

Hospital Psiquiátrico Provincial Docente "Cdte. René Vallejo Ortiz" Camagüey.

Artículo

**Psiquiatría y ética médica.**  
**Psychiatry and Medical Ethics**

**Pablo Hernández Figaredo.** Máster en Ciencias. Especialista de Segundo Grado en Psiquiatría. Profesor Principal de la Cátedra de Psiquiatría. Vice Director Docente del Hospital Psiquiátrico Provincial Docente "Cdte. René Vallejo Ortiz". Camaguey. Cuba. e-mail: paher@finlay.cmw.sld.cu

**Resumen**

A pesar del desarrollo alcanzado en cuanto a la práctica de la ética médica durante la segunda mitad del pasado siglo en diferentes latitudes, queda mucho por hacer en relación con el paciente portador de un trastorno psiquiátrico. Independientemente de que se han creado mejores condiciones para la atención al enfermo mental, y de que en muchos países se ha humanizado el sistema de hospitalización, se hace obligatoria la revisión de situaciones de urgencia psiquiátrica tales como el ingreso, traslado y tratamiento involuntarios, así como la utilización del consentimiento informado en estas y otras situaciones. El presente artículo revisa estos temas, haciendo hincapié en la práctica de la Psiquiatría en Cuba actualmente, y refiriéndose al Proyecto de Ley de Salud Mental cubano, con sus conceptos de trastorno mental severo y peligrosidad.

Palabras clave: ÉTICA MÉDICA, PSIQUIATRÍA, SALUD MENTAL, CONSENTIMIENTO INFORMADO.

## **Introducción**

Las personas con trastornos mentales estuvieron estigmatizadas por la incomprensión y la falta de compasión por parte de aquellos supuestamente sanos.

Aunque es innegable que se ha avanzado mucho al respecto, desgraciadamente el siglo XXI nos sorprende todavía con mucho camino por recorrer para que el paciente psiquiátrico sea visto de la misma manera que cualquier otro individuo que ha perdido su salud, con el respeto y solidaridad que inspiran los demás enfermos.

No hay que ir muy lejos para comprobar que la sociedad no acepta por igual al diabético o al hipertenso, que al esquizofrénico o al alcohólico.

Asuntos como la autonomía del enfermo mental, su internamiento y tratamiento involuntarios, el uso de la terapia electroconvulsivante en los casos que lo requieran, la confidencialidad del profesional y la determinación de la competencia mental, entre otros, adquieren un papel preponderante en nuestros días.

Los encargados de velar por la salud mental de la comunidad tenemos un compromiso con quienes la han perdido, para que la enfermedad sea sólo eso, que ya es bastante, y no estigma además.

El presente trabajo se propone revisar algunos aspectos éticos inherentes a la práctica médica en la atención al enfermo mental, y describir cómo se encuentra en Cuba en la actualidad.

## Desarrollo

La ética tiene como tarea propugnar y justificar una conducta moral determinada para todos los hombres o una parte de ellos en un momento histórico. (1)

En cuanto a la ética médica, la misma aborda las decisiones médico-morales relacionadas con las normas o valores, el beneficio o el perjuicio, lo justo o lo injusto, y lo que debe llevarse a cabo o no en el contexto de la atención médica. Es por tanto, la ética en el marco de la atención a la salud. (2)

Tan temprano como en el siglo V a.n.e. en Grecia, el llamado padre de la medicina, Hipócrates, elaboró su conocido juramento, que llega hasta nuestros días con el principio ético *primun non nocere* (primero no hacer daño). Entonces primó la beneficencia paternalista, esencia de la práctica médica clásica.

La tradición occidental se asentó en este principio de beneficencia en el quehacer médico (3), que se mantuvo prácticamente inmodificable hasta cuando, tras las atrocidades cometidas por los nazis en los campos de concentración, el Código de Nuremberg (1947) resaltó la necesidad del consentimiento voluntario del paciente en la realización de cualquier tipo de investigación o práctica. De esta manera, al principio de beneficencia del juramento hipocrático, se le añadió el de la autonomía del paciente.

Estos principios fueron ampliados luego por la Declaración de Helsinki (1964) y el Informe Belmont (1978), texto este último donde por primera vez se integraron en un sistema la beneficencia, la autonomía y la justicia.

