

# Consentimiento informado en la especialidad de Psiquiatría

Dr. Jorge Ortiz Rubio<sup>1</sup>

## Resumen:

Se intentó precisar los principios básicos que deben regir el actuar del Psiquiatra con los enfermos mentales y delimitar las particularidades del Consentimiento Informado (CI) en la especialidad de Psiquiatría, así como las entidades, procederes o tratamientos que requieran la utilización obligatoria del mismo dentro de la especialidad.

Se partió del concepto de que el CI es un derecho exigible y una clara manifestación de respeto a la autonomía del enfermo; y que una decisión en salud es considerada autónoma cuando cumple las condiciones básicas de Información, Voluntariedad y Capacidad. La falta de esta última dificulta la valoración crítica de la propia realidad del paciente e interfiere en el proceso racional de pensamiento para la toma de las decisiones. Se sugirió la utilización de la Prueba de Kent modificada y el Minimental, como instrumentos que permitan evaluar la capacidad de un paciente, así como la conducta a seguir ante un enfermo evaluado como incapaz. Se concluye resaltando la necesidad de continuar profundizando en todo lo relacionado con el Consentimiento Informado en la especialidad de Psiquiatría.

**Palabras clave:** *Consentimiento informado; psiquiatría; competencia mental.*

## Introducción:

Con el surgimiento y desarrollo vertiginoso de la bioética en la década del 70 del pasado siglo, la forma convencional de relación entre enfermos y doctores adquirió un nuevo estilo, surgiendo entonces la necesidad de un modelo diferente, donde ambos tengan un encuentro participativo y de deliberación conjunta (1).

En 1983, la Asamblea General de la Asociación Mundial de Psiquiatría formuló la Declaración de Hawai (2), donde enfatizó, sobre todo, el valor e importancia de la ética en el arte de curar enfermos, sin dejar de considerar lo controvertida que resulta la relación médico-paciente en la especialidad de Psiquiatría. Las pautas de dicha declaración fueron escritas con el supremo objetivo de promover una adhesión estrecha a los criterios planteados y sobre todo para prevenir el uso inadecuado de los conceptos, las técnicas y conocimientos psiquiátricos.

En la mencionada Declaración, fueron aprobados algunos principios éticos para ser utilizados por los psiquiatras del mundo, sin dejar de tener presentes las variaciones particulares de los diferentes contextos o

escenarios, en lo que refiere a diferencias culturales, legales y socioeconómicas, por lo que dichas normativas funcionarían como requerimientos mínimos para cada país. Algunos de los principios éticos aprobados, normaban que el psiquiatra debe informar al paciente sobre la naturaleza de su enfermedad, los procedimientos terapéuticos disponibles, así como posibles alternativas y pronóstico; que la información debe ser proporcionada con consideración, permitiendo al mismo la oportunidad de escoger entre los métodos propuestos; que es necesario obtener un Consentimiento Informado (CI) del paciente antes de presentarlo en una clase o cuando su Historia Clínica sea objeto de una publicación científica; que los retrasados mentales nunca deben ser incluidos en protocolos de investigaciones; que puedan ser realizados con la participación de adultos en posesión de todas sus facultades. Pero teniendo en cuenta que estos son los únicos sujetos disponibles para el estudio de las causas y tratamiento de la enfermedad o de la discapacidad mental, cuando el enfermo no pueda proporcionar su consentimiento, el mismo debe ser obtenido de su representante legal (3).

No hay duda alguna, que el CI es un fiel exponente de este "nuevo estilo relacional", conformándose así, la esencia de la bioética actual, donde se reconoce al paciente como *un sujeto moral racional con autonomía para gobernar su propia vida*; por ende, se presupone que las decisiones en materia de salud, para ser moralmente aceptables, deben ser tomadas de forma autónoma por los propios afectados.

## Concepto de Consentimiento informado:

Se puede conceptualizar como un derecho exigible y una clara manifestación de la autonomía, para tomar decisiones, del enfermo o, en su defecto, la familia cuando este no sea competente. El paciente tiene derecho a conocer el diagnóstico de su enfermedad, así como el médico deberá explicar, en un lenguaje comprensible, en qué consiste la misma y su evolución en caso de no ser tratada; deberá conocer además cuáles son las alternativas de tratamiento y los efectos secundarios que éstos podrían ocasionarle. Una vez que ha sido debidamente informado, podrá otorgar su consentimiento para dar inicio al tratamiento.

