

ASPECTOS MEDICO LEGALES Y ETICOS DEL INTERNAMIENTO INVOLUNTARIO DE PACIENTES ADICTOS

Martín Nizama Valladolid¹ ; Juan Manuel Brush Vargas²

Sobre la base de la experiencia clínica, se realiza una revisión bibliográfica, de códigos y artículos sobre ética en psiquiatría, y legislación correspondiente al quehacer médico en el área de las adicciones.

Los problemas médico-legales derivados de los principios éticos en el ejercicio de la medicina, como la no-maleficencia, justicia, beneficencia y sobre todo la autonomía, son aspectos controversiales relevantes en la práctica clínica y en especial al tratarse de pacientes con trastornos adictivos, que, por su inconsciencia de enfermedad, implica restringir, con consentimiento de la familia, la libertad del paciente para restablecer su quebrantada salud. Estas acciones terapéuticas, aún no tienen el debido sustento legal en nuestra legislación. Además, se identifican a “comunidades terapéuticas” que vulneran flagrantemente dichos derechos, y en forma empírica, pretenden asumir roles propios del profesional médico, para los cuales no se encuentran capacitados.

El tratamiento médico de los pacientes adictos, no debe obviar las normas éticas y los principios jurídicos establecidos. En este contexto, se prioriza la protección médica del paciente y la unidad familiar. El manejo de las adicciones es de competencia médica con responsabilidad específica del médico psiquiatra en conjunto con el equipo multidisciplinario de salud.

Palabras clave: *Etica. Adicciones. Internamiento involuntario. Derechos del paciente.*

On the basis of the clinical experience, a bibliographical revision is made, of codes and articles on ethics in psychiatry, and legislation corresponding to the medical task in the area of the addictions.

The doctor-legal problems derived from the ethical principles in the exercise of the medicine, like the nonslander, justice, charity and mainly the autonomy, are excellent controversials aspects actually clinical and in special when being out patients with addictive upheavals, that, by its unconsciousness of disease, implies to restrict, with consent of the family, the freedom of the patient to restore his broken health. These therapeutic actions, not yet have the due legal sustenance in our legislation. In addition, one identifies “therapeutic communities” that they harm right sayings flagrantly, and in empirical form, they try to assume own rolls of the medical professional, for who they are not enabled.

The medical treatment of the addict patients, does not have to avoid the ethical norms and the established legal principles. In this context, one prioritizes the medical protection of the patient and the familiar unit. The handling of the addictions is of medical competition with specific responsibility of the medical psychiatrist altogether with the multidisciplinary equipment of health.

Key words: *Ethics. Addictions. Involuntary internment. Outpatient´s rights*

¹ Médico Psiquiatra, Jefe del Departamento de Adicciones del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”. Profesor Principal de los Departamentos Académicos de Psiquiatría de la Universidad Mayor de San Marcos y de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima. E-mail: maniva@terra.com.pe

² Médico Psiquiatra. Jefe del Servicio de Hospitalización del Departamento de Adicciones. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”.

Todo ser humano tiene la capacidad de goce y de ejercicio de sus derechos y obligaciones. Según el Código Civil peruano, la capacidad de goce se adquiere desde el momento de la concepción hasta la muerte de la persona; mientras que la capacidad de ejercicio es desde que cumple los 18 años, cuando se adquiere la ciudadanía, salvo excepciones previstas en la ley.

En el presente trabajo se analiza la legislación nacional relacionada al paciente adicto que requiere ser internado contra su voluntad. Asimismo, se consideran los aspectos éticos que ello implica para el profesional médico, quien es el principal responsable de velar por el derecho fundamental a la vida, el cuerpo y la salud que tiene todo paciente adicto.

Las Adicciones

Las adicciones constituyen una enfermedad multicausal que anula la voluntad de la persona (*Organización Mundial de la Salud*, 1957), su curso es lento, progresivo e implacable. Durante los primeros años su presencia está enmascarada por acción del propio adicto. Por este motivo, no es percibida por la familia que comúnmente es la última en enterarse.