En 1979 se publica *Principles of Biomedical Ethics*, libro de Beauchamp y Childress, profundizando la teoría enunciada en el informe Belmont, y agregando el principio de no maleficencia de la ética hipocrática, con lo cual se inició el llamado principalismo anglosajón. (4)

Unos años antes, en 1970, el oncólogo norteamericano Von Rensselaer Potter había acuñado el término de bioética para resaltar el enorme desarrollo de las ciencias biológicas en la segunda mitad del siglo XX, y la necesidad de compensarlo con una ética global basada en el conocimiento empírico de todas las demás ciencias para conseguir la supervivencia de la especie humana. (5)

La bioética norteamericana prioriza, como regla, el respeto a los valores individuales de las personas y por tanto el principio de autonomía por encima del de beneficencia y de justicia, debido al predominio del utilitarismo a partir de una concepción pragmática de la realidad, reflejo del liberalismo de su sistema. La posición europea, en cambio, resalta el principio de la justicia de manera preponderante. (6)

El desarrollo de la bioética en América Latina, así como en otras regiones del mundo, se inicia más tarde, pues exceptuando personalidades e instituciones aisladas, no es hasta la década de los '90 que se consigue un movimiento intelectual y organizativo capaz de incentivar la reflexión y el quehacer bioético en la región.

Es en esa década también, cuando en Cuba se generan movimientos similares de relativa importancia. No cabe dudas de que nuestro país es precursor de la bioética en el mundo, debido a que la obra de la Revolución en el campo de la salud, particularmente en cuanto a justicia distributiva, ha solucionado a nivel social el dilema bioético más serio que enfrenta el mundo de hoy, que es precisamente el acceso de la población a los servicios de salud. No sólo se ha brindado acceso universal y gratuito a los mismos, sino que se ha elevado su nivel científico-técnico de forma acelerada, se ha extendido hasta las zonas más intrincadas del país y se ha acercado a los lugares de residencia, trabajo y estudio de la población, con lo cual se ha desarrollado una labor tanto curativa y de rehabilitación, como preventiva y de promoción de salud. (7)

## Consentimiento informado

Para respetar la autonomía del paciente, éste debe conocer y aceptar cualquier maniobra a la que vaya a ser sometido. Así, el paradigma básico del principio de autonomía es el consentimiento informado, término que apareció por vez primera en la literatura médica en los años '50. (8, 9)

El Manual de Ética del Colegio de Médicos norteamericano lo definió como "la explicación, a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de su enfermedad, así como del balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle su aprobación para ser sometido a esos procedimientos. La presentación de la información al paciente debe ser comprensible y no sesgada; la colaboración del paciente debe ser conseguida sin coerción, el médico no debe sacar partido de su potencial dominio psicológico sobre el paciente". (10)

El consentimiento informado no es una acción aislada destinada a lograr que el paciente firme un documento autorizando al equipo de salud a realizar un tratamiento o investigación, sino un proceso donde deben ser explicadas todas las acciones para la salud en cualquiera de los tres niveles de atención. Cada examen complementario o fase del tratamiento, sobre todo los más invasivos y dolorosos, deben ser informados con los beneficios y los riesgos que conlleva. (11)

Pero hay que tener en cuenta además a la familia, que casi siempre reclama un protagonismo en la información y toma de decisiones que el enfermo suele aceptar, pues aunque él es el ente principal, probablemente serán sus familiares quienes asuman el cuidado posterior. (12)

Todo consentimiento informado debe tener dos características: voluntariedad e información. La voluntariedad se define como elección sin impulso externo que obligue a tomar una decisión, y está en función de la percepción del paciente,

por lo que tiene que estar libre de cualquier coacción o manipulación. La información brindada debe ser clara, inteligible y concisa para que sea comprensible, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento. Después de informar al paciente de forma verbal sobre el procedimiento a realizar, se le entregará un documento donde se refleje por escrito dicha información, elaborado por los profesionales que realicen el procedimiento y revisado por el Comité de Ética de la institución, el cual será firmado por el paciente, o por su representante legal en caso de incapacidad o minoría de edad. (13)

Precisamente dos artículos realizados en la provincia de Camaguey demuestran que es preciso seguir insistiendo y mejorando la utilización del consentimiento informado. (14,15) No obstante, es válido recalcar que su firma no presupone que la responsabilidad de la decisión recaiga sobre el paciente. (16)

### El paciente psiquiátrico

En el caso de las enfermedades mentales, la indefensión y vulnerabilidad con que ha sido visto el paciente lo han hecho extremadamente dependiente del profesional que lo atiende, y esto es válido no sólo para los pacientes psicóticos y deficitarios, sino también para los neuróticos, los trastornos de la personalidad, etc., fomentándose incluso en algunos casos esa dependencia por parte del médico.

