

# LOS DERECHOS DE LA PERSONA CON TRASTORNO MENTAL EN EL ÁMBITO CLÍNICO

Hugo Reyes\*

## Resumen

Este artículo parte de la presentación de un caso clínico, que ilustra las dificultades a las que se enfrentan los psiquiatras en el ejercicio de la profesión, ante situaciones como el consentimiento informado, la libre elección del tratamiento por parte de los pacientes y la capacidad de intervención a través de la relación médico-paciente. A lo largo de esta exposición se tocan situaciones asociadas con las posibilidades terapéuticas dentro del marco de la Ley 100 de 1993, y se concluye haciendo hincapié en la necesidad de tener como marco de referencia, en nuestro quehacer como psiquiatras, los derechos de los pacientes, el establecimiento de una buena relación médico-paciente y la urgente necesidad de replantear las posibilidades de comprensión de la realidad de los individuos, más desde su capacidad funcional, y no desde la perspectiva estrictamente médica.

**Palabras clave:** Consentimiento informado, tratamiento, trastorno mental.

**Title:** The Mental Disorder Patient's Rights in the Hospital's Environment.

## Abstract

*The article presents a clinical case in order to illustrate the difficulties that psychiatrists face in their professional practice, such as informed consent, free election of treatment by the patients, and the capacity of intervention through the establishment of a doctor-patient relationship. Along the presentation, other situations are explored in relation to the therapeutic possibilities framed in the Law 100. The need for a reference point of our work as psychiatrists is proposed as a conclusion, especially with regard to our patient's rights, the establishment of a good doctor-patient relationship, and an urgent need to discuss the possibilities of comprehension of the patients' reality from a functional point of view rather than a strictly medical perspective.*

**Key words:** *Informed consent, treatment, mental disorder.*

---

\* Médico psiquiatra. Jefe de la Unidad de Salud Mental del Hospital Santa Clara, Bogotá.

Una mujer de veinte años, que ha ingresado a la Unidad de Salud Mental tras un intento de suicidio, solicita su salida voluntaria en su segundo día de hospitalización.

... ante la incapacidad para pagar mi habitación, todo lo que he sufrido, me quitaron mi hija hace dos años y no me la dejan ver, [...] no tengo a nadie en este mundo [...] decidí ir a la farmacia, pedí el calmante más fuerte que tuvieran, dos cajas [...] me dieron fluoxetina y me fui a unas residencias que conocí por mi novio, pedí que no me molestaran que quería descansar y me las tomé...

A la mañana siguiente la encuentra el administrador del lugar, quien avisa al Centro Regulador de Urgencias de la ciudad y la trasladan a la Unidad de Salud Mental. Allá se le inicia un manejo antidepresivo, sobre el cual dice: “no lo necesito, yo no estoy loca, yo estoy bien, necesito es irme, estar acá me pone más triste [...] yo no tengo necesidad de un psiquiatra...”. Ella argumenta que siempre “he podido trabajar en cualquier cosa y necesito encontrar un trabajo nuevo”.

En el examen mental presenta afecto lábil, tono depresivo, ideas de muerte y de suicidio activas e introspección poco estructurada sobre sucesos recientes; no hay indicios de síntomas psicóticos, pero tiene rasgos de personalidad del grupo B.

No existe contacto con familiar alguno. Una amiga, la persona más allegada, no responde a su llamado para que asista a la institución, motivo por el cual desea determinar ella misma su egreso de la actual hospitalización: “yo no tengo con qué pagar, no aguanto otra deuda...”.

En el momento se decide continuar la hospitalización y no dar salida voluntaria a la paciente. Por lo tanto, ¿cuál es el aporte del marco legal a la práctica de la psiquiatría clínica, en cuanto al respeto de los derechos de esta paciente?

