

**“CONOCIMIENTOS , ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS RESIDENTES DE
PSIQUIATRÍA RESPECTO AL CONSENTIMIENTO INFORMADO:
IMPLICACIONES BIOÉTICAS DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DEL
PERSONAL EN FORMACIÓN”**

Tesis para obtener
el diploma de especialista
en psiquiatría

Asesores

Dr. Fernando Lòpez Munguà
Asesor Teòrico

Dr. Jesùs Gutierrez Aguilar
Asesor Metodològico
Dr Francisco Lòpez Salazar
(Asesor Metodològico, Por Ausencia)

Presenta:

Dr Carlos Jesus Moreno Aguilar
Residente de cuarto año de la especialidad en Psiquiatría
Hospital Psiquiàtrico “Fray Bernardino Alvarez”



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*“Si Stavrogin cree, no cree que cree;
si no cree, no cree que no cree.”*

Dostoievski, “Los Demonios”

Para el chico.

ÍNDICE

Introducció	1
Antecedentes:	2
A) Elementos esenciales del consentimiento informado	2
B) Fundamentos legales del consentimiento informado	6
C) Fundamentos Éticos del consentimiento informado: conceptos de ética	7
D) Fundamentos Éticos del consentimiento informado: sobre la bioética	13
E) Fundamentos Éticos del consentimiento informado: corrientes filosóficas	14
F) Fundamentos Éticos del consentimiento informado: principios	18
G) Consideraciones Finales	25
Planteamiento del problema	26
Justificació	27
Objetivos	27
Material y Método	28
Resultados	30
Discusión	35
Conclusiones	39
Bibliografía	41
Apéndice 1.	

INTRODUCCIÓN

La sociedad tiene una responsabilidad moral con sus ciudadanos enfermos o discapacitados. Uno de los avances médicos más importantes de los últimos 40 años es el haber logrado la confianza de la sociedad en la capacidad de la psiquiatría para identificar a los individuos que tienen trastornos mentales y en su habilidad para efectuar intervenciones terapéuticas efectivas; por tanto, en la psiquiatría ha recaído la responsabilidad clínica de determinar cuales individuos, con base a la enfermedad mental y la ley, deben ser restringidos en sus derechos a través del compromiso involuntario de recibir protección y quizá tratamiento en sus servicios clínicos.

Uno de los pilares de la atención médica moderna es el consentimiento informado, concepto particularmente difícil en psiquiatría; dicha entidad no constituye un trozo de papel firmado por el paciente con el fin de proteger al médico tratante y a la institución de futuras demandas por mal praxis; de hecho, el propósito principal de resaltar su importancia en psiquiatría es promover la autonomía y la toma racional de decisiones. (1)

ANTECEDENTES

A) ELEMENTOS ESENCIALES DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

El consentimiento informado consta de tres elementos esenciales: 1) INFORMACIÓN: deben recogerse los riesgos y beneficios del tratamiento y las alternativas existentes y presentarse al paciente. 2) VOLUNTARIEDAD: La voluntad, parte esencial de la teoría del consentimiento informado que de manera sutil o evidente puede ser violentada. 3) CAPACIDAD O COMPETENCIA: Se ha definido como la posibilidad del paciente para comprender la situación a la que se enfrenta, los valores que están en juego y los cursos de acción posibles con las consecuencias previsibles de cada uno de ellos, para a continuación tomar, expresar y defender una decisión que sea coherente con su propia escala de valores (2,3).

Formulado en términos similares, Beauchamp y Childress, autores anglosajones, definen en su libro "Principios de Bioética" el consentimiento informado como "...la autorización autónoma de un individuo a una intervención médica o a su participación en una investigación". De acuerdo a estos autores el consentimiento informado incluye 5 aspectos básicos: 1.- Las personas que den su consentimiento informado deben ser competentes en cuanto que pueden tomar decisiones médicas. 2.- La información pertinente a su caso debe serles informada 3.- Las personas que den su consentimiento deben ser capaces de entender la información que reciben 4.- Su consentimiento debe ser voluntario 5.- Deben dar su autorización formal a participar en la investigación o a someterse a los procedimientos médicos. .(4)

Tomando los elementos ya descritos en cuenta, tenemos la siguiente definición de consentimiento informado "Uno da un consentimiento informado a una intervención si (y quizá solo si) uno es capaz de actuar, recibe una información completa y comprende la información, actúa voluntariamente y consiente la intervención". (4)

En cuanto al elemento “información” podemos decir que es el que marca la diferencia con respecto a los criterios legales, ya que no se considerará adecuado en ausencia de información suficiente para tomar la decisión. Inicialmente, la cantidad de información proporcionada (en la justicia Norteamericana) era decidida basándose en el criterio de “médico razonable”, según el cual la información que un médico debe revelar a su paciente es aquella que revelaría un médico razonable y prudente; luego, fue sustituido por el de “persona razonable”, de acuerdo al cual ahora la cantidad de información debe ser aquella que satisfaría a una persona razonable que estuviera en las mismas circunstancias que el paciente. Dado que este enfoque tiene también limitaciones, se ha optado globalmente por proporcionar información individualizada sobre el diagnóstico, la naturaleza y el propósito del tratamiento propuesto, los riesgos y consecuencias de este, la probabilidad de que tenga éxito, posibles tratamientos alternativos, incluyendo riesgos y beneficios, y el pronóstico en caso de que se le rechace. Dado que la mayoría de los psiquiatras está convencido de que informar al paciente para que colabore en su tratamiento mejora los resultados, cada vez se utilizan más en esta especialidad de manera conjunta los criterios de persona y médico razonable. (4)

Sobre “voluntariedad”, esta quedó asentada como imprescindible desde el Código de Nuremberg. Su contrario es la coacción, y dado que la voluntariedad es muy difícil de delimitar, el médico debería reducir su rol al de la persuasión, la más sutil de todas las formas de coacción. La persuasión existe en todas las relaciones interpersonales y es perfectamente legítima desde el punto de vista moral. Es perfectamente válida, ya que la influencia típica de este acercamiento es la argumentación racional y esta permite la libre decisión del otro. (5)

Hablando de capacidad o competencia e incompetencia, encontramos imbricados los lenguajes de la medicina y el derecho; vemos que “la competencia es la capacidad para

desempeñar una tarea". Estas tareas no necesitan ser desempeñadas autónomamente: una actuación puede no ser autónoma pero ser competente y se puede ser autónomo pero incompetente para intentarlo. Un ejemplo de la primera situación sería cuando alguien desempeña hábilmente alguna tarea en estado hipnótico o mientras es coaccionado por otra persona, y de lo segundo, un retrasado mental que autónomamente intenta descifrar un intrincado problema matemático. Frecuentemente censuramos el comportamiento autónomo de otros etiquetándolo de incompetente. Mientras que la autonomía es autogobierno y la reducción de la autonomía es una reducción del autogobierno, la competencia es la capacidad para desempeñar una tarea y la disminución de la competencia es una disminución o menoscabo en la capacidad para desempeñarla. Queda claro que los conceptos de autonomía y competencia son distintos. Aún así, suelen combinarse entre ellos en la medicina, el derecho y la ética médica, como si fueran un concepto único. La causa de esta combinación, podría ser el que si el autogobierno de alguien (su autonomía) está reducido es muy probable (aunque no necesario) que su capacidad para desempeñar determinadas tareas también este disminuida. Por ello, una reducción de autonomía puede producir fácilmente una disminución de la competencia, especialmente en lo relativo a la toma de decisiones. Por tanto, aunque no iguales, son conceptos francamente similares. (5,6)

En cuanto a la competencia, ningún juicio sobre esta tiene sentido a menos que se concrete en un contexto, pero no obstante, en cuanto concepto, no depende del contexto concreto al que se aplique. Incluso cuando se habla de que alguien es "generalmente" competente, se alude de manera vaga empero, a los asuntos cotidianos de la vida. Igualmente, hay "capacidades relevantes", y por lo tanto, hay competencia para cada tipo específico de capacidad. Aún en caso de determinar claramente un contexto y un determinado conjunto de capacidades, la competencia no es invariable a lo largo del

tiempo. Además, el concepto de competencia es continuo: puede hacerse un juicio de más o menos competencia, como puede hacerse de competencia disminuida o aumentada. Al igual que la autonomía, la competencia no es un fenómeno de “todo o nada”. Hay un sentido significativo en el que podemos decir no sólo que alguien es competente para hacer algo, sino también que esa persona es más o menos competente para hacerlo que otra. En cualquier contexto terapéutico dado debe averiguarse exactamente cuáles son las decisiones o acciones planteadas, evitando la dicotomía simplista de “o competente o incompetente”. (6)

Lo anteriormente dicho podría parecer contradictorio con lo siguiente: “una persona es incompetente si no puede desempeñar una tarea por encima del umbral marcado en la línea continua del desempeño”; sin embargo, no lo es, puesto que con lo anterior no se quiere decir que todos los individuos capaces sean igualmente capaces, ni que todos los incapaces sean igualmente incapaces, pero las determinaciones de incapacidad clasifican a las personas en estas dos clases básicas. El lugar donde se sitúa el punto de corte dependerá de la tarea particular implicada. (4,6)

Por tanto, haciendo una comparación, hay diferencias importantes entre los conceptos de competencia disminuida y autonomía reducida. Las condiciones de no coacción (interna y externa) encontradas al analizar la autonomía rara vez se invocan al discutir sobre competencia pues una persona podría desempeñar sus funciones competentemente (en algunos casos) aunque estuviera siendo coaccionada. Además, los criterios legales de racionalidad en la toma de decisiones, que han demostrado ser influyentes en los juicios de competencia, no han desempeñado un papel paralelo en los análisis de autonomía. Estos criterios juegan un papel importante en el juicio clínico, impregnándolo todo. Pero como comentan Beauchamp y Childress, entrando al umbral de la incapacidad, el grado de autonomía personal se considera insuficiente. Y al

contrario, por encima de este umbral se trata de sujetos capaces con un grado de autonomía personal suficiente (4 ,6).