Está claro que la competencia y la capacidad de una persona que sufre de un trastorno mental puede estar disminuida o alterada en alguna medida, pero la creencia previa en la incompetencia global de los enfermos mentales ha sido reemplazada por un entendimiento más detallado de su competencia, como una gradación en la toma de decisiones.

Sin embargo, el potencial de la enfermedad mental para distorsionar las capacidades de la persona para prestar atención, así como comprender y

manejar la información, continúa planteando retos para el consentimiento informado y su aplicación en Psiquiatría. (17)

Por supuesto, afloran de inmediato cuestiones tales como el tipo de enfermedad mental y el estadio en la evolución por la que atraviesa el paciente.

Los trastornos neuróticos difícilmente interferirán en la capacidad del que los padece, pero los cuadros donde se afecta el juicio crítico del individuo, y estamos hablando entonces de todos los trastornos de nivel psicótico, entorpecen el adecuado reflejo de la realidad circundante, dificultando así la total competencia del afectado.

Por otra parte, no puede ser aceptada igualmente la opinión de un esquizofrénico fuera de crisis, controladas sus manifestaciones psicóticas, que otro en un brote agudo con actividad alucino delirante.

En Cuba se sometió a la valoración de los niveles pertinentes un Proyecto de Ley de Salud Mental. En él se emplea el concepto de trastorno mental severo, definido como un trastorno sustancial del pensamiento, estado de ánimo, orientación o memoria, que limita severamente el juicio crítico y la conducta, el reconocimiento de la realidad o la habilidad para afrontar adecuadamente las demandas habituales de la convivencia social, y que requiere tratamiento médico o supervisión y control para la protección de quien lo presenta o de otros.

Además, se define como Peligrosidad el estado inherente a un trastorno mental en el que existe riesgo inmediato y relevante para la vida o integridad física de quien lo presenta o de quienes lo rodean. (18)

Por la naturaleza misma del trastorno mental, sobre todo del psicótico, pueden presentarse situaciones en las que el proceder médico va contra la voluntad del paciente.

Así, en las urgencias psiquiátricas, que determinan la necesidad de atención inmediata por el equipo de salud al representar un riesgo notable e inminente para la integridad física del paciente u otras personas (19), con mucha frecuencia se actúa sin tener en cuenta el criterio del afectado.

Uno de los más claros ejemplos de esta situación ocurre con el ingreso compulsorio, también llamado internamiento involuntario, que es aquél que se efectúa sin la anuencia del interesado, aunque exista autorización de la familia, representante legal o instancia judicial. Existe el ingreso compulsorio no judicial y el judicial, éste último exclusivamente orientado por el tribunal, una vez oído el criterio de dos expertos designados. Al ser el internamiento una medida terapéutica, corresponde al médico la determinación de su conveniencia. Hay países en los que para ello se requiere de una autorización judicial previa al ingreso, salvo cuando por razones de urgencia fuera necesaria la inmediata adopción de la medida, y en este caso el responsable del centro de internamiento debe dar cuenta al tribunal competente lo antes posible.

El proyecto de ley cubano en su Artículo 21 expresa que “en todas las modalidades de ingresos compulsorios el paciente tendrá derechos de apelación a los cuerpos de revisión (órganos establecidos para que reconsideren la admisión o retención involuntaria de pacientes admitidos en instituciones psiquiátricas mediante este tipo de ingreso, representados por la Comisión de Ética de las instituciones y por los niveles administrativos y jurídicos correspondientes) en el plazo estipulado. En todo ingreso compulsorio la anuencia del o los psiquiatras del servicio receptor debe ocurrir antes de las 72 horas de días hábiles del criterio del psiquiatra de emergencia, y la recepción de un ingreso compulsorio por el psiquiatra de asistencia en sala debe ocurrir antes de transcurridas 72 horas de días hábiles de la orden de ingreso, donde se transcribe el criterio del psiquiatra del servicio de emergencia. La comunicación del ingreso compulsorio a la familia, cuerpo de revisión y dirección del hospital debe ocurrir en las primeras 72 horas del ingreso”. (18)

Otra situación compleja, que muchas veces se torna dramática, es la relacionada con el traslado involuntario tras intervención domiciliaria del enfermo mental, sin el consentimiento de éste.

