

El Paciente y su Capacidad de Decisión Sobre la Terapia

Dra. Elena Lugo, Ph. D.

Introducción

En primer lugar, es necesario encuadrar el tema que expondremos en el contexto apropiado para su discusión: el procedimiento del consentimiento ilustrado como elemento integrante de la relación médico - paciente en la medicina contemporánea.

En la presente reflexión nos atendremos al siguiente orden: en primer lugar describiré el contexto actual de la práctica médica que favorece (al menos en los EE.UU.) el proceso del consentimiento ilustrado basado en una acentuación del principio de autonomía que no excluye roces con el principio de beneficencia. En segundo lugar definiré el concepto *capacidad de decisión* en sus aspectos legal, médico y filosófico. En tercer lugar expondré los diversos criterios de aplicación y algunos procedimientos o pruebas para verificar la aplicación de los criterios. Finalmente indicaré los riesgos especiales que puede correr la legitimidad de tales criterios y pruebas.

I

Contexto

La preocupación por colocar en su contexto clínico la capacidad del paciente para decidir o participar en el proceso deliberativo e interpretativo del cuidado resulta comprensible al tener en cuenta la importancia que reviste el consentimiento ilustrado en la interacción médico - paciente.

Modelo deliberativo

Tomaremos como punto de partida un modelo específico de relación médico - paciente llamado *deliberativo*. En este modelo el médico informa a su paciente y de esa manera también lo forma y educa. A su vez, éste responde con apertura y confianza para juzgar y decidir a conciencia lo mejor para sí mismo. Así pues plantearemos primero las dificultades generales que en este modelo puede tener un paciente en cuanto a su participación, señalando cómo las mismas hacen difícil una estimación de la capacidad del paciente para recibir información y para decidir a la luz de la información recibida.

Impedimentos para el ejercicio de la capacidad de decisión

Reconocemos cuatro impedimentos generales para que el paciente pueda participar efectivamente en el proceso del consentimiento ilustrado:

1. *Pérdida de su capacidad de permanecer consciente*, parcial o totalmente, ya sea por los efectos paralizantes o debilitantes de la medicación, por la condición patológica, por sufrir dolores muy intensos, o sencillamente como resultado de condiciones geriátricas de índole clínica;
2. *el entorno clínico*: la intervención de varios profesionales que toman decisiones en asuntos cotidianos (cómo, qué y cuándo come el paciente con qué se viste, qué visitas recibe), la aceleración de la toma de decisiones por la urgencia de la situación del paciente, y el movimiento en general de la situación clínica, pueden inhibir la iniciativa de parte del paciente;

3. *las restricciones legales y las circunstancias jurídicas* limitan lo que algunos pacientes podrían contemplar como opción (eutanasia, resistencia a la transfusión de sangre, etc.);
4. *el sistema de pago a las obras sociales o aseguradoras* no sólo limita sino que puede determinar cuáles recursos de diagnóstico o terapéuticos están disponibles tanto para el paciente como para el médico, y cómo ha de ser el acceso a las unidades de cuidado.

Aclaración de términos

En mi país de origen, Puerto Rico, el término *competencia* es empleado según la acepción del vocablo inglés *competence*. En este sentido designa, desde el punto de vista legal, la capacidad de decisión del paciente. Reconozco que en su aplicación rigurosa el término *competencia* alude a una serie de condiciones cognoscitivas y destrezas en un área de ejercicio o acción consciente, tanto en el plano profesional como en el laboral en general. En esta ponencia usaré los términos *capacidad de decisión* indicando oportunamente si con ellos se está aludiendo a un contexto legal o bien uno ético.

II

En torno al concepto *capacidad de decisión*

Los impedimentos recién enumerados hacen muy compleja la práctica del consentimiento ilustrado. No obstante, no invalidan el deber del médico de examinar la capacidad que tiene su paciente para participar en el cuidado de su propia salud. Esa capacidad es un recurso que se estima positivo para su recuperación o bien aceptación de una condición de incurabilidad o de agotamiento de terapias paliativas.

