

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PSIQUIATRÍA

GILBERTO A. GAMBOA BERNAL

Presidente de la Academia de Bioética de Santiago de Cali
Profesor de Ética de la Universidad del Valle

I. INTRODUCCIÓN

El ejercicio de la medicina desde tiempos ancestrales ha combinado el arte y la ciencia. Desde los más remotos albores de la medicina, es indudable que predominó lo primero, y muchas veces en forma de magia o superstición. Con el paso de los años, el conocimiento del cuerpo humano, la influencia que sobre él tiene el medio ambiente, el uso de recursos terapéuticos y los descubrimientos de entes patógenos, drogas, instrumentos y procedimientos, han hecho que la medicina tenga cada vez más de ciencia que de arte.

Sin embargo, la medicina pretécnica ha pervivido a lo largo de los siglos, aportando no solo algunas prácticas, sino también unas actitudes mentales que han servido de raíz para el frondoso árbol de la medicina de occidente. Y son precisamente esas actitudes mentales las que le han dado contenido al arte de la medicina, que no se puede perder por ningún motivo, ni siquiera por el avance tecnológico y científico, tan propio de la medicina contemporánea.

Para que esto no ocurra, en la actividad del médico y del personal sanitario, cuando esta es éticamente correcta, han de existir siempre unas constantes: la voluntad de ayuda por parte del médico, que se manifiesta como asistencia inmediata o como consejo a distancia. Esta ayuda ha de articular al menos tres dimensiones, una empírica (un puro "saber hacer algo"), otra racional (saber o interpretar qué es lo que se está haciendo) y otra creencial (creer o no creer –sobre todo por parte del enfermo– en la eficacia de eso que se hace). A partir de los antiguos griegos, Alcmeón de Crotona e Hipócrates, el quehacer terapéutico tiene el carácter de *tekhne*, de tal manera que el médi-

co solo actúa como tal cuando procede "técnicamente", es decir, cuando ejerce la medicina sabiendo, no únicamente qué hace, sino también por qué lo hace.

Una de esas actitudes mentales, que antes se mencionaba, se concreta en la relación médico-paciente, que, como todo acto médico, es un acto ético que permite delimitar los diversos papeles que, mientras dure la enfermedad, han de asumir tanto el médico como su paciente, impidiendo que se produzca una transformación del carácter de la relación previamente establecida. Y esta relación no es distinta de una verdadera alianza terapéutica, que se inicia desde la primera entrevista.

Y es precisamente dentro del marco de la relación médico-paciente donde cabe hablar de consentimiento informado o consentimiento idóneo.

II. GENERALIDADES

1. Concepto de consentimiento informado

En el seno de la relación médico-enfermo, tiene un profundo sentido el consentimiento del paciente, pues determina en buena parte la actuación médica; además, dicha relación goza jurídicamente de la condición de contractualidad.

El consentimiento, en general, se define como el acuerdo de voluntades, que se apoya por un lado en la información suministrada por el médico, y por otro, en la decisión libre del paciente de aceptar o no lo que se le propone como pauta de acción. Se manifiesta, por lo tanto, en la ilustración conveniente y suficiente y en la aceptación sobre la cosa y la causa que han de constituir el contrato de prestación de servicios.

Esta relación puede estudiarse en una triple dimensión:

- a. Profesional o técnica: el médico es un profesional, que dispone de unos conocimientos y preparación que le capacitan para la prevención de enfermedades, su diagnóstico y tratamiento, usando los medios éticos y técnicos adecuados en cada caso. Esto no pue-

de suponer caer en actitudes tecnicistas, que reduzcan al ser humano a la calidad de una máquina que es necesario reparar.

- b. Económica y material: cuando el paciente acude al médico, va en busca de esos servicios profesionales, por los que el médico ha de recibir la contraprestación económica correspondiente, sea directamente del paciente, en el caso de la medicina privada, sea del Estado o de las instituciones, en la medicina pública y prepagada.
- c. Antropológica: el enfermo es una persona que está necesitada de la asistencia médica, que sufre física y espiritualmente con su enfermedad y que, por esa razón, se encuentra en situación de dependencia o minusvalía frente al médico.