La capacidad legal se define como la capacidad de un individuo para querer, entender y comprender la naturaleza de sus actos.(2)

Según Appelbam y Gutheil se deben evaluar dos tipos de capacidad: 1) capacidad general que se define por la habilidad para manejar los asuntos de manera adecuada. 2) capacidad específica definida solo en relación a una tarea o acto específico. Appelbaum y Grisso propusieron sus criterios de capacidad: a) habilidad de comunicar una elección b) comprensión de la información relevante para la decisión a tomar C) apreciación de la situación y consecuencias d) manipulación racional de la información. (2)

B) FUNDAMENTOS LEGALES DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

El consentimiento informado tiene fundamentos legales. Uno de ellos, el principio de autodeterminación, deriva en la ley norteamericana de otro principio básico: el derecho a la privacidad, que a su vez deriva de varios otros que se encuentran en la ley civil; este derecho a “tener una vida privada” comprende a su vez el derecho a la intimidad, a la confidencialidad y a la inviolabilidad. Delimita un espacio personal donde cada sujeto es muy libre de tomar las decisiones que estime más oportunas y al que nadie puede entrar legítimamente sin permiso del afectado. Esto, en la práctica clínica, significa que el paciente tiene derecho a decidir sobre su tratamiento, entre otras cosas. (3,4)

El segundo principio legal fundamental de la doctrina del consentimiento informado es el de la relación fiduciaria o contractual. Dado que los médicos poseen un conocimiento especial y son conscientes de la “ignorancia y debilidad del paciente en relación con su enfermedad”, en la relación médico paciente se crea una relación fiduciaria. Esta relación impone al médico el deber de informar al paciente de todos los hechos pertinentes relacionados con su enfermedad y con el tratamiento de la misma. (3,4)

C) FUNDAMENTOS ÉTICOS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO: EL CONCEPTO DE ÉTICA

En cuanto a los fundamentos éticos del consentimiento informado, el bagaje está conformado principalmente por material de las teorías utilitarista y deontológica. (3,4)

Antes de comentar someramente estas corrientes, tomaremos una breve digresión para extendernos en el concepto de ética, dada su importancia.

La palabra ética viene del griego ethika, de ethos, 'comportamiento', 'costumbre', y son los principios o pautas de la conducta humana. Como rama de la filosofía, está considerada como ciencia normativa, porque se ocupa de las normas de la conducta humana, y para distinguirla de las ciencias formales, como las matemáticas y la lógica, y de las ciencias empíricas, como la química y la física. (7,8,9)

En general, es considerada la ciencia de la conducta, pero habrían dos concepciones fundamentales de esta ciencia: a) la que la considera como ciencia del fin al que debe dirigirse la conducta de los hombres y de los medios para lograr tal fin y deducir, tanto el fin como los medios, de la naturaleza del hombre, y 2) la que la considera como la ciencia del impulso de la conducta humana e intenta determinarlo con vistas a dirigir o disciplinar la conducta humana. Estas concepciones son fundamentalmente distintas y hablan dos lenguajes diferentes. La primera habla el lenguaje del ideal al que el hombre se dirige por su naturaleza y, en consecuencia, de la "naturaleza" o "esencia", del hombre; en esta vertiente, el bien se conceptúa como lo que es, por el hecho de ser. La segunda concepción de la ética habla de los "motivos" o "causas" de la conducta humana o también de las "fuerzas" que la determinan y pretende atenerse al reconocimiento de los hechos. En este enfoque se considera al bien como objeto de apetencia

Erich Fromm habla de que si no nos abandonamos a un total relativismo ético, el criterio que pudiéramos encontrar para tal sistema dependería del tipo de sistema que estudiemos: podemos en general hablar de ética autoritaria y ética humanista. (10)

Su enfoque, como se verá, cae dentro de la segunda concepción de esta disciplina en términos generales, pero más bien, intentó mostrar que la naturaleza humana es la que determina las fuerzas que nos motivan.

En la ética autoritaria, una autoridad es la que establece lo que es bueno para el hombre y prescribe las leyes y normas de conducta; en la humanista, el hombre mismo da las normas y es a la vez el sujeto de las mismas, su fuente formal o agencia reguladora y sujeto de su materia. La diferencia entre la ética humanista y la ética autoritaria es ilustrada también por los diferentes significados atribuidos al término virtud. Aristóteles emplea la palabra virtud para significar excelencia; Paracelso como sinónimo de la peculiaridad de cada cosa. Virtud en el sentido moderno es por contraste, un concepto de la ética autoritaria. Ser virtuoso significa autonegación y obediencia; supresión de la individualidad en lugar de su realización plena. Por su parte, la ética humanista es antropocéntrica. Ciertamente no en el sentido de que el hombre sea el centro del universo, sino en el de que sus juicios de valor –al igual que todos los demás juicios y aún percepciones- radican en las peculiaridades de su existencia y sólo poseen significado en relación con ella; el hombre es verdaderamente “la medida de todas las cosas”. La posición humanista es que nada hay que sea superior ni más digno que la existencia humana. En este sentido, se define valor como “cualquier bien deseado” y el deseo es la medida del valor, y no el valor la medida del deseo. La ética humanista para la cual “bueno” es sinónimo de bueno para el hombre, y “malo” de malo para el hombre, propone que para saber lo que es bueno para el hombre debemos conocer su naturaleza; es la ciencia aplicada del “arte de vivir” basada en la “ciencia del hombre” teórica. Si la ética constituye el cuerpo de normas para el logro de resultados excelentes en la ejecución del arte del vivir, sus principios más generales deberán derivar de la naturaleza de la vida en general y de la existencia humana en particular. (10)

El objeto de la ciencia del hombre es la naturaleza humana; sin embargo, como tal, esta no puede ser observada sino únicamente en sus manifestaciones específicas en situaciones también específicas. Es una construcción teórica que puede inferirse del estudio empírico de la conducta del hombre. En la tradición de la ética humanista prevalece la opinión de que el conocimiento del hombre es la base para poder establecer normas y valores. La ética según Aristóteles está edificada sobre la ciencia del hombre. La psicología investiga la naturaleza del hombre, y la ética, por consiguiente, es psicología aplicada. Como el estudiante de ciencia política, quien se dedique al estudio de la ética, “debe conocer de alguna manera los hechos del alma, al igual que el hombre que se ocupa en sanar los ojos o el cuerpo debe tener conocimiento acerca de los ojos o el cuerpo sano...”. De la naturaleza del hombre, Aristóteles deduce la norma de que virtud o excelencia es actividad, con lo cual se refiere al ejercicio de funciones y actividades peculiares del hombre. La felicidad, que es el fin del hombre, es el resultado de la actividad y del uso; no es un bien apacible o un estado de la mente. El hombre libre, racional y activo (contemplativo) es el bueno y, por consiguiente, la persona feliz. Tenemos, pues, aquí, proposiciones de valor objetivo que tienen por centro al hombre, humanistas, y que al mismo tiempo son derivadas del entendimiento de la naturaleza y de la función del hombre. (10,11)

En su obra más importante, *Ética* (1677), Spinoza afirmaba que la ética se deduce de la psicología y la psicología de la metafísica e inquiriere sobre la función distintiva del hombre. Parte de lo general, considerando que “ cada cosa se esfuerza, cuanto está en ella, por perseverar en su ser”, lo que le lleva a su concepto de virtud, el cual es solamente la aplicación de la norma general a la existencia del hombre. “Obrar absolutamente por virtud no es en nosotros nada más que obrar, vivir y conservar nuestro ser (estas tres cosas tienen el mismo significado) bajo la guía de la razón,

partiendo de la base de la busca de nuestro propio provecho”. “Conservar el propio ser” significa llegar a ser lo que uno es potencialmente. Por consecuencia entiende por bueno todo “aquello que sabemos con certeza que es un medio para acercarnos más y más al modelo de la naturaleza humana que Dios coloca ante nosotros”. Malo es lo que nos impide alcanzar este modelo. La virtud es entonces idéntica a la realización de la naturaleza del hombre, y la ciencia del hombre es la ciencia teórica en que se basa la ética. Por tanto, la razón humana es el criterio para una conducta recta en este modelo. Además, la razón es necesaria para refrenar las pasiones y alcanzar el placer y la felicidad evitando el sufrimiento. El estado humano más elevado es el “amor intelectual de Dios” que viene dado por el conocimiento intuitivo, una facultad mayor que la razón ordinaria. Con el uso adecuado de esta propiedad, una persona puede contemplar la totalidad del universo mental y físico y considerar que éste engloba una sustancia infinita que denomina Dios sin disociarlo del mundo. Todas las cosas son neutras en el orden moral desde el punto de vista de la eternidad; sólo las necesidades e intereses humanos determinan lo que se considera bueno o malo, el bien y el mal. Todo lo que contribuye al conocimiento de la naturaleza del ser humano o se halla en consonancia con la razón humana está prefigurado como bueno. Por ello, cabe suponer que todo lo que la gente tiene en común es lo mejor para cada uno, lo bueno que la gente busca para los demás es lo bueno que desea para sí misma. (7, 10,11, 12,13).