Un familiar o incluso un miembro de la comunidad pueden solicitar el servicio de ambulancia (SIUM) para trasladar a un paciente potencialmente peligroso. Cuando es necesaria esta acción debe garantizarse, además del personal paramédico que realiza el traslado, la presencia de un miembro del equipo de salud mental que propicie el adecuado tratamiento del enfermo.

Por lo general, el paciente que no acepta la idea del internamiento voluntario, rechazará igualmente el recibir cualquier tipo de medida terapéutica, sobre todo la utilización de psicofármacos por vía oral o parenteral. Aun así, el médico se ve obligado a emplearlos con el mismo criterio de urgencia psiquiátrica ya comentado, y así evitar que aparezcan complicaciones si se pospone su asistencia. Este sería el caso del denominado tratamiento involuntario.

En el Libro Blanco del Consejo de Europa se indican los criterios y condiciones para el tratamiento involuntario. Tales son la existencia de un trastorno mental, el representar un serio peligro para la persona o para otras personas, cuando el paciente tiene capacidad para consentir y no consiente (rechaza el tratamiento), o no tiene capacidad para consentir y rechaza el tratamiento, y por último cuando las alternativas terapéuticas menos restrictivas no son viables. (20)

En nuestro caso, en el Artículo 4 del Proyecto de Ley citado, se expresa que “el ingreso compulsorio, al igual que el voluntario, no descarta el derecho del paciente a rechazar la terapéutica propuesta, siempre y cuando éste se encuentre en estado de competencia mental para el consentimiento informado. En caso de que el paciente en tratamiento sea incompetente mentalmente y no pueda comprender las consecuencias de su negación o aceptación del tratamiento propuesto, tendrá derecho al consentimiento substituto por un tutor designado por la corte, el cónyuge o un familiar cercano.” (18)

Mención aparte merece la terapia electroconvulsivante (TEC), recurso de gran eficacia para el tratamiento de las depresiones profundas cuando existe verdadero riesgo suicida, así como en los cuadros catatónicos y delirantes que no responden a la terapia convencional. (21) Esta terapia se utiliza desde hace aproximadamente 60 años y ha provocado una de las más grandes polémicas entre Psiquiatría y sociedad, siendo quizás el tratamiento médico más cuestionado, promoviéndose incluso en algunos lugares su total prohibición. En Cuba se utiliza racionalmente, y previo el consentimiento del paciente, o de sus familiares, o, en el caso de que no haya familiares allegados y el paciente no esté apto para opinar, de una comisión creada al efecto y conformada por tres especialistas en Psiquiatría, que serán los encargados de evaluar si es pertinente el uso de esta terapia en el paciente y de firmar el documento.

Precisamente uno de los artículos revisados, hace alusión a la posibilidad de poner a disposición judicial el caso de un paciente con depresión grave quien se opuso, al igual que los familiares, a la indicación de TEC. (22)

El mencionado proyecto de ley cubano acerca de la competencia mental para el consentimiento informado expresa que este status lo presenta el paciente que sea capaz de entender la explicación en lenguaje asequible de la terapéutica propuesta, y de valorar las consecuencias de aceptarla o no; así mismo, tener habilidad para entender la naturaleza de la enfermedad para la cual se propone el tratamiento.

Entre las excepciones a la obligatoriedad del consentimiento informado se encuentran precisamente el tratamiento involuntario en pacientes incompetentes, las urgencias, la renuncia del paciente a recibir información, la necesidad terapéutica (llamada también excepción o privilegio terapéutico), que es la facultad del médico para actuar profesionalmente cuando por razones objetivas el conocimiento de la situación del paciente puede perjudicar su salud de manera grave (en este caso la decisión será comunicada a los familiares), y por último la incapacidad, que puede ser de derecho (minoría de edad, incapacidad legal) o de puro hecho (paciente inconsciente). En todos estos casos se empleará el consentimiento sustituto.

En pacientes de difícil manejo, altamente agresivos y peligrosos, en ocasiones la contención mecánica (restricción física) se hace necesaria. Lo que pudiera verse como una limitación a la libertad del enfermo, no es más que un procedimiento terapéutico consistente en la restricción de movimientos con objeto de preservar su integridad y/o la de terceros, o asegurar la correcta aplicación de otras medidas diagnósticas o terapéuticas. Se realiza sin consentimiento del paciente y equivaldría al ingreso y/