¿En qué consiste dicha capacidad? ¿Por qué es esencial su funcionamiento para que el consentimiento ante una información relacionada con la condición clínica sea parte de la interacción clínica y terapéutica?

Distinción entre la concepción legal y la concepción ética

La definición clásica de *capacidad de decisión* es la habilidad para ejecutar ciertas acciones. En el contexto clínico se refiere a la capacidad para tomar decisiones razonables ante el hecho de la enfermedad, el dolor, el daño físico o psicológico en el ámbito de un hospital o de otras unidades de cuidado en salud (capacidad funcional /psicológica).

Tanto en un tribunal como en un sanatorio se presupone que el cliente o el paciente sean capaces de decidir. En su sentido legal se puede ser incapaz (o incompetente, en Puerto Rico), por ejemplo, por minoría de edad, pero ser médicamente capaz de participar en la decisión sobre el cuidado en salud.

Por ejemplo, un chico de 15 años puede estar incapacitado ante un tribunal, pero podría tener la capacidad de entender el diagnóstico de su dolencia y evaluar los beneficios y riesgos de las terapias propuestas. Declarar a un paciente incapaz o incapacitado para decidir supone tener evidencias, lo cual nos conduce al tema de criterio de competencia y pruebas para confirmar su función.

Por lo general, *se considera incapaces a los niños, a los inconscientes y a algunos tipos de enfermos mentales*. La incapacidad de situaciones de emergencia - cuando un paciente solicita que no se lo consulte - y de aquellas situaciones que se conocen como *privilegio terapéutico* constituyen los principales tipos de incapacidad que se citan como excepciones del consentimiento ilustrado que es norma en el intercambio médico/paciente.

Tanto en el caso de los niños como en el de los enfermos mentales es preciso distinguir entre capacidad de decisión en asuntos de la vida civil en general y la capacidad específicamente necesaria para situaciones en el área de la salud.

En cuanto a pacientes mentales, el consenso entre los psiquiatras sugiere que ciertos pacientes probablemente no sean capaces de decidir. Estos son:

- los críticamente psicóticos;
- los crónicamente reclusos en instituciones sin que puedan evaluar su condición;
- los pacientes con impedimentos neurocerebrales;
- los clínicamente depresivos;
- los mentalmente retardados, en particular si presentan también síntomas psicóticos;
- los pacientes que ante procedimientos de alto riesgo toman actitudes fatalistas.

Es también prudente reconocer que *la capacidad de decisión puede admitir determinados grados* según se trate de una situación más o menos crítica o de mayor o menor riesgo. No se puede perder de vista que la práctica clínica demuestra que los pacientes pueden fluctuar de día en día, de situación en situación, según el aspecto de su enfermedad que se enfoque, e incluso según la disposición afectiva o trato dado por el profesional que lo atiende.

Se puede decir que *la capacidad de decisión no es un atributo fijo ni unidimensional característico de un individuo*, sino un juicio al cual el profesional en salud llega luego de verificar una serie de condiciones que a continuación identificaremos como criterios.

Debe partirse de la premisa de que el paciente es capaz de decidir, de ahí que el hallazgo de evidencia para demostrar que no lo es se presente como un desafío para el profesional en salud. Responder a este desafío es un deber del profesional, quien ha de respetar el principio de autonomía del paciente.

Se discute si la capacidad de decisión se define en oposición a la incapacidad de decisión, o si admite grados, tal como acabamos de sugerir más arriba. Dicho en otros términos: ¿Se trata de una evaluación basada en la cantidad de capacidad existente o bien de una cualidad que se posee o no, que no admite gradaciones en su función?

