



COMENTARIO AL CASO DE INDOCILIDAD TERAPÉUTICA

COMMENTARY ON THE CASE OF THERAPEUTIC INDOCILITY

ANTONIO PARDO

*Unidad de Humanidades y Ética Médica, Facultad de Medicina
Universidad de Navarra*

apardo@unav.es

La descripción de los hechos que nos presenta el especialista en Medicina interna es escueta. No se sabe si es un paciente de buena posición o menos pudiente, si tiene o no una familia disfuncional, o si lleva una vida desestructurada. Ante esta falta de contexto humano, el Comité que ha orientado sobre el caso ha optado por un planteamiento genérico, que podría ser aplicable a cualquiera de dichas situaciones. En todo caso, la idea de fondo es clara: el internista desea ayudar a su paciente, y quiere abrirse horizontes de acción ante un caso de negativa al tratamiento indicado.

El texto de respuesta del Comité, tras centrar el aspecto ético del caso, aporta bastantes consideraciones sobre el incumplimiento terapéutico, las conductas autodestructivas –con abundante bibliografía– y consideraciones y textos legales aplicables que resultan muy esclarecedores. Es un buen trabajo, casi un ensayo sobre la cuestión.

De las conclusiones que extraen, coincido plenamente en que la denuncia al juez para intentar un tratamiento forzoso no es viable en este caso (punto 2 de las conclusiones). Por una parte, es dudoso que un juez lo ordenara; en efecto, es bien conocida la poca contagiosidad de la enfermedad (aunque ésta sea seria); por este motivo, no parece que haya razón suficiente para emprender dicha acción. Y, por otra parte, la larga

duración del tratamiento haría esta medida poco útil. En otras enfermedades, de contagiosidad mayor y curso autolimitado o tratamiento relativamente breve, sí sería posible y razonable dicha orden judicial, pero parece que no es la situación.

En todo caso, matizaría el modo de expresar la posibilidad de la denuncia para iniciar dicho tratamiento obligado. Cuando un médico atiende a un paciente, debe guardar el secreto profesional. Pero, como se debe a la salud de todos, cuando pone un caso ante la autoridad pública para un tratamiento forzoso, en realidad está sustituyendo el deber que tenía el paciente de informar a posibles afectados y tratarse de problemas potencialmente lesivos para los demás. Su “quebrantamiento de la confidencialidad” intenta remediar un fallo del paciente en el cumplimiento de su deber; en esta situación, la confidencialidad no tiene que ser respetada a ultranza.

También estoy de acuerdo en que tampoco aporta mucho abandonar el paciente al cuidado de otros colegas (resumido en la conclusión 3): aunque el no cumplimiento del enfermo sea frustrante profesionalmente, al final, dejar el caso a otro colega no soluciona nada. Los médicos tenemos que asumir que hay casos que llenan de satisfacción y que hay otros casos más “feos”, que no debemos abandonar porque hieran nuestro orgullo profesional o

colmen nuestra paciencia. Sin embargo, en este último caso, si no logramos mantener la serenidad en las consultas, sería un motivo razonable para que le atendiera otro médico que consiga controlar mejor sus nervios.

El último apartado, dedicado a la relación médico-paciente, pienso que merecería algunas ideas complementarias a las que aporta el texto: éste la mira desde el punto de vista legal, y añade a continuación algunas recomendaciones y reflexiones, que me parecen acertadas; pero, yendo algo más a la raíz de dicha relación, podremos alcanzar más detalles sobre la cuestión del cumplimiento y, de modo derivado, sobre la del juicio sobre su conducta, que se menciona al comienzo y en la conclusión 1.

Cuando habla del cumplimiento del paciente, el texto mira la situación desde el punto de vista del médico, que aconseja, indica, etc., al paciente que, a continuación, sigue o no sigue los consejos o las prescripciones, como si fueran elementos separados. Esa visión es un tanto parcial. En realidad, la relación médico paciente es siempre, en mayor o menor grado, un entendimiento mutuo, y las decisiones no son del médico ni del paciente, sino de ambos a la vez, como un único sujeto de las decisiones. Esto implica que debe haber un diálogo entre ambos, hasta llegar al acuerdo que se pueda conseguir. En dicho diálogo deben aparecer los motivos que mueven a cada uno de los dos, de modo que, influyéndose mutuamente, puedan llegar a un punto común de acción.

Es bien sabido que existen colegas nuestros bastante prepotentes, que parecen limitarse a dar órdenes o indicaciones al paciente, sin ese diálogo previo para llegar a una *entente cordiale*. Pero incluso en esos casos existe un cierto consenso pues, si el paciente sigue dichas indicaciones, es porque está de acuerdo con ellas. Ni siquiera en situaciones como éstas, un tanto penosas, se puede decir que el único agente es el médico, ni tampoco sólo el paciente.

Si el núcleo de la relación médico-paciente es este diálogo que hemos descrito someramente, podemos extraer varias conclusiones.

