

El juicio desde la psiquiatría: un recorrido histórico hasta los dilemas actuales.

Por Escobar, Michelle Alejandra y González, Julieta.



Médicas Residentes
de Psiquiatría (2do.Año.)

En el transcurso de nuestra práctica clínica empezamos a encontrar situaciones que creemos, ameritan un análisis profundo y que nos generaron interrogantes que finalmente impulsaron que estemos hoy escribiendo este artículo.

Descripción del Caso 1

Un paciente ingresa al Servicio de Guardia con lo que comúnmente se denomina una *descompensación de su cuadro de base*, situación que se interpreta como un riesgo cierto e inminente. Sin embargo, la noción de “cierto e inminente” abre un espacio de reflexión, ya que la conducta humana está atravesada por lo impredecible, lo cual genera dudas respecto de la certeza de que un evento sucederá de manera inmediata. Esta imprevisibilidad, presente en la práctica cotidiana, coloca al equipo de salud en encrucijadas complejas.

Ante la evaluación clínica, se decide la internación del paciente. En ese momento se inicia el procedimiento administrativo correspondiente, entre cuyos documentos se encuentra el consentimiento informado. Surge entonces la pregunta: ¿quién debe firmarlo?. La mirada compartida entre los pro-

fesionales refleja el interrogante y trae a la memoria las enseñanzas éticas recibidas en la formación académica, vinculadas a los derechos del paciente y a la responsabilidad del equipo de salud.

La decisión, tomada en un instante clave, pone de manifiesto la tensión entre lo normativo, lo ético y lo clínico, y evidencia la carga de responsabilidad que recae sobre quienes deben actuar en ese momento puntual.

Descripción del Caso 2

El paciente se presentó, días después, al Servicio de Guardia acompañado por un familiar. Ambos solicitaron la internación, fundamentando su petición en que, días previos, el paciente había manifestado un intento de quitarse la vida. La situación generó un profundo impacto emocional en el entorno cercano, quienes expresaron temor y la convicción de que el paciente no podría controlar adecuadamente dichos impulsos autodestructivos.

Ante este escenario, consideraron que la internación constituía una medida preventiva necesaria para evitar un posible atentado

contra su propia vida. Se trata de una persona mayor de edad, que presenta ideas de ruina marcadas y un cuadro con rasgos melancólicos evidentes.

Reflexión sobre la toma de decisiones.

Surge el interrogante acerca de cómo reconocer si el juicio del paciente es efectivamente el más acertado. Resulta pertinente considerar que una sucesión intensa de pensamientos, en el transcurso de unas horas, podría nublar su capacidad de discernimiento y llevarlo a decidir el abandono del tratamiento.

El paciente manifiesta su voluntad de firmar, lo cual constituye un derecho legítimo. Sin embargo, se abre la discusión sobre la conveniencia de que la firma sea compartida entre el propio paciente y su familiar, como una forma de resguardar la decisión y otorgarle mayor respaldo.

La dificultad radica en que cada caso presenta particularidades únicas, lo que impide establecer certezas absolutas. Ello coloca al equipo de salud frente a una gran responsabilidad, ya que debe evaluar cuidadosamente las implicancias de cada decisión. En este proceso, también los profesionales se ven atravesados por una “catarata de pensamientos”, reflejo de la complejidad y la carga ética que conlleva la atención de estas situaciones.

Nos encontramos hoy en la tarea de retomar y actualizar los lineamientos que fueron propuestos por quienes nos precedieron. Aquellos profesionales se enfrentaron a contextos sociopolíticos distintos, en ocasiones más adversos y crueles, y aun así tuvieron la valentía de impulsar cambios de paradigma.

Ese legado nos recuerda que, más allá de las dificultades actuales, es posible sostener y promover transformaciones significativas en la práctica, siempre con el compromiso ético de responder a las necesidades de cada situación particular.

Nos resulta pertinente realizar una breve descripción de dos conceptos fundamentales en el ámbito psicológico y filosófico: voluntad y juicio.

Voluntad: Según el diccionario de la American Psychological Association, se entiende como “la capacidad o facultad por la que un ser humano es capaz de hacer elecciones y de determinar sus conductas frente a las influencias externas a su persona”. Por su parte, la Real Academia Española la define como “la facultad de decidir y ordenar la propia conducta”

Juicio: Se trata de una capacidad que se inscribe en la esfera de la cognición, y que cumple su función en relación con el procesamiento de la información y el conocimiento.