En el ejercicio cotidiano, el psiquiatra enfrenta situaciones relacionadas con los derechos de los pacientes: la libre elección del tratamiento, el consentimiento informado para los diversos procedimientos terapéuticos, la confidencialidad sobre la información personal y el derecho a la autodeterminación, que se concreta ante la eventualidad de un egreso voluntario (1).

El derecho a la libre elección del tratamiento implica tener en cuenta factores tan diversos como:

- El estado mental de la paciente y, por ende, la posibilidad de tomar decisiones en un momento muy particular de su vida, en el cual la sintomatología –deseo autolítico– puede determinar su rechazo al tratamiento farmacológico y su deseo de que la den de alta por su voluntad.

- Los imaginarios sociales, no sólo sobre el trastorno mental –“yo no estoy loca...”–, sino sobre el profesional de la psiquiatría, usualmente caracterizados por el rechazo y la valoración negativa transmitidos fácilmente dentro de la sociedad.
  - La cantidad de información brindada a la paciente acerca de la naturaleza y la extensión de su problema, los riesgos y beneficios relacionados con su tratamiento, las diversas alternativas disponibles y el pronóstico a mediano y largo plazo.
  - Las limitaciones tanto en el texto como en la implementación de la Ley 100, por ejemplo, la universalidad de la cobertura.
  - La aceptación o el rechazo por parte de la paciente a la intervención psiquiátrica, pues con la firma o no del consentimiento informado, debe hacer considerar los siguientes elementos:
    - La información explícita a la persona acerca de su problema psiquiátrico, la cual debe ser suficiente para facilitar la autonomía de ésta en la decisión que va a tomar.
    - La claridad de información que tenga el paciente acerca de los riesgos y beneficios inherentes al tratamiento propuesto, que tienen que ver con los posibles efectos secundarios a corto y largo plazo de las conductas terapéuticas asumidas, así como con el grado de respuesta terapéutica esperado y su incidencia en el pronóstico. Es necesaria la presentación de diversas alternativas disponibles para el manejo de su problemática, independientemente de las preferencias del terapeuta.
  - La capacidad de decidir voluntariamente, que implica la comprensión de las consecuencias de su decisión y su intencionalidad, a la luz de su proyecto de vida sin una presión externa.
  - La confidencialidad de la información suministrada por el paciente, teniendo en cuenta el consentimiento para consignar en su historia aspectos de índole personal, cuando éstos sean pertinentes para su tratamiento.
  - El derecho a la autodeterminación, evidente en la demanda de salida voluntaria, sujeto a la valoración de la capacidad de decisión de la paciente, así como al riesgo de daño inminente a sí misma.
- Por ser los temas planteados de una dimensión que desborda el alcance de este artículo, se discuten algunos de sus aspectos particulares, en aras de invitar a la reflexión y a la discusión sobre el quehacer cotidiano del profesional de la salud mental.
- Téngase en cuenta que develar información al paciente acerca de su problema constituye una necesidad

fundamental en pro del ejercicio de sus derechos. Pero, ¿cuánta es suficiente? Difícil es que la subjetividad del personal de salud no sea la que responda esta pregunta, de ahí la importancia de revisar nuestra práctica cotidiana e implementar las acciones necesarias para fortalecer este pilar del derecho de los pacientes a su autodeterminación.

El modelo médico tradicional centra la patología en el individuo: el paciente es el psicótico o el depresivo, y esta mirada impide un abordaje más abarcador e intervencionista. De todos es sabido que en la génesis de los trastornos mentales confluyen muchas circunstancias: la situación económica, la historia de vida, la familia, las redes sociales. Tales circunstancias nos llevan a una nueva comprensión del paciente, quien no sólo 'tiene' un trastorno; por el contrario, una diversidad de factores también se adicionan alrededor de su psiquismo e historia personal para construir lo que se denomina *trastorno mental*. Entender esto le quitaría la culpa a nuestros pacientes y desplazaría los focos de intervención a otros lugares, ya que estas comprensiones desestigmatizarían tales hechos: ahora la culpa no es única, sino compartida, y al Estado le corresponde una cuota.