Se puede decir que consiste en la explicación a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de su enfermedad, así como del balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios

de los procedimientos terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle su aprobación para ser sometido a esos procedimientos. (4). La presentación de la información al paciente debe ser comprensible y no sesgada; la colaboración debe ser conseguida sin coerción y el médico no debe sacar partido de su potencial dominancia psicológica sobre el paciente.

El concepto del CI habla con relación al *proceso* de entrega de *información*, por parte del médico, al paciente para que éste pueda tomar una *decisión* responsable. Por ello, no se reduce a un simple aceptar o rechazar un tratamiento o una intervención, sino se centra en el mismo proceso de llegar a un consentimiento. Se requiere proporcionar una información adecuada para permitir una decisión con conocimiento de causa. Este proceso supone y exige que la presentación sea comprensible al paciente, junto con la decisión libre y sin coacción de éste. El CI, por ende, no es un acontecimiento aislado (5); es un proceso de encuentro y diálogo entre el equipo médico y el paciente, desde que se ven por primera vez hasta que se da el alta definitiva (6). Se trata de un *derecho humano* de los enfermos, orientado fundamentalmente a permitir a las personas que tomen sus propias decisiones, pero hay tres condiciones básicas para que sean tomadas de forma racional, razonable y con responsabilidad: Información, Voluntariedad, Capacidad (7).

**Información:** El responsable de la información es el profesional de la salud y dicho componente debe ser suficiente y comprensible.

**Voluntariedad:** Ha de estar exenta de dominio, coacción y manipulación, para que tenga validez frente a las acciones tomadas.

**Capacidad:** Se debe correlacionar no solamente con las facultades mentales, sino también con la ley.

Para ningún médico tratante resulta extraño que de las tres condiciones básicas antes mencionadas, la más compleja y difícil de valorar es la Capacidad del paciente; es más, se puede afirmar que no sólo es la más compleja y difícil, sino la que define y determina si se pueden aplicar las dos restantes. Si un paciente no tiene la capacidad necesaria, no resulta prudente o atinado aplicar la condición de voluntariedad y dejar que decida según su propio deseo, pues éste puede no ser lo suficientemente racional o juicioso y la información a suministrársele al paciente requiere adecuarse a sus posibilidades de comprensión.

La falta de capacidad dificulta la valoración crítica de la propia realidad e interfiere en el proceso racional de pensamiento para la toma de las decisiones; al estar limitada la capacidad de análisis de la información, así como la valoración de la trascendencia de la decisión tomada, esta puede no ser la adecuada. Por tanto, la correcta evaluación de la capacidad de los pacientes para decidir, es crucial.

Aunque muchos autores utilizan como sinónimos los términos capacidad y competencia, otros prefieren la

utilización del segundo como aptitud para ejercer un derecho y el primero como aptitud para realizar determinada acción. En lo referente a la Competencia Mental, esta ha sido definida como: El estatus que ostenta el paciente, que lo hace capaz de *entender* la explicación terapéutica realizada y capaz de valorar las *consecuencias* de aprobar o negar lo propuesto por el facultativo (9); la misma presupone tener la *habilidad* suficiente para comprender la naturaleza de la enfermedad que tiene, así como el proceder terapéutico propuesto y las posibles consecuencias de dar o no su aprobación para el mismo (9). Se han definido ciertos Criterios de Competencia o Capacidad que pueden servir como instrumento orientador a la hora de valorar la misma; y por los mismos se considera un enfermo competente para dar su consentimiento cuando comprende la enfermedad o el estado por el cual se le propone el tratamiento, así como la naturaleza y los fines del mismo, los riesgos que supone comenzarlos, los riesgos que corre si no lo inicia y su estado no interfiere en su capacidad de consentir (10).

La capacidad para tomar decisiones en materia de salud está dada por la presencia de un cierto número de determinantes psicológicos, es decir de cualidades afectivas, cognitivas y volitivas, que permiten al individuo tomar de forma autónoma una decisión concreta en un momento dado, lo que no significa necesariamente capacidad para tomar otras decisiones no relacionadas con la salud, ni constituyen un juicio respecto a su capacidad legal, que sólo puede ser determinada por tribunal competente y no por un psiquiatra u otro médico tratante, independientemente de que dicho tribunal, puede valerse o asesorarse del criterio de un especialista en psiquiatría, que actúe desde el punto de vista médico profesional, como perito o asesor, en lo relacionado con la enfermedad y la capacidad del paciente analizado; es decir, que el psiquiatra puede ayudar a esclarecer, a valorar, dictamina, da elementos que permitan evaluar la capacidad del paciente, pero ésta se determina sólo tras un proceso legal.

Como regla general se considera que un enfermo tiene autonomía para tomar decisiones si manifiesta la capacidad para ello, si actúa intencionalmente, en ausencia de influencias externas y expresa su voluntad tomando en cuenta las consecuencias que dichas decisiones tienen para su salud y para su vida futura (11).

Existe por tanto un amplio abanico de posibilidades en cuanto a lo que capacidad concierne; pudiéndose definir pacientes con una *capacidad plena*, una *capacidad parcial* o con *incapacidad total* para tomar sus decisiones. Según lo anterior puede preguntarse entonces ¿Cuáles pacientes gozan de una capacidad plena? ¿Cuáles resultan ser incapaces parcial o totalmente? ¿Cómo evaluar la capacidad de un paciente?

### **Evaluación de la capacidad sanitaria de un paciente:**

La evaluación de la capacidad sanitaria se realiza en la mayoría de los casos de forma subjetiva (12). Es un hecho concreto que aún no existen criterios bien defini-

dos sobre qué habilidades y aptitudes evaluar en un paciente; qué grado de suficiencia o capacidad considerar como adecuado; así como un instrumento para determinarla que sea universal y que permita medir a todos los evaluados por igual (13, 14).

Esto trae como consecuencia que, en la mayoría de los casos, sea una responsabilidad del médico tratante. Solo excepcionalmente, cuando existe una duda razonable respecto a la capacidad del paciente, es que se solicita la valoración del especialista en psiquiatría. En ocasiones el psiquiatra que evalúa al paciente, se limita solo a dictaminar un diagnóstico de salud mental, sin emitir un juicio respecto a su capacidad para tomar o no sus propias decisiones, o lo que es lo mismo, si es capaz o no de participar en el proceso del CI (15).

Para un Psiquiatra, el hecho de evaluar la capacidad de un paciente no resulta extraño, difícil o complejo; esto es algo cotidiano y definitorio dentro de la especialidad; de hecho este acto o proceder es un instrumento de vital importancia a la hora de definir la conducta, manejo y tratamiento para con el paciente. Así, por ejemplo, el Síndrome Cerebral Orgánico Crónico con alteración de la Inteligencia, Subsíndrome Oligofrénico que nos lleva de la mano hacia el Retraso Mental de diferentes grados y el Subsíndrome Demencial que nos conduce a los diferentes tipos de Demencia, con una clara afectación de la capacidad mental del paciente.

Hay que tener también presente que un paciente puede cambiar del nivel de funcionamiento Neurótico (donde tiene juicio crítico y capacidad de decidir por sí) al Sicótico (donde perdió el contacto con la realidad, no tiene juicio, ni crítica de la enfermedad que sufre y por tanto no debe decidir por él). Estos trastornos, al ser diagnosticados, ya llevan implícito que el afectado no es capaz de tomar una decisión adecuada con respecto a su propia salud.

Para el médico tratante, que requiera evaluar la capacidad de un paciente, puede resultar de gran valor aplicar una Prueba de Kent modificada, que orientaría de forma general sobre la inteligencia del paciente (ver anexo); así como un Minimental, prueba sencilla que orienta de forma general sobre las capacidades cognitivas del paciente.

Adicionalmente a lo anterior, puede resultar un instrumento integrador o generalizador la Historia de la vida del paciente (de la que podrá obtener múltiples datos de valor, como su nivel escolar, nivel ocupacional, historia psicosexual, funcionamiento general previo, destrezas, habilidades, etc.) y la Historia Clínica General del mismo (buscando sobre todo enfermedades que pueden afectar la capacidad mental).

En aquellos casos en que, pese a seguir los pasos anteriores, resultara aún dudosa la capacidad del paciente, o aún sin existir duda alguna, el médico tratante lo considerara prudente, debe solicitar la valoración del Psiquiatra, el cual podrá realizar el Examen Mental Directo o Examen Psiquiátrico del enfermo, u otro proceder que considere necesario para concluir el caso.

Siempre que sea posible, el Psiquiatra debe limitar al máximo su paternalismo y permitir que el propio paciente tenga cierto grado de poder de decisión en la terapéutica (16) (17).

No se debe obviar el hecho de que la capacidad de un paciente puede variar en un corto periodo de tiempo, en ocasiones tan corto como días; variabilidad esta que depende fundamentalmente de su estado mental en el momento del examen. Por ende, resultaría muy atinado evaluar la capacidad de un paciente de forma periódica o continua o, lo que es lo mismo, cuantas veces exista dudas o sea necesario.

### **Pacientes incapaces:**

Cuando un paciente haya sido evaluado como incapaz para tomar sus propias decisiones, se hace necesario transferir dicho poder de tomar decisiones a un tercero, casi siempre un familiar cercano o, en caso de no existir familiar (cosa que debe ser corroborada por el médico), una persona cercana al paciente, ya sea este un amigo, compañero de trabajo o un vecino. A las decisiones tomadas por terceros suele llamárseles de sustitución o subrogadas; y las mismas deben responder siempre al criterio del mejor interés del paciente (18). Siempre que esté corroborada la incapacidad de éste, no podrá actuar con autonomía o poder de decisión, correspondiendo en este caso a su familia asumir la autonomía que él no es capaz de ejercer.

### **Principios de beneficencia, autonomía y justicia en psiquiatría:**

El especialista de Psiquiatría, siempre debe actuar con relación a sus pacientes, guiándose por el principio de *beneficencia*, es decir, hacer siempre lo mejor para el paciente; no obstante, el decidir con beneficencia respecto al enfermo, no implica de forma alguna que no se respete en la medida de lo posible, la autonomía del mismo (19). Sólo estaría justificado, desde el punto de vista bioético, actuar no respetando este principio cuando, por razones de *justicia*, el bien común es considerado de orden superior al individual y siempre que no afecte la dignidad del paciente; o cuando la ausencia de capacidad del mismo impida que actúe con autonomía.

Si un enfermo psiquiátrico presentara trastornos en su conducta, actos violentos o agresivos, que puedan resultar peligrosos, o tentativa homicida, que afecte o repercuta en terceras personas, el psiquiatra debe actuar de acuerdo con los principios de beneficencia (debe buscar el mejor tratamiento para el paciente) y de justicia (considerando el bien común como de orden superior al individual), lo que justificaría la utilización de un proceder de tratamiento con riesgos o incluso hasta con efectos adversos sobre el paciente, o el uso de la fuerza. El Psiquiatra siempre debe actuar, por razones de justicia, en beneficio de los familiares que sufren las consecuencias de la conducta del paciente (20).

## Particularidades del CI en la especialidad de psiquiatría:

Dadas las particularidades inherentes a esta especialidad, la misma demanda de un profesional altamente calificado y con un profundo sentir humano y bioético. Aquí el CI toma relevancia capital, sobre todo si se tienen en cuenta las características del enfermo mental que, con frecuencia, producto de su trastorno psiquiátrico, pierde su autonomía, su independencia y hasta su validismo, pudiendo necesitar de terceros para satisfacer sus necesidades básicas; que su capacidad de juicio muchas veces está perturbada o puede sufrir cuadros de profundidad psicótica, donde lo alucinatorio y lo delirante adquieren carácter de realidad indiscutible, incluso llegando a darle más importancia a estas vivencias patológicas que a la propia realidad en que vive.

Para lograr que un paciente con las características antes descritas vuelva a un estado lo más cercano posible a la normalidad, puede ser necesaria la utilización de potentes fármacos y tratamientos tan impactantes como la Terapia Electroconvulsivante con Anestésico y Relajante Muscular (TECAR) que, dado sus riesgos, requiere la obtención del CI (21). Existen países donde el Psiquiatra puede ser procesado penalmente por el delito de agresión si la práctica de esta técnica se realiza sin el CI; y puede también ser condenado por eventuales daños producidos al paciente.

También aparece formulado dentro de esta especialidad que, para realizar una indicación de Disulfiram (Antabuse) como tratamiento para la deshabitación de alcohólicos, se impone la necesidad de practicar el CI en los mismos; pues el objetivo perseguido en un tratamiento farmacológico con drogas aversivas, es lograr un reflejo disuasorio, a través del efecto psicológico del castigo; es decir que, cuando este paciente alcohólico, bajo tratamiento con Disulfiram, bebe una ínfima cantidad de alcohol, los síntomas que aparecen son tan desagradables (equivalen a un castigo), que lo obligan a interrumpir dicho consumo inmediatamente, creándose poco a poco un reflejo aversivo hacia el alcohol.

## Conclusiones:

1. El CI es una exigencia ética para el médico; y un derecho exigible y una clara manifestación de la autonomía para tomar decisiones, por parte del enfermo.

2. Una decisión es considerada autónoma cuando cumple las condiciones básicas de Información, Voluntariedad y Capacidad; de estas, la más compleja y difícil de valorar es la Capacidad del paciente.

3. La falta de capacidad dificulta la valoración crítica de la propia realidad del paciente e interfiere en el proceso racional de pensamiento para la toma de las decisiones.

4. La Prueba de Kent modificada y el Minimental, pueden resultar de gran valor a la hora de evaluar la capacidad de un paciente.

5. Siempre que un paciente sea evaluado como

incapaz, es necesario transferir dicho poder de tomar decisiones a un tercero.

6. Solo está justificado, desde el punto de vista bioético, a actuar no respetando el principio de la autonomía del paciente cuando, por razones de justicia, el bien común es considerado de orden superior al individual.

7. La Terapia Electroconvulsivante con Anestésico y Relajante Muscular (TECAR) y el tratamiento con Disulfiram, requieren la obtención obligatoria del CI.

## Referencias bibliográficas:

1. Bórquez G., Raineri B<sup>b</sup>, Bravo L<sup>a</sup>. The evaluation of decision making capacity in health care and its relationship to informed consent. *Rev Méd Chile* 2004; 132: 1243-1248
2. Declaración de Hawai. Asamblea general de la Asociación Mundial de Psiquiatría. 1983.
3. Declaración de Derechos del Paciente. Asociación Americana de Hospitales 6/1/1973.
4. Vidal Casero. MC La problemática del consentimiento informado. *CB* 33, 1<sup>o</sup> 1998, PP. 12-24.
5. Annas, GJ. Informed consent. *Ann Rev Med.* 1978. 29:9-14.
6. Laín Entralgo, P. La relación médico enfermo. Alianza Universidad, Madrid, 1983, pp. 238-260.
7. Sas Fojón, A: El consentimiento informado del enfermo. 1996; (3990):
8. Lorda PS. Capacidad o Competencia. En: *El Consentimiento Informado.* España: Triacastela; 2000; 337-8.
9. Drane J. Competency to give an Informed Consent. A model for Making Clinical Assessments. *JAMA* 2004; 252: 925-7.
10. White BC, Competence to Consent. Washington DC: Georgetown Univ. Press, 2006; 154-84.
11. Alexander MP. Clinical Determination of Mental Competent. *Arch Neurol* 2008; 45: 23-6.
12. Roth L, Meisel A, Lidz C. Tests of competency to Consent to Treatment. *Am J Psychiatry* 1977; 134: 279-84.
13. Appelbaum P, Roth L. Competency to Consent to Research. *A Psychiatric Overview.* *Arch Gen Psychiatry* 1982; 39: 951-8.
14. Kaplan K, Price M. The Clinician's Role in Competency Evaluations. *Gen Hosp Psychiatry* 1989; 11: 397-403.
15. Janofsky JS, McCarthy JS, Folstein MF. The Hopkins Competency Assessment Test: A Brief Method for Evaluating Patient's capacity to Give Informed Consent. *Hosp. Community Psychiatry* 1992; 43: 132-6.
16. Galvizu B, AE: Derechos Humanos y Psiquiatría en Cuba. En: *Bioética desde una perspectiva cubana,* Centro "Félix Varela", La Habana, 1997.
17. Beauchamp T, Childress J. El Respeto a la Autonomía. En: *Principios de Ética Biomédica.* Barcelona: Masson S.A; 1999; 113-72.
18. Buchanan A, Brock D. Deciding for others. The ethics of surrogate decision making. New York: Oxford Univ Press; 1989.
19. Macklins, R: Ethical principles. *Exp. Gerontol.* 1994. May-aug; 29 (3-4): 519-524.
20. Levine, RJ: Research in emergency situations. The role of deferred consent. *Jama.* 1995. Apr. 26; 273 (16): 1300-1302.
21. Lorda, PS. y col: El consentimiento informado en psiquiatría: un formulario escrito de consentimiento para terapia electroconvulsiva (TEC) o electroshock. *An. Psiquiatr.* 1992; 8 (7): 245-252.
22. Colegio Americano de Médicos, Manual de Ética, (1984)

<sup>1</sup> Doctor en Medicina. Especialista de 1er Grado en MGI y Psiquiatría. Master en Urgencias Médicas. Profesor Asistente de Psiquiatría. Profesor Principal de Psiquiatría FATESA. Jefe de Sala de Agudos de Psiquiatría del Hospital Universitario Dr. "Miguel Enríquez", ciudad de La Habana.