Algunos insisten en establecer una línea divisoria muy precisa entre capacidad e incapacidad de decisión. Y esto por razones prácticas, para determinar, en resumidas cuentas, quién toma la decisión en un caso particular: ¿el paciente, su representante o el médico?

El mantener la noción de grados de capacidad coloca al médico en la compleja situación de tener que realizar un análisis que resulta difícil de abordar, dada su acostumbrada precisión o exactitud de científico. Esto se presta a juicios subjetivos de preferencia o de comodidad de parte del profesional responsable.

Si nos inclinamos a ver la competencia en términos de cantidad, ello supone representarla como un continuum. Esta interpretación nos obliga a plantearnos los criterios de competencia y sus pruebas de aplicación. Los criterios y pruebas correspondientes deben mostrar que la competencia, o mejor dicho, la capacidad de

decisión, depende no sólo de factores personales del paciente, tales como su calidad de razonamiento, libertad de la voluntad y estabilidad emotiva, sino también de factores sustanciales, tales como el contenido sobre el cual se ha de tomar la decisión (por ejemplo, un paciente de Alzheimer avanzado, con un entendimiento disminuido, no podrá decidir sobre una terapia pero sí sobre cuál programa de televisión mirar).

Otro tipo de contenido se refiere al *grado de riesgo*. Vale decir, ante grandes peligros se exigiría un mayor grado de competencia, no así en cambio ante una decisión que supone poco riesgo.

Es preciso insistir en que cualquier concepto de competencia o interpretación de la misma puede conducir tanto a su aplicación justa y respetuosa del bien y de la libertad del paciente, como a su mal uso por razones de comodidad o de poder de parte de los profesionales en salud.

III

Criterios de aplicación - pruebas de verificación

Nuestro enfoque es clínico y no legal, es decir, estamos exponiendo el criterio para establecer la capacidad de decisión y no la *competencia* en sentido jurídico. No obstante resulta revelador enfocar el criterio legal.

Legalmente la capacidad de decisión exige como criterio cuatro condiciones mínimas que fueron incorporadas por la *Comisión Presidencial para el Estudio de Problemas Éticos en Medicina e Investigación en Biomedicina y Ciencias de la Conducta* (Presidential Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research). Estas condiciones centran su atención sobre la función de la mencionada capacidad, el status de la persona y los resultados logrados en la decisión, a saber:

1. Comunicación de la decisión

No se trata tan sólo de la capacidad de indicar una preferencia, sino de mantener y expresar consistentemente esa preferencia. No excluye el poder cambiar de preferencia, pero sí que al hacerlo pueda evitar la ambivalencia y la fluctuación frecuente.

Prueba: preguntar al paciente si desea participar del proceso de decisión. Luego se puede preguntar si acepta la sugerencia del médico, y si no es así, cuál es entonces su opción. Estas preguntas pueden repetirse para auscultar la consistencia de parte del paciente.

2. Comprensión de la información atinente a la situación

El paciente debe poder retener, ordenar y procesar la información con cierta destreza crítica.

Prueba: se le solicita al paciente repetir la información suministrada, aplicar lo entendido a su situación y a las variantes de ésta. Esta prueba incluye pedir al paciente que identifique lo que ha comprendido sobre la naturaleza de su condición, las terapias alternativas que se le han propuesto, con sus respectivos beneficios, riesgos o incomodidades, y su percepción de las probabilidades de los resultados anticipados. También se puede preguntar sobre cuál motivación cree que tiene su

médico al suministrar la información brindada. Puede preguntar sobre cómo cree que su médico reaccionaría en caso de rehusar el tratamiento propuesto.

3. Apreciación de la situación presente y sus consecuencias

Aquí se acentúa la evaluación que el paciente hace de su condición específica, lo cual puede incluir - diría *debe* incluir - elementos afectivos. Estos últimos revelan la motivación personal del paciente. La *negación* - como impedimento de la toma de decisiones - infunde singular significatividad a este criterio.