Una adecuada información acerca de un diagnóstico no solamente debe ceñirse a los lineamientos de

los sistemas de clasificación propios de la psiquiatría, también debe apuntar al contexto que lo recibe. ¿Hemos pensado el impacto que genera un diagnóstico en la familia, en el contexto social y laboral? ¿Cuál es el significado de la palabra *psicosis* para la familia, para el paciente o para sus empleadores? Un diagnóstico sin contexto puede generar más discapacidad y discriminación que la misma crisis. Esta situación no nos es ajena y comienza en los servicios de urgencias, donde el paciente psicótico produce temor al personal médico, que espera la intervención salvadora del psiquiatra, sin que se realice el ejercicio previo de la evaluación, el diagnóstico y la intervención, como en cualquier otra patología médica.

¿Este temor no es el mismo de familiares y policías, que en ocasiones hacen demasiado uso de la fuerza con el fin de lograr la contención y el traslado a un centro de urgencias del paciente con agitación psicomotora?

Caben las preguntas: ¿estamos dedicando el suficiente tiempo de consulta a estos casos? O, mejor aún, ¿será posible dedicarlo, dado el tiempo asignado a la consulta por las diferentes instituciones de salud, a la luz de la Ley 100? ¿Durante la hospitalización se le reconoce al paciente su individualidad y el derecho a participar o no en las diferentes actividades terapéuticas?

¿Nos hemos preguntado cuántos pacientes luego de su primera crisis pierden el empleo por el mal manejo de la información respecto a su hospitalización y las características de su crisis?

En este sentido, ¿las intervenciones terapéuticas deberían ir más allá de la terapia individual y entrar en los terrenos de lo familiar, lo social y lo laboral? ¿El sistema de salud actual reconoce como importantes este tipo de intervenciones? ¿Comprende su validez en aras de un adecuado abordaje a nuestros pacientes?

Ahora bien, respecto a la información sobre los riesgos y los beneficios del tratamiento, en nuestro medio la tendencia apunta a considerar estos temas como pertenecientes a la esfera del profesional, quien decide cuál es la intervención adecuada para su paciente, ya que éste no tendría la formación para ‘discutir’ sobre las opciones terapéuticas. Esto no debe ser obstáculo para brindar información necesaria y suficiente, pero, sobre todo, en términos comprensibles a ese ser humano que, en general, va a seguir las indicaciones de su médico, con el valor agregado que puede resultar de este esfuerzo, como es un piso firme para la alianza terapéutica, pilar fundamental del acto médico psiquiátrico.

Una preocupación especial debería dirigirse hacia el ofrecimiento al indi-

viduo de diversas alternativas terapéuticas. Si revisamos las opciones en la dimensión de los tratamientos biológicos, se ha vuelto costumbre pensar que el único derecho del paciente es a los medicamentos de los listados del plan obligatorio de salud (POS) y del plan obligatorio de salud subsidiado (POS-S). Parece que si un profesional va a formular un medicamento por fuera de estos listados, se sentiría actuando por fuera del marco de los derechos del paciente... Y también de sus deberes como profesional. De ninguna otra forma se explica la relación directa entre formulación de medicamentos “no POS” y, por un lado, la presentación de tutelas por parte de los pacientes para hacer cumplir su derecho, y, por otro, la relación inversa entre los casos que ameritan estas medicaciones –sobre la base de un formulario de medicamentos, deficitario por demás– y la frecuencia de su formulación por parte de los psiquiatras (2).

Si consideramos otras opciones, como las psicoterapias, al parecer una especie en peligro de extinción a raíz de la implementación de la Ley 100, el panorama es aún más inquietante. En este momento de gran avance en el conocimiento y en el desarrollo de las terapias biológicas, es todavía más importante reforzar otros puntos de vista a la hora de evaluar las situaciones humanas, por naturaleza complejas, objeto de nuestro quehacer.