A diferencia de la Metaética, que es el discurso sobre los conceptos, máximas y teorías éticas, la “Ética aplicada” es un enfoque vinculado directamente con situaciones concretas que al hacer referencia a un análisis ético de situaciones precisas, destaca la resolución práctica. La importancia se da al contexto, al análisis de las consecuencias, a la toma de decisiones. Este objetivo prescriptivo en vez de reflexivo se da sobre todo en los sectores de las prácticas sociales y profesionales. La ética profesional, de campo tan

amplio como la diversidad de profesiones en el occidente industrializado, está en el corazón de las preguntas que atañen a la estructura social de nuestros pueblos. La profesionalización o especialización del trabajo exige reglas internas en cada gremio, como las “buenas prácticas”, la deontología y los códigos de ética que determinan los valores profesionales, así como las obligaciones, los derechos y las responsabilidades asociadas a la práctica profesional; el código de deontología incluye también, además de principios, procedimientos de organización profesional y disposiciones legales para juzgar los actos derogatorios. La multiplicación y la evolución de las prácticas profesionales y la burocratización hacen más difíciles y complejas las relaciones y estructuras sociales. Por ello no sorprende que las reflexiones éticas vinculadas específicamente con las diferentes profesiones se llamen ética profesional. Cubre los problemas prácticos de un campo profesional y también aspectos como el deber social, las responsabilidades función, objetivos y actitud ante los riesgos de la profesión.

En el aspecto metodológico, el análisis ético se interesa en casos concretos bien documentados tanto en el aspecto técnico como en sus otras dimensiones. Su objetivo es esclarecer el dilema ético para ofrecer caminos normativos, incluso soluciones precisas. (12,13,14,15)

La ética médica (un tipo particular de ética profesional), es decir el *ethos* (los usos y los valores) propio de la profesión médica descansa en una larga tradición que se remonta al Juramento de Hipócrates. Distintos valores y principios han modelado la profesión médica; de forma general, la ética médica en la tradición deontológica describe los deberes de los médicos respecto a sus pacientes desde una perspectiva de autorregulación de la profesión médica. Sin embargo, las organizaciones médicas internacionales vinculan esta tradición deontológico-hipocrática al pensamiento de los derechos humanos, y en particular a la declaración universal de los derechos humanos

de 1948. El código de Nuremberg enunció 10 principios acerca de la experimentación humana (en particular el principio del consentimiento del sujeto) para guiar en el futuro a los médicos en materia de investigación médica e influyó explícita y determinadamente en las declaraciones internacionales subsecuentes sobre la experimentación en seres humanos. En el ámbito internacional, esta convergencia entre la ética médica y los derechos se enfoca en la necesidad de proteger al humano de los abusos de poder del Estado, asegurando al mismo tiempo que cumpla sus obligaciones. Esto permite concretamente que los médicos y sus asociaciones se opongan a prácticas abusivas instauradas por el estado. (13, 14,15,16)

Sin embargo, en general, la ética médica de las declaraciones internacionales se coloca bajo el signo de un humanismo progresista poco crítico del desarrollo técnico y científico; se funda en modalidades profesionales para los médicos, por los médicos.

D) FUNDAMENTOS ÉTICOS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO: SOBRE LA BIOÉTICA

En el punto de encuentro de una ética médica limitada a los médicos, de reivindicaciones sociales con las que se expresa un deseo de autonomía, de ambivalencias en relación con el desarrollo de una medicina tecnocientífica, nace la bioética y se estructura progresivamente, en los EEUU. (13,14,15)

La bioética se presenta como capaz de abarcar y superar a la ética médica, es decir, a una ética solo para médicos, ya que concierne a todos los profesionales de la salud; trata sobre un conjunto de problemas que pueden o no tener una tendencia terapéutica, y sus dimensiones sociopolíticas, tanto en el humano como en los reinos animal y vegetal. Se caracteriza principalmente por su condición pluridisciplinaria, que por lo mismo genera tensiones; esta condición permite ver la complejidad de los problemas que se discuten, y los horizontes ideológicos son heterogéneos. Cada profesional involucrado ilumina de forma particular de acuerdo a su campo el asunto, y a la vez, expresa en el campo de

sus convicciones personales, su subjetividad. Se plantea bajo la forma de discurso y de prácticas y generalmente tienen tendencia normativa, si bien no excluye lo teórico del todo; el análisis ético de la bioética tiene dos vertientes, la primera, de naturaleza más reflexiva, exalta el trabajo de clarificación y de explicación de las posturas éticas propiamente dichas, más bien facilitando el debate ético entre personas directamente involucradas en el problema que tomando una posición específica.

La otra vertiente es de naturaleza más normativa y conduce generalmente ya sea a una toma de decisión práctica o a una toma de posición combinada con recomendaciones precisas. Uno de los primeros temas de la bioética es la relación médico paciente (12,13).

E) FUNDAMENTOS ÉTICOS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO: CORRIENTES FILOSÓFICAS

Han existido diferentes esfuerzos de establecer teoría en el seno de la bioética con el fin de ofrecer un marco teórico que funde procedimientos de decisión, o aún un conjunto de principios que tenga utilidad práctica en la resolución de dilemas éticos a los que se enfrenta la biomedicina. Cada una de estas tres diferentes vías ofrece conceptos distintos de la condición epistemológica de la bioética. Muchas de las tomas de posición y de razonamiento en bioética están señaladas por dos corrientes esenciales de la filosofía moral: el utilitarismo y el kantismo, que ofrecen las dos principales corrientes de la ética aplicada contemporánea. (14,15)

La teoría utilitaria, en tanto pensamiento ético, se inscribe dentro de la segunda concepción ya mencionada. En este contexto, el consentimiento informado solo se contempla en función de si tiene como consecuencia una mayor felicidad o un menor sufrimiento para el paciente. El Utilitarismo (del latín, utilis, 'útil') es, en el ámbito de la ética, la doctrina según la cual lo que es útil es bueno, y por lo tanto, el valor ético de la

conducta está determinado por el carácter práctico de sus resultados. Jeremy Bentham es más conocido como creador del utilitarismo. En la Introducción a los Principios de la Moral y la Legislación Bentham propuso el utilitarismo como la base para emprender las reformas sociales. Mantenía que era posible comprobar de modo científico lo que era justificable en el plano moral aplicando el principio de utilidad. Esta corriente enseña que una acción jamás puede ser considerada buena o mala más que en función de sus consecuencias buenas o malas respecto a la felicidad de los individuos implicados. La felicidad es equivalente al placer. En otros términos, explicó el principio de utilidad como el medio para contribuir al aumento de la felicidad de la comunidad. Creía que todas las acciones humanas están motivadas por un deseo de obtener placer y evitar el sufrimiento. Es la filosofía moral que dominó el pensamiento angloparlante por dos siglos, y que como tal, constituye un gran esfuerzo por contestar las preguntas fundamentales planteadas por toda filosofía moral acerca del *summum bonum*, la articulación de las normas morales y la motivación, la estructura de la acción y la posibilidad de la universalización de la regla moral. Dicha filosofía moral permite coordinar de forma precisa la evaluación y la acción morales. Posee tres dimensiones esenciales: un criterio del bien y del mal, un imperativo moral: maximizar ese bien y una regla de evaluación de la acción moral gracias a ese criterio. En otras palabras, es una concepción del *summum bonum*; tiene un prescriptivismo que exige una universalización de la máxima individual y así, la acción moralmente justificada es, entonces, aquella cuyas consecuencias deben producir “la mayor felicidad para el mayor número”. Es también un consecuencialismo, que se opone a la intervención de criterios a priori para juzgar la acción. Posterior a Bentham, John Stuart Mill, quien ocupa un sitio de excepción en el pensamiento europeo del siglo XIX, fue el otro gran aportador a esta filosofía; su contribución a la teoría

consiste en su reconocimiento de distinciones de categorías, además de la intensidad, entre placeres.

A Mill se le considera figura puente entre la inquietud del siglo XVIII por la libertad, la razón y la exaltación del ideal científico y la tendencia del XIX hacia el empirismo y el colectivismo.

Este enfoque ha sido reemplazado en la relación médico-paciente por los análisis basados en la teoría deontológica, en los que se concede un valor fundamental a la autonomía del individuo, considerando la relación entre el médico y el paciente normal adulto como una relación entre dos personas responsables, más que entre un padre y un hijo. Una relación deontológica que implica una obligación moral entre las dos partes.(4,14,15)

El término ética deontológica hace referencia a ciertos actos que son moralmente obligatorios o prohibidos, sin considerar sus consecuencias en el mundo. En un sentido más moderno, no se trata de una ética específica aplicada a una profesión. El deontologismo contemporáneo está inspirado en Kant, y puede considerarse una ética del móvil, ya que considera que “el concepto del bien y del mal no debe ser determinado primeramente por la ley moral, sino solo después de ella y a través de ella; también, es a partir del móvil como Kant clasifica las diversas concepciones fundamentales del principio de la moralidad y en tercer lugar, la ley moral es considerada por él como un hecho.(14, 15,17).

Mantuvo que los principios morales son imperativos categóricos, que para él significaban mandatos absolutos de la razón que no admiten excepciones y nada tienen que ver con el placer o el beneficio práctico. Para Kant, el imperativo categórico es un mandato que debe ser obedecido como un deber moral, por encima de los impulsos

individuales, con el fin de alcanzar una sociedad humanitaria basada en la razón y creada por la voluntad. (14)

En la *Metafísica de las costumbres* (1797) Kant describió su sistema ético, basado en la idea de que la razón es la autoridad última de la moral. Afirmaba que los actos de cualquier clase han de ser emprendidos desde un sentido del deber que dicte la razón, y que ningún acto realizado por conveniencia o sólo por obediencia a la ley o costumbre puede considerarse como moral. Describió dos tipos de órdenes dadas por la razón: el imperativo hipotético, que dispone un curso dado de acción para lograr un fin específico; y el imperativo categórico, que dicta una trayectoria de actuación que debe ser seguida por su exactitud y necesidad. El imperativo categórico es la base de la moral y fue resumido por Kant en estas palabras claves: "Obra como si la máxima de tu acción pudiera ser erigida, por tu voluntad, en ley universal de la naturaleza" (14,15,17).