Prueba: aquí se sugiere una prueba muy estricta: preguntar sobre los sentimientos que la condición patológica suscita; cómo se siente ante el tratamiento propuesto; cuáles son las expectativas que tiene inclusive ante la posibilidad de no aceptar la terapia. Se trata de auscultar el grado de confianza que los profesionales tratantes despiertan en el paciente.

4. Manipulación racional de la información

Se necesita habilidad para seguir pasos lógicos en la evaluación de los beneficios y riesgos, para sopesar opciones hasta llegar a un juicio equilibrado u ordenado según la secuencia de causa y efecto.

Prueba: Se le propone al paciente que explique el proceso que siguió para juzgar y decidir, aceptar o rechazar una terapia entre las recomendadas. Puede solicitar a su paciente que identifique los factores decisivos en su deliberación, y que muestre precisamente cómo realiza su balance o cálculo de beneficios y riesgos.

IV Comentarios

En cuanto al grado de rigor o exigencia en la aplicación de los criterios y sus correspondientes pruebas, generalmente se sugiere que cuanto mayor sea el riesgo o incomodidad frente a los beneficios que pueden ser menores, se haga entonces una aplicación más rigurosa.

a) *El principio de autonomía* se torna prioritario cuando el principio de beneficencia indica poca probabilidad de resultar práctico o real ante la situación concreta del paciente. La actitud de maximizar el rigor de ese criterio en casos de mayor peligro para el paciente ha sido evaluado como un ingrediente paternalista (justificado por el conocimiento especializado y la experiencia clínica del profesional) que se incorpora al proceso del consentimiento ilustrado.

b) Esta consideración nos recuerda que si bien el concepto de capacidad de decisión supone criterios de carácter jurídico (debido a su origen jurídico), es preciso *matizar un poco lo dicho con especificaciones estrictamente clínicas*. Creo que la experiencia de los asuntos tratados en los tribunales requiere este giro hacia la medicina. En efecto, dichos casos presentados ante el juez se caracterizan por la confrontación entre adversarios, empobreciendo así la complejidad o desestimando las variables de la vida clínica. Además la duración de las querellas dificulta la efectividad de las decisiones en circunstancias de urgencia y premura que se producen en una institución de salud.

Pienso que, en última instancia, es la medicina con su orientación hacia el cuidado y la cura, y con sus normas positivas, y no el derecho con su énfasis en normas prohibitivas, la que constituye el contexto estrictamente ético para entender y aplicar la competencia o la capacidad de decisión vista como elemento de una interacción entre médico y paciente en cuanto personas de igual dignidad e integridad, si bien desiguales en cuanto a la calidad del conocimiento médico.

Varias entidades médico profesionales en los EE.UU., tales como la *Junta de Ética de la Sociedad para el Cuidado Crítico en Medicina* (Task Force on Ethics of the Society of Critical Care Medicine), inspiradas en las recomendaciones de la *Comisión Presidencial para el Estudio de Problemas Éticos en Medicina e Investigación en Biomedicina y Ciencias de la Conducta* resumen la versión legal de los criterios de la siguiente manera:

- Capacidad para apreciar los rasgos más significativos de la condición patológica;
- capacidad para apreciar el impacto de las principales opciones terapéuticas;

- capacidad para juzgar los diversos aspectos de la relación entre cada terapia y el sistema de creencias y valores personales del paciente en cuanto individuo y miembro de su contorno comunitario;
- capacidad para deliberar o razonar sobre la selección o preferencia que estima pertinente a su situación;
- capacidad para comunicar su elección de forma argumentada y consistente, de modo tal que suscite credibilidad.