En primer lugar, el médico debe tener una opinión formada o un juicio acerca del enfermo. El médico aconseja

porque busca lo que cree que es mejor para su paciente, y esto implica juzgar su modo de comportarse, si éste está en la raíz de su problema de salud, como parece ser este caso. Por supuesto, este juicio no implica estar afirmando la falta de rectitud moral del enfermo que lleva esa conducta: eso sería meterse a juzgar intenciones, cuestión imposible estrictamente hablando. Bastante complejo es ya el ser humano, con todas sus circunstancias y condicionantes, como para meterse en semejante aventura. Con conocer a fondo al paciente y sus peculiaridades tenemos suficiente para desarrollar un amplio diálogo con él que nos permita llegar a esa decisión conjunta que hemos mencionado.

Evidentemente, este modo de juzgar al paciente es completamente distinto a colgar un sambenito que lo descalifique globalmente, o que le atribuya una falta de rectitud moral, que no tiene por qué existir, a pesar que su conducta nos choque. A este respecto, remito a nuestra propia experiencia del trato con los distintos pacientes y de sus variadísimas formas de enfocar la vida y la enfermedad. Por otra parte, si los agentes sanitarios intentáramos ayudar a los enfermos sin juzgar su conducta, no tendría sentido intentar que dicha conducta cambiase en el caso de que fuera dañina para ellos; al final, nos sería bastante indiferente que el paciente mejorase o empeorase: allá él, es su vida y su decisión.

En segundo lugar, el contexto donde se debe expresar dicho juicio sobre el paciente es, precisamente, el diálogo. Sólo desde la relación de confianza que nace del diálogo y con el diálogo se pueden comunicar al enfermo los aspectos que nos parecen perniciosos o equivocados en su conducta; así, podemos aconsejarle, en pasos sucesivos, los cambios necesarios para que mejore esos aspectos que vemos mejorables. Ese cambio surgirá como consecuencia de decirle, en dicho ámbito de confianza, que obra mal y se perjudica a sí mismo y a los demás, lo cual no se puede hacer sin realizar un juicio sobre su comportamiento, como acabamos de ver.

Lo que nos lleva a la tercera cuestión: es frecuente que los médicos especialistas tengan poco tiempo para dedicar al enfermo, y por eso no pueden emplearse más

a fondo dialogando con él, con lo que deben delegar esa labor a otros. Es lo que se menciona en el comentario al caso con la expresión “proceso continuo de intervención”: dado que no disponemos de demasiado tiempo, y la subespecialización de la atención médica lo permite, delegamos dicho diálogo y comunicación más íntima a un trabajador social, que puede lograr lo que nosotros, con charlas más breves y distanciadas, no podríamos alcanzar.

Ahora bien, el diálogo del trabajador social que se encargue de seguir el caso sigue siendo lo que se ha mencionado antes: entendimiento mutuo. En el comentario, sin embargo, se enfoca más bien como si fuera una cuestión técnica, el resultado de aplicar unas habilidades prácticas para convencer. Aunque el resultado aparentemente pueda corroborar este enfoque, no es estrictamente así: no es un problema técnico.

La visión meramente técnica plantea algo un tanto irreal: que el paciente tiene un estilo de vida cristalizado (por así decir), que responde a sus decisiones autónomas puramente individuales, y que sólo se le puede sacar de ahí “engatusándolo” con procedimientos técnicos, que el trabajador social domina.

Puede que el trabajador social tenga más experiencia en el trato con las personas, más don de gentes, y sepa qué actitudes debe evitar para mantener la sintonía con el enfermo, pero lo que sucede cuando le atiende es lo que hemos descrito como diálogo médico-paciente. Y, en el contexto de este diálogo y de la amistad mutua, aparece la influencia interpersonal, que es básica en la formación del carácter de todos, y que lleva al paciente al convencimiento de que debe intentar un cambio en este o aquel extremo de su conducta, para el que tendrá el apoyo del trabajador social, como amigo suyo que

es. Por decirlo de modo más sencillo: la autonomía no implica que las personas tengamos una voluntad cristalizada, sino que, como seres sociales que somos, influimos y somos influidos por los demás, de modo que nuestro modo de ver las cosas varía con el tiempo. Maduramos con los años y la ayuda de los demás.

Por esto, estoy de acuerdo con el punto 4 de las conclusiones, aunque sólo parcialmente, pues se plantea con un enfoque que creo incompleto, por lo que acabamos de decir; y estoy totalmente de acuerdo en el punto último, si es que los propios médicos carecen de tiempo suficiente para llevar a cabo por sí mismos esa labor de diálogo, influencia y ayuda.

Existe otra observación que me gustaría añadir, que conecta con lo que acabamos de mencionar sobre la autonomía como un punto rígido e inamovible: en el análisis del caso, parece que se considera todo el tiempo la conducta del paciente como algo libremente decidido; como hemos mencionado anteriormente, aparte de las decisiones voluntarias, las personas tenemos muchas circunstancias y condicionantes (aquí podríamos incluir multitud de cuestiones culturales, tipo de personalidad psicológica, etc.); pero, además de eso, pueden existir hábitos arraigados que impidan una auténtica libertad en las decisiones, lo que actualmente tendemos a llamar adicciones. Así, hoy está claramente reconocida la adicción a la sexualidad (sexualcoholics), perfectamente comparable al abuso de sustancias, que exige un enfoque específico para poder ser superada (de hecho, existen centros de rehabilitación enfocados a este tipo de adicción). Es un factor que parece pertinente examinar en detalle, pues cambia bastante el panorama de las causas del no cumplimiento del tratamiento, y debe ser tratado específicamente si se desea tener éxito.