Estas tres dimensiones son fundamentales para que la relación médico-paciente se establezca y progrese, con el clima de confianza suficiente y necesario que haga fructífera y provechosa dicha relación.

La armonía y el equilibrio de este conjunto de dimensiones son particularmente importantes, para que la relación establecida se mantenga dentro de los límites que la dignidad humana y la condición personal de ambas partes demanda, de tal manera que sean siempre respetadas y tenidas en cuenta esa dignidad y esa condición.

Aunque sea un tema más propio de la relación médico-paciente, es necesario decir una palabra sobre el fin de esa relación, ya que con base en él se ha de establecer el verdadero consentimiento. Tradicionalmente se ha venido aceptando que el objetivo final de esta relación contractual es el de combatir el evento que ha llevado a una persona a consultar a un profesional de la salud.

Sin embargo, conviene tener presente que el fin de esa relación no es necesariamente la curación del paciente, pues hay enfermedades y situaciones que no tienen tratamiento específico y definitivo, e incluso que son mortales. El verdadero fin de la relación médico-paciente se ha de establecer en el **servicio** que uno puede prestar al otro.

2. Un poco de historia

La medicina hipocrática, modelo de la medicina de occidente, no habló de consentimiento informado. Sin embargo, esto no quiere decir que no se tuviera en cuenta o que fuera un tema desestimado y sin importancia. Una crítica que se le ha hecho a este sistema es el excesivo paternalismo del que siempre hizo gala: al médico, ese ser especial y superior, era necesario acudir con reverencia, respeto e incluso miedo, para beneficiarse de sus conocimientos.

Algunos autores han querido ver en el paternalismo promulgado por el juramento hipocrático, la causa del maltrato sufrido durante siglos por los pacientes que tenían la desventura de "caer en las manos de los médicos". Si bien es cierto que se han presentado atropellos a la hora de aplicar un paternalismo desmedido y autoritario, esto no ha sido la regla general. El ejercicio de la medicina necesariamente tiene un carácter paternalista, que debe ser convenientemente dimensionado para no caer en abusos y atropellos, y esto por la especial situación de indefensión y debilidad que el enfermo tiene y que no puede ser desconocida por el médico tratante.

El concepto de consentimiento informado es relativamente reciente, aunque en mayor o menor medida haya sido una realidad en la práctica médica, como resultado de su ejercicio humano y responsable. Esta realidad surgía con la espontaneidad propia de todo trabajo bien hecho; es decir, el médico solicitaba el consentimiento de su paciente, sin que fuera necesaria la presencia de la actual reivindicación del consentimiento informado como derecho del paciente.

Es muy llamativa la manera como surgió el concepto de consentimiento informado. No fue precisamente en el ambiente médico donde se empezó a hablar de ese nuevo derecho de los pacientes. La primera referencia al consentimiento informado se produjo a finales de la década de los cincuenta, en los Estados Unidos, con ocasión de una demanda por negligencia en el caso de un paciente al que le fue practicada una aortografía translumbar, y que tuvo como secuela una parálisis permanente. Es el famoso "Caso Salgo", en el que la Corte dictaminó que al médico le correspondía el deber de informar previamente al paciente sobre todo lo relacionado con el procedimiento al que se iba a someter. Desde ese momento se consideró la posibilidad de que

el consentimiento informado fuera reconocido como un derecho del paciente. De una instancia jurídica, el consentimiento informado pasó al campo ético.

Otro juicio famoso, también en los Estados Unidos, fue el llamado Nathanson vs. Kline. En esta oportunidad la señora Nathanson demandó, porque luego de una mastectomía fue irradiada con cobalto, que le produjo una extensa quemadura en el sitio de aplicación; esta complicación no había sido mencionada por su médico.

Para ese caso, la Corte sentó doctrina: "El derecho angloamericano se basa en el supuesto amplísimo de la autodeterminación. De él se sigue que todo el mundo es dueño de su propio organismo, y que por tanto puede, si se halla en sus cabales, oponerse y prohibir expresamente la ejecución de operaciones quirúrgicas o cualquier otro tratamiento, aun cuando tenga por fin salvarle la vida. Un médico puede creer que una operación o alguna forma de tratamiento pueden ser deseables o necesarias, pero la ley no le permite sustituir con su propio juicio el del paciente mediante ninguna forma de artificio o engaño".

No es posible dejar sin comentarios el anterior texto, puesto que antes de un principio verdadero expresa uno falso. En primer término, el concepto de autodeterminación de la persona se apoya en una incompleta interpretación de la autonomía, que desde Kant viene haciendo carrera en la filosofía. Kant muestra la autonomía como "la propiedad de la voluntad de tener en sí misma su ley (independientemente de los objetos a que se dirige)... El principio de autonomía es el único de la moral" (*Fundamentos de la metafísica de las costumbres*). Para Kant, autonomía y libertad se identifican: la autonomía viene a ser la libertad en su dimensión positiva, es decir, obediencia a una ley que es interna a la propia voluntad. Este error lleva a expresar que la persona es dueña de su propio organismo, cosa que a la luz de la ética no es verdad.

En segundo término, el texto de la sentencia antes citada muestra, con gran claridad, varios elementos importantes que deben ser tenidos en cuenta cuando se habla de consentimiento informado.

De esta manera se estableció que la autodeterminación era un derecho moral del paciente, que el médico debía respetar siempre, para no ser enjuiciado legalmente.

A partir de estos antecedentes, muchos códigos de ética médica incluyen, dentro de sus articulados, una reglamentación sobre el consentimiento informado.

Sin embargo, el tener en cuenta al paciente, a la hora de tomar una decisión o instaurar un tratamiento, no debe hacerse solo por el peso que ejerce la legislación; este es un elemento importante, pero no el fundamental.

La buena práctica de la medicina incluye, necesariamente, el tratar al paciente como persona que es, respetando no solo su autodeterminación, sino también, y principalmente, su dignidad. Es decir, el médico no necesitaría de la coactividad para realizar bien su trabajo, pues el mismo carácter de servicio que este tiene le obliga naturalmente a comportarse de una determinada manera frente a su paciente y tratarlo sin olvidar, en ningún momento, que tiene frente a sí a una persona humana, que además sufre y/o padece.

III. ELEMENTOS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Una vez repasado a vuela pluma el concepto de consentimiento informado, y de haber hecho una breve reseña histórica, es conveniente recordar los elementos que lo constituyen. De esta manera será posible aplicarlo con propiedad y seguridad en todos aquellos eventos que así lo requieran.

Estos elementos serán útiles para poder determinar qué y cuánto debe saber el paciente, y cómo y cuándo debe el médico proporcionar la información pertinente acerca de la enfermedad, de su pronóstico y tratamiento. Solo así será posible darle una dimensión correcta a aquel aforismo médico según el cual "ni el paciente tiene que saberlo todo, ni el médico tiene que decirlo todo".

1. Elementos dependientes del paciente

- a. *Capacidad de conocer.* Para tomar una decisión libre, la persona ha de conocer primero, y esta capacidad puede estar limitada o alterada por la edad o la enfermedad. En el primer caso, los menores, aunque puedan conocer –a partir de los 7 años en general–, se con-

sideran como no idóneos para prestar un consentimiento informado cabal. Esto no quiere decir que nunca se cuente con la opinión de ellos, y que tampoco el médico se exima del deber de explicar de una manera sencilla lo pertinente, en razón de la edad del paciente. Aunque las normas prescriban, en estos casos, que sean los padres o tutores quienes presten el consentimiento idóneo –o en su defecto o incompetencia el Estado–, siempre se debe hablar con el menor. En el otro polo de la vida, en la ancianidad, la capacidad de conocer puede estar disminuida o no existir, dependiendo no solo de la edad, sino también de patologías degenerativas que puedan mermar la función cerebral.

- b. *Capacidad de decidir.* Pero la decisión no depende solo del conocimiento. Es necesario un efectivo uso de la voluntad para que la libertad de la decisión sea plena. Todos los limitantes del ejercicio de la voluntad deben ser considerados: ignorancia, miedo, violencia, pasiones.
- c. *Situación emocional.* Aun conservando indemnes las anteriores facultades, es necesario tener presente que el consentimiento idóneo puede interferirse por las reacciones emocionales que la enfermedad pueda producir en el paciente, disminuyendo o quitando su plena capacidad decisoria.
- d. *Situación psíquica.* La patología psiquiátrica dificulta en gran medida el poder definir cuándo hay o no el consentimiento idóneo. Es frecuente suponer que el enfermo mental no puede decidir, por su falta de autonomía y de autodeterminación; sin embargo, es necesario hablar con él.
- e. *Grado de dependencia.* Por su misma condición, el enfermo experimenta cierta dependencia del médico tratante, que es distinta según aquel sea un paciente ambulatorio o esté hospitalizado. En el primer caso, el paciente que acude al médico para solicitar un servicio evidencia un mayor dominio de sí mismo y la dependencia no es necesariamente grande. Caso contrario ocurre cuando el paciente se encuentra hospitalizado: su indefensión es mayor y su

estado de pasividad lo puede llevar a plegarse con mayor facilidad a las demandas del médico o del equipo tratante, corriéndose un riesgo mayor de pasar por alto el tomar en cuenta su consentimiento.

- f. *Tipo de enfermedad.* Es un dato que se ha de tener en cuenta para pedir el consentimiento informado. En las enfermedades de curso agudo, el paciente tiene necesidad urgente de solucionar el problema que lo aqueja, y de alguna manera está más a merced del médico; esto hace que pueda omitirse el consentimiento, pues de pronto ambos lo presuponen. Cuando la enfermedad es de curso crónico, normalmente la situación es al revés, pues el paciente tiene un grado de conocimiento mayor de su patología y, por decirlo así, "ha aprendido a vivir con ella" o está en proceso de hacerlo.
- g. *Información previa.* Otro elemento que no se puede olvidar, a la hora de solicitar el consentimiento a un paciente, es la exploración que el médico ha de realizar sobre qué es lo que sabe el paciente de su enfermedad, qué ha oído sobre su pronóstico y qué informaciones tiene sobre el tratamiento de la misma. Con frecuencia los pacientes se abstienen de prestar el consentimiento, por una serie de informaciones inexactas, fragmentarias, cuando no abiertamente erróneas, que reciben por muy diversos medios.

2. Elementos dependientes del médico

- a. *Conocimiento científico.* Es claro que cuando el dominio técnico del arte de la medicina es mayor, el profesional tratante tiene muchos más elementos al momento de dar la información necesaria y suficiente a su paciente. Sin embargo, el médico ha de desprenderse de utilizar los tecnicismos del lenguaje, pues no son, en buena parte de los casos, adecuados para informar a los pacientes, ya que la comprensión de lo que se quiere decir disminuye. También es necesaria la suficiente prudencia, en el sentido de no avasallar al paciente con una gran cantidad de información, con el pretexto de demostrarle la gran talla intelectual y el acierto que tuvo al escoger médico. Cuando el dominio que se tiene de la patología del paciente no es suficiente, el médico está en la obligación de escu-

char la opinión de un colega con mayor preparación o experiencia, para después poder solicitar el consentimiento al paciente, que ya tendrá muchos más elementos para suministrarlo. El médico ha de tener la suficiente honradez y entereza para reconocer que no lo sabe todo, y además, nadie puede pretender que así sea.

- b. *Rectitud de intención.* El médico ha de abstenerse de manipular la información que da a su paciente; ha de evitar sesgar dicha información, de tal manera que el paciente no se vea inclinado a decidir según un propósito predeterminado por el médico. El objetivo no puede ser obtener, a cualquier precio, el consentimiento del paciente, sino brindarle toda la información necesaria para que pueda tomar una decisión libre y espontánea.
- c. *Disponibilidad de tiempo.* Todo el proceso que culmina con el consentimiento informado por parte del paciente demanda cierto tiempo. Dentro del presupuesto que cada médico ha de hacer, antes de proceder a tratar a un paciente, debe contemplar el destinar el suficiente tiempo para todo lo relacionado con dar la información que el paciente requiere para dar su consentimiento idóneo. Es cierto que las nuevas condiciones del ejercicio profesional (Ley 100, por ejemplo) hacen que el médico tratante vea restringida de manera significativa el tiempo que ha de dedicar a su paciente. Sin embargo, y pese a las múltiples limitantes, es importante disponer del tiempo suficiente, no solo para obtener el consentimiento, sino también –y principalmente– para establecer una relación adecuada médico-paciente, de tal manera que se pueda provocar, de forma natural, la llamada “alianza terapéutica”.
- d. *Información.* Es el elemento más importante, pues de él depende en buena parte la claridad y conocimiento que el paciente pueda tener para dar su consentimiento idóneo. El profesional ha de buscar que la información que proporciona sea completa, libre de prejuicios y de acuerdo con las condiciones físicas, psíquicas y culturales del paciente. Completa significa que deben darse todos los datos que ayuden a tomar una decisión libre. Sin prejuicios significa con rectitud de intención; es decir, no permitiendo condicionar

o coaccionar al paciente. Para que sea acertada la información que se proporciona, el médico ha de procurar conocer a su paciente de manera integral, y así hacerse una idea no solo de lo que debe decir, sino también de cómo debe decirlo. También es importante tener presente la oportunidad a la hora de suministrar la información: el médico ha de desarrollar una especie de "sexto sentido", que le posibilite llegar a su paciente en el momento justo y oportuno, eventualmente "preparando el terreno", de tal manera que con la información suministrada el paciente, lejos de asustarse o abstenerse para dar su consentimiento, se sienta con la suficiente autonomía y libertad de espíritu para hacerlo. Finalmente, el médico ha de proporcionar al paciente un tiempo razonable para que piense en la información que ha recibido, y pueda madurar su decisión y prestar un consentimiento verdaderamente idóneo. No se puede pretender que de forma inmediata el paciente manifieste dicho consentimiento, y menos cuando su decisión puede representar cambios radicales para él, para su familia o para la sociedad.

- e. *Soporte legal.* Con el desarrollo de la medicina, de manera paralela se ha venido experimentando la necesidad, cada vez más perentoria, de dar a la actuación médica la suficiente seguridad frente a la legislación vigente. La relación médico-paciente ha dejado de tener la connotación simplemente humana, para pasar a constituirse en un verdadero "contrato asistencial o contrato médico", con deberes y derechos mutuos. Por este hecho, tanto médicos como pacientes han de tener conciencia de las implicaciones legales que sus actuaciones pueden ocasionar.

En relación con el consentimiento informado, la Ley 23 de 1981 dice lo siguiente:

"Artículo 12. El médico solamente empleará medios diagnósticos o terapéuticos debidamente aceptados por las instituciones científicas legalmente reconocidas. Parágrafo: si en circunstancias excepcionalmente graves un procedimiento experimental se ofrece como la única posibilidad de salvación, este podrá utilizarse con la autorización del paciente o sus familiares responsables y, si fuere posible, por acuerdo en junta médica.

"Artículo 14. El médico no intervendrá quirúrgicamente a menores de edad, a personas en estado de inconsciencia o mentalmente incapaces, sin la previa autorización de sus padres, tutores o allegados, a menos que la urgencia del caso exija una intervención inmediata.

"Artículo 15. El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos y quirúrgicos que considere indispensables y que puedan afectarlo física o psíquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente".

Antes de seguir adelante, es necesario hacer unos breves comentarios al articulado anterior. Según la Ley 23, el consentimiento informado directo solo ha de obtenerse como requisito previo al empleo de procedimientos experimentales y a tratamientos médicos y quirúrgicos que eventualmente puedan llevar a complicaciones o efectos secundarios negativos.

Según la ley, el médico no quedaría obligado a tener en cuenta el consentimiento de su paciente de manera rutinaria. Sin embargo, la práctica ética de la medicina obliga a que, por prudencia, el paciente conozca directamente de su médico tratante todo lo relacionado con su padecimiento, tratamiento, etc., y preste su autorización para realizar cualquier tipo de procedimiento, así se trate del más simple.

También es necesario aclarar que no solo las intervenciones quirúrgicas, como lo señala la ley, demandan el consentimiento por parte del paciente, sus familiares o tutores; todos los procedimientos diagnósticos, invasivos o no, así como la utilización de recursos heroicos, para su realización necesitan contar con el consentimiento idóneo.

