

# El consentimiento esclarecido: aportes del campo “Psi” a la clínica actual

María Lucrecia Rovaletti, Universidad de Buenos Aires – Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (UBA-CONICET), Argentina

**Resumen:** *Se intenta mostrar cómo el principio de autonomía puede transformar el ethos de los agentes de salud y con ello las prácticas contemporáneas. Este principio deja de lado una moral paternalista donde el “criterio profesional” decide la información a conocer y da paso a una moral autónoma de la persona razonable donde los individuos juegan un rol activo en la puesta del orden social. Pero la “autonomía”, debe entenderse en un sentido más amplio que el kantiano y no centrado ya en la “persona autónoma”, ese nivel más profundo y último, sino en el más periférico de las “elecciones” o “acciones autónomas”, considerando la competencia del sujeto de acuerdo a sus niveles mínimo, mediano y máximo (Drane). Si el modelo paternalista se basa en un “lógica determinista y causalista”, el modelo de la autonomía se adscribe a una “lógica de la probabilidad y estadística”. Con ello se postula ahora una “teoría de la decisión racional”, que nos enseña a cómo decidir en situaciones de “incertidumbre”, aunque sin llegar a la certeza. La decisión racional es la más probable y nadie puede exigir más. De este modo, la cuestión del consentimiento informado se abre a nuevas perspectivas, que deberá producir un cambio no sólo en la lógica de los equipos de salud, sino también en la de los mismos pacientes y en los conjuntos sociales. Finalmente, los aportes del campo «Psi» han contribuido a humanizar la relación terapeuta-paciente, profesional–usuario, investigador-investigado, en la medida que se plantea en ella también la dimensión inconsciente. Precisamente la noción de transferencia y contra-transferencia postulada por el psicoanálisis, posibilita evaluar la incidencia de estos vínculos y permiten disolver las transferencias negativas que pueden obstaculizar este espacio dialógico.*

**Palabras clave:** *autonomía, consentimiento esclarecido, clínica “Psi”, transferencia/contratransferencia, criterios de evaluación de la competencia*

**Abstract:** *This work tries to show how autonomy principle can turn ethos of health agent and, with it, of contemporary practices. This principle leave aside paternalistic moral. In that, “professional criterion” decides information to know and it leads to autonomous moral of reasonable person where individuals play an active role in made of social order. However, “autonomy” should be understood in a broader sense than a Kantian one. It shouldn’t be already focused on “autonomous person”, this level deeper and last, but on more peripheral level of “choices” and “autonomous actions”, considering subject competence according to minimum, medium and maximum levels (Drane). If paternalistic model is based on “deterministic and causal logic”, autonomy model is attached to the “probabilistic and statistical logic”. With that, it’s proposed now a “rational decision theory” that learns us how decide in “uncertainty” situations, but without arriving at certainty. Rational decision is the most probable one and nobody can ask more. In that way, the matter of informed consent is opened to new perspectives, which have to make a change not only in logic of health team, but also in logic of patients and of social groups. Lastly, psychodynamic psychology has helped to humanize dyadic relationships where the unconscious plays an important role such as those linking patient to therapist, client to professional and subject to researcher. Thus, the application to them of psychoanalytic mechanisms such as transference and countertransference can illuminate their nature and help to resolve any negative transference that may be obstructing their dialogical space.*

**Keywords:** *Autonomy, Clarified Consent, “Psy” Clinic, Transference/Countertransference, Evaluation Criteria of Competency*



## Del paternalismo a la autonomía

El descubrimiento de los valores morales ha estado condicionado por diversas circunstancias. Una de ellas es la ocupación o las prácticas que cada uno ejerce. Así mientras el *principio de beneficencia* se asociaba antiguamente a la profesión médica, el *principio de autonomía* tuvo un papel fundamental en la tradición jurídica.

Más aún, el *paternalismo* en tanto modelo de vida familiar sustentaba también las bases de otros ámbitos sociales, como la religión, la política. El *modelo liberal* en cambio surgía de la necesidad de controlar el poder del estado, y someterlo a normas jurídicas y éticas razonables.

Por otra parte, los condicionamientos históricos han hecho que el *principio de autonomía*, tuviera un reconocimiento más tardío que el de *beneficencia*, pudiéndoselo considerar como una característica definitoria de la modernidad (Gracia, 1989).

En efecto, para J. Stuart Mill, sólo una sociedad que respete las libertades civiles puede ser considerada moral. “Cada cual es el mejor guardián de su propia salud, sea física, mental o espiritual (Stuart Mill, 1985, pp. 41). Nadie puede ser coaccionado, salvo que se produzca un perjuicio para otros. Comienza aquí una distinción clara de la vida privada respecto de la vida pública.

Por eso, este pensamiento liberal hace de la privacidad el bastión de la moralidad y el respeto a ésta se convierte en criterio de justicia y de bondad de la vida pública. En el modelo liberal autonomista cada miembro de la comunidad es sujeto de derechos inalienables, es “agente, autor y actor de su propia vida” (Gracia, 1989, 144).

Frente a las morales naturalistas heterónomas, surge ahora una moral autónoma. J. Locke en 1690 al plantear los fundamentos de la moderna *Teoría de los Derechos Humanos*, produce un corte al paternalismo antiguo propio de la medicina. Posteriormente, la Declaración de Filadelfia de 1774, y la de la Asamblea Nacional Francesa de 1789, marcarán dos hitos fundamentales

A fines del S. XVIII, la ética liberal se traduce en el derecho a la *libertad de conciencia* (Kant), situando en primer plano al “principio de autonomía”, y con ello la distinción de la “moral pública” y la “moral privada”.

Un elemento importante en la evolución de este principio, lo constituyen las decisiones judiciales. Como bien dice Jay Katz (1980), “la información y el consentimiento... no tiene raíces históricas en la práctica médica. El derecho de los enfermos a ser informados y decidir autónomamente sobre su propio cuerpo les ha venido impuesto desde la justicia, y ha puesto en conflicto a los profesionales sanitarios, educados en una tradición totalmente ajena.

El Tribunal de Nuremberg (1946) al penalizar a médicos y administradores por las atrocidades cometidas en nombre de la “ciencia médica”, acuñará el concepto de “consentimiento voluntario”. Posteriormente en California, en un juicio de 1957, se introduce el término de “consentimiento informado”, donde la novedad reside en el derecho del enfermo a la calidad de *información* y en el *deber* del médico a revelarla. El Tribunal de Los Ángeles (1969) dictaminará qué debe revelarse para que una *persona razonable* pueda efectuar un juicio pleno con conocimiento de causa. Se inicia un giro de una moral paternalista (“criterio profesional” para dar la información) a una moral autónoma (“persona razonable”).

Finalmente la *Common Law* o tradición judicial con su preocupación por la “autonomía” de los pacientes, da paso a los *Statutory Law* o derechos constitucionales que complementan la tradición judicial. Nacen en USA los Códigos de *Derechos de los Enfermos*. Éstos plantean el derecho a *recibir información completa, necesaria y comprensible por parte del paciente o alguna persona cercana para el consentimiento adecuado, incluyendo los riesgos significativos y la probable duración de la incapacidad que tal práctica conlleva*. El paciente, a su vez tiene el derecho a rechazar el tratamiento en los límites permitidos por la ley y a ser informado por las consecuencias clínicas de su acción. Tiene también derecho a la confidencialidad del tratamiento, a una razonable continuidad y a rehusarse a ser parte de un ensayo clínico.

La Declaración Universal de los Derechos del Hombre (1948) y la Convención Europea para la Salvaguarda de los Derechos del Hombre y de las Libertades Fundamentales (1950), marcarán plenamente la actualidad del *principio de autonomía*. Precisamente el *informed consent*, constituye para M. S. Pernick<sup>1</sup>, la última etapa en el desarrollo bioético (1945-1972). Una “autonomía”, que debe entenderse ahora en un sentido más amplio que el kantiano y no centrado ya -según R. R. Faden & T. L. Beauchamp (1986) - en ese nivel más profundo y último de la “persona autónoma”, sino en el más periférico de las “elecciones” o “acciones autónomas”, considerando la *competencia* del sujeto de acuerdo a sus niveles mínimo, mediano y máximo (Drane).

Como señalan Ferrer y Álvarez (2003), hay que distinguir entre *autonomía moral* y *autonomía práctica*. La primera reside en la capacidad que todo ser humano tiene de proponerse fines y de proyectarse hacia el futuro. La segunda indica a la capacidad de *elegir prácticamente*, aquí y ahora entre determinados bienes o determinados cursos de acción que se ofrecen, que puede variar según la biografía o circunstancias fisiológicas (comatoso, dormido, ebrio...). Finalmente, en el *principio ético de respeto por la autonomía* se considera la obligación de aceptar y honrar las decisiones autónomas de las personas, por eso también se lo denomina como *principio de respeto a las decisiones autónomas*. Pero *respetar* aquí no indica una actitud pasiva de no interferencia, sino que exige acciones en favor de la autonomía de los demás<sup>2</sup>.

Al elegir las personas su propio sistema de valores, están determinando sus proyectos de vida, su ideal de felicidad y de perfección. En una palabra, están definiendo lo que es *beneficiante* para ellas.

En este sentido, al postular una “teoría de la decisión racional” que nos enseña a cómo decidir en situaciones de “incertidumbre” aunque sin llegar a la certeza, el *modelo de la autonomía* se adscribe a una “lógica de la probabilidad y estadística”. La decisión racional es *la más probable, la más razonable y nadie puede exigir más*<sup>3</sup>. De este modo, la cuestión del *consentimiento informado* abre nuevas perspectivas, que deberá producir cambios no sólo en la lógica de los *equipos de salud*, sino también en la de los mismos *pacientes* y en los *conjuntos sociales*. Por el contrario, el *modelo paternalista* se sostiene más bien en una “lógica determinista y causalista” (Gracia, 1989).

Pareciera aquí hacerse presentes dos modelos opuestos. Uno que se rige por el principio de *autonomía* donde cada miembro de la comunidad es sujeto de los derechos inalienables, y otro por el principio de *beneficencia*. Sin embargo, más que oponer y optar por uno de estos dos modelos, es preciso conjugar un tercero que incluya el *principio de la justicia*, como es el modelo de la *solidaridad*.

En este sentido, la realidad latinoamericana y la de los países en desarrollo vienen exigiendo una *ética* de orientación *social*, con una acentuación en el bien común y la justicia, antes que en los derechos individuales y las virtudes personales, propias de la tradición moderna y clásica de la moralidad respectivamente.

## De la autonomía al consentimiento

Ha sido en el campo de la medicina donde el consentimiento informado se planteara inicialmente. Los vínculos autoritarios y protectores del *paternalismo* dejan lugar al reconocimiento de la *autonomía* de las personas. A pesar de ello, los médicos se sienten sospechados ante estas defi-

<sup>1</sup> Este autor plantea tres etapas, fundadas en tres figuras jurídicas: *malpractice* (negligencia profesional e impericia, 1780-1890), *battery* (agresión o coacción técnica, 1890-1920), e *informed consent* (1945-1972).

<sup>2</sup> Se trata de una autonomía que presenta claramente dos límites, por una parte la *capacidad* y *competencia* de los seres morales para ejercer dicha autonomía y por otra el *daño transitivo*, es decir el daño a otros seres o entes (seres morales, seres naturales, propiedades, ecosistema, etc.).

<sup>3</sup> Por ello, la importancia de los *Protocolos de Evaluación para la toma de decisiones en ética clínica*.

niciones negativas de su actividad, sosteniendo a menudo conductas defensivas y evitando hacer una reflexión sobre sus prácticas y los cambios acaecidos en ellas.

Actualmente, los nuevos y complejos desarrollos de la medicina obligan a decidir constantemente entre diversas alternativas, de allí la importancia del consentimiento *esclarecido*, tanto en el tratamiento como en la hospitalización y en la investigación biomédica.

Si bien semánticamente *consentir* tiene un matiz de reserva pasiva tanto en el orden del pensamiento como en el de la acción, en el campo sanitario al contrario indica una aceptación activa, es decir un acuerdo consciente y voluntario, una aprobación plena y total, emitida sin reserva a los cuidados propuestos por el profesional que se suponen de calidad. El consentimiento *libre y esclarecido* por parte del paciente o usuario, supone por parte del agente la entrega de *información* suficiente sobre la naturaleza y las consecuencias del acto o de los actos a realizar.

Hablar además de consentimiento *libre*, implica jurídicamente que el sujeto es capaz de discernir aquello que él/ella quiere sin ser inducido en su decisión por presiones exteriores, pero también indica un sujeto capacitado, lo cual excluye a los menores y a los mayores protegidos. Ahora bien, en la mayoría de los países la capacidad de aceptar y comprender ciertos cuidados a nivel sanitario, no supone un estricto paralelismo con la capacidad civil: la mayoría médica, es casi siempre más precoz que la mayoría civil, dependiendo de las leyes de cada país.

El régimen del *consentimiento informado* surge en USA, a partir de la antigua doctrina del *consentimiento simple* que permitía demandar al médico que no revelara la naturaleza de las intervenciones médicas o quirúrgicas que tenía la intención de emprender.

Si en los países anglosajones se habla de *consentimiento informado*, en los europeos el término *esclarecido* indica la comprensión de tal información; una información que se exige que sea “simple, aproximativa, inteligible y leal”. El sistema norteamericano radicaliza estas nociones hasta hablar del derecho del paciente a una información *completa* y al libre acceso a la misma: la historia clínica deviene ahora un bien cuya propiedad se disputan jurídicamente tanto el médico como el paciente que termina deteriorando la relación entre ambos.

En Europa por el contrario, el médico conserva el derecho de seleccionar los datos a transmitir en función de su conciencia profesional; puede elegir entonces el momento más oportuno, el momento más accesible, y regular la progresión de su mensaje según las reacciones clínicamente observadas en su paciente, de no ser así podrían ser perjudiciales a la salud o a la vida del enfermo. Un buen mensaje transmitido en un mal momento se convierte en un mal mensaje. Toda comunicación de una información se da en el ámbito de ese coloquio singular propio de la relación profesional-paciente que puede extenderse a veces a la familia.

En resumen, si un enfermo busca conocer con mayor amplitud sobre la intervención propuesta, el profesional de salud deberá responderle pero siempre en un contexto de demanda mutua y respeto personal. En el caso que el médico retenga una información que debiera normalmente ser dada al paciente, deberá justificar esta abstención de manera rigurosa, dado el principio ético-jurídico que otorga al enfermo el *derecho a la información*.

Finalmente, un consentimiento para que sea válido requiere por parte del paciente la *capacidad de consentir*, y para ello se han elaborado diversos criterios de competencia como veremos luego.

En este sentido, el *derecho a rechazar el tratamiento* es la consecuencia última de la doctrina del *consentimiento esclarecido*. Al respecto, Appelbaun (1988) identifica aquí dos concepciones distintas según se trate del *modelo clínico* o del *modelo jurídico*. En el primer caso, es el médico sólo o con el recurso de un segundo médico independiente determina si el tratamiento debe ser administrado o no. En el segundo caso, interviene el paciente en virtud de su competencia y cuando ello no es posible, puede decidirlo no sólo el médico sino también el juez, como sería el caso de una posible hospitalización.

En Estados Unidos, al seguirse las directivas del segundo modelo, todo paciente hospitalizado con plenitud o sin consentimiento tiene el derecho a rechazar un tratamiento psicotrópico fuera de una situación de urgencia, salvo que haya sido juzgado incapaz o “incompetente” por una corte de justicia; de este modo sólo un juez puede ordenar una medicación antipsicótica a un paciente psicótico reconocido como “incompetente”. Aquí la psiquiatría se encuentra en una situación paradójica: el médico puede intervenir para hacer internar un enfermo mental en crisis de gravedad y que rechaza la hospitalización, pero no puede tratarlo psicofarmacológicamente para restaurar su salud mental, si él se opone a ello y debe esperar la decisión del juez.

El segundo modelo, se presenta más acorde con la clínica diaria, en la medida que un segundo aviso a la justicia por parte del médico permite tomar en cuenta las objeciones del paciente y permitir una negociación fructuosa. El proceso jurídico sin embargo, constituye fuente de demora, a veces de semanas, lo cual es incompatible con el estado del enfermo, y termina en una situación donde las partes confrontan en lugar de aliarse.

### Alegatos para un retorno a la clínica

Indudablemente en la clínica psicológica y psiquiátrica existen algunas dificultades para articular la *legalidad* de las obligaciones que impone la obtención de un consentimiento y la *legitimidad* de los argumentos clínicos que conducen a ser más flexibles. Sin embargo, esto no libera al terapeuta de sus obligaciones morales y deontológicas respecto al consentimiento libre e informado. Más aún, los elementos transferenciales y sus contrapesos legales obligan al profesional a particularizar diferentes conceptos de información, de comprensión y de consentimiento.

Desde una perspectiva ética, las normativas respecto al consentimiento han de ser comprendidas y elaboradas en función de la clínica de cada disciplina y la particularidad de cada paciente. La Clínica “Psi” constituye un espacio complejo, con diversas referencias teóricas y prácticas y con el entretrejo de diferentes vínculos, está asociada además a diversas tramas disciplinarias. Su campo específico no es homogéneo sino que atiende a comportamientos muy diferentes, desde patologías neuróticas hasta psicóticas, lo cual no permite una aprehensión unívoca del concepto de “consentimiento esclarecido” e “informado”.

Si bien el *consentimiento* pareciera ser un concepto jurídicamente simple, se mueve en registros muy diferentes pero complementarios. No se trata de un acto preciso de consentir o rechazar, sino una serie de estados intermedios donde el consentimiento no puede ser sino parcial y evolutivo, y esto por dos razones. En primer lugar, porque el paciente no pasa de no-consentimiento al consentimiento total. En segundo, porque un paciente que sufre no puede consentir inmediatamente sino luego de un proceso donde va aceptando todos los datos y las consecuencias que su estado implica en términos de cuidados. Nunca se tiene un acceso inmediato al diagnóstico, a la gravedad o al pronóstico.

Pero además, hay que considerar que se dan distintas situaciones entre un paciente a otro, o en el mismo paciente en un momento u otro. Más aún, cuenta también la presencia de un “tercero” – tutor o representante - cuando el paciente no le es posible *consentir*, lo cual supone integrar un conjunto de relaciones privilegiadas, especialmente las familiares. Aquí tampoco la situación es reducible a la alternativa de consentir o no, ya que se dan etapas intermedias entre la autonomía y la completa dependencia a un tercero.

Por eso, más que hablar de consentimiento en términos unívocos, es preciso referirse a *tipos posibles de consentimiento* como:

- Consentimiento obligatorio y escrito en investigaciones biomédicas o cuando el paciente es incapaz para hacer un contrato.
- Consentimiento explícito y oral en casos de rutina
- Consentimiento implícito en casos de urgencia o de tratamientos de largo plazo.
- Consentimiento parcial

- Consentimiento imposible, cuando hay problemas en el curso del pensamiento, en las capacidades de razonamiento, en el juicio y la comprensión. El nivel de alienación limita e incluso prohíbe toda posibilidad de consentimiento. Los mecanismos de defensa en los trastornos psicopatológicos graves, (negación, desconfianza o proyección paranoica, convicción delirante...) juegan un rol prevalente que impiden expresar un consentimiento. También hay deficiencias intelectuales adquiridas (Alzheimer) o congénitas (oligofrenia), trastornos del curso del pensamiento (esquizofrenia) o convicción delirante (paranoia) que impiden consentir en ciertas situaciones.

Ahora bien, la clínica requiere no sólo atender al funcionamiento psíquico del paciente, sino repensar también la calidad misma del *vínculo* cuidador-cuidado. Precisamente, previo al consentimiento oral y escrito, se da una relación humana compleja e intrincada donde hay que abordar el funcionamiento psíquico *intrasubjetivo* pero también *intersubjetivo*. Aunque las normativas legales se dirijan al sujeto en términos de un cuerpo autónomo y de un pensamiento siempre racional, éstas no pueden dar cuenta de ese aspecto fundamental del proceso del consentimiento, donde participa el plano del inconsciente. Por eso, considerar al consentimiento como una adhesión coherente a una información pragmática, es no tener en cuenta cómo cada uno puede llegar a elaborar psíquicamente ciertos eventos, qué fantasías y mecanismos de defensa se juegan en esos momentos.

El consentimiento del sujeto no puede estar totalmente contenido en el espacio impersonal del derecho, sino que debe ser concebido como un proceso variable en función de la situación relacional y de su historia (Lachaux et al., 1998, pp. 820).

## El consentimiento como tarea dinámica

Los aportes del campo « Psi » han contribuido a humanizar la relación terapeuta-paciente, profesional – usuario, investigador-investigado, en la medida que se plantea en ella también la dimensión inconsciente. El *estatuto ético del Inconsciente*, hace posible instalar la verdad de ciertas conductas y actitudes opacas a la conciencia.

Precisamente la noción de transferencia y contra-transferencia postulada por el psicoanálisis, posibilita evaluar la incidencia de estos vínculos y permiten disolver las transferencias negativas que pueden obstaculizar este espacio dialógico. Se trata entonces de reconocer las resistencias, interpretarlas y ayudar a elaborarlas.

Más aún, la entrevista puede movilizar ansiedades y angustias inconscientes, pudiéndose generar un clima de temor que coloquen al sujeto en actitud de sumisión y desvalorización, en especial cuando se trata de grupos vulnerables, o de gran asimetría. De este modo, se inviste a la figura del médico, terapeuta, profesional de una fuerte autoridad, de un poder que le otorga un dominio, que puede favorecer en éste ciertas conductas de supremacía y hasta de un cierto sadismo.

También en las entrevistas pueden mobilizarse ansiedades paranoides ante lo desconocido y ante ese otro que abre esos nuevos espacios, por ello la importancia de una relación dialógica y confidencial que pueda disiparlas.

Por otra parte, las condiciones personales, socio-culturales y económicas de vulnerabilidad obligan a desmitificar la idea de un sujeto esencialmente racional, autoconsciente, autodeterminado y gobernado por sus propias leyes que parece sostener a veces la noción de “consentimientos informado”.

La capacidad de consentir no es una capacidad física, permanente e intrínseca del paciente, sino que está ligada a su situación relacional, a su historia personal y de un modo más amplio a la interlocución. El consentimiento es una tarea dinámica, resultado de un proceso por etapas: la de la información, la de la armonía para la comprensión y la del acuerdo para la adhesión.

No existen consentimientos totalmente libres de apremios y dependencias. Las situaciones de cuidado no son situaciones totalmente de igualdad. El límite entre lo normal y lo patológico es progresivo, sutil, cualitativa y cuantitativamente.

De la adhesión automática, a una adhesión sacrificial del enfermo a “su” médico, al consentimiento consciente explícito, intencional, hay toda una serie de actitudes que pueden darse en el ejercicio cotidiano, desde una aceptación mínima hasta el sometimiento total.

Cuando el dispositivo médico-jurídico del consentimiento se dirige a un sujeto racional y consciente, no hay otro problema sino el intercambio de información y decisiones. En cambio, en el sujeto barrado por esa otra escena descubierta por Freud bajo el nombre de inconsciente, se desarrolla un espiral infinito de deseos y reina la actividad fantasmática. Precisamente desde este lugar es que puede brotar la amenaza del pasaje al acto si al paciente nada le es propuesto para representar, y por ello mismo contener o poner a distancia aquello que viene de esa otra escena.

Dirigirse al sujeto objetivamente en términos de información, de comprensión, de adhesión y de decisión es empujarlo a un cortocircuito: bajo la cobertura de un consentimiento libre y esclarecido por una información objetiva a veces cegadora, el sujeto es abandonado a sus fantasmas. Negar esta división estructural induce al manejo de mecanismos de clivajes, como lo muestran sintomáticamente los numerosos accidentes somáticos, los actos fallidos o los pasajes al acto, donde la respuesta “racional” del paciente corre el peligro de desdoblarse en los síntomas ya citados, testimonio del retorno de la división subjetiva reprimida.

Ahora bien, si ya nadie pone en duda la transferencia interpersonal profesional-paciente, sin embargo no se tiene en cuenta aún la transferencia de objeto. En efecto, el objeto terapéutico medicamentoso (el fármaco) o el institucional constituyen también un objeto de transferencia que el hombre entreteje con la medicina moderna, transferencia que es preciso situarla a un nivel mucho más arcaico que aquella que se vincula con el profesional. Después del medicamento, la institución es un segundo ejemplo de objeto terapéutico cuyo carácter ambivalente no puede ser dejado de lado, puesto que ella protege y cuida pero también enferma.

La evolución histórica del cuidado institucional de los enfermos mentales confirma esta perspectiva. A fines del Siglo XIX, el aislamiento era buscado como necesario en el primer paso para permitir luego instaurar el tratamiento moral. Los alienistas de esa época buscaban obtener del enfermo el estado de dependencia, para proponerle luego soportes identificatorios. Actualmente la situación es muy diferente, el objetivo terapéutico principal es luchar contra el desarrollo intramuros de una cronicidad imputable a la institución.

## **La capacidad de consentir**

La cuestión del consentimiento se plantea en el campo “psi” de modo radical, pues el psiquismo del paciente es objeto de cuidado y el medio con el cual el sujeto puede o no puede consentir este cuidado. En efecto, la persona que se presenta a un tratamiento, a una investigación, opera en este acto con un psiquismo que es justamente objeto de cuidado o de investigación.

Sin embargo, un trastorno o un problema psíquico no implica automáticamente una abolición total de la capacidad del consentimiento. El enfermo no es forzosamente incompetente para todo y puede guardar “aires específicos de competencia” en los cuales su consentimiento sea válido. Hay una distancia entre un sujeto temporariamente o parcialmente eclipsado y la sistematización de una conducta razonable para su mejor interés.

Ahora bien, para abordar aquí la cuestión del proceso del consentimiento en general, y más específicamente de las personas con esquizofrenia para tomar un ejemplo, se han planteado tres vías: una cognitiva que se apoya sobre la comprensión de la información, otra más psicológica que se interesa en la implicación del paciente mismo, y una tercera respecto al entorno socio-familiar y terapéutico.

### A. *La comprensión de la información:*

Si bien la literatura científica concuerda que el consentimiento no es posible sin información, y la jurisprudencia lo califica como “simple, aproximativo, inteligible y legal”, sin embargo la valoración que se hace de la capacidad del paciente para comprender y hacer uso de la información dada y tomar una decisión no es unívoca. En efecto, intervienen además temáticas como la conciencia de los problemas (*insight*), las motivaciones racionales o irracionales, la capacidad general o específica de comprensión, y la responsabilidad.

Para ello se han elaborado *criterios de capacidad* o *test de competencia*, como los de la Nouvelle –Ecosse (1967), los de Roth y Meisel (1977), y aquellos de Helmchem (1942), como señala Walter (1998):

#### *Criterios de la Nouvelle –Ecosse (Canadá):*

- ¿El paciente comprende la enfermedad o el estado por el cual se le propone el tratamiento?
- ¿El paciente comprende la naturaleza y el fin del tratamiento propuesto?
- ¿El paciente comprende los riesgos que corre al emprender el tratamiento?
- ¿El paciente comprende los riesgos que corre al no emprender el tratamiento?
- ¿El estado del enfermo interfiere con su capacidad de consentir?

#### *Criterios de Roth y Meisel (USA):*

- Un primer criterio se refiere a la capacidad del paciente para manifestar una elección. Aquí no se toma en cuenta la cualidad de decisión sino la presencia o ausencia de decisión. Será competente el paciente que manifieste una preferencia por o en contra de un tratamiento.
- Un segundo criterio reside en la capacidad del individuo a hacer una elección “aceptable”, es decir, a tomar una decisión que de un modo u otro sería casi congruente con la decisión que una persona “razonable” habría tomado en la misma circunstancia.
- Un tercer criterio implica que la elección se fundara en razones razonables.
- Otro criterio aceptan que son posibles elecciones y consentimientos que se sostienen desde una capacidad de comprensión mínima, respecto a riesgos, beneficios y alternativas al tratamiento propuesto así como a su rechazo. Esta capacidad de comprensión puede ser explorada y evaluada por una serie de auto y hétéro-cuestionarios.

Aunque estos dos tipos de criterios no tienen un valor jurídico, han permitido a los profesionales *psi* tener una idea de la capacidad del paciente para consentir de manera esclarecida.

#### *Criterios de Helmchel (Alemania):*

Se distinguen varios componentes en el proceso del consentimiento, como el uso de distintas posibilidades de elección, la comprensión y uso de la información, la conciencia de enfermedad, y la toma de decisión efectiva, y cada uno de éstos depende del tipo de cuadro clínico. Así mientras la ambivalencia psicótica altera las capacidades de elección, la demencia hace problemática la comprensión de la información, y el delirio y la alucinación pervierten la utilización de la información.

Desde una óptica cognitivista, las nociones de información y de comprensión de la información están en el centro de la evaluación de la capacidad de consentir. Irwin (1985) buscó alcanzar el consentimiento esclarecido con la ayuda de muchos cuestionarios, al explorar a 47 pacientes con psicosis (2/3 pacientes tenían esquizofrenia). Mientras el 87% de éstos pensaban que habían comprendido la información, los test objetivos desconfirmaban esta tendencia y



cifraban en 74% las dificultades de comprensión. Por eso, el autor concluyó que el consentimiento finalmente tiene poco que ver con la comprensión de la información.

Sin embargo, es interesante remarcar esta discordancia entre la aproximación subjetiva y objetiva de la comprensión de la información, que se da tanto en las baterías de test objetivos como en una serie de cuestiones calificadas como objetivas, permite explorar las “razones” que daban los pacientes respeto de su hospitalización o de su tratamiento con neurolépticos.

### **B. Implicación subjetiva e impacto emocional**

Se trata de una segunda manera de abordar el proceso del consentimiento que es complementario al primero: es la *significación* que el consentimiento tiene para el paciente con psicosis.

La transferencia que se sitúa tanto en el dominio de la neurosis como de la psicosis está ligada a la función del sujeto supuesto del saber, y para el psicótico esta función se articula de modo diferente que en la persona con neurosis. En efecto, el paciente con psicosis no viene a interrogar a este sujeto, del cual es portador en su inconsciente. Él recibe un saber constituido y presenta la paradoja de un testimonio de su certeza, más exactamente, de un testimonio de su propio testimonio. Sin embargo en el seno mismo de la psicosis las proporciones subjetivas difieren. Quien padece paranoia no duda que todo se dirige hacia él, esta certeza es compatible al menos al inicio, con la perplejidad en cuanto a saber esto que se quiere de él, esto que deja en cada uno la originalidad de su creación delirante.

Diferente es el caso de la esquizofrenia para quien nada se presenta como enigma pues en ningún momento aparece la figura que oponiéndose al sujeto le demandaría oponerse a su voluntad. Aún si está alucinado, él no se cuestiona el lugar de donde viene esto que él escucha y el porqué de este fenómeno.

En la paranoia, en cambio, hay un movimiento centrípeto cuyo motor es el narcisismo: según sus interpretaciones todos lo miran, le hablan, se vuelven a él. En la esquizofrenia, al contrario, se observa más bien un movimiento centrífugo. En el delirio se agitan, esparcidas y caóticas, las cosas que parecen sin relación con el sujeto, por lo cual es llevado a preguntarse en qué está comprometido él en esto que él expone. De hecho, él está comprometido pero con un funcionamiento autoerótico en el cual él no es sujeto sino objeto.

En este cuadro transferencial específico, se comprende mejor que el esfuerzo de información y de investigación del consentimiento, pueda revestir de una significación singular según sea el tipo de paciente con psicosis.

Queda por definir ahora, cómo explorar esta *significación subjetiva del proceso de consentimiento*. Para ello son viables dos posibilidades. La primera consiste en elaborar a partir de ciertos conceptos psicoanalíticos y éticos, cuestionarios que puedan evaluar por ejemplo la dinámica transferencial del paciente, pero también su relación al saber (Kress, 1994), su relación a los ideales y su relación al otro (en particular la textura del vínculo social), así como el registro ético de su relación con los valores. La segunda, más clínica, viene a establecer uno o más historiales que detallen no solamente la psicopatología del paciente, sino la situación relacional en la cual el consentimiento se vuelve problemático así como la historia de esta relación.

### **C. Participación del entorno en el consentimiento**

Existen situaciones donde no es posible para el sujeto poder expresar su consentimiento, y sin embargo se impone tomar una decisión: es el consentimiento implícito (o impuesto) del sujeto a una decisión tomada explícitamente por otros.

Indudablemente, hay una lógica al privilegiar a la familia para dar el consentimiento, ya que se considera la más apta para detentar datos fundamentales como la historia del paciente, sus elecciones y convicciones. Sin embargo, a veces el funcionamiento psicológico y sistémico del grupo familiar puede traer distorsiones en la pertinencia y en la beneficencia del consenti-

miento dado, ya que las motivaciones conscientes e inconscientes pueden a veces complicar más la evaluación y su licitud.

¿Cómo decidir entonces cuando no hay un interlocutor definido? El profesional, al encontrarse con situaciones que exceden el campo de la clínica, ha de interpelar a otros representantes del cuerpo social desde amigos, personal social, organizaciones, tutelas, curadores... para que puedan funcionar como representante suyo.

Por otra parte, también en el ámbito terapéutico cada integrante del equipo de salud, participa del consentimiento al ofrecer la información requerida, comprometiéndose con ello en un *espacio de co-responsabilidad*.

En este sentido, el consentimiento deviene testimonio de una relación inter-individual que se inscribe en la historia personal y social de cada uno de los interlocutores. Por eso, es importante favorecer la palabra más que acentuar el documento escrito, dar lugar a un encuentro personalizado más que plantear objetivamente la información.

En síntesis. La literatura científica en general, suele presentar el tema del consentimiento desde una *ética de la prescripción* a través del punto de vista jurídico, dejando de lado el contenido *ético de la relación*, su *significado* y su *sentido*, olvidando que la relación terapéutica no es un accesorio casual a una actividad prescriptiva formalizada.

La elección de un tratamiento no está nunca dictada pura y simplemente por consideraciones de orden científico. Implica una concepción del bien, o por lo menos de lo que es bueno para esa persona, de lo que vale y de lo que es obligatorio. (Lachaux et al., 1998, pp. 38)