Los principales síntomas de la enfermedad adictiva son: apetencia de placer insaciable, tolerancia a la sustancia adictiva, síndrome de abstinencia, inconsciencia de enfermedad, insensibilidad, cinismo, desmotivación, mendacidad, manipulación, simulación, rol de víctima e histrionismo, los mismos que conducen al paciente a una percepción contradictoria de sí mismo, con incapacidad para relacionarse armónicamente con su entorno social y familiar (Nizama, 2001), dada sus características clínicas psicopáticas (comportamiento amoroso). La adicción es la enfermedad del desamor. El adicto

huye de sí mismo, de su soledad y de su infelicidad.

Por su lado, el escritor Mario Vargas Llosa en su libro *CARTAS A UN NOVELISTA*, con exquisita agudeza literaria etiquetó al adicto como un “esclavo feliz”. Se trata entonces de una enfermedad paradójica, destructiva de sí mismo y del entorno familiar.

Existen cuatro tipos de adicciones: electrónicas, conductuales, lúdicas (juego patológico) y químicas. Todas ellas, sin tratamiento oportuno y adecuado, pueden conducir al adicto a un desenlace terminal funesto: invalidez, ruina, prisión, occisión u *hominización* (bestialidad).

Inconsciencia de Enfermedad

El adicto carece de conciencia de enfermedad. Es insensible y generalmente está desmotivado para el tratamiento, el cual evade, rehusa, sabotea o simula aceptar únicamente para manipular a la familia y al terapeuta sin experiencia. Con excepción de los episodios de psicosis tóxica, conserva el juicio, pero su comportamiento es marcadamente psicopático. En consecuencia, el reto es brindar tratamiento a un enfermo que no se siente enfermo; y que por el contrario, se siente la persona más sana del mundo.

Sufrimiento Familiar

El adicto es un “esclavo feliz”, enfermo paradójico y hedonista compulsivo que vive poseído por la soberbia. Sin embargo, quienes sufren el impacto devastador del trastorno de su comportamiento, son los familiares que conviven con él cotidianamente. Nadie más que ellos vive la dolorosa y a menudo trágica experiencia de tener en su seno a un adicto, quien debido a su conducta psicopática los somete a una tiranía des-

tructiva, mediante la irracionalidad, manipulación, el chantaje, la violencia, crueldad y la insensibilidad, convirtiéndolos en sus “esclavos infelices”, impotentes ante él. Así, se establece una relación de sujeción de los “esclavos infelices” al “esclavo feliz”.

Impacto Social

En general, la sociedad escotomiza el fenómeno adictivo percibiéndolo como un mero vicio. Sin embargo, cotidianamente la comunidad sufre las consecuencias de esta indiferencia: vasto mercado adictivo, masificación de las adicciones, delincuencia, violencia de las “barras bravas” y pandillas, “niños de la calle”, criminalidad, merma de la productividad, corrupción, marginalidad y degradación social.

MARCO DE REFERENCIA

Aspectos Éticos

Los fundamentos hipocráticos que rigen el quehacer médico son: autonomía, beneficencia, no-maleficencia y justicia.

Un enfermo de la voluntad, sin capacidad para practicar racionalmente el libre albedrío, sin conciencia de enfermedad, carente de valores éticos y desmotivado para el tratamiento, no está en condiciones de ejercer responsablemente su autonomía (Haro et al, 2002), más bien cae en el libertinaje y en el descarriamiento de su vida personal. La familia, por amor, responsabilidad moral y en base al vínculo de pertenencia que la une al adicto, sin pérdida de tiempo debe proceder a protegerlo del impulso hedonista autodestructivo. Mientras tanto, la intervención médica dirigida a la recuperación definitiva del adicto, cumple con los principios de beneficencia y no-maleficencia. Del mismo modo, cuando

hay contradicción entre el principio de autonomía y el de justicia, prevalece este último porque protege el bien común.