En este mismo sentido, la reducción de alternativas no favorece la tendencia de los años anteriores a desplazar el foco de intervención del ámbito clínico, hacia la atención comunitaria. En este punto se fundamentan muchas de las expectativas de generar intervenciones en rehabilitación seriamente estructuradas, como lo muestran experiencias fructíferas en nuestro medio.

En cuanto a la capacidad mental, base de la autodeterminación, se plantean tres modelos, cada cual con sus ventajas y desventajas:

- El modelo funcional, que se basa en la evaluación de la conducta observable. Diversas habilidades mentales son necesarias para una decisión racional, y cualquier alteración implica la necesidad de evaluaciones adicionales.
- El modelo médico, en el cual se considera que las personas con síntomas son incapaces de desarrollar ciertas tareas cognitivas, aparte de que tienen la capacidad mental alterada. Las debilidades de este modelo son la cuestionable asociación entre síntomas médicos y funcionamiento en el mundo real y su requerimiento de experticia médica o neuropsicológica, hecho que limita su uso en situaciones cotidianas.
- El modelo filosófico legal, para el cual la capacidad mental resulta de la capacidad de la persona

para expresar los deseos, así como de entender los riesgos y beneficios pertinentes; para apreciar las ramificaciones de una decisión, y para pensar racionalmente. Su desventaja es la carencia de acuerdos en la definición (y el uso) de los términos planteados.

A manera de ejemplo, se cita el caso de un anciano viudo, a punto de casarse con una mujer más joven. Su hijo, temiendo que su padre le diera sus propiedades a su nueva esposa, presentó un testigo experto, quien relató que el hombre tenía una demencia tipo Alzheimer, y a su parecer carecía de la capacidad para casarse. El psiquiatra contratado por el anciano estuvo de acuerdo con el diagnóstico, pero procedió a describir su nivel actual de funcionamiento, visto el cual el juez conceptuó que el hombre tenía suficiente capacidad mental para casarse, a pesar de la oposición de su hijo.

El modelo funcional evidencia la alteración en la conducta observable del anciano; la evaluación adicional, desde el modelo médico, determina su diagnóstico y su nivel de afectación. La lectura desde el modelo filosófico-legal permite valorar el impacto de su deficiencia, que en el momento no perjudica la habilidad del hombre para tomar esta decisión, como lo avala finalmente el sistema legal.

Es importante el consentimiento informado antes de decidir un tratamiento, tanto en el proceso de toma de decisión como en su curso. Cuando se presentan cambios que lo ameriten, debe renovarse dicho consentimiento. En algunas ocasiones, si la situación implica un riesgo inusual pero podría ser beneficiosa para el paciente, es recomendado el consentimiento doble: el del paciente y el de un familiar o allegado.

Sin haber desarrollado profusamente el tema, a manera de conclusión se considera que si bien se ha avanzado en el reconocimiento de los derechos de los pacientes, más que en el aspecto legal, se debería buscar a través de la calificación del desempeño del personal de salud. Es importante no dejar de lado el aporte que significaría el reconocimiento y la implementación adecuados de la normatividad ya disponible, como un mínimo ético, una línea de base, a partir del cual

no deberíamos ubicarnos, en la medida de lo posible.

No es aventurado decir que en estos aspectos la tendencia global de la toma de decisiones ante situaciones límite se inclina a facilitar las necesidades del aparato asistencial, antes que a proteger los derechos de las personas. En este punto, cada uno de nosotros debe preguntarse cuál es su opción personal, a qué lado de la balanza le aporta su peso y hacia dónde quiere inclinarla. Tomar partido es ejercer la capacidad de autodeterminarnos y de asumir un compromiso con nuestra construcción y la de nuestra sociedad. El mismo que promovemos en nuestros pacientes.

### **Bibliografía**

1. República de Colombia, Ministerio de Salud. Resolución 002417 del 2 de abril; 1994.
2. República de Colombia, Ministerio de Salud. Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios.