F.: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Mccullough, L. (2011). Was bioethics founded on historical and conceptual mistakes about medical paternalism? *Bioethics*. Volume 25, Number 2, pp. 66–74.

- Méndez, G. (2013). Relación clínica con el paciente: La aparición de un nuevo tipo de paciente en la relación terapéutica. Recuperado de <http://www.bioetica-debat.org/modules/news/article.php?storyid=863>
- Mendiburu, L. (2004). Fundamentos filosóficos de la ética en psiquiatría. Perspectiva histórica. *Revista Bioética Y Ciencias de la salud*. Vol. 6 N.º 2.
- Mendoza, A. (2017). La relación médico paciente: consideraciones bioéticas. *Revista Perú Ginecol Obstet*. 2017; 63(4): 555-564. ISSN 2304-5132
- Modragón, L; Monroy, Z; Ito, M.E.; Medina-Mora, M. (2010). Disyuntivas en las concepciones sobre autonomía y Beneficencia que afectan la terapéutica del intento Suicida. *Acta Bioeth*. 16(1): 77–86.
DOI: [10.4067/S1726-569X2010000100011](https://doi.org/10.4067/S1726-569X2010000100011)
- Müller, S. (2017). Respect for Autonomy in light of neuropsychiatry. *Bioethics*. Volume 31, N. 5. Pp. 360 – 367.
- Ocampo-Martínez, J. (2002). La bioética y la relación el médico-paciente. *Revista Cirugía y Cirujanos*. Academia Mexicana de Cirugía. Volumen 70, No. 1.
- Páez, G. (1984). *Sociología de la familia*. Editorial Universidad Santo Tomas. Bogotá, Colombia
- Pelto-Piri, V., Engström, K; Engström, I. (2013). Paternalism, autonomy and reciprocity: ethical perspectives in encounters with patients in psychiatric in-patient care. *BMC Medical Ethics*, 14:49).
- Pérez, A. M. y Zuccardi, E. V. (1999). Bioética y derechos humanos en Psiquiatría. *Cuadernos de Bioética*. Vol. 10, N. 40. Pp. 610 – 616.
- Pérez, J; Merino, M. (2014). Definición de convicción. Recuperado de (<https://definicion.de/conviccion/>)

Pfeiffer, M; Molinari, L. (2013). Relación médico paciente: la bioética y el cuidado en medicina.

Revista Americana de Medicina Respiratoria; 13(3): 152-155. Recuperado de

<https://www.redalyc.org/pdf/3821/382133979007.pdf>

Ramos, J. (2007). Límites del consentimiento en las personas con trastorno mental grave: el tratamiento involuntario. Instituto Borja de Bioética.

Real Academia Española, 2019. Hospitalizar. Recuperado de

<https://dle.rae.es/?id=Khi2fxV>

Real Academia Española, 2019. Internamiento. Recuperado de

<https://dle.rae.es/?id=LvqAE8s>

Real Academia Española, 2019. Internar. Recuperado de

<https://dle.rae.es/?id=Lvqo2W1>

Real Academia Española, 2019. Involuntario. Recuperado de

<https://dle.rae.es/?id=M4u9lRN>:

Real Academia Española, 2019. Responsable. Recuperado de

<https://dle.rae.es/responsable>

Real Academia Española, 2019. Voluntario. Recuperado de

<https://dle.rae.es/?id=c2k2usd>:

Real Academia Española, 2020. Convicción. Recuperado de

<https://dle.rae.es/convicci%C3%B3n?m=form>

Real Academia Española, 2020. Paternalismo. Recuperado de

<https://dle.rae.es/paternalismo?m=form>

Restrepo, D; Cardoño, C; Duque, M; Jaramillo, S. (2012). Del principio de beneficencia al principio de autonomía: aproximación a la evaluación de la competencia mental de los pacientes en el hospital general. Revista Colombiana de Psiquiatría, Colombia. Vol. 41 / No. 2

- Rojas, O. (2012). Confidencialidad en Psiquiatría. *Revista Médica Clínica Las Condes*. Vol. 23(5) 634-639. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-confidencialidad-psiquiatria-S0716864012703590>
- Santander, J; Huerta, D; Aceituno, D; Fuentes, X. (2011). Descripción clínica y socio-demográfica de pacientes psiquiátricos internados involuntariamente bajo el régimen de hospitalización administrativa en Chile. *Revista Chilena Neuro-Psiquiatría*. (2): 157-164). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272011000200005>
- Sass, H.M. (2001). Balancing autonomy with paternalism for psychiatric patients? Ambiguities in personal choice and advance directivesments [sic]. *Formosan Journal of Medical Humanities*. 2(1-2):18-28. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/4c4e/5b4df3f792588ae25935390633cf055ae2ad.pdf>
- Sjöstrand, M; Sandman, L; Karlsson, P; Helgesson, G; Eriksson, S; Juth, N. (2015). Ethical deliberations about involuntary treatment: interviews with Swedish psychiatrists. *BMC Medical Ethics* 16:37. DOI 10.1186/s12910-015-0029-5
- Vega, C; Bañón, R.M.; Fajardo, A. (2010). Internamientos psiquiátricos. Aspectos medico legales. *Atención Primaria*. Elsevier. España. 42 (3): 176–182. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-internamientos-psiquiatricos-aspectos-medicolegales-S021265670900482X>
- Velazco, C. (2013). Regulación jurídica del deber de información previa en materia de aborto (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid. Madrid, España.