Igualmente, como consecuencia de la inconsciencia de enfermedad, es común que el adicto presente una irreductible desmotivación para el tratamiento. Ante esta situación, sería inhumano que el médico priorice el principio de autonomía y permanezca indolente, observando pasivamente que el paciente se autodestruye; y sin piedad alguna también destruye a su familia, la misma que se muestra impotente para controlar la situación, lo cual se constata frecuentemente. Proceder de esta manera, sólo demuestra un desconocimiento de la fenomenología clínica de las adicciones. Ante la situación crítica de un paciente adicto, que presenta conducta violenta, autodestructiva, agresividad, inminencia de homicidio, simulación, boicot o rechazo al tratamiento, es necesario protegerlo con medicación neuroléptica (tranquilizante) administrada en forma subrepticia, con preservación escrupulosa del principio de no-maleficencia.

De modo que cuando la adicción pone en peligro los bienes jurídicos tanto del paciente como de terceros, tales como la vida, el cuerpo y la salud; el médico, al momento de evaluar el estado mental del enfermo, tiene que adoptar medidas protectoras para evitar ese y otro tipo de riesgos, cesando su desaforado libertinaje. Entonces, procede el internamiento involuntario para cesar la conducta adictiva, controlar el síndrome de abstinencia e iniciar la desintoxicación y la abstinencia total, puesto que en el manejo de las adicciones el tratamiento ambulatorio está anticipadamente destinado al fracaso. Esta decisión está debidamente sustentada en la historia clínica elaborada por el médico especialista. Previamente, el familiar responsable firma por el paciente el consentimiento informado, ava-

lando la intervención médica, donde con precisión se detallan los objetivos y procedimientos del programa terapéutico a ser aplicado en el paciente.

Por tratarse de una enfermedad de suma complejidad con base biogenética, el manejo de las adicciones es de responsabilidad profesional: médico, interdisciplinario, multimodal, científico, humanista y a largo plazo. Las intervenciones empíricas son oscurantista y meramente comerciales, sin probabilidad de éxito a largo plazo.

Posición Controversial

En el abordaje de las adicciones existen posiciones contradictorias como por ejemplo, la *Declaración de Madrid de la Asociación Mundial de Psiquiatría* (26 de agosto de 1996); la misma que señala:

1. "... el deber de seleccionar intervenciones terapéuticas mínimamente restrictivas para la libertad del paciente...".
2. "... el deber de mantenerse al tanto del desarrollo científico...".
3. "... El paciente debe ser aceptado en el proceso terapéutico como un igual por derecho propio. La relación terapéutica debe basarse en la confianza y el respeto mutuo, que es lo que permite al paciente tomar decisiones libres e informadas...."

El purismo ético del tercer punto no toma en consideración que el adicto es un paciente anético por antonomasia; y como tal, incapaz de establecer una relación de confianza y respeto mutuo; mucho menos de tomar decisiones libres e informadas, puesto que más del 90% de los adictos carecen de conciencia de enfermedad; por tanto, no están motivados o se muestran pseudomotivados para el tratamiento.

Interdicción

La capacidad de ejercicio significa hacer valer los derechos personales frente a terceros y ante el Estado, sin que medie ningún tipo de ayuda o restricción. Con respecto a esta capacidad, existen en nuestro ordenamiento civil causales absolutas y relativas que impiden dicho ejercicio (artículos 43 y 44 del Código Civil Peruano, 1984). Entre éstas, se encuentran las *toxicomanías*, como causas de incapacidad relativa, en cuanto produzca en la persona una interferencia en el enjuiciamiento de la realidad, que supone poner en peligro tanto sus bienes personales como el de aquellos que le rodean. Cabe señalar que el término *toxicomanía* utilizado en el Código Civil, es obsoleto, puesto que excluye la ludopatía y las adicciones electrónicas. En la actualidad a este tipo de trastornos se les denomina adicciones.

Para establecer la incapacidad civil, el derecho acude a una institución jurídica que para los mayores de edad es la curatela, que consiste en la designación por parte del juez, de una persona que la represente legalmente (el curador). En efecto, es requisito previo que el Poder Judicial, al amparo de su potestad jurisdiccional, declare la interdicción de la persona, es decir que se le suspenda la capacidad de ejercicio, más no la de goce de sus derechos por un tiempo determinado.