Gabriel Lombardi argumenta que “lo que se designa como “sano juicio” no es más que el pre-juicio del discurso común. Que en la psicosis no se responda a las exigencias de conformidad “razonables” no quiere decir que, en tal caso, no haya intervenido fuertemente la función del juicio”¹

Lo define Pinel en su “Tratado médico filosófico de la enajenación del alma o manía”: *la facultad del juicio es la facultad de asociar entre sí ideas (p.239-240)*. Esta asociación entre ideas produce una conclusión que también es un juicio

Nos parece interesante citar algo de este último autor mencionado, Philippe Pinel, padre de la psiquiatría moderna, contemporáneo a la revolución Francesa (1799) y pionero del tratamiento humanitario en salud mental, quien se dice “ha roto las cadenas”.

En su obra “Traité médico-philosophique sur l’aliénation mentale” (1801) observa que muchos alienados recuperan su juicio cuando son tratados con respeto y estructura.

Introduce el concepto de “traitement moral” como: “el arte de conducir al alienado por medio del razonamiento, la moderación, la confianza, y el sentimiento moral”. “*fue un enfoque humanitario para el cuidado de personas con enfermedades mentales,*” liberándolos así de las cadenas y promoviendo un ambiente cuidado y respetuoso para su recuperación.

Luego aparece otro autor interesante, Esquirol (1772-1840), quien fue un psiquiatra fran-

1. Lombardi, G. (2019). Perder la razón. Notas sobre el juicio y la identificación en la psicosis. Palavras. Revista de Epistemología, Metodología y Ética del Psicoanálisis, 5, 71-84. Recuperado de www.revistas.unlp.edu.ar/palavras

cés, discípulo de Pinel y en este sentido prefería la persuasión y el respeto por la voluntad del paciente antes que la fuerza. Su enfoque es también el de un tratamiento moral, basado en diálogo, persuasión y respeto a la voluntad residual. Alega entonces que *el consentimiento puede construirse a través del diálogo y la confianza*, incluso en un contexto psiquiátrico.

En sus descripciones clínicas, hace una distinción clave entre *la inteligencia* (juicio) y la voluntad. Él sostiene que ciertas personas con alienación (como monomanía) pueden conservar la conciencia moral de sus acciones aun cuando su voluntad no logra reprimir un impulso delirante. Según él, en la monomanía, el paciente mantiene juicio intacto excepto en el dominio del delirio.

Esto significa para Esquirol, que un paciente puede saber que lo que hace está mal, sin poder detenerse debido a una disociación entre juicio moral y voluntad.

Critica entonces la idea tradicional de que los alienados eran completamente incapaces de comprender su situación. Señala que muchos pacientes conservan fragmentos de razón y voluntad que deberían ser evaluados legalmente en casos de responsabilidad o consentimiento. Se aleja del modelo de intervención coercitiva y abre paso a una ética de persuasión y respeto. Introduce los consentimientos formalizados, a través de un pacto racional con el paciente

Siguiendo con esta línea de autores surge E. Bleuler (1857-1939), reconocido por introducir en su obra el concepto de Esquizofrenia.

Desde su perspectiva reconoce que los pacientes con esquizofrenia mantienen una vida interior, afectos y motivaciones personales. Uno de los síntomas clave que describe cuando habla de Esquizofrenia es la “ambivalencia”, descrita como contradicciones internas “Sentir si y no al mismo tiempo, amar y rechazar a la vez” lo cual tornaría muy complejo establecer la transparencia y claridad del consentir, aunque no lo anula. Para el autor, entender la ambivalencia no implica negar la voluntad, sino interpretarla con más profundidad. La voluntad, aunque afectada por la ambivalencia, no está ausente.

No exige un *consentimiento “perfecto”* sino que lo construye en la relación terapéutica prolongada mediante la continuidad en la terapéutica infundada por sus predecesores Pinel y Esquirol basada en el diálogo empático y prolongado con los pacientes.

Ahora bien, desde el marco legal argentino, el consentimiento informado es “Una declaración de voluntad suficiente del paciente o su representante legal, tras recibir información clara y adecuada sobre su situación, las opciones de tratamiento, beneficios, riesgos y consecuencias de no hacerlo” y ante todo, un documento legal.

La ley de salud mental vigente, N° 26.657², reconoce que “todas las personas, incluidas aquellas con padecimiento mental, gozan del derecho a protección de la salud mental y presunción de capacidad por defecto. “En caso de incapacidad mental, se recurre al representante legal, pero se debe involucrar al paciente en la medida de sus posibilidades”.

El art. N° 16 de dicha ley refiere que “Sólo se considera válido el consentimiento cuando se presta en estado de lucidez y con comprensión de la situación, y se considerará invalidado *si durante el transcurso de la internación dicho estado se pierde*, ya sea por el estado de salud de la persona o por efecto de los medicamentos o terapéuticas aplicadas. En tal caso deberá procederse como si se tratase de una internación involuntaria”

El art. N° 19 por su parte explica que “El consentimiento obtenido o mantenido con dolo, debidamente comprobado por autoridad judicial, o el incumplimiento de la obligación de informar establecida en los capítulos VII y VIII de la presente ley, harán pasible al profesional responsable y al director de la institución de las acciones civiles y penales que correspondan.”

Además aclara que, también serán válidas para estas situaciones las “directivas anticipadas” algo que no se ve comúnmente (de hecho en nuestra práctica aún no hemos recibido casos que cuenten con las mismas) pero

2. Ley N° 26.657 de Salud Mental. Boletín Oficial de la República Argentina. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977>

que sería una buena opción para evitar quizá, toda esta encrucijada médico, ética y legal.

En relación a los artículos citados nos parece interesante mencionar esta idea de la “presunción de capacidad por defecto” la cual obviamente puede verse durante el transcurso de la entrevista abolida, decidiendo así recurrir a un representante legal, pero (y aquí a nuestro criterio, lo más relevante) tratando de incluir al paciente en el proceso terapéutico.

Es así como, en nuestra formación como psiquiatras, inicia nuestro viaje por la psico-semiología, disciplina que se ha configurado a lo largo de los años de la historia de la psiquiatría, con nuestros antecesores a la cabeza —como ya los hemos mencionado—, y en la cual se realiza un intento sistemático de examinar el juicio.

El análisis del juicio, desde una perspectiva académica, puede describirse en dos etapas: la de elaboración y la crítica. Ambas, a su vez, se subdividen en fases. En la primera, la mente inicia un proceso en el cual, gracias al material cognoscitivo personal, se establece una relación entre la información ya existente y la nueva, generando así un *juicio por relación*. En un instante, este se transforma en un *juicio de identificación* al encontrar similitudes entre lo previamente conocido y lo recientemente percibido.

Posteriormente, pasamos a la etapa crítica, en la cual analizamos toda esta información para llegar a una conclusión. Un ejemplo ilustrativo sería el siguiente: al llegar a una calle desconocida y oscura, la primera información que recibimos se refiere a las características perceptibles: la calle, la oscuridad, la temperatura, la presencia o ausencia de transeúntes.

Gracias a la memoria, iniciamos la comparación con todas las veces que hemos transitado por calles con condiciones similares. Es allí donde adquiere relevancia nuestra experiencia personal y subjetiva: si en el pasado una calle oscura, fría y poco transitada nos generó temor o peligro, dependerá de esas vivencias que nuestra percepción actual se vea teñida de la misma emoción. En ese momento comienza la etapa crítica, donde, me-

dante recuerdos en los que sufrimos daños en contextos semejantes, decidimos evitar la calle. La conclusión, en este caso, sería: *las calles oscuras, frías y vacías son peligrosas, por lo tanto, opto por no transitar por ellas*.

La última fase corresponde al *juicio de valor*, el cual depende del quantum de inteligencia, de la *cultura general y de la experiencia particular*. Esta fase nos conduce a un análisis más profundo, en el cual, además de describir la calle como peligrosa, podemos conceptualizarla como un lugar desprovisto de seguridad que requiere por ejemplo mayor iluminación para ser transitado con confianza.

Este análisis del juicio lo realizamos de manera constante en nuestra vida cotidiana, lo cual permite comprender el peso de nuestra vida intrapsíquica, de la inteligencia y de la cultura en la toma de decisiones. A partir de ello, también podemos describir los déficits en esta capacidad. Entre ellos se encuentra el *juicio insuficiente*, que, influenciado por una limitación en la inteligencia y el desarrollo, *no logra alcanzar* un juicio crítico ni conclusiones elaboradas.