IV. CONTENIDO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

En todo consentimiento informado, bien sea expresado por escrito o simplemente de manera verbal, debe hacerse mención, al menos, de lo siguiente:

- a. Procedimiento propuesto: explicación técnica del mismo.
- b. Riesgos materiales: los más comunes y los más graves, así como su frecuencia, por lo menos de los más graves.
- c. Complicaciones: las más comunes y las más graves, y la incidencia, al menos, de las más graves.
- d. Procedimientos alternativos: ventajas e inconvenientes respecto al que se propone en primer lugar.
- e. Riesgos previsibles, en caso de que el paciente decida rechazar el procedimiento propuesto.

V. EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PSIQUIATRÍA

Sobre el consentimiento informado para este tipo de pacientes y sus familias, hay que tener en cuenta los elementos que se mencionaron con anterioridad, además de algunas peculiaridades derivadas de la condición misma del enfermo mental.

La enfermedad psiquiátrica no hace acepción de personas, ni de edades, ni de profesiones; puede establecerse en las más diversas circunstancias y cobijar cualquier sector social; no es patrimonio de unos pocos sino posibilidad de todos. En resumen, la enfermedad mental es como el resfriado: la puede contraer cualquier persona. Es cierto que hay unas condiciones especiales que la favorecen y unos factores de muy diverso orden que la facilitan: genéticos, biológicos, familiares, sociales, ambientales, psicológicos, culturales, económicos, etc. Todos estos factores influyen entre sí en todos los individuos, familias y culturas.

En torno al paciente psiquiátrico se han tejido una serie de mitos o creencias básicas, que mucha gente comparte:

- “Los pacientes mentales son irresponsables”.
- “Los pacientes mentales están más expuestos a lastimarse que otros”.

- “Todos los pacientes mentales tienden a actuar con violencia”.
- “La mayoría de los pacientes psiquiátricos sufren de una enfermedad crónica y es improbable que se mejoren”.
- “Los pacientes no saben lo que es bueno para ellos y, por lo tanto, tienen que ser tratados como objetos o como niños, en vez de personas adultas”.
- “La mayoría de los pacientes psiquiátricos no están en contacto con la realidad, por lo que no tiene caso hablarles de la vida cotidiana. Solo ordenarles lo que deben hacer. No son tan sensibles hacia la mayoría de las cosas como el resto de nosotros”.

Todas estas suposiciones han causado miseria y crueldad inenarrables para millares de personas, y casi todas son falsas. El psiquiatra lo sabe, pero ha de contar con ello, pues en la práctica profesional tiene necesidad de interrelacionarse con muchas otras personas, familiares o no de esos pacientes, que en mayor o menor medida influyen en el curso de la enfermedad y en la terapia que sea establecida, dependiendo de la información que tengan sobre el tipo de patología, y esta información puede estar viciada por los mitos anteriormente relacionados o por otros muchos.

Y esto porque el vínculo del médico con el paciente psiquiátrico está en muchos casos mediado por la relación con sus familiares. Por esto, el psiquiatra ha de procurar establecer las mejores relaciones con ellos, pues se pueden convertir en sus mejores aliados para tratar con éxito al paciente o, por el contrario, pueden constituirse en los principales obstáculos, que no permiten que el trabajo realizado entregue sus mejores frutos.

De la práctica profesional se extraen unas cuantas verdades, que el psiquiatra no solo debe conocer, sino también explicar a sus pacientes y a los familiares. Algunas de ellas son las siguientes:

La mayoría de la gente que comienza a padecer una enfermedad mental, lo hace porque no puede acoplarse o adaptarse a las tensiones y problemas de la vida diaria: en la casa, en el colegio, en la universidad, en el trabajo o en la sociedad.

Mientras un pequeño porcentaje de pacientes se hacen daño a ellos mismos y a los demás, la mayoría son básicamente tímidos y retraídos; re-

accionan con violencia solo cuando alguien se burla de ellos con crueldad o cuando los humillan, degradan o rebajan.