Las ideas éticas de Kant son el resultado lógico de su creencia en la libertad fundamental del individuo, como manifestó en su *Crítica de la razón práctica* (1788). No consideraba esta libertad como la libertad no sometida a las leyes, como en la anarquía, sino más bien como la libertad del gobierno de sí mismo, la libertad para obedecer en conciencia las leyes del Universo como se revelan por la razón (15).

Sin embargo, se admite una argumentación muy diversificada para defender el carácter apremiante de los imperativos morales y para diferenciarse tanto de las teorías consecuencialistas como de las de inspiración aristotélica. (14)

Quienes defienden una postura de esta naturaleza creen que hay actos absolutamente obligatorios e igualmente ciertas clases de actos que son malos y que son en su conjunto medios moralmente inaceptables de perseguir fines aún si estos son moralmente admirables o moralmente obligatorios (14).

Un acto inmoral desde el punto de vista deontológico es un acto que viola un derecho del prójimo. En cuanto a las reglas y las obligaciones, esta ética desarrolla más que una visión del actuar bien o de la vida buena, una conciencia de los límites: reglas, leyes, prohibiciones, limitaciones, normas. El carácter obligatorio o la normatividad se vuelven entonces las características principales de la moralidad. Las obligaciones deontológicas están por lo regular formuladas negativamente, a manera de prohibiciones; esto es un asunto más que meramente formal, ya que las formulaciones positivas no son equivalentes o no están implicadas por las formulaciones negativas: así, “no mentirás” no implica “dirás la verdad”; “no herirás al inocente” no implica “darás asistencia a quienes lo necesitan”, pues desde el punto de vista de la acción es posible satisfacer una exhortación negativa, pero no una positiva, siempre indeterminable. Por esta forma negativa de las obligaciones deontológicas, su extensión está estrictamente limitada. Todo lo que se encuentra fuera de los límites impuestos por la exhortación no está prohibido.

Para muchos deontologistas, lo que en la acción, por lo general debe ser deducido como rasgo “moral” es su intención. Una obligación deontológica solo se viola intencionalmente (14).

F) FUNDAMENTOS ÉTICOS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO: PRINCIPIOS

Terminadas estas breves notas sobre ética y bioética, volvamos al consentimiento informado y sus principios éticos; Tom Beauchamp y James Childress proponen la tentativa más antigua de establecer una teoría en la bioética (desde 1979); proponen que existen principios que pueden guiar la actuación en todos los dilemas éticos de la biomedicina; Proponen el principio de autonomía, el de no maleficencia (*primum non nocere*) el de beneficencia y el de justicia, que como base de la bioética, aplican y son también los principios éticos del consentimiento informado (3,4)

Faden, Beauchamp y Childress afirman que el fundamento básico de la teoría del consentimiento informado es el principio de autonomía. Para Faden y Beauchamp además del principio de autonomía hay que añadir los principios de beneficencia y de justicia, y para Beauchamp y Childress, (como ya se mencionó) hay que incorporar a los anteriores el principio de no-maleficencia. Serían los cuatro principios fundamentales de la ética o deberes “prima facie”. Se lee en el *Principles* de Beauchamp y Childress “ una obligación prima facie indica que debe obedecerse siempre a no ser que entre en conflicto en una ocasión particular con una obligación igual o más fuerte”.(4, 14,15)

Del análisis de las teorías expuestas se puede sacar la siguiente conclusión: el fundamento moral de la teoría del consentimiento informado es el principio de autonomía del individuo. (4)

Desde la bioética española se han hecho algunas propuestas para la fundamentación del consentimiento informado de las cuales la más conocida es la de Diego Gracia. Parte de que el esbozo moral que en este momento puede dar razón de manera más adecuada del sistema de referencia es, al menos para la bioética, el sistema de los cuatro principios de Beauchamp y Childress, si bien introduciendo algunas modificaciones. Concretamente, existiría una jerarquía interna u orden lexicográfico en este cuarteto de principios, con una preeminencia de la no maleficencia y de la justicia sobre la autonomía y la beneficencia. Los dos primeros principios conforman lo que denomina nivel uno, y los dos restantes el denominado nivel dos. El nivel uno establece los contenidos morales exigidos a todos los miembros de la sociedad, los mínimos morales por debajo de los cuales nadie puede situarse. Una ética de mínimos, exigible por coacción, que definiría el ámbito de “lo público”. El nivel dos indicaría unos contenidos propios de una ética de máximos, relacionados con los proyectos de felicidad y autorrealización de las personas.

Una ética de la felicidad. No se podrían exigir por coacción y definirían el ámbito de lo privado. (4)

En síntesis, el concepto de consentimiento informado es apoyado principalmente por las nociones éticas de principio de autonomía, que es el respeto a la capacidad de autodeterminación del paciente y el ejercicio de libre albedrío; también, por los principios de beneficencia (la obligación profesional a promover el bien) y por el de no maleficencia (la obligación profesional a no realizar el daño). El 4to principio ético tras el consentimiento informado es el principio de justicia, proveyendo acceso justo y equitativo.(3,4)

Abundemos en cada uno de ellos.

Tanto el principio de autonomía como el consentimiento informado son relativamente nuevos en medicina, por ejemplo, en el Corpus Hipocraticum no se menciona nada sobre respetar la decisión de los pacientes o el proveerles con la adecuada información. De hecho, las publicaciones éticas realizadas antes de 1900 estaban limitadas a los principios de no maleficencia y el de beneficencia. (3)

En cuanto al importante concepto de autonomía, podemos comentar: “si voy a actuar de una forma ética o moral, debo elegir por mí mismo lo que voy a hacer”. Solamente con este precedente se puede entonces considerar un acto como propio del individuo, y de tal manera, depositar en él culpa o elogio. (5)

Como ya mencionabamos, la idea de la autonomía moral aparece en germen en la discusión sobre la “acción voluntaria” de la Ética a Nicómaco, donde se menciona que un acto moral es aquel que es deliberado y elegido libremente por el agente. (5,6,14,18)

A lo largo de la evolución de esta idea, el pensamiento de Kant es también importante y en él podemos seguir su metamorfosis, de ser un pilar de la ética a valor ético con derecho propio, con respeto moral en si mismo. De tal manera, este concepto llega a ser

valioso en el sentido de que incluso si lo que elijo es “objetivamente malo”, mi elección es todavía buena en cuanto a que es un acto libre y autónomo. (5)

Para ser consideradas autónomas, las decisiones de una persona deben 1) basarse en un conocimiento suficiente 2) mostrar comprensión e intencionalidad relacionada 3) o estar coaccionadas internamente y 4) no estar coaccionadas externamente. (5)

Para hablar sobre los principios de beneficencia y no maleficencia, comentaremos las menciones primarias de estos dos términos en la literatura médica antigua, en concreto, en el Juramento de Hipócrates. La no maleficencia tuvo en la antigüedad una interpretación paternalista; tanto en la medicina griega como en la religión de Israel y en el derecho romano. En el primer caso la ética hipocrática partía del principio de que “el fin si justifica los medios”. (18,19)

En el juramento hipocrático no se distingue con nitidez la no maleficencia de la beneficencia; o mejor, engloba ambos conceptos bajo el término genérico de “hacer el bien”; son dos formulaciones, una positiva y otra negativa, de la misma cosa; algo así como las dos caras de una misma moneda. De aquí deriva una segunda característica de ese texto: que en él no se entiende la beneficencia desde la no maleficencia, sino al revés. El médico del juramento tiene como criterio moral último y único la beneficencia, el hacer el bien al enfermo. Y además, el hacerlo de acuerdo con su opinión, no según la del enfermo. No concede lugar alguno a la autonomía del paciente, por lo que no es solo beneficentista sino también paternalista: trata al paciente como el padre actúa con los hijos menores de edad, buscando su beneficio, pero sin contar con su opinión. De tal forma, no las toma como dos cosas distintas, sino una misma, expresada de formas a la postre complementarias. Toda cultura antigua fue beneficentista, y además, dio a la interpretación de la beneficencia, un matiz claramente paternalista. Por eso, cabe decir que la no maleficencia, en tanto que principio ético específico, fue prácticamente

desconocida. El descubrimiento de este principio se produjo en el mundo moderno. (18,19)

En el rigor de los términos, sólo puede hablarse de no maleficencia como principio distinto del de beneficencia a partir del siglo XVII, cuando se formula la primera tabla de derechos humanos. El objetivo de estos derechos era proteger la autonomía de los seres humanos contra toda interpretación de tipo beneficentista o paternalista y fue cuando comenzó a formularse por vez primera una ética racional deontológica.

Para John Locke, todo hombre tiene desde el principio, derecho a la vida, a la libertad, a la propiedad. Se formulan de manera negativa “derecho a que nadie atente contra mi vida, mi libertad, etc..” Son por ello, derechos negativos. Todos se resumen a la postre en un principio negativo también, el de “no maleficencia”. Para este autor, todo contrato social o legislación que no establezca la vida política sobre estas bases, es inmoral.