Sustento Jurídico

En las condiciones antes señaladas, la restricción de la libertad está amparada en la defensa del derecho a la vida, el cuerpo y la salud, que tiene toda persona humana y al hecho de que el médico actúa en el ejercicio de sus facultades profesionales. Por tanto, procede con ajuste a derecho; puesto que los deberes de función o profesión, son obligaciones que la ley impone a los individuos que

desempeñan oficios o profesiones y que están amparados por el Código Penal Peruano vigente (1999); para el caso, con la finalidad de proteger al médico del riesgo de ser denunciado por el presunto delito de violación de la libertad personal, porque aparentemente su conducta sería típica, antijurídica y culpable.

Sin embargo en el capítulo III del Código Penal Peruano (1999), cuyo título se refiere a las causas que eximen o atenúan la responsabilidad penal, dice en su numeral 8: “El que por disposición de la ley, en cumplimiento de un deber o en el ejercicio legítimo de un derecho, oficio o cargo”. Este numeral justifica la intervención del médico porque como señala Peña (1980), actúa con el propósito de cumplir fines sociales que el ordenamiento jurídico reconoce; al respecto dicho autor refiere: “la causa de justificación procede cuando los deberes de función o profesión son admitidos por el derecho positivo vigente; esto es cuando los actos practicados con apariencia delictiva, es decir, sin formal adecuación al tipo legal; se realiza en estricto círculo de derechos y deberes que la profesión faculta e impone”.

RESULTADOS

Vacío Legal

La legislación peruana aún no ha establecido la facultad legal de los familiares para autorizar al médico tratante el internamiento coercitivo del paciente adicto, lo cual dicho sea de paso no está prohibido. Debido a su inconsciencia de enfermedad, el adicto no pocas veces denuncia penalmente a sus familiares y a los médicos tratantes por el presunto delito de secuestro cometido en su contra, creándose entonces engorrosos litigios médico-legales. Corresponde al Congreso de la República, llenar cuanto antes este sentido

vacío legal, para estar a la par con la normatividad legal vigente de otros países.

Consentimiento Informado

El médico debe comprometer a los familiares consanguíneos o políticos del paciente a autorizar por escrito la aplicación de la prescripción médica de internamiento involuntario, que implica una restricción de la libertad personal. Esta se debe llevar a cabo mediante el internamiento del paciente en una institución profesional especializada.

De otra manera, si el médico y los familiares se sujetan a los dispositivos legales vigentes, tendría que esperarse un prolongado tiempo para que a petición de los familiares, mediante una demanda de interdicción y curatela, el Poder Judicial declare interdicto al enfermo. Entretanto, el paciente y sus familiares estarían expuestos a los riesgos que acarrea la inconsciencia de enfermedad y a la conducta psicopática, propios de la enfermedad adictiva, lo cual implica demasiados riesgos, como violencia, robos, pérdida del empleo, ruina económica, homicidios, suicidios o desintegración familiar.

Así, al tomar la decisión de internar al adicto, el médico se respalda en el consentimiento informado firmado por los familiares, quienes asumen en ese momento la representación del paciente por ser los llamados a velar por la protección de su salud, como sucede en la legislación de otros países.

Historia Clínica

Un requisito indispensable que proporciona la base médico legal para el internamiento involuntario, es la historia clínica elaborada por el médico especialista, cuyo diagnóstico

establece el trastorno adictivo que padece el paciente. Además, las características hedonistas y psicopáticas de su conducta autodestructiva, hacen posible que este tipo de pacientes aprovechen cualquier debilidad o negligencia del sistema o de las personas que le brindan atención. Al ir progresando esta situación, el cuadro clínico se va tornando peligroso para el paciente y el entorno socio-familiar, lo cual justifica su internamiento involuntario en un servicio especializado, en el cual se respete escrupulosamente su dignidad, honor, autoestima e integridad personal, inherentes a su esencia humana.

Para prevenir situaciones de riesgo legal, el médico debe intervenir premunido de respaldo jurídico a su quehacer terapéutico. Por lo mismo, urge realizar las modificaciones del caso en el Código Penal Peruano (1999), con la finalidad de legalizar la participación familiar como responsable de la salud del paciente, cuando él se niega a aceptar el tratamiento y el cuadro clínico es suficientemente grave. Incluso puede ser necesaria la opinión de otro médico especialista en caso de duda o negativa de los familiares. También debe ponerse en conocimiento de la autoridad hospitalaria el caso para que facilite la intervención al momento de proceder al internamiento. Siempre que el cuadro clínico lo amerite y los familiares colaboren con la toma de decisión de proteger al paciente y a los demás miembros de la comunidad.

Igualmente, debido a la prolongada inconsciencia de enfermedad, al gran poder manipulador y a la simulación que exhibe el adicto, a menudo es necesario suprimir las visitas de los familiares, puesto que frecuentemente presentan culpa, coacción y sujeción al paciente. Merced a su conducta violenta y psicopática, suele ser necesario el aislamiento protector en clinoterapia, por períodos variables, con la asistencia médica

y de enfermería que el caso requiere, preservando sobremanera y en todo momento el trato humano digno.

También, se comprueba con preocupación que en nuestro medio ha proliferado un sinnúmero de establecimientos autodenominados “*Comunidades Terapéuticas No Profesionales*”, conducidas por supuestos ex-adictos, que han sido creadas como respuesta empírica al incremento de la demanda de la atención de adictos, la misma que ha sido sistemáticamente desatendida por el sector salud. En la práctica, las autoridades competentes, responsables de velar por la legalidad y el cumplimiento de las leyes, permiten o se hacen de la “vista gorda” ante la proliferación de estas organizaciones pseudoterapéuticas; no obstante que en su mayoría actúan en la ilegalidad e informalidad, y lo que es más grave, atentando contra el ordenamiento constitucional (Código Penal Perú, 1999; Constitución Política del Perú, 1993) y legal vigentes relativos al ejercicio legal de la medicina.

Los presuntos ex-adictos, dirigen y tratan las adicciones sin poseer título profesional que los faculte para ejercer acciones de salud; por consiguiente sus intervenciones están al margen de la ley y como tal realizan ejercicio ilegal de la medicina. Es más, su supuesta condición de ex-adictos no está acreditada por profesional o una institución especializada que los haya sometido a un programa terapéutico que comprenda un seguimiento sistemático a largo plazo que permita medir sus resultados objetivamente. También, es obvio que la simple condición de abstinencia parcial, no garantiza la remisión del síndrome psicopático, la cual sucede luego de 3 a 5 años de abstinencia total debidamente certificada.

Puesto que la adicción es reconocida por la Organización Mundial de la Salud (1992), como una enfermedad, el médico, específicamente el psiquiatra, es quien está facultado

por nuestro ordenamiento legal para prodigar asistencia a estos enfermos y eventualmente internarlos aún en contra de su voluntad, teniendo una causa de justificación reconocida en el Código Penal Peruano (1999).

Todo lo contrario sucede con aquellos supuestos ex-adictos que realizan tratamientos empíricos, sin ningún tipo de respaldo legal. Estas personas estarían cometiendo presuntamente una serie de actos delictivos, previstos en el Código Penal (1999), como son: la privación indebida de la libertad de las personas (art. 152: “Secuestro: Será reprimido con pena privativa de libertad no menor de veinte ni mayor de treinta años el que, sin derecho, motivo ni facultad justificada, priva a otro de su libertad personal, cualquiera sea el móvil, el propósito, la modalidad o circunstancia o tiempo que el agraviado sufra la privación o restricción de su libertad”); la práctica ilegal de la medicina (art. 290: “Será reprimido con pena privativa de libertad no mayor de dos años con prestación de servicio comunitario de veinte a cincuentidós jornadas, el que, careciendo de título, realiza cualquiera de las acciones siguientes: Anuncia, emite diagnósticos, prescribe, administra o aplica cualquier medio supuestamente destinado al cuidado de la salud, aunque obre de modo gratuito.”); exposición de personas al peligro (art. 125: “El que expone a peligro de muerte o de grave e inminente daño a la salud o abandona en iguales circunstancias a un menor de edad o a una persona incapaz de valerse por sí misma que esté legalmente bajo su protección o que se hallan de hecho bajo su cuidado, será reprimido con pena privativa de la libertad no menor de uno ni mayor de cuatro años”).

Asimismo, incurrirían en delitos de atentado contra el patrimonio, como: delito de estafa (art. 196 del Código Penal, 1999: “El que procura, para sí o para otro, provecho ilí-

cito en perjuicio de tercero, induciendo o manteniendo en error al agraviado mediante engaño, astucia, ardid u otra forma fraudulenta, será reprimido con pena privativa de libertad no menor de uno ni mayor de seis años”); y otros como evasión de impuestos, omitir libros de contabilidad, etc., que no son sancionados por las autoridades pertinentes pese a que nuestro ordenamiento legal faculta al Ministerio Público (1981) como titular de la Acción Penal, ya sea de oficio o de parte, a velar por la legalidad y eventualmente la prevención del delito; lo que en la actualidad, aparentemente, no se cumpliría.

Si bien es cierto, la creación de centros terapéuticos así como su funcionamiento están normados y reglamentados, esto no quiere decir que se debe permitir el lucro indebido y presuntamente delictivo, o la violación de otros derechos reconocidos en la Constitución Política, como se observa en la realidad cuando aparentan tener la presencia de un médico, pero que sin embargo cabe preguntarse: ¿se cumple la ley del trabajo médico?, ¿se cumple con la presencia constante de un médico que garantice la debida y oportuna atención de los pacientes?, ¿figuran o no en las planillas, tienen historia clínica, protocolos de atención etc.?, en fin de lo que se trata es de demostrar que este tipo de pacientes requiere una atención altamente especializada sustentada en de años de estudios universitarios, reconocimiento académico y experiencia clínica en una institución debidamente acreditada. No hay que olvidar que el área de las adicciones es un terreno minado, tanto en el frente interno como en el frente externo.

Con mucho, los tratamientos empíricos propician entre otros daños, el fenómeno de la “puerta giratoria”, el afán de lucro desmedido, el embuste, la desesperanza y la cronicación de la enfermedad, con secuelas indeseables y funestas.

CONCLUSIONES

1. El Congreso de la República debe proteger legalmente la unidad familiar en los casos de adicción
2. Mediante Ley se debe facultar a la familia para firmar el Consentimiento Informado por el paciente adicto, carente de conciencia de enfermedad.
3. El tratamiento de las adicciones es profesional, bajo responsabilidad del médico especialista en adicciones
4. Es humano y ético que el médico proteja al paciente y a su familia de los efectos devastadores de la enfermedad adictiva.
5. Los tratamientos empíricos carecen de idoneidad y de garantía para la recuperación de los adictos.

REFERENCIAS

- Código Civil Peruano (1984). *Diario Oficial El Peruano*. Lima.
- Código Penal Peruano (1993). *Decreto Legislativo 635*. Lima: Ediciones y Distribuciones “Berrios” - Segunda Edición.
- Constitución Política del Perú (1993). Lima: Ediciones y Distribuciones “Berrios”. Primera Edición.
- Haro, G; Bolinches, F; De Vicente, P; et al. (2002). Aspectos éticos de la asistencia clínica en los trastornos adictivos. *Revista Trastornos Adictivos*, 4: 109-14.
- Nizama, M. (2001). Fenómeno Adictivo. *Revista Mexicana de Psiquiatría*, 17: 71-80.
- Peña, C. (1980). *Derecho Penal Peruano*. Parte General. Segunda Edición. Lima.
- Ley Orgánica del Ministerio Público (1981). *Decreto Legislativo número 52 y sus modificatorias*. Lima.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Ginebra.