## REFERENCIAS

- Appelbaum P.S. (1988). "The right to refuse treatment with antipsychotic medications: retrospect and prospect". *American Journal of Psychiatry*, 145(4), 413-419.
- Appelbaum, P. S, Lidz, Ch. B. & Meisel, A. (1987). *Informed consent. Legal theory and Clinical Practice*. New York: Oxford University Press.
- Baca, E, y Lázaro, J. (ed.) (2003). *Hechos y valores en psiquiatría*. Madrid: Triacastella.
- Bloch, S., Chodoff, P. y Green, S. (eds). (2001) *La ética en psiquiatría*. Madrid: Triacastella. Se tienen en cuenta: Musto, D. "Perspectiva histórica" (pp. 19-34); Beauchamp, T. "Los fundamentos filosóficos de la ética en psiquiatría" (pp. 35-56).
- Couceiro, A. (ed.) (1999). *Bioética para clínicos*. Madrid: Triacastella. Se tiene en cuenta el Cap. II: "La relación clínica y el consentimiento informado" que comprende: Gracia, D. "La práctica de la medicina" (pp. 95-108); Emanuel, E. y Emanuel, L.: "Cuatro modelos de la relación médico paciente" (pp. 109-126); Soriguer Escofet, F. J-C. "Cuando el médico decide por el paciente" (pp. 127-132); Lorda, P.S. "El consentimiento informado y la participación del enfermo en las relaciones sanitarias" (pp. 133-144); Broggi, M. A. "Algunas proposiciones sobre el proceso de la información clínica y el consentimiento informado" (pp. 145-150); Lidz, Ch. W., Appelbaum P.S., y Meisel, A. "Dos modelos para la aplicación del consentimiento informado" (pp. 151-162); Drane, J. "Las múltiples caras de la competencia" (pp. 163-176).
- Fadden, R. R & Beauchamp. T. L. (1986). *A History and Theory of Informed Consent*. New York: Oxford University Press.
- Ferrer, J. J. y Álvarez, J.C. (2003). *Para fundamentar la bioética. Teorías y paradigmas teóricos en la bioética contemporánea* Madrid: Publicaciones de la Universidad de Comillas.
- França- Tarragó, O.: *Manual de Psicoética. Ética para Psicólogos y Psiquiatras* (2012). Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Gracia Guillén, D. (1986). "Los derechos de los enfermos", en Javier Gafo (ed.): *Dilemas éticos de la Medicina Actual*. Madrid: Publicaciones de la Universidad de Comillas; (1991) *Fundamentos de Bioética*, Madrid: Eudema; (1991) *Procedimientos de Ética Clínica*. Madrid: Eudema Universidad.
- Helmchen,-H. (1990). "The unsolved problem of informed consent in dementia research", *Psychiatria-Fennica* (21), 163-173
- Hottois, G. et al. (eds.) (2001). *Nouvelle encyclopédie de la Bioéthique; Médecine, Environnement, Biotechnologie*. Bruxelles: De Boeck Université.
- Irwin, M., Lovitz A., Marder S.R., Mintz, J., Winslade, W.J., Van Putten, T., Mills, M. J. (1985). "Psychotic Patient's Understanding of Informed Consent". *American Journal of Psychiatry*, 142(11), 1351-1354
- Katz, Jay (1980). "Disclosure and Consent in Psychiatric Practice: Mission Impossible?" En Ch. K. Hofling (ed.). *Law and Ethics in the Practice of Psychiatry* (pp. 91-115). New York: Bruner/Mazel.
- Kjellin, L.; Westrin, Cl. G.; Eriksson, K.; Axelsson-Ostman, M.; et al (1993). "Coercion in psychiatric care: Problems of medical ethics in a comprehensive empirical study. Special Issue: Coercion in mental health care". *Behavioral-Sciences-and-the-Law* 11(3), 323-334
- Kress, J.J. (1994). "Quelle est la place du consentement éclairé du patient dans le traitement neuroleptique?". En *Conference et Consensus: Textes des Experts, Strategies thérapeutiques à long terme dans les psychoses schizophréniques* (pp. 201-208). Paris: Ed. Frison-Roche.

- Lachaux, B.; Morasz, L.; Grison-Curinier, J.; Pasi-Delay, P. y Bourdery, D. (1988). "Pour un abord clinique du consentement; ou au-delà du "Miroir brisé d'Esculape"", *L'Information Psychiatrique*, 74(8), 815-826.
- Locke, J. (1969). *Ensayos sobre el gobierno civil*. Madrid, Aguilar.
- Martínez, M. del C. (2002). "Ética y Psiquiatría", en Ferrer, J. J. y Martínez J. L. (eds.), *Bioética: un diálogo plural; Homenaje a Javier Gafo Fernández* (pp. 453-463). Madrid: Publicaciones de la Universidad de Comillas.
- Pernick, M.S. (1982). "The Patient's Role in Medical Decision Making: A Social History of Informed Consent in Medical Therapy", Problems Commission for Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, Making Health Care Decisions: the Ethical and Legal Implications of Informed Consent in the Patient Practitioner Relationship (pp. 1-35), vol. 3, Washington, U.S.: Government Printing Office; (1986). *History and Theory of Informed Consent*, New York: Oxford University Press.
- Rosenbaum, Max (1985). *Ética y valores en Psicoterapia*. México: FCE.
- Rovaletti, M. L. (2007). "¿Es posible pensar una Psico-ética?". *Vertex*, XVIII (75), 370-375.
- Rovaletti, M.L (ed.) (1995). *Ética y psicoterapia*. Bs. As.: Biblos.
- Simon-Lorda,-David; Simon-Lorda,-P.; Rodríguez-Lopez,-A.; Concheiro-Carro,-L. (1992) "El consentimiento informado en psiquiatría: un formulario escrito de consentimiento para terapia electroconvulsiva (TEC) o electroshock", *Anales-de-Psiquiatría* 8(7), 245-252.
- Stuart Mill, J. (1985) *Sobre la libertad*. Barcelona: Orbis.
- Thomasma, D.C. (1993). "Reflections on the offspring's ethical role in decisions for incompetent patients: A response to Sonnenblick, Friedlander, and Steinberg", *Journal-of-the-American-Geriatrics-Society* 41(6), 684-686.
- Walter, M. (1998). "Evaluation du processus de consentement chez le patient schizophrène: aspects théoriques et methodologiques, *L'Évolution Psychiatrique* 63(8), 451-470.

## SOBRE LA AUTORA

**María Lucrecia Rovaletti:** Profesora Emérita de la Universidad de Buenos Aires e Investigador Principal del Consejo de Investigaciones Científicas y Técnicas. Investigador-Docente categoría "I". Doctora en Filosofía (1977). Docente Autorizada en Medicina (2001-2002, áreas Antropología Médica, Bioética y Salud Mental). Licenciada en Psicología (1981). Ha dictado como Catedrática "Psicología Fenomenológica", "Antropología Médica", "Bioética" y "Psicología, Ética y Derechos Humanos". Curso de postgrado en el país y en el extranjero. Especialidades: Bioética y Psicoética, Humanidades Médicas. Filosofía de la Medicina, Psico(patolo)gía Fenomenológica.