La beneficencia es posterior a la legislación o al contrato social; la no maleficencia, por el contrario, es anterior a él. La función de ese contrato social o legislación es claramente teleológica, en tanto que los derechos civiles y políticos tienen un carácter estrictamente deontológico. Por eso el contrato social es un acto libre, en tanto que la aceptación de los derechos humanos no lo es. Siguiendo a John Stuart Mill, hay dos tipos de deberes, los de obligación perfecta y los de obligación imperfecta. Los primeros son aquellos en virtud de los cuales se genera un derecho correlativo en alguna persona o personas. Los deberes de obligación imperfecta son aquellas obligaciones morales que no originan tales derechos; por tanto, los primeros son deberes de justicia y no maleficencia; los segundos, de caridad y beneficencia.

Es erróneo pues, identificar la justicia con el castigo; realmente la justicia es más bien lo contrario, la no lesión de los derechos naturales de las personas, por tanto, la no maleficencia; no es otra cosa que el respeto de los derechos naturales del hombre y la

injusticia lo contrario. Por eso se identifica con la no maleficencia, no con la beneficencia. La justicia y la no maleficencia están por encima de nuestros deseos particulares, son principalmente imperativos previos a nuestras opiniones morales y fundamento suyo. El hombre es dueño de hacer el bien pero no de hacer el mal. Podemos acompañar a Nozick en su conclusión: que solo la no maleficencia es exigible en justicia; la razón es clara: así como la no maleficencia es previa a la voluntad de las personas e independiente de ella, la beneficencia es inseparable de la autonomía. Por tanto todo lo relacionado con la beneficencia debe realizarse autónomamente, libremente, atendiendo a imperativos estrictamente morales o de conciencia, y no legales o de justicia. La no maleficencia es una obligación perfecta o de justicia; la beneficencia por el contrario es obligación solo imperfecta, es decir, exclusivamente moral. Acaso cabe repetir que la justicia y la no maleficencia son previas al derecho de autonomía. La no maleficencia es a la justicia lo que la beneficencia a la autonomía. No hay beneficencia sin autonomía ni no maleficencia sin justicia. O dicho de otro modo: la no maleficencia no puede ni debe definirse desde la beneficencia, ni de la autonomía, como en el liberalismo doctrinario, sino desde la justicia.

El perímetro de la no maleficencia hay que definirlo desde un principio superior al de la autonomía, uno que funda "obligaciones absolutas o de justicia", no de acuerdo a la tabla de los derechos humanos negativos. Nos referimos al imperativo categórico Kantiano, que es un principio absoluto y por tanto anterior a la autonomía del sujeto. Decimos que es absoluto porque su mandato es previo y está por encima de la voluntad empírica, esto es, no necesita del consentimiento o la anuencia del sujeto receptor. Hay obligaciones tan absolutas que son previas a la propia autonomía. Estas son, exactamente, las obligaciones de no maleficencia. No podemos hacer mal a nadie; este principio nos

obliga, incluso previamente a conocer lo que piensa la persona a la que podemos hacer mal.

Desde un abordaje puro o estrictamente racional, los principios de la bioética: Justicia, beneficencia y autonomía parecen dejar en claro que el rango jerárquico superior le corresponde a la justicia. El segundo lugar lo ocupa la autonomía y el tercero la beneficencia. Esto último debido a que no puede considerarse benéfico nada que vaya contra la voluntad. Beneficencia y autonomía son inseparables: la primera no es posible sin el concurso de la segunda. Poniendo en juego nuestra autonomía podemos hacer cosas que sean o no benéficas. Un orden previo es el de la justicia. Cuando no se cumple con él, el resultado no debe llamarse no benéfico, sino maleficio. Cabe considerar por tanto a la no maleficencia como un principio inseparable de la justicia. Es necesario establecer una diferencia entre justicia y no maleficencia, al menos a nivel conceptual; la idea de justicia ha quedado reducida hoy al ámbito de la llamada “justicia social”, o sea, al reparto de los bienes sociales primarios. La no maleficencia, por el contrario, dice relación al respecto de los derechos civiles y políticos, en especial el derecho a la vida. Aunque ambas son, a la postre, obligaciones de justicia, entre una y otra hay una distinción parecida a la que media entre el derecho político y el derecho penal.

Dar a cada uno lo suyo es el fundamento de toda la vida moral, y por ello tanto de la autonomía-beneficencia como de la justicia distributiva. Esa justicia general que formulamos en sentido positivo como “dar a cada uno lo suyo”, formulada en términos negativos, significa la no maleficencia. (18, 19)

G) CONSIDERACIONES FINALES

Es interesante el concepto de consentimiento informado del paciente psiquiátrico bajo el enfoque de otras especialidades, por ejemplo, en una revisión del tema, Desan, comenta que en general los pacientes psiquiátricos son capaces de dar su consentimiento informado para procedimientos de urgencias; las cuestiones principales en este escenario son si el paciente tiene la capacidad de dar su consentimiento, y si no, quien es el indicado; por supuesto, es clave el tema de competencia, que como se comenta en esta revisión, incluye en general 4 elementos: El individuo debe ser capaz de expresar una opción, los pacientes deben entender que tienen una enfermedad y que hay diferentes opciones de tratamiento, y que estas tiene diversos riesgos y beneficios .El individuo debe saber estos hechos y apreciar su significado; se brinda el ejemplo de un paciente psicótico, que explica sus síntomas a través de elaboraciones delirantes, no en base a la explicación de lo que es la esquizofrenia. Finalmente, la decisión del paciente se debe tomar de una forma sensata o razonada (20).

Todo lo anterior aplica cabalmente al ejercicio de la medicina, pero no debemos dejar de lado que el accionar del médico se dirige hacia personas individuales, con características exclusivas que los hacen únicos. Rasgos que los definen en un momento en particular, hacemos referencia a las personas o a los momentos en que el paciente no cuenta con la capacidad de decidir, porque el estado de su conciencia no se lo permite. Son situaciones de urgencia que obliga al médico a actuar aún sin la autorización del paciente o los familiares responsables, pero más aún al paciente que sufre un trastorno psiquiátrico que lo incapacita para decidir sobre su estado de salud y que no solo no

acepta la ayuda médica, sino que se opone rotundamente a ella y amenaza con acciones legales contra el profesional de la medicina si lo medica u hospitaliza. (21)

En línea con esa idea debemos hacer una reflexión profunda acerca de la objeción de conciencia en psiquiatría (objeción de conciencia: resistencia a una ley general por considerar que los principios impiden cumplirla y que responsablemente podrá en su caso evitar la observación de dicha ley), de la importancia que reviste involucrar al paciente en la toma de decisiones, pero sobre todo cuando debemos decidir a nombre de él, en virtud de que frecuentemente la psiquiatría es puesta en entredicho y acusada de violentar la libertad del paciente.(21)

En cuanto a los conocimientos, actitudes y practicas de los médicos residentes en psiquiatría sobre el consentimiento informado, no hay estudios reportados previamente; el tener los datos mencionados contribuiría al debate bioético en torno a la cuestión de la práctica médica en esta rama, tal como se ha hecho en otras áreas de controversia, como en lo referente al aborto, por ejemplo. (22).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El debate bioético expone el pluralismo de nuestras sociedades tecnocientíficas con una agudeza inigualable y establece la inexistencia de un fundamento común o de una argumentación capaz de conducir sin constricciones, mistificaciones o violencia, a todos los miembros de una sociedad a compartir las mismas convicciones. El consentimiento informado es el pilar actual donde se apoya la práctica médica y es importante porque en él confluyen todos los principios que guían la bioética actualmente y por tanto, conocerlo, nos da un elemento para realizar la práctica médica de forma correcta. Actualmente no contamos en el curso de especialización en psiquiatría de la UNAM con una materia dedicada a la bioética.

OBJETIVOS:

- 1.- Determinar el conocimiento de los residentes en psiquiatría respecto al consentimiento informado
- 2.- Describir las actitudes más frecuentes de los residentes en psiquiatría respecto al consentimiento informado
- 3.- Describir las prácticas más frecuentes de los residentes en psiquiatría respecto al consentimiento informado.
- 4.-Comparar resultados en la sección de conocimiento de los residentes de psiquiatría, por sede clínica y año de residencia.

JUSTIFICACIÓN:

Hasta el momento no tenemos conocimiento de algún estudio previo realizado sobre el tema en nuestro país y en la población que nos atañe; dado que los pilares que dan sustento ético a la práctica médica son los principios bioéticos fundamentales, no hay manera de pasar por alto este tema a la hora de formar un grupo de especialistas. De tal manera, el generar conocimiento sobre el grado de dominio, la actitud y los modos de actuar respecto a dichos principios, que son excelentemente ejemplificados en el concepto de consentimiento informado, arrojará información inicial sobre el estado del problema. El conocer más sobre este importante elemento permitirá una práctica más apegada al respeto de la autonomía del paciente y del ejercicio de la beneficencia, en fin, más ética.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se trata de un estudio descriptivo, observacional, transversal, en el que participaron 130 residentes del curso de especialización en psiquiatría de la UNAM. Se diseñó un cuestionario que estuvo formado por una sección de 14 preguntas, de opción múltiple, sobre aspectos teóricos de la bioética, principalmente evaluados a través del consentimiento informado, por ser el lugar donde todos los rasgos principales de la bioética se expresan; en esta sección, se puede hablar de respuestas correctas o incorrectas. Se preparó un número mayor de preguntas, finalmente integramos 14 pues nos pareció que cubrían en general los aspectos más importantes del consentimiento informado, como su relación con los derechos humanos, los principios bioéticos en sus fundamentos y algunas preguntas misceláneas sobre las corrientes filosóficas dominantes en el horizonte de la bioética. En la segunda sección, la de "actitudes" las 6 preguntas tenían igualmente respuestas de opción múltiple, pero aquí no se puede hablar de correcta o incorrecta. Se seleccionaron los temas que se pueden ver en el cuestionario (apéndice 1) por ser los que más controversia causan en la práctica clínica. La sección final consta de cuatro preguntas abiertas sobre prácticas de los médicos en cuanto al consentimiento informado, como tiempo que se emplea, como se verifica que el aspecto información se cumplió adecuadamente si se da importancia al aspecto más bien legal de tener por escrito este elemento. Dicho cuestionario se desarrolló bajo la estrecha supervisión del asesor teórico, Dr. López Munguía, uno de los pocos expertos en bioética que hay en nuestro país.

