



Revista de la Asociación Española de
Neuropsiquiatría

ISSN: 0211-5735

aen@aen.es

Asociación Española de Neuropsiquiatría
España

Castilla García, Aurelio; Loreto Castilla San José, M.^a
El consentimiento informado en psicoterapia
Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol. XXI, núm. 80, diciembre, 2001, pp. 23-35
Asociación Española de Neuropsiquiatría
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019675003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Aurelio Castilla García, M.ª Loreto Castilla San José***

El consentimiento informado en psicoterapia

“Hay un principio fundamental que ha de servir de guía insustituible, el de que en todo momento ha de prevalecer el más absoluto respeto a la persona del paciente”

Joan Coderch, 1987 (1)

RESUMEN: Tras describir las ventajas e inconvenientes del consentimiento informado en las psicoterapias dinámicas, se concluye la necesidad de encontrar una fórmula que permita su implantación

PALABRAS CLAVE: consentimiento informado, psicoterapia, ética y psicoterapia

ABSTRACT: After describing the advantages and disadvantages of the informed consent in dynamic psychotherapies, it is felt the need to find a way that lets its implementation

KEY WORDS: informed consent, psychotherapy, ethics and psychotherapy

La justificación

Los grandes progresos de la medicina, junto a los cambios habidos en el marco de la relación médico-paciente, han contribuido en las últimas décadas al desarrollo de un interés creciente por los aspectos éticos de la medicina y la psiquiatría. El nuevo modo de abordar la relación entre médico y paciente ha hecho que ya no sea posible mantener aquel paternalismo que, previo a la aparición de las doctrinas liberales del siglo XVII, y ligado a una visión del paciente como in-firmus (no firme), consideraba a la persona disminuida física y psíquicamente, y, por tanto, necesitada de que paternalmente se le hiciera el bien, incluso sin su consentimiento. Aquel paternalismo imperante en toda la medicina tradicional condujo a que al médico no se le pidieran explicaciones ni que él estuviera obligado a darlas. Hoy en día se han consolidado los derechos del paciente: no es posible ya abordar la relación clínica solamente a través del médico (del llamado, en bioética, principio de beneficencia), sino que es preciso también contar con el enfermo (al que corresponde el principio de autonomía). El paciente sabe que debe ser objeto de estudio, pero al mismo tiempo quiere ser tenido en cuenta como sujeto capaz de tomar decisiones y en posesión de derechos. Ha surgido el derecho al consentimiento Informado: el médico debe informar al paciente para que pueda tomar una decisión libremente elegida.

A pesar de lo dicho, el consentimiento informado no se tiene en cuenta suficientemente, y mucho menos en Psiquiatría, donde tiende a hacerse explícito solamente en los protocolos de investigación y en algunas terapias biológicas como la electroconvulsiva. En los tratamientos psicoterapéuticos se supone que queda implícito en la relación terapéutica, y en caso de existir un consentimiento explícito, es el terapeuta el que de un modo paternalista decide por el paciente cuándo es el momento adecuado para informarlo, y sobre qué aspectos de su tratamiento.

Pocas son las voces en nuestro país que se hayan decidido a plantear esta realidad, incluso teniendo en cuenta las dificultades que puede suponer la aplicación del consentimiento informado en el marco de las psicoterapias de origen psicoanalítico, lo que debería ser ya razón suficiente para una discusión abierta y profunda sobre estas cuestiones, que en el marco de este tipo de terapias de origen psicoanalítico plantea preguntas como éstas: ¿Es deseable el consentimiento informado en psicoterapia, o las condiciones de la técnica psicoterapéutica lo impiden? ¿Y en el caso de que así fuera, el fin justifica los medios; es decir, se debe conseguir una mejoría del paciente aunque sea sin informarlo? ¿No es ésta una actitud paternalista moralmente muy discutible?

En esta exposición nos vamos a referir al consentimiento informado en relación con las psicoterapias individuales en sujetos adultos, y especialmente al amplio grupo de las llamadas psicoterapias de origen psicoanalítico.

Los conceptos

Se suele entender por consentimiento informado el proceso por el que se proporciona al paciente información relevante para que éste pueda decidir libremente ante cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico. Exige, para ser válido: información suficiente en cantidad y calidad, libertad o voluntariedad y competencia del paciente (2).

De las diversas definiciones de psicoterapia, extraemos aquí la aportada por Tizón en 1992 (3): “aplicación metódica de técnicas psicológicas en el tratamiento de los trastornos mentales”. Esta definición es sencilla y al mismo tiempo recoge muchos de los elementos comunes a las distintas definiciones de psicoterapia que se han dado: intervención de un especialista, aliviar o curar, trastornos psíquicos, procedimientos psicológicos (4).

El abordaje de las psicoterapias desde un punto de vista ético exige tener en cuenta, al menos, los siguientes aspectos, que son importantes a la hora de valorar el consentimiento informado: fines, medios, formación del terapeuta, relación psicoterapéutica.

El objetivo de las psicoterapias se centra en el autoconocimiento, que se considera facilita la libertad y la responsabilidad del paciente, aportándole salud. Pero es preciso establecer los límites de este objetivo tan impreciso, estableciendo en cada momento cuál es la finalidad de una psicoterapia determinada. El autoconocimiento se supone que conduce a un cambio en la conducta, y este cambio puede plantear problemas al paciente así como afectar a terceras personas (por ejemplo, los miembros de la familia,

y la propia sociedad). Por ello, al establecer los fines, es preciso determinar si lo que se busca es la autonomía del sujeto (fomentar su autorrealización), o bien la adaptación a los valores y modos del mundo en que vive, o ambas a la vez.

Pero también es importante tener en cuenta los medios. Al existir diferentes escuelas psicoterapéuticas, que aportan diferentes modelos teóricos sobre el enfermar psíquico y distintas técnicas de tratamiento, surge la necesidad de establecer las indicaciones de estas técnicas terapéuticas, y criterios para establecer en qué momento es más adecuada una u otra. Para ilustrar la multitud de técnicas psicoterapéuticas que existen, se presentan aquí, a modo de ejemplo, los epígrafes básicos de la clasificación establecida por Tizón (5):

- a) De origen psicoanalítico
- b) Fenomenológicos-existenciales y experienciales
- c) Conductuales y cognitivo-conductuales
- d) Sistémicas

Vamos a señalar, para dar claridad a esta exposición, las características generales de dos de las técnicas más frecuentemente utilizadas en la clínica psiquiátrica: las técnicas de origen psicoanalítico y las técnicas cognitivo-conductuales.

La primera responden a lo que se denomina modelo psicodinámico, el cual sostiene que los síntomas de la enfermedad son la expresión de un conflicto inconsciente. El terapeuta intervendría como intérprete o traductor, facilitando el *insight*, la toma de conciencia de este conflicto. La relación que se establece en este modelo entre terapeuta y paciente es de las denominadas por Schneider (6) “relaciones interpersonales subjetivas”. Llama así a ciertas relaciones vividas muy subjetivamente, es decir, con una intensa participación de cada uno de los protagonistas, similares a las que se establecen entre personas próximas. Dentro de las técnicas que se ajustan a este modelo, el psicoanálisis se apoya en el desarrollo de una relación que se denomina transferencial, cuyo análisis y corrección mediante el uso de interpretaciones, conduce al objetivo perseguido: la eliminación de los conflictos intrapsíquicos causantes de la psicopatología del paciente. El psicoanálisis utiliza dos reglas técnicas: la libre asociación y la abstinencia; y cuatro factores terapéuticos: la regresión, la transferencia, la interpretación y la elaboración (*insight*) (7). En el caso del resto de las psicoterapias de origen psicoanalítico, la técnica expuesta sufre modificaciones diversas, de modo que puede no utilizarse la asociación libre, no analizarse los mecanismos transferenciales, no mantenerse la abstinencia, etc.

El modelo cognitivo-conductual, por el contrario, considera que los síntomas son conductas y pensamientos anormales, desadaptados, adquiridos por aprendizaje, y que pueden ser desaprendidos. El terapeuta intervendría como educador o instructor, permitiendo el reaprendizaje de conductas y pensamientos adecuados. La relación que aquí se establece corresponde a lo que denomina Schneider, “relación pedagógica”. Se trataría de una relación profesor alumno.

Al primer grupo de psicoterapias que hemos señalado, es al que nos vamos

a referir en esta exposición, y que supone un grupo amplio de técnicas, como vemos a continuación:

- a) Psicoanálisis clásico (Freud).
- b) Psicoanálisis freudiano contemporáneo.
- c) Psicoanálisis kleiniano y postkleiniano.
- d) Terapias psicodinámicas:
 - Basadas en la “Psicología psicoanalítica del Yo”
 - Basadas en la “Teoría de las relaciones objetales”
 - Basadas en la “Psicología del self”
 - Lacanianas
 - Psicoterapia adleriana
 - Análisis jungiano
 - Psicoterapia interpersonal de H. S. Sullivan
- e) Terapias corporales derivadas de W. Reich:
 - Vegetoterapia
 - Bioenergética

En cuanto a la formación del terapeuta, en nuestro país el título de psiquiatra o de psicólogo clínico no garantiza el conocimiento y competencia suficientes para la aplicación de técnicas psicoterapéuticas. Pero, desde 1992, en que se constituyó la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP) (8), se han establecido unos criterios ampliamente aceptados para formarse como psicoterapeuta.

Toda psicoterapia se lleva a cabo en el marco de una relación interpersonal que precisa de un acuerdo entre los participantes dado el carácter terapéutico del misma. Esta relación no carece de riesgos, dependientes de los valores que en esta relación se ponen en juego y que, como algunos (9) han señalado, al estar acompañados de una carga emocional determinada, son “más resistentes al discurso teórico y racional y más vulnerables a la sugestión personal...” Así mismo, dado que la relación es asimétrica, inviste al terapeuta de un poder especial y de una omnisciencia que puede conducir al paciente a expectativas de que la terapia lo puede resolver todo.

El consentimiento informado en los códigos éticos y legales

No se duda hoy de que el consentimiento informado es una norma ética y jurídica de obligado cumplimiento, y esto lo vemos reflejado en diversos códigos éticos y declaraciones, así como en la legislación vigente.

A) Códigos y Declaraciones

Las diversas declaraciones sobre los derechos de los pacientes y los códigos deontológicos de los diferentes países han recogido el derecho del paciente al consentimiento informado.

Código de Ética y Deontología Médicas de la Organización Médica Colegial Española (1999). Se contempla en el Capítulo III sobre “Las relaciones del médico con sus pacientes” (artículo 10).

Código Deontológico de la Enfermería Española. Aparece reflejado en el Capítulo II: “La enfermería y el ser humano. Deberes de las enfermeras/os” (artículos 7 y 8).

Código de Nüremberg (1947). En su punto nº 1 se dice: “El consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial. Esto significa que la persona involucrada debe tener capacidad legal de dar el consentimiento; debe estar en condiciones que le permitan el libre ejercicio del poder de elección, sin la intervención de ningún elemento de presión, fraude, engaño, coacción o compulsión; debe tener el conocimiento y la comprensión suficientes de los elementos en juego en la investigación, que le permitan una decisión lúcida y con conocimiento de causa. Esta última condición requiere que antes de tomar una decisión afirmativa, el sujeto potencial de experimentación ha de conocer la naturaleza, duración y propósito de la misma; el método que va a utilizarse y los medios que se pondrán en práctica; todos los inconvenientes y peligros razonablemente previsibles; y los efectos que posiblemente puedan derivarse sobre su salud o persona a consecuencia de su participación en la investigación. El deber y la responsabilidad de averiguar la calidad del consentimiento asienta en cada individuo que inicia, dirige o se compromete en el experimento. Es un deber y una responsabilidad personal que no pueden ser delegados en otro impunemente”.

Declaración de Lisboa sobre los Derechos del Paciente (34ª Asamblea Médica Mundial. Lisboa. Sept-Oct 1981): “Después de haber sido adecuadamente informado sobre el tratamiento propuesto, el paciente tiene el derecho a aceptarlo o rechazarlo” (apartado c).

Declaración de Helsinki (Asamblea Médica Mundial. Helsinki 1964. Revisada posteriormente en diversas ocasiones, hoy se conoce como Declaración de Tokio): “Cualquier investigación en seres humanos debe ser precedida por la información adecuada a cada voluntario de los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsibles e incomodidades que el experimento puede implicar. El individuo debería saber que tiene libertad de no participar en el experimento y que tiene el privilegio de anular en cualquier momento su consentimiento. El médico debería entonces obtener el consentimiento voluntario y consciente del individuo, preferiblemente por escrito.”

Guía de Ética Médica Europea (Enero de 1987): “Salvo en casos de urgencia, el médico debe informar al enfermo de los efectos y consecuencias derivados del tratamiento. Obtendrá el consentimiento del paciente, en particular cuando las acciones que propone conllevan un riesgo serio” (artículo 4).

Consejo de Europa: Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina. (Oviedo. Abril 1997): Artículo 5. “Una intervención en el ámbito de la Sanidad debe efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e inequívoco consentimiento. Dicha

persona deberá recibir previamente una información adecuada acerca de la finalidad y la naturaleza de la intervención, así como sobre sus riesgos y consecuencias. En cualquier momento, la persona afectada podrá retirar libremente su consentimiento”. Artículo 6.3 “Cuando, según la ley, un adulto no tenga capacidad para dar el consentimiento por un trastorno mental o enfermedad o por razones similares, sólo se podrá realizar la intervención con la autorización de su representante, autoridad, persona o instancia que la ley determine”.

B) Documentos legales

Vamos a citar aquí solamente algunos aspectos relacionados con la legislación española.

Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad. Hace referencia al consentimiento informado en su artículo 10, señalando que todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias: 10. 5.- “A que se les de en términos comprensibles, a él y a sus familiares y allegados, información completa y continuada, verbal y escrita sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas al tratamiento.” 10.6.- “A la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención, excepto en los siguientes casos:

- a) Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública
- b) Cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegadas.
- c) Cuando la urgencia no permita demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento.”

10.9.- “A negarse al tratamiento, excepto en los casos señalados en el apartado 6; debiendo para ello solicitar el alta voluntaria, en los términos que señala el apartado 4 del artículo siguiente”.

Este apartado 4 del artículo 11 señala que será obligación de los ciudadanos “firmar el documento de alta voluntaria en los casos de no aceptación del tratamiento. De negarse a ello, la Dirección del correspondiente Centro Sanitario, a propuesta del facultativo encargado del caso, podrá dar el alta”.

C) Documentos psiquiátricos y psicológicos

El *Manual de Ética* de la American Psychological Association, de 1992, requiere explícitamente el consentimiento informado en psicoterapia (10).

La American Psychiatric Association, en un documento de 1996, señala que “sea o no requerido por la ley, parece razonable alentar a los psiquiatras a discutir con los pacientes la naturaleza de la psicoterapia, los beneficios y riesgos (donde esto sea aplicable) y las alternativas (psicoterapéuticas o no psicoterapéuticas) (11).

Código Ético de la European Association for Psychotherapy (1995). Apartado 5.- “Antes de iniciar el tratamiento psicoterapéutico, los psicoterapeutas están obligados a comunicar al cliente/paciente sus derechos, haciendo especial hincapié en lo siguiente:

- El método psicoterapéutico empleado (si es conveniente para el proceso psicoterapéutico) y las condiciones (incluyendo la política de cancelación)
- Alcance y probable duración del tratamiento psicoterapéutico
- Condiciones económicas del tratamiento (coste aproximado, reclamaciones de seguro, pago por sesiones perdidas, etc.)
- Confidencialidad.
- Procedimientos de reclamaciones.

Al paciente debe dársele la oportunidad de decidir si desea iniciar la psicoterapia y, en ese caso, con quién”. (12)

Código Deontológico del Colegio Oficial de Psicólogos (1987). Artículo 25.- “Al hacerse cargo de una intervención sobre personas, grupos, instituciones o comunidades, el/la psicólogo/a ofrecerá la información adecuada sobre las características esenciales de la relación establecida, los problemas que está abordando, los objetivos que se propone y el método utilizado. En el caso de menores de edad o legalmente incapacitados, se hará saber a sus padres o tutores. En cualquier caso, se evitará la manipulación de las personas y se tenderá hacia el logro de su desarrollo y autonomía”. (13)

Declaración de Hawai (Asociación Mundial de Psiquiatría, 1977). En la 4ª de las diez reglas éticas que abarca esta declaración, se señala lo siguiente: “El psiquiatra debe informar al paciente de la naturaleza de su estado y del diagnóstico sugerido o de los tratamientos posibles, así como de las alternativas posibles. Debe, igualmente, informarle acerca del pronóstico. Esta información debe ser dada de una manera delicada y el paciente debe tener la posibilidad de elegir entre los diferentes modos de tratamiento susceptibles de serle aplicados.”

Fuera de nuestro país, señalamos el hecho de que en Austria existe una Ley Federal sobre el Ejercicio de la Psicoterapia (Ley 361 de 7 de Junio de 1990), que en la Sección 14, señala, en su apartado 3: “los psicoterapeutas pueden realizar actividades psicoterapéuticas únicamente con la aprobación de la persona tratada o su representante legal”; y en el apartado siguiente (el 4) dice : “Los psicoterapeutas estarán obligados a proporcionar a la persona tratada o a su representante legal toda la información sobre el tratamiento, en particular sobre el tipo, ámbito de acción y costes” (14).

Fundamentación ética del Consentimiento Informado

Pero si queremos defender apropiadamente el consentimiento informado allí donde su implantación se muestra conflictiva, como es el caso de las psicoterapias de origen psicoanalítico, hemos de tener claros cuáles son sus fundamentos éticos.

La ética es un saber que pretende orientar la acción humana de un modo racional.

Orientarse exige tener unos puntos cardinales, unos elementos de referencia. No es posible que la razón se guíe por pareceres, emociones o sentimientos. Debemos, pues buscar un referente ético al que ajustarnos.

Para intentar llegar a un acuerdo, o al menos sentar unas bases sobre las que apoyarse a la hora de afrontar los problemas morales en la práctica diaria, la bioética nos aporta una serie de principios. De la Bioética estadounidense provienen los cuatro principios siguientes, descritos por Beauchamp y Childress (15) en 1978: beneficencia, autonomía, justicia y no-maleficencia. Hay que hacer el bien, respetar la libertad del paciente, no discriminar a nadie y no hacer nunca daño.

El consentimiento informado, como norma ética, adquiere su fundamentación en estos principios citados. Se fundamenta, en el respeto a la autonomía de los pacientes y en la obligación de beneficencia que tienen los profesionales sanitarios. El paciente es un individuo moralmente autónomo y, por tanto, con capacidad para tomar sus propias decisiones, para dar o no su consentimiento a procedimientos diagnósticos o terapéuticos; y, además, por razones de beneficencia, se le debe facilitar que exprese lo que entiende que es mejor para él, permitiéndole que participe del modo más amplio posible en el proceso de toma de decisiones. Pero hay algo más: en la medida en que el consentimiento informado va dirigido a la protección del individuo, es expresión del principio de no-maleficencia: no tener en cuenta el consentimiento informado podría derivar en un daño para el paciente, como en el caso de ausencia de los resultados esperados por el paciente de una actuación terapéutica. Y, si hacemos referencia a los sistemas sanitarios, éstos están obligados, en cumplimiento del principio de justicia, a proporcionar a los ciudadanos los medios necesarios para el ejercicio de sus derechos y libertades básicas, entre las que se encuentran la participación en el proceso de toma de decisiones clínicas y el respeto a sus elecciones libres (16).

Ahora bien, la fundamentación ética del consentimiento informado se extiende aún más allá, encontrando su raíz última en el respeto a la dignidad del ser humano. El hombre es sujeto, no objeto, es fin y no medio, lo que supone que no se puede decidir por él, ni puede ser manipulado. Las implicaciones son claras: es necesario su "consentimiento", y es imprescindible aportarle "información" para que pueda darlo libremente. Se debe evitar cualquier posible manipulación del paciente.

El consentimiento informado en psicoterapia

La importancia de la reflexión ética en psicoterapia es reciente. Quizá entre los primeros en estudiar de un modo amplio estas cuestiones se encuentran dos neoyorquinos, Toksoz Karasu (17) y Max Rosenbaum. Desde entonces, la literatura al respecto se ha incrementado. Pero hasta la década de los noventa los profesionales no han empezado a tomar conciencia de la dimensión ética de esta técnica terapéutica (18).

Si nos centramos en el consentimiento informado en psicoterapia y buscamos publicaciones referentes al mismo, no se encuentran fácilmente en la literatura de nuestro

país. Quizá las referencias más claras y recientes sean la obra publicada por Demetrio Barcia y colaboradores en 1998, que lleva por título “Confidencialidad y Consentimiento informado en Psiquiatría”, y que dedica dos páginas al consentimiento informado en psicoterapia (2) y la publicación el pasado año de la ponencia “Ética y praxis psiquiátrica”, coordinada por Fernando Santander, presentada en el XXI Congreso Nacional de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (9). En ella se señala que el contrato entre terapeuta y paciente, en un tratamiento psicoterapéutico debe reflejar claramente la orientación teórica del profesional, el diagnóstico posible de la patología, las metas del tratamiento, su alcance, limitaciones, eficacia, beneficios, riesgos y duración aproximada, así como la posibilidad de tratamientos alternativos (si existen) y coste económico.

Fuera de nuestro país encontramos más publicaciones al respecto, sobre todo en la bibliografía norteamericana, pero también son escasas. En una búsqueda libre a través de las palabras clave *psychotherapy* y *informed consent*, en la base de datos Medline, nos encontramos solamente con 249 artículos. En todo caso no aparecen artículos anteriores a 1972. El 59% corresponden a la década de 1991-2000, y el otro 41% se distribuyen entre un 22% en la década de 1981-1990 y un 19% en el período 1966-1980. En la década 91-00, que es la más pródiga en publicaciones, no se aprecia, a lo largo de la misma, un incremento progresivo del número de artículos. Si de estos 249 artículos seleccionamos solamente aquellos que en su título incluyan las palabras *psychotherapy* o *informed consent* o *ethics and psychiatry* o alguna técnica psicoterapéutica (pues hay muchos artículos cuyo título no hace suponer al lector que en su contenido se vaya a tratar necesariamente algo relacionado con el consentimiento informado y la psicoterapia), el número se reduce a 87 (87 artículos en 34 años); y, de ellos, el 55% corresponden a la década de 1991-2000, el 21% a la década de 1981-1990, y el 24% al período 1966-1980.

Aunque el deber de los psicoterapeutas de conseguir el consentimiento informado de sus pacientes antes de iniciar un tratamiento, es algo que se ha planteado desde hace unas décadas, su aplicación práctica aún no está resuelta, y menos en las psicoterapias de orientación psicoanalítica. La práctica tradicional ha apoyado siempre la actuación paternalista en el proceso terapéutico, correspondiendo al terapeuta o al analista decidir por el paciente el momento en que deba aportarle alguna información. Pero, además, los terapeutas de orientación psicoanalítica miran con recelo discutir explícitamente con los pacientes la naturaleza del tratamiento, temiendo que tales interacciones puedan interferir en el desarrollo de la transferencia, en esa repetición de vivencias conflictivas pasadas que son reactivadas en la relación con el terapeuta.

Vamos a exponer algunas de las más significativas dificultades técnicas que plantea la introducción del consentimiento informado en las psicoterapias de origen psicoanalítico, así como los beneficios que también se han señalado que puede aportar al propio tratamiento.

No cabe duda de que el consentimiento informado en psicoterapia presenta unas limitaciones a su aplicación que no encuentra en el resto de la medicina. Así, ha señalado Holmes (18), en 1999, que siendo la relación terapeuta-paciente un instrumento

terapéutico, y al no ser posible separar el consentimiento informado de esta relación, si se exponen las dificultades que puede presentar el tratamiento, es posible que ello actúe como elemento sugestivo, y se confirmen. Además, puesto que la psicoterapia implica una relación a la que contribuyen ambos miembros de la misma (psicoterapeuta y paciente), es imposible que el terapeuta informe al paciente de lo que puede ocurrir a lo largo de la psicoterapia, pues ello va a depender en gran medida del paciente, del que el terapeuta en ese momento tiene un conocimiento limitado. Por otra parte, en las psicoterapias psicoanalíticas los terapeutas intentan mantener apartadas sus propias opiniones, predicciones y expectativas (se mantiene un grado de abstinencia y neutralidad) para favorecer mejor la transferencia y permitir libertad para la autoexploración. Entrar en explicaciones acerca de los riesgos de la terapia, podría poner en peligro esta toma de conciencia del paciente.

Grumberg(19), en 1990, señalaba la importancia del consentimiento informado en psicoterapia a la vista del litigio planteado en EEUU con el caso Osheroff contra Chestnut Lodge Hospital. En 1982, Osheroff, médico de profesión, sin mejoría después de varios meses de psicoterapia psicoanalítica por una depresión mayor asociada a un trastorno de personalidad narcisista, fue transferido a otro hospital en el que, en algunas semanas, mejoró gracias a los antidepresivos. Demandó, entonces, Osheroff al Chestnut Lodge Hospital por falta de información sobre las alternativas al tratamiento psicoterapéutico propuesto, y alegó, entre otras cosas, que debería habersele informado de que la medicación era una alternativa terapéutica, especialmente al no haber habido respuesta a la psicoterapia.

Aparte del caso Osheroff contra Chestnut Lodge, otro caso ha llevado en EEUU a un planteamiento en los Tribunales del consentimiento informado en psicoterapia (11), el caso de los pacientes que recobran en la terapia recuerdos de abusos sexuales en la infancia. Esto ha conducido en varios Estados a un movimiento de profesionales del Derecho para promover una legislación al respecto. Dichos esfuerzos fueron apoyados por una cierta cantidad de padres, que creían que habían sido víctimas de falsas alegaciones de abusos inducidas por técnicas psicoterapéuticas incorrectas, y que se asociaron, en 1992, en la False Memory Syndrome Foundation.

Beahrs y Gutheil (10), en un artículo aparecido en el *American Journal of Psychiatry* en el año en curso, señalan diversos beneficios que puede aportar el consentimiento informado a la psicoterapia, de los que resaltamos dos. Por una parte, siendo el papel del terapeuta conducir al paciente hacia la autoayuda más efectiva, una información adecuada permitiría al paciente ser agente más activo en su propio tratamiento. Por otra parte, el consentimiento informado disminuye el riesgo de una dependencia regresiva maligna, que puede conducir a un tratamiento inefectivo y a resultados destructivos. Analistas experimentados como Balint (20) y Kahn (21) han señalado que una regresión maligna se da más frecuentemente cuando los terapeutas facilitan que el paciente los perciba como omniscientes y omnipotentes. Aportar información sobre tratamientos alternativos disminuye estas posibilidades patogénicas, aporta autonomía al paciente y aumenta su confianza, mitigando el potencial regresivo.

Marta y Lowy (22) en 1993, apoyaban también los beneficios del consentimiento informado para la evolución del propio tratamiento. La psicoterapia exige del paciente un esfuerzo, un compromiso en el proceso terapéutico que sobrepasa lo exigido en muchos otros tratamientos, salvo quizá en la reeducación física. Pero la psicoterapia asume pacientes afectados a menudo en su capacidad de concebirse como autónomos, como psíquicamente independientes de la influencia de otras personas que forman parte de su pasado o de su presente. Su autonomía está reducida a veces por factores inconscientes que los conduce a una repetición estéril de una gama limitada y patológica de emociones, reflexiones y comportamientos. Así, la psicoterapia es un tratamiento que exige autonomía en el paciente, por una parte, y que tiene también como fin el aumento de la autonomía de un individuo competente en el sentido médico-legal, pero que se ve limitado en su autonomía intrapsíquica e interpersonal. Si el objetivo de la psicoterapia es aumentar la autonomía intrapsíquica e interpersonal y ayudar al paciente a elegir libremente en su vida, la elección informada de su tratamiento podría constituir el primer paso práctico y el primer refuerzo clínico en el marco de la cura.

Ante las limitaciones que la técnica psicoterapéutica impone al consentimiento informado y los beneficios que éste aporta, ¿cómo articular técnica y respeto a los principios bioéticos en las psicoterapias de origen psicoanalítico? Esto se nos muestra difícil y complicado, pero no imposible.

Marta y Lowy (22) señalan que como la psicoterapia no es un procedimiento sino un proceso, el consentimiento informado en psicoterapia debe ser también un proceso. Y dada la imprevisibilidad relativa de la psicoterapia, es preciso la repetición del procedimiento del consentimiento informado en función de la evolución del estado del paciente y de la progresión de los objetivos del tratamiento. La importancia de la transferencia y contratransferencia exigen que cada repetición del consentimiento informado se haga en etapas, en varias sesiones, a fin de tener en consideración la puesta en juego del inconsciente, la transferencia y contratransferencia. Un rechazo al consentimiento podría interpretarse como una resistencia de las que exigen análisis en la psicoterapia, y merecería por ello un tiempo de exploración.

Holmes (18) ha apuntado también dos soluciones para solventar las dificultades que presenta el consentimiento informado en psicoterapia. En primer lugar separa lo que es la valoración de lo que constituye el propio tratamiento y apoya que al final de la valoración haya una franca discusión de las opciones terapéuticas, posibles beneficios y riesgos de la terapia a seguir, e indica, incluso, que este espacio de autorrevelación por parte del terapeuta, este momento en que aporta sus propias opiniones, puede estimular proyecciones transferenciales que formarán parte del material de tratamiento. Por otro lado, otro camino podría ser la utilización de lo que él llama un *contrato de evolución*, consistente en que el terapeuta proponga al paciente un número limitado de sesiones antes de decidir si continuar o no la psicoterapia. Cuando llegue a este límite, el paciente tendrá un conocimiento más claro de en qué se implica, y así estará en mejores condiciones de dar su consentimiento informado.

Podríamos concluir que para articular la técnica psicoterapéutica con los criterios éticos, el consentimiento informado debería ser modificado por los aportes teóricos y clínicos de la psicoterapia, de manera que representara un verdadero entendimiento entre médico, o psicoterapeuta, y paciente, comprendiendo un proceso que implicaría un acuerdo en el establecimiento, a través del diálogo, de un equilibrio entre la autonomía y un paternalismo beneficente.

Conclusiones

Todo tratamiento entraña riesgos de manipulación y de daño, y es preciso proteger al paciente de los mismos. Teniendo en cuenta los diversos problemas éticos que se plantean en psicoterapia (relación psicoterapéutica, valores, ideología, poder, formación e indicación,...), se hace necesario el consentimiento informado.

¿Qué es primero, el respeto a la persona o el tratamiento de un problema de salud? Seguramente es preciso respetar a la persona aunque ello redunde en un tratamiento que supuestamente pudiera ser menos eficaz. Probablemente determinadas intervenciones cerebrales o actuaciones con placebos podrían a veces ser más eficaces si no se tuviera en cuenta el consentimiento informado, pero no hacerlo supone no respetar la dignidad del ser humano. El fin no justifica los medios.

Cada psicoterapia necesitará de una formulación de consentimiento informado adaptada al tipo particular de terapia y al paciente en cuestión. Pero en la primera entrevista, como un elemento de la realidad, es preciso iniciar su aplicación. Luego podrá ser renovado dentro de la psicoterapia conforme a las reglas técnicas que ésta exija.

Consideramos que el consentimiento informado puede contribuir a una renovación de la psicoterapia, hasta ahora anclada en un paternalismo moralmente muy discutible.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Coderch J. *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona: Herder; 1987. p. 148
- (2) Barcia D, Pozo P, Roca J. *Confidencialidad y consentimiento informado en psiquiatría*. Madrid: You & Us; 1998
- (3) Tizón JL. "Una propuesta de conceptualización de las técnicas de psicoterapia". *Rev Asoc Esp. Neuropsiquiatría* 1992; 12: 283-294
- (4) Poch J, Ávila A. *Investigación en psicoterapia*. Barcelona: Paidós, 1998.
- (5) Tizón JL. "Investigación empírica sobre las psicoterapias. ¿Otra lente del Hubble defectuosa?". En: Vallejo J, *Update Psiquiatría*. Barcelona: Masson 1997; 68-99
- (6) Schneider PB. *Propedéutica de una psicoterapia*. Valencia: NAU llibres; 1979
- (7) Villamarzo PF. *Vigencia clínica de Freud*. Salamanca: Amarú; 1995
- (8) Poch J. "El grupo de las psicoterapias". E. Vallejo J, *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (4ªed.). Barcelona: Masson; 1999
- (9) Santander F (coord.). *Ética y praxis psiquiátrica*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2000
- (10) Beahrs JO, Gutheil TG. "Informed Consent in Psychotherapy". *Am J Psychiatry* 2001; 158: 4-10
- (11) Appelbaum PS. "Informed Consent to Psychotherapy: Recent Developments". *Psychiatric Services* 1997; 48: 445-446.
- (12) *Boletín de la FEAP* (Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas) nº8, Enero 1998
- (13) Wadeley A, Blasco T. *La ética en la investigación y la práctica psicológicas*. Barcelona: Ariel, 1995
- (14) *Boletín de la FEAP* nº 2, Enero 1996
- (15) Beauchamp TL, Childress JF. *Principios de Ética Biomédica*. Barcelona: Masson, 1999
- (16) Simón P. *El consentimiento informado*. Madrid: Triacastela, 2000
- (17) Karasu T. "Ethical aspects of psychotherapy". En: Bloch S, Chodoff P (eds.), *Psychiatric Ethics*. Oxford: Oxford University Press; 1981: 89-116
- (18) Holmes J. "Ethical aspects of psychotherapies". En: Bloch S, Chodoff P, Green SA (eds.), *Psychiatric Ethics* (3rd. edn.). Oxford: Oxford University Press; 1999: 225-243
- (19) Grunberg F. "La doctrine du consentement libre et éclairé: ses fondements éthiques, juridiques et ses applications dans la recherche et la pratique de la psychiatrie". *Can J Psychiatry* 1990; 35: 443-450
- (20) Balint M. *The basic fault*. London: Tavistock, 1968
- (21) Kahn NMR. *The Privacy of the self*. London: Hogarth Press, 1974
- (22) Marta J, Lowy FH. "Le consentement éclairé: un autout pour la psychothérapie?" *Rev Can Psychiatrie*. 1993; 38: 547-551

* Psiquiatra. Jefe de Servicio. Servicios Salud Mental del Consorcio Psiquiátrico "Dr. Villacián" de Valladolid

** Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Area Este de Valladolid. Doctora en Medicina. Especialista universitario en Bioética.

Fecha de recepción: 11-VII-01