Si bien es cierto que, en general, el paciente psiquiátrico puede reaccionar de una manera desproporcionada cuando es llevado por primera vez a un centro asistencial, incluso con violencia o simulación, con la intervención apropiada recupera sus sistemas de control y es capaz de detener sus esfuerzos de hacerse daño a sí mismo o a otros.

Cuando a los pacientes se les trata como objetos, no pueden construir o renovar su autoestima o desarrollar el respeto de sí mismos. Cuando se les trata como personas, es decir, con interés, comprensión, educación, compasión, etc., saben reaccionar como personas y hacerse responsables de ellos mismos y de otros, sean estos otros pacientes, miembros del personal sanitario o la propia familia.

En resumen, un paciente psiquiátrico es persona, y demanda el mismo respeto por su dignidad, el mismo trato humano y las mismas atenciones y ayudas que una persona sana, e incluso más, por su misma condición de indefensión y labilidad.

Pero con el avance de la ciencia –y en psiquiatría ha sido mucho, aunque tal vez sea mayor lo que se desconoce que lo que se conoce– se ha venido produciendo un fenómeno paralelo: el distanciamiento progresivo entre el personal de salud y el paciente; se ha venido enrareciendo la relación médico-paciente. También la psiquiatría sufre esta dura realidad, que es necesario remediar. Pero más propiamente hablando, quien la padece es el paciente psiquiátrico y su familia.

Se ha avanzado mucho en el conocimiento de cómo funciona el ser humano, su pensamiento, sus sentimientos, sus sensopercepciones y su conducta. Y también se sabe bastante sobre las técnicas para intervenir en momentos de crisis y acerca de los enfoques diagnósticos y esquemas de tratamiento. Las plantas físicas de los modernos hospitales psiquiátricos superan en gran medida a los pavorosos y desapacibles frenocomios o manicomios del pasado.

Pero, ¿se trata mejor hoy a los pacientes? ¿Son justificadas las “lobotomías farmacológicas” a las que se puede someter a los enfermos? ¿La con-

dición de paciente psiquiátrico hace perder la realidad de ser persona? ¿Hay esperanza para los mentalmente incapacitados o han de conformarse a llevar ese estigma y ser tratados como desechables? ¿Serán procedentes algunos tratamientos, en los que se trata a los enfermos aquejados de alguna farmacodependencia y que son sometidos a una serie de vejámenes y humillaciones, porque supuestamente son terapéuticos? ¿Son posibles de tolerar ciertas actitudes y acciones de terapeutas, que amparados en teorías fragmentarias e incompletas recomiendan, y hasta ayudan a aplicar, prácticas y costumbres frontalmente contrarias a una sexualidad humana bien vivida?

Estas y muchas más preguntas demuestran la necesidad de salir al paso de un ejercicio profesional que tiene el cercano riesgo de deshumanizar tanto a pacientes como a médicos. Y uno de los terrenos en los que se puede y se debe trabajar, para reorientar y mejorar la relación médico-paciente en psiquiatría, es la buena práctica del consentimiento informado, adecuando los principios iniciales, expuestos con anterioridad, a la realidad de la persona que padece una enfermedad mental.

Bibliografía

- Del Barco, José Luis. Ética del consuelo. Revista *Persona y Bioética*, No. 3, Universidad de La Sabana, 1998.
- Federación Médica Colombiana. *Normas sobre ética médica*. Ley 23 de 1981. Decreto Reglamentario 3380 de 1981.
- Frankl, Viktor E. *El hombre doliente*. Herder, 1990.
- Potaino-Lorente, Aquilino. *De la dignidad del sentido de la vida al sentido de la dignidad de la muerte*. Sillar, 1985.
- Sánchez Torres, Fernando. *Temas de ética médica*. Giro Editores, 1995.
- Saunders, C. M. *Cuidados de la enfermedad maligna terminal*. Salvat, 1980.
- Vallejo-Ruiloba, J. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Salvat, 1989.
- Vélez Correa, Luis Alfonso. *Ética médica*. CIB, 1989.
- Gil, A. C. et al. Síndrome terminal de enfermedad: criterios y actitudes. *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, No. 2, abril-junio, 32, 1988.