PROCEDIMIENTO:

Se localizó a los residentes en diversos escenarios, como las clases en la UNAM, las guardias, o en sus servicios clínicos. Se les entregaron las hojas del cuestionario y se les pidió que lo contesten. La explicación que se les dio fue que dicho cuestionario era para

una tesis sobre bioética. Se realizó una sola aplicación del instrumento, y se vaciaron los resultados en las hojas de recolección de datos que se diseñaron con dicho fin. El cuestionario consta de 24 ítems en total; los primeros 14 corresponden a la sección de “conocimientos sobre el consentimiento informado” y son preguntas cada una con 5 opciones de respuesta, 1 sola correcta; los siguientes 6 corresponden a la sección “Actitudes” y en este caso hubo 4 o 5 opciones de respuesta para cada actitud. La sección final, correspondiente a “Prácticas” estuvo conformada por 4 reactivos, todos preguntas abiertas.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se hizo con pruebas de resumen (porcentajes, promedios, valores mínimos y máximos); χ^2 para variables categóricas y ANOVA de un factor (año de especialidad y sede) con corrección de Bonferroni post hoc por comparación de medias.

RESULTADOS

La muestra se integró por 130 sujetos, cuya distribución por año de residencia y sede clínica se muestra en el cuadro 1. En promedio se reportó un nivel de conocimiento entre el 37% y el 42% de un máximo posible de 100% (cuadro 2). Dicho conocimiento se relacionó con el año de residencia, siendo mayor en los residentes de 3ro y 4to años. No obstante, el factor “sede clínica” no mostró relación con el conocimiento (cuadro 2).

		n	%
Año de residencia	1	34	26
	2	33	26
	3	29	22
	4	34	26
		130	100
Sede Clínica	Hosp. Español	7	5
	Neurología	8	5
	ISSSTE	12	10
	IMSS	20	15
	HPFBA	51	40
	INP	32	25
		130	100

Año de residencia*		Promedio	DS	Mínimo	Máximo
1		36.3	8.6	7.1	50
2		34.1	9.4	21.4	50
3		42.1	9.0	28.6	64.3

	4	48.3	8.0	35.7	64.3
	Total	40.2	10.3	7.1	64.3
Sede Clínica	Hospital Español	37.7	6.7	28.6	50
	Neurología	37.5	7.3	28.6	50
	ISSSTE	38	8.2	21.4	50
	IMSS	37.5	7.6	21.4	64.3
	HPFBA	41	12.1	7.1	64.3
	INP	42.6	10.3	21.4	64.3
*[ANOVA, F= 17 (3), p.000] [1-4, -11.9, p .000] [2-3, -7.9, p .003] [2-4, -14.1, p .000]					

Cuadro 3. Resultados de la sección de Actitudes.						
Pregunta	Opción	Año de Residencia				
		1ro	2do	3ro	4to	N
1*	A	6 (4 %)	2 (1%)	0	6 (4%)	14 (10%)
	B	24 (18%)	30 (23%)	26 (20%)	24 (18%)	104 (80%)
	D	1 (1%)	0	3 (3%)	1 (1%)	5 (5%)
	E	3 (3%)	1 (1%)	0	3 (3%)	7(5%)
		34 (26%)	33(26%)	29(22%)	34(26%)	130(100%)
2**						
	SI	30(23%)	30(23%)	29(22%)	34	123(94%)
	NO	4(3%)	3(3%)	0	0	7(6%)
		34(26%)	33(26%)	29(22%)	34(26%)	130(100%)
3***						

	A	12(9%)	8(6%)	20(15%)	13(10%)	53(41%)
	B	5 (4%)	9(7%)	1(1%)	14(11%)	29(22%)
	C	13(10%)	15(12%)	1(1%)	6(4%)	35(27%)
	D	4(3%)	1(1%)	7(5%)	1(1%)	13(10%)
		34(26%)	33(26%)	29(22%)	34(26%)	130(100%)
4****						
	B	34(26%)	32(25%)	23(18%)	34(26%)	123(95%)
	C	0	1(1%)	0	0	1(1%)
	D	0	0	6(4%)	0	6(4%)
		34(26%)	33(26%)	29(22%)	34(26%)	130(100%)
5+						
	A	2(1%)	5(4%)	7(6%)	18(13%)	32(25%)
	B	20(15%)	20(15%)	22(18%)	16(13%)	78(60%)
	C	12(10%)	7(6%)	0	0	19(14%)
	D	0	1(1%)	0	0	1(1%)
		34(26%)	33(33%)	29	34(26%)	130(100%)
6++						
	A	6(4%)	9(8%)	0	9(6%)	24(18%)
	B	14(11%)	19(14%)	7(6%)	12(10%)	52(41%)
	C	14(11%)	5(4%)	22(16%)	13(10%)	54(41%)
		34(26%)	33(26%)	29(22%)	34(26%)	130(100%)
* $\chi^2= 16 (9) p .06]$ ** $[\chi^2= 7.19 (3) p.06]$ *** $[\chi^2= 41 (9) p .000]$ **** $[\chi^2= 24 (6) p. 000]$ + $[\chi^2= 42 (9) p.000]$ ++ $[\chi^2= 26(6) p .000]$						

En el cuadro número 3 podemos ver los resultados de la sección de actitudes, que resalta en negrillas las opciones que fueron más frecuentemente marcadas; en la pregunta 1, que versa sobre que modalidad de internamiento se ofrece a un paciente psicótico, el mayor porcentaje de residentes coincidió en “involuntario”, B.

En la pregunta 2, sobre si se considera que debería continuar existiendo la posibilidad de internamiento involuntario en los pacientes psiquiátricos, la opción más frecuente fue “sí”, la A, con porcentaje de 94%).

En la pregunta 3, que indaga la actitud que se adopta respecto al uso de la coacción en el trato con el paciente (respecto al ofrecimiento de un tratamiento), las opciones resaltadas en negrillas, A, “sí, siempre que sea en su beneficio” y C, “no, aunque sea en su beneficio”, fueron marcadas con mayor frecuencia; en conjunto, fueron el 68% de las respuestas.

En la pregunta 4, sobre ofrecer expectativas elevadas para conseguir que un paciente o su familia acepten un tratamiento (pregunta similar a la anterior), la opción B,

“consideramos que no es correcto porque se están ofreciendo metas que no se alcanzan, sin importar que sea o no en beneficio del paciente” fue la más frecuentemente marcada (95%)

En la pregunta 5 se plantea el caso de un paciente con depresión grave sin síntomas psicóticos y riesgo suicida elevado que rechaza el internamiento voluntario; la actitud más frecuentemente adoptada fue la B (60%), “intentar convencerlo de que se interne de forma voluntaria, y si se recibe nuevamente una negativa, se procede a un internamiento voluntario, obteniendo el consentimiento del familiar más cercano”. La segunda opción en frecuencia fue la A(25%) “intenta convencerlo de que acepte voluntariamente su propuesta y si recibe una negativa, desiste de su ofrecimiento y establece plan de tratamiento externo”.

En la pregunta 6, que explora la actitud que se tiene en general en psiquiatría respecto al consentimiento informado, las actitudes más comunes fueron, ambas con 41% de las respuestas: B “debería dejarse a criterio del médico cuando recaba y cuando no recaba el consentimiento informado” y C “considera necesario recabar el consentimiento informado y de no ser un caso de urgencia, demoraría el inicio del tratamiento hasta que esto fuera posible”.

Práctica	Respuesta	Total	%
Modalidad de internamiento que ofrece primero	Involuntario	70	55
	Voluntario	58	45
Aprox. Cuanto tiempo utiliza	Menos de 5 minutos	16	12.5

para informar al paciente al recabar su consentimiento informado	5-10 min	58	45
	Inespecífico o más tiempo	54	42.5
¿Como se asegura de que le entendieron?	Pregunto si hay dudas	105	82.5
	NO me aseguro	23	17.5
¿En caso de no estar llenada la hoja de CI, que hace?	NADA	41	32
	Lleno el formato	87	68

Respecto a la pregunta 1, “modalidad de internamiento que ofrece primero”, los porcentajes se encontraron muy similares entre involuntario y voluntario; la mayor parte de los residentes respondió que utiliza alrededor de 5-10 minutos o una cantidad “NO ESPECIFICADA” de tiempo para cubrir uno de los elementos esenciales del consentimiento informado, precisamente el aspecto de “información”; Aclaramos que en el rubro de “NO ESPECIFICADA”, puede ser menos de 5 minutos también, pues una respuesta común en demasía fue “no sé”.

La mayoría de los residentes, el 80%, se asegura de que el paciente entendió el ofrecimiento y puede dar su consentimiento. El resto no se asegura de si le entendieron o no.

Finalmente, respecto a que hace el residente en caso de hallar el formato de consentimiento informado sin llenar por escrito, aproximadamente dos terceras partes refirió que llena dichos papeles.