Desde el punto de vista clínico, la evaluación de la capacidad para juzgar y decidir se inicia con la pregunta: ¿Capaz para decidir en relación a qué? Es preciso identificar tanto la situación concreta y el tipo de información como la persona que ofrece dicha información y el estilo de comunicación empleado. Se recomienda que una misma persona sea el principal interlocutor, que haga las pausas y mantenga la paciencia necesaria, para así facilitar la comprensión, asimilación y retención de la información, la cual, en todo caso, debe ser clínicamente correcta pero sin conceptos técnicos de la especialidad médica respectiva a la condición patológica y al tratamiento.

a. Se recomienda varios tipos de evaluación psiquiátrica para reconocer formalmente el grado de atención, concentración, memoria, orientación, razonamiento y estados de ánimo con sus posibles variaciones (en mi país se usa mucho el Mini-Mental State Examination (MMSE)).

En el curso de la aplicación de esta prueba neuropsiquiátrica se debe detectar la presencia de factores que impidan o deformen la percepción normal, los estados emotivos enfermizos y las vinculaciones patológicas, al igual que otras condiciones orgánicas que dificulten las destrezas cognoscitivas, volitivas y afectivas necesarias para tomar una decisión de acuerdo a la dignidad e integridad de la persona del paciente.

b. Es importante advertir al profesional encargado de verificar la capacidad para juzgar y decidir del paciente que antes de concluir la evaluación examine la situación concreta de éste para identificar y, de ser posible, corregir cualquier componente que genere desconfianza, obstaculice el intercambio, suponga falta de comprensión debido al nivel educativo o cultural del paciente, o indique fatiga emocional en éste.

c. En el caso concreto de un paciente que rechace un tratamiento de claro beneficio u opte por uno poco recomendable, aceptar sus preferencias sin investigar antes las influencias negativas que obraron sobre él a la hora de hacer su opción, no sería una actitud de auténtica empatía, sino más bien de una pseudoempatía. Es recomendable dialogar respetuosamente sobre cómo estas influencias pueden desviar el juicio equilibrado del paciente. Precipitarse a aceptar las decisiones del paciente sencillamente porque coinciden con el criterio médico, sin antes determinar si el proceso para tomar la decisión revela una capacidad auténtica para ello o si la

ansiedad y el temor (en cuanto estados depresivos) influyeron sobre el paciente, sería una forma de paternalismo pragmático.

d. La documentación y la emisión formal de recomendaciones han de considerarse como una etapa necesaria para establecer la capacidad de decisión. Sería apropiado *identificar las áreas en que el paciente conserva plena capacidad, y distinguirlas - dado el caso - de aquellas en que la capacidad disminuye o se encuentre ausente.*

Es interesante reconocer que una de las obligaciones profesionales del médico es *procurar restaurar o fortalecer la capacidad de decisión cuando esta se encuentre disminuida*, bien sea por la condición patológica, los medicamentos o el ambiente hospitalario. Para ello el consentimiento ilustrado se cumple consultando a los familiares o al custodio (juicio sustituto). En caso de no contar con estos sustitutos y no usar el criterio de lo que la práctica médica aconseja como prudente (mejor interés), acudir entonces al juez.

En el curso de la presentación me he acercado a ciertas áreas problemáticas en la aplicación de los criterios y pruebas para evaluar la capacidad de decisión, tales como pacientes que se muestran incapacitados para cuidarse por sí mismos en el hogar; otros que rechazan tratamientos de beneficio razonable o que incluso pueden salvar la vida; otros que fluctúan demasiado entre momentos de lucidez y de oscuridad para recibir la información pertinente a su situación, o bien pacientes deseosos de abandonar la hospitalización en contra del criterio clínico.

También puedo considerarse como área problemática la tendencia de algunos profesionales a declarar incapacitado a un paciente por el simple hecho de que resulta *difícil o recalcitrante* ante las recomendaciones, hostil o desconfiado. En estos casos, lo éticamente apropiado es examinar críticamente las causas y condiciones que puedan explicar la conducta del paciente y proponer medidas para modificar estas. La historia clínica que precede a la nueva internación del paciente, al igual que su nivel cultural y social, pueden influir y desviar la evaluación de competencia o capacidad de decisión que ha de realizarse al momento de practicar el consentimiento informado.

De las múltiples áreas problemáticas, he seleccionado tres de singular recurrencia en la práctica clínica: la depresión, la negación y las creencias religiosas en ciertos contextos particulares.

1. Depresión

La depresión clínica opone serias dificultades a la evaluación de la competencia del paciente. Su diagnóstico (con frecuencia subestimado) requiere distinguir entre síntomas neurológicos surgidos de una condición fisiológica o bioquímica, y síntomas secundarios generados a raíz de la experiencia del deterioro físico. En cuanto a estos últimos, por ejemplo, irregularidad del sueño, carencia de vigor y

concentración, pérdida de apetito y estados de ánimo fluctuantes, son síntomas que en parte pueden atenderse por medio de la modificación del ambiente en el cuidado, haciéndolo más amigable y hogareño, con más visitas y contacto familiar, y un uso moderado de la técnica y la farmacología.

Se recomienda lo que en la psiquiatría estadounidense se denomina *inclusive approach* o acercamiento inclusivo: tomar en cuenta, desde el principio, todos los signos y síntomas de la condición de depresión, sin concentrarse en las causas fisiológicas o ambientales.

Antes de declarar a un paciente incapacitado por su estado depresivo, es prudente tomar en cuenta la configuración total de sus síntomas, diferenciar estos en cuanto a sus causas posibles, su modo de expresión, su interrelación. Por ejemplo, la idea del suicidio como una manera de reaccionar ante un factor ambiental que puede modificarse no es en sí justificación suficiente para declarar al paciente incapaz de participar en el proceso de consulta clínica.

2. Negación

La negación se presenta como una categoría para el diagnóstico psiquiátrico. En el *Diagnosics and statistical manual of mental disorders* (4^o ed.) Shelp y Perl sugieren **dos niveles** para la categoría de negación (citado en Candilis, P., "Assesing competence", en: *Ethics in critical care medicine...*).

a. *El acto de desacuerdo* ante la representación que otro hace de un hecho, tal como una dolencia o enfermedad;

b. *el mecanismo de defensa inconsciente* que hace a una persona reactiva o incapaz de aceptar un hecho de implicaciones desagradables.

Resulta evidente que confundir estos dos niveles podría conducir a la injusticia de declarar incompetente a un paciente por el simple hecho de no estar de acuerdo con la representación clínica de su dolencia. En este caso el proceso de consentimiento ilustrado debe realizarse con mayor precisión y ante todo con empatía y paciencia, evitando precipitarse en declarar al paciente incapaz de entender y decidir sobre su situación.

Creo que el segundo nivel de negación, al definirlo mejor como el rechazo de los aspectos esenciales de una situación patológica y, en particular, de aquellos que causan ansiedad al paciente individual, sí puede ser indicativo de una incapacidad de grado.

Creo prudente reconocer el carácter interpersonal de la negación, es decir, el clínico también puede negar algún aspecto desagradable o desconcertante en el paciente, como por ejemplo, el hecho de que padece de cáncer, lo cual sugiere muerte

como un fenómeno que el clínico no puede incorporar a su visión de clínico científico-técnico.

Algunos estudiosos, Hackett y Cassen (ibidem) distinguen grados de negación, por ejemplo:

- negación *mayor* sería rechazar que se ha sentido miedo en la vida en general y en la situación de internación en particular;
- negación *intermedia* sería el rechazo inicial de la experiencia dolorosa para luego admitir cierta ansiedad ante el hecho;
- la negación *mínima* se presenta fluctuante entre una cierta indiferencia y una ansiedad admitida ante el hecho difícil de la enfermedad.

De esta observación se puede derivar una evaluación positiva de la negación en cuanto mecanismo de defensa ante la ansiedad provocada por la enfermedad; ansiedad que afecta adversamente la disposición anímica necesaria para restaurar la salud, en particular cuando se trata de cuadros cardiovasculares. Es decir, la negación puede ser un recurso frágil y útil en ciertos pacientes y por un breve lapso. Pero no se puede desestimar la distorsión y la ocultación de la realidad clínica que puede entrañar la negación considerada como categoría psiquiátrica, lo cual sería un indicador de incapacidad de decisión.

La psiquiatría cuenta con instrumentos de diagnóstico que le facilitan la diferenciación de estados de negación atribuibles a condición neurológica, a dificultades interpersonales tal como un ambiente propicio a la desconfianza, o a dificultades en la comunicación y relación médico-paciente debido a barreras culturales o diferencias en la comprensión de conceptos básicos como salud y enfermedad.

Es preciso estar atento a la confluencia de la negación con otros mecanismos de defensa como supresión consciente de las emociones, represión inconsciente de la ansiedad o el miedo, dislocación o atribución a otros de la condición penosa, o aislamiento al separar el estado emotivo de la condición patológica que se presenta como su causa razonable.

3. Religión o creencias

Las creencias estrictamente religiosas - en el sentido de una espiritualidad que reconozca un Ser Supremo que sea origen de la realidad e inclusive de la vida; fundamento de toda concepción de valores tales como la vida humana en sí misma y la salud, y meta final de la existencia - influyen a diario en la vida clínica.

En virtud del pluralismo de las creencias religiosas, el clínico debe informarse sobre el impacto e influencia que los distintos sistemas religiosos (al igual que el agnosticismo) pueden tener en el paciente en el momento de participar en el proceso del consentimiento ilustrado.

Señalaré algunas situaciones que se presentan en la práctica clínica. Algunas que revisten un carácter positivo y otras que resultan más conflictivas y tal vez claramente negativas:

a. Situaciones positivas podrían ser aquellas en que las creencias religiosas animan al paciente a contar con un sentido afirmativo de su propia vida personal; a sentir la compañía protectora y consoladora de un Ser Supremo; a tener fe y esperanza en su recuperación sin menospreciar el aporte de la medicina contemporánea pero tampoco sin considerarla omnipotente; a incorporarse a una comunidad de apoyo.

Existen estudios y entidades dedicadas a explorar la influencia positiva de las creencias religiosas en general, y en particular la del cristianismo, en lo que hace a la pronta recuperación del paciente y la aceptación resignada del dolor y de las condiciones crónicas.

b. Situaciones conflictivas podrían ser aquellas en las que el paciente considera que sólo su Ser Supremo puede ofrecerle cura y se resiste por ende a las intervenciones clínicas, aún las más razonables, clínicamente indicadas con evidencia objetiva y estimadas como las mejores o únicas que le devolverán la salud o bien le salvarán la vida.

Un ejemplo conocido de esta situación es el de los Testigos de Jehová. En muchos casos, cuando se trata de un adulto, solicita consistentemente que se respete su creencia. La ética clínica y el derecho reconocen su capacidad de decisión cuando su solicitud está libre de todo tipo de presión externa e interna (tal como el miedo a su comunidad etc.).

Es preocupante la interpretación simbólica que hace el Testigo de Jehová de la sangre, y que resulta poco razonable a la luz de la filosofía y de la ciencia moderna. En este caso se plantea la siguiente cuestión: ¿Cuál es el criterio de razonabilidad sobre el cual sustenta su capacidad de decisión en el contexto clínico? ¿Resultan adecuados aquí los criterios ya reseñados?

Otra situación conflictiva puede ser la del paciente que por su fe religiosa insiste en tratamientos que clínicamente se consideran fútiles o inaplicables a su condición patológica. El ejemplo de esta situación puede ser el caso de un paciente terminal e inclusive moribundo que insiste en un intento de restauración cardiopulmonar cuando ésta puede significar una aceleración del momento de morir, resultar inútil para su bienestar general y ser no terapéutica ante la condición que lo conduce a la muerte.