Posteriormente, identificamos el *juicio debilitado*, que corresponde a la persona que anteriormente *poseía una capacidad de juicio “normal”*, pero que, debido a una patología actual, la ha ido perdiendo progresivamente, como ocurre en los casos de demencia. También puede observarse en sujetos con dificultades para mantener la atención: al presentar una atención fatigable y poco sostenida, no logran comprender los hechos en su complejidad.

El *juicio suspendido* aparece en situaciones de obnubilación de la conciencia, en las cuales no es posible realizar todo el proceso descrito anteriormente. Finalmente, encontramos el *juicio desviado*, descrito como una alteración parcial de esta función. Aquí adquiere relevancia la psiquiatría clásica, pues fue en ella donde se identificó esta desviación, siempre movilizadora por la *presencia de un problema ideoaectivo de gran intensidad*. Tal es el caso del paciente delirante, quien, al sostener ideas erróneas e irreductibles que condicionan su humor y su conducta, pre-

senta un juicio desviado en relación con el contenido de su delirio (“monomanía”) aunque otras áreas vitales pueden mantenerse conservadas siempre que estén ajenas a ese núcleo patológico.

De manera semejante, en los cuadros melancólicos y maníacos, el juicio se encuentra sometido a la exaltación afectiva. En la melancolía, de carácter displacentero, puede conducir a la decisión del suicidio; en la manía, de carácter placentero y con omnipotencia, puede dar lugar a excesos como el consumo desmedido de sustancias, entre otras conductas. Cabe señalar que, incluso en estas alteraciones, puede existir una comprensión moral de que los actos son inadecuados; sin embargo, la impulsividad generada por la emoción se torna incontrolable.

Parte de lo “artesanal” de nuestro trabajo, es transmitir la información de forma que sea comprensible y también amigable para con quien está frente nuestro en la consulta. Cuidar las palabras, cuidar al otro, entender sus tiempos: todo eso se pone en juego a la hora de “firmar” un consentimiento informado, más aún cuando quien recibe esta información está atravesando un momento delicado en cuanto a salud mental refiere.

Trabajar con la angustia, la desorientación, la pérdida; con reticencia y a veces con desesperanza, hace que todo lo que parece tener un camino bien establecido se torne en realidad, un laberinto.

El consentimiento constituye un derecho fundamental, y no debe ser reducido a un mero trámite administrativo. En consecuencia, resulta imprescindible arbitrar los medios necesarios para garantizar que este derecho se ejerza de la mejor manera posible, utilizando los recursos disponibles y adecuados a cada contexto.

Es importante subrayar que el consentimiento no se limita al momento de la urgencia, sino que requiere otorgar la debida relevancia al tiempo de escucha y a la comunicación empática con el paciente. Solo de esta manera se evita que el proceso se transforme en la rutina de una simple firma, desprovista de sentido, y se asegura que el

consentimiento refleje realmente la voluntad y comprensión del paciente respecto de su situación y de las decisiones que se toman en torno a su cuidado.

Bibliografía

Betta (2002), Manual de psiquiatría. Novena edición.

Bleuler, E. (1911/1993). Demencia precoz o el grupo de las esquizofrenias. Madrid: Morata.

Esquirol, J.-É.-D. (1838/1991). Tratado de las enfermedades mentales. Madrid: La Piqueta.

Ley Nº 26.529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Boletín Oficial de la República Argentina. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/160432>.

Lombardi, G. (2019). Perder la razón. Notas sobre el juicio y la identificación en la psicosis. *Palavras*. Revista de Epistemología, Metodología y Ética del Psicoanálisis, 5, 71-84. Recuperado de www.revistas.unlp.edu.ar/palavras

Pinel, P. (1801/2005). Tratado médico-filosófico sobre la enajenación mental. Madrid: Ediciones Akal.

Wang Yi Ran (2022), “La función del juicio en la psiquiatría clásica y su actualidad en los manuales de diagnóstico norteamericanos”. Facultad de Psicología – UBA / Secretaría de investigaciones / Anuario de investigaciones / Volumen XXIX. Recuperado en https://www.psi.uba.ar/publicaciones/anuario/trabajos_completos/29/wang.pdf