Dos residentes de los 130 captados dejaron en blanco esta sección.

DISCUSIÓN.

La revisión de la literatura revela que este trabajo es el primero que indaga sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de los psiquiatras (o residentes) en el tema de la

bioética, a partir de uno de los pilares de la atención médica, el consentimiento informado. La población captada corresponde aproximadamente a la mitad de los residentes de la especialidad actualmente en formación en nuestro país, ya que en la UNAM se forma aproximadamente el 50% de los psiquiatras en México; sin embargo, no podemos generalizar los resultados hallados a todos los demás residentes ni a los psiquiatras ya graduados. Se requerirán estudios diferentes para tener estimaciones sobre esto último. Los resultados de la sección de conocimientos del cuestionario aplicado fueron en promedio 40. El grado actual de conocimiento sobre este tema no nos permite siquiera proponer una calificación mínima para hablar de un “buen grado” o “mal grado” de conocimientos. Por lo tanto nos limitamos a describirlo. Sería interesante diseñar un examen a manera del llamado “de competencia psicodinámica”, que se aplica a los psiquiatras recién graduados en EEUU, pero sobre el tema de bioética, ya que es una de las disciplinas humanistas que más desarrollo ha presentado en los últimos años. No existen tampoco los elementos para estimar si el grado de conocimientos que encontramos en nuestro estudio, el 40%, tiene implicaciones negativas o positivas en el ejercicio de nuestra especialidad. Uno de los datos más claros, es el relativo a que los residentes de 3ro y 4to años tienen calificación más elevada que los de 1ro y 2do; una explicación pausable a este fenómeno es que en el segundo año de la especialidad, en el segundo semestre, se lleva la cátedra de Psiquiatría Legal, que toca diversos aspectos de tipo bioético. Otra posibilidad es que el ejercicio de la psiquiatría va aumentando los conocimientos de lo que se conoce como bioética, siquiera de manera empírica. Uno de los puntos a revisar era si la diferencia en ciertos aspectos de la atención que se brinda en las diversas sedes clínicas, en concreto el ofrecer internamientos únicamente de tipo voluntario o de tipos voluntario e involuntario, influía en los conocimientos de los residentes; los resultados muestran que esta diferencia no es importante, y entre los

factores responsables de esto último podríamos suponer el que no es este el único caso de consentimiento informado que se practica en la clínica, y que la obligatoriedad de este derecho humano en la práctica de la investigación, hace que el factor “internamiento voluntario o involuntario” no sea un factor decisivo. No hubo diferencia estadísticamente significativa en las calificaciones de ninguna de las seis distintas sedes clínicas.

En lo que respecta a las actitudes u opiniones de los residentes respecto al consentimiento informado, evaluadas de forma indirecta a través de planteamientos como la modalidad de internamiento que se ofrece a determinados tipos de paciente o si se acepta utilizar la coacción para llegar a una meta terapéutica podemos comentar que el que se prefiera claramente el internamiento involuntario para el paciente psicótico, va en relación a que se reconocen las limitaciones del principio de autonomía, concepto que se solapa en diversos aspectos, como se ha comentado en la introducción y antecedentes teóricos con la capacidad al margen de que se tenga o no claramente delimitadas estas abstracciones en nuestro bagaje académico. En otro plano de interpretación, se podría considerar que la realidad se impone en nuestras opiniones. La pregunta 2 va en relación a lo anterior, y también presentó abrumadora mayoría a favor de continuar ofreciendo internamiento involuntario en las instituciones psiquiátricas.

En cuanto al tema de recurrir a la coacción en el ámbito clínico, recurso que atenta directamente contra la autonomía, como principio bioético, o contra la voluntariedad, elemento esencial del consentimiento informado, resulta interesante que se estuvo cerca de una salomónica igualdad de porcentajes entre los residentes, ya que en esta pregunta la opción “A”, a favor de la coacción, y las opciones “D” y “C”, en contra de la misma tuvieron porcentajes casi idénticos (cuadro 3). La pregunta 4 también giró alrededor de este tema, sin embargo, la respuesta que acaparó un porcentaje cercano al 90 está tajantemente en contra de la coacción. La formulación de ambas preguntas es distinta,

en la tres, se plantea la coacción como algo en línea con el principio de beneficencia, la estirpe más antigua de los principios bioéticos en la medicina (y en ocasiones contraria al principio de autonomía, principio mucho más reciente en nuestra praxis) y en la 4, se le asocia a un levantamiento de falsas expectativas. Esto podría haber influido en la divergencia de las respuestas, sin embargo, no podemos hablar de una contradicción franca.

La pregunta 5 pretende poner la disyuntiva sobre los principios de beneficencia o de autonomía. El que las dos actitudes más frecuentemente señaladas hubieran llevado el ofrecer primero el internamiento voluntario, sugiere que se da más importancia al principio de autonomía, ya que las posturas beneficentistas netas, planteadas en las opciones 4 o 5 fueron muy poco señaladas.

En la pregunta seis se ofreció la opción de señalar una actitud decididamente paternalista, basada en el principio de beneficencia únicamente: “se debería dejar a criterio del médico cuando recaba y cuando no recaba el consentimiento informado”. Esta no fue la actitud más señalada, pero tuvo, junto con la opción C “considera necesario recabar el consentimiento informado y de no ser un caso de urgencia, usted demoraría el inicio de tratamiento hasta que esto fuera posible”, la mayoría de las preferencias de los residentes encuestados.

En un intento de ser vistas como un todo, se puede decir que no hay una tendencia clara sobre los dos polos de los principios que pugnan de forma más nitidamente antagónica en la bioética actual: los principios de beneficencia o de autonomía. No orientamos nuestras pesquisas en cuanto a opiniones o actitudes sobre los principios de justicia o no maleficencia.

En el apartado de prácticas se observó una tendencia igualmente, diríamos, “moderada” (esto es, sin claro dominio de uno del principio de autonomía o el de

beneficencia): se ofrece casi con igual frecuencia de primera intención el internamiento voluntario que el involuntario. Lo anterior se afirma con mucha cautela, ya que las diferentes sedes clínicas ven poblaciones de pacientes muy distintas entre sí, además, no tenemos un parámetro de tiempo ya establecido para hablar de que se brinda el cuidado necesario a asegurar la comprensión del paciente en el elemento “información”, tan unido al ejercicio de la autonomía (sin los elementos de conocimiento, no se puede ser totalmente autónomo, ni ejercer a plenitud la capacidad con la que contamos). Una vez más, podemos recargar el valor de esta sección en el intento de descripción del fenómeno clínico. Lo mismo aplica a las últimas dos preguntas, “como se asegura de que le entendieron” y “que hace en caso de hallar vacía una forma de consentimiento informado”. La práctica más común fue preguntar si hay dudas y en la segunda, dos terceras partes de los médicos respondió que se toma la tarea de llenar la forma inconclusa; de manera indirecta, esto implica el tener que ocuparse de informar, en ambos casos. No se halló en la revisión de la literatura un artículo similar al presente con el cual comparar resultados.

CONCLUSIONES.

Vamos a mantenernos alrededor de los objetivos que planteamos al principio de este trabajo. Podemos considerar que sería enriquecedor tener una materia de bioética en la formación, para aumentar el promedio de calificación en este tema. Como hemos mencionado no tenemos un parámetro de lo que se debe saber de bioética, sin embargo, el magro promedio de las “calificaciones” sugiere la necesidad de dar mayor importancia a estos temas en la formación, acaso desde la enseñanza en las Escuelas de Medicina.

En cuanto a las opiniones o actitudes de los residentes respecto al “internamiento involuntario” (en dicho tipo de hospitalización, el consentimiento informado, si lo da el paciente, es de manera diferida, o en la mayoría de los casos, lo da un familiar, no el paciente); podemos concluir que existe abrumadora tendencia a considerar que esta modalidad debe seguir existiendo, especialmente en el caso de pacientes psicóticos; esta postura fue menos clara respecto al paciente no psicótico. Tomando de manera indirecta esta actitud hacia el internamiento involuntario como una postura hacia el consentimiento informado, podríamos decir que se admite que en ocasiones, es necesario que no sea el paciente quien lo de o que lo de pero de forma diferida.

También en lo que respecta a las actitudes, como conclusión de las preguntas 3, 4 y 6, se puede hablar que las posturas adoptadas por los residentes no dan primacía a la autonomía ni a la beneficencia. En relación a lo anterior, podemos concluir que el enfoque paternalista, digamos, “de línea dura”, donde se considera como un incapaz al paciente, y que intentamos expresar como “dejar a juicio del médico cuando recaba o no el consentimiento informado”, no es el predominante, ya que compartió un 40% con el que supedita este requerimiento a las circunstancias clínicas. Concluiríamos, y esperamos no abusar de un intento de retórica, que las actitudes del grupo de residentes analizado están bajo el imperio de la realidad.

En cuanto a las práctica, concluimos que no hay una tendencia clara a preferir uno u otro internamiento (en las sedes donde esto es una opción); que resulta extremadamente distinto (desde menos de cinco minutos hasta mucho más) el tiempo empleado en recabar el consentimiento informado; que la mayoría de los residentes se intenta asegurar de que el paciente entendió la información brindada sobre el procedimiento y que al menos dos terceras partes de los residentes da importancia al registro escrito de la aceptación del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Okasha, Ahmed "Ethics of psychiatry practice: consent, compulsion, and confidentiality " Current opinion in Psychiatry. Vol 13 (6) noviembre de 2000, pp. 693-698.
- 2.- Cabello, R. "Evaluación de la capacidad para dar consentimiento informado de una serie de pacientes psiquiátricos". Tesis para obtener el título de psiquiatra, UNAM, 2001.
- 3.- Sanchez-Caro "El consentimiento informado en psiquiatría". Ed. Eudema, Madrid, 1995.
- 4.- Luce, John, "Is the concept of informed consent applicable to clinical research involving critically ill patients? Critical Care Medicine. Volume 31(3) Supplement March 2003 pp S153-S160
- 5.- La bioética en una sociedad liberal. Capítulo 2 "El idealismo liberal y el concepto de autonomía". (Material proporcionado en el diplomado Bioética, ética médica y salud, impartido en el departamento de historia y filosofía de la medicina.
- 6.- Ética médica. Capítulo 5. "Autonomía reducida y competencia disminuida". (Material proporcionado en el diplomado Bioética, ética médica y salud, impartido en el departamento de historia y filosofía de la medicina.
- 7.- Enciclopedia Encarta 2004, versión CD rom.
- 8.- Bunge, Mario "Diccionario de Filosofía". 2da ed. Ed Siglo XXI. México, 2002
- 9.- Aranguren, Jose Luis. "Ética". 3ra ed. Alianza Universidad Textos. Alianza Editorial 1983.
- 10.- Fromm, Erich "Ética y psicoanálisis" 1ra ed (en español) Ed. FCE Mexico, 1953
- 11.- Aristóteles. "Ética Nicomaquea". 19 na ed. en español Ed. Porrúa, México, 2000
- 12.- Spinoza, Baruj "Ética demostrada según el orden geométrico", 1ra ed.(en español) Ed. FCE, México, 1958.

13.- Hernández-Arriaga JL. "Bioética General". 1ra ed. Ed Manual Moderno. México 2002

14.- Canto-Sperber, Monique. "Diccionario de ética y filosofía Moral". 1ra ed en español. Ed. FCE. México 2001

15.- Abbagnano, N. "Diccionario de Filosofía". 4ta ed en español. "Ed. FCE. México 2004.

16.- Código de Nuremberg

17.- Kant, Immanuel. "Crítica de la razón Práctica", Ed. Mestas, Madrid, 2001.

18.- Gracia, Diego "Primum non nocere. El principio de no maleficencia como fundamento de la ética médica". Instituto de España Real Acaedemia Nacional de Medicina, Madrid, 1990.

19.- Gracia, Diego. "Fundamentos de Bioética" 1ra ed. Ed. Eudema, Madrid, 1992

20.- Desan, Paul et al. "Assessment and management of patients with psychiatric disorders. "Critical Care Medicine" Volume 32(4) Supplement April 2004pp S166-S173

21.- López Munguía "La libertad: como autonomía compartida en la relación médico-paciente". "Psiquis", volumen 13 (1) enero-febrero 2004 pp 1-7.

22.- García, Sandra et. al. "Conocimientos, actitudes y prácticas de los médicos mexicanos sobre el aborto: Resultados de una encuesta nacional". Gaceta Médica Mexicana, vol. 139, suplemento no. 1, 2003

CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES, Y PRÁCTICAS
SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO. (apendice 1)

Conocimientos

INSTRUCCIONES: SUBRAYE LA RESPUESTA CORRECTA

1.- Sobre los derechos humanos:

- a) Solamente hay derechos humanos negativos
- b) Solamente hay derechos humanos intermedios
- c) Solamente hay derechos humanos positivos
- d) Solamente hay derechos humanos parciales
- e) Existen derechos humanos positivos y negativos

2.- Sobre el consentimiento informado podemos decir que:

- a) No está relacionado con los derechos humanos
- b) Es un derecho humano negativo
- c) Es un derecho humano positivo
- d) Es irrenunciable
- e) Es requisito exclusivamente en la práctica médica institucional

3.- Cual de las siguientes formulaciones es más cercana a la idea de consentimiento informado en la práctica médica:

- a) derecho a que no se atente contra la vida
- b) derecho a que no se atente contra la salud
- c) derecho a que no se atente contra la libertad
- d) derecho a que no se atente contra los bienes materiales
- e) ninguna de las anteriores

4.- Es uno o unos de los objetivos del consentimiento informado:

- a) promover la autonomía únicamente
- b) devolver a la relación médico paciente la pureza de la época de Hipócrates
- c) promover la toma racional de decisiones únicamente
- d) promover la autonomía y la toma racional de decisiones
- e) ninguno de los anteriores

5.- Son principios legales que confluyen en el principio de autodeterminación, sustento del consentimiento informado:

- a) derecho a la intimidad
- b) derecho a la confidencialidad
- c) derecho a la inviolabilidad
- d) principio de la relación contractual
- e) todos los anteriores

6.- La aseveración: “el consentimiento informado es importante solo en cuanto implica un mayor bienestar o menor sufrimiento para el paciente”

- a) es un enfoque utilitarista
- b) es un enfoque deontológico
- c) ninguno de los dos anteriores
- d) mezcla elementos de los dos enfoques
- e) es un enfoque teológico

7.- Es un autor de la corriente filosófica conocida como utilitarismo:

- a) Emmanuel Kant
- b) John Stuart-Mill
- c) Karl Marx
- d) Friedrich Nietzsche
- e) Tomás de Aquino

8.-Es uno de los principios éticos del consentimiento informado:

- a) información
- b) voluntariedad
- c) capacidad
- d) privacidad
- e) justicia

9.- Jerárquicamente, que principio estaría situado “más alto” dentro de la ética ?

- a) Beneficencia
- b) No maleficencia
- c) autonomía
- d) moral
- e) malicia

10.- Beneficencia y No maleficencia, en cuanto principios éticos:

- a) son términos intercambiables
- b) son opuestos
- c) son intercambiables, pero en tanto son principios legales, no éticos.
- d) todas son ciertas
- e) ninguna es cierta

11.- De los elementos esenciales del consentimiento informado, es el que tiene más relación con el principio bioético de autonomía:

- a) información
- b) voluntariedad
- c) capacidad
- d) privacidad
- e) justicia

12.- En el siguiente código se hace mención al consentimiento informado del paciente en cuanto aspectos de investigación:

- a) Helsinki
- b) Ginebra
- c) Estocolmo
- d) Nuremberg
- e) ninguna de las anteriores

13.- Se ocupa en determinar la maldad y la bondad de los actos humanos:

- a) derecho
- b) moral
- c) ética
- b) bioética
- e) filosofía

14.- En la relación médico paciente, en un paciente que no esta interdicto, quien tiene más autoridad para tomar una decisión sobre un tratamiento electivo:

- a) el paciente
- b) el médico
- c) los familiares
- d) el médico y los familiares tienen más autoridad que el paciente
- e) el médico, los familiares y el paciente tienen la misma autoridad

ACTITUDES

1.-

Si tiene un paciente en TEC, o en control en la consulta externa, o en internamiento, y nota que en su expediente no está adecuadamente llenada y firmada la hoja de consentimiento informado, o que no está en el expediente, usted se daría a la tarea de llenar dicho formato?

2.-

Cuando un paciente llega a consulta psicótico, y es abordable a la entrevista, pero no tiene conciencia mínima de presentar un trastorno mental, y usted llega a la conclusión de que requiere internamiento, ofrece el internamiento voluntario de primera intención (tomando en cuenta que en esta modalidad de internamiento es indispensable que el paciente dé su consentimiento informado para el mismo) ?

3.- Cree que se debería continuar ofreciendo internamiento involuntario a pacientes psiquiátricos?

4.- Considera adecuado coaccionar al paciente para conseguir que acepte un tratamiento que usted sabe es lo más recomendable en su caso ?

a) Considera adecuado o inadecuado el ofrecer expectativas irrazonablemente elevadas sobre el pronóstico de un internamiento o una terapia biológica en el curso del trastorno mental de un paciente con el fin de que él o su familia acepten el tratamiento?

b) Considera adecuado o inadecuado advertir que se le podría retirar la atención psiquiátrica al paciente si no acepta la terapéutica que se le está ofreciendo, con el fin de que acepte su tratamiento?

7.-

a) En el caso de un paciente con depresión grave sin síntomas psicóticos, ideación suicida bien estructurada y los medios para ejecutar el plan, usted estaría de acuerdo en la hospitalización involuntaria (que no requiere el consentimiento informado del paciente)?

8.- Considera que el consentimiento informado debería desaparecer o reafirmarse en psiquiatría?

a) En el caso de un paciente gravemente psicótico que usted considera requiere internamiento y cuyos familiares se encuentran en estado de crisis y por tanto son incapaces de dar su consentimiento informado de manera adecuada, ¿estaría de acuerdo en omitir este último?

Es necesario el internamiento del miembro de una familia (quien no está en condiciones de dar su consentimiento informado) y el resto de ella, incluyendo al responsable, se encuentran en crisis; considera que el consentimiento informado se debería omitir en tales casos??

PRÁCTICAS

1.- Que modalidad de internamiento ofrece usted primero, involuntario o voluntario? Especificar si se basa en algún parámetro particular, vbr. diagnóstico del paciente, impulsividad, factores de riesgo

2.- Aproximadamente cuanto tiempo utiliza para informar al paciente sobre el procedimiento del cual requiere su consentimiento? (vbr. Internamiento, prescripción de fármacos u otras terapias biológicas)

3.- Como se asegura de que el paciente o los familiares entendieron la información que usted les da sobre el tratamiento u ofrecimiento terapéutico?

4.- En caso de notar que en un expediente no está adecuadamente llenada y firmada la hoja de consentimiento informado, o que está ausente, ¿ que hace usted?