En estos casos recomiendo al clínico ponerse en contacto con el ministro religioso de la comunidad a la que pertenece el paciente, para que junto con él explique al paciente el verdadero significado de las creencias religiosas y su complementariedad en relación con la ciencia y prácticas clínicas.

c. Una situación que considero negativa o de incapacidad de decisión sería aquella en que la creencia denominada religiosa se asocia o se identifica con una

distorsión de la realidad de clara identificación psiquiátrica, por ejemplo: una paciente considera que su cáncer uterino, de claro diagnóstico, no es más que un embarazo milagroso y que la cirugía propuesta como terapia es un aborto al cual se resiste con toda energía.

Un tema de fondo lo constituye el planteamiento de la esencia de la religión y su papel en el pensamiento, decisión y sentimiento humanos.

Sabemos que la creencia religiosa, por definición, trasciende el razonamiento dirigido por el método científico y sus correspondientes estrategias tanto en las ciencias físicas como en las ciencias sociales: la observación sensible, la formulación de una hipótesis conceptual que ha de ser verificada por experimentos, la importancia de la representación matemática.

Algunos dirán que en lugar de trascender o alcanzar un entendimiento más abarcador que las explicaciones científicas, la creencia religiosa es prerracional y simbólica, y de carácter afectivo, con la cual se sugiere superarla como un estado primitivo del saber humano.

Pienso que si la religión ha de ocupar un lugar importante en la vida humana - lo cual creo y me esfuerzo por poner en práctica - debe mantener una relación de complementariedad y no ser una *etapa primitiva* frente a la razón natural. A su vez la razón no puede limitarse al método científico y sus estrategias, sino cultivar de nuevo el razonamiento estrictamente filosófico, tal vez a modo de puente entre una religiosidad razonable y un razonamiento de apertura a la totalidad de la experiencia humana y sus anhelos de conocer el porqué último de la existencia.

Presentación de un caso: ¿En qué medida la Sra. L. es competente en el contexto clínico en que se inserta?

La Sra. L., de 20 años de edad, tiene un diagnóstico de esquizofrenia. Al momento de la consulta está medicada y no se comporta de acuerdo a los síntomas de su condición psicótica.

Su consulta obedece al deseo de interrumpir el uso de su medicamento con el propósito de quedar embarazada. Su convicción y determinación a lograr su objetivo sin importarle las consecuencias parecen un poco exageradas. Se muestra inamovible y cerrada a los argumentos contrarios a su decisión. Sus padres solicitan que sea esterilizada. La ley del país lo prohíbe, y L. lo sabe.

La paciente ya ha concebido un niño con su compañero, con el cual no está casada sino con quien sencillamente convive. Este compañero abusa del alcohol, y para mantener su vicio le propina palizas a L. para obtener el dinero que esta recibe en concepto de ayuda social.

El médico D. trata de persuadir a L. para que se separe de su compañero. Actualmente L. vive de un subsidio público mientras sus padres cuidan del niño. Según las normas de este subsidio, en caso de quedar embarazada sería desalojada de su vivienda. El médico sabe bien que cuando L. interrumpa su medicación, su estado psicótico, con sus síntomas debilitantes, deteriorará considerablemente tanto su capacidad cognoscitiva y volitiva como su estado emotivo. Además, en caso de quedar embarazada, ese medicamento resultará nocivo tanto para ella como para la criatura (es teratogénico).

Pero L. insiste en tener otro bebé, argumentando a su favor que su realización personal se lo exige. Desea concebir con su compañero, pero no quiere reconocerlo como padre ni aún menos como esposo. Está dispuesta a realizarse una inseminación artificial. Dice no necesitar una persona sino sólo las células germinales masculinas. Ya ha visitado a su ginecólogo para que le retire un DIU colocado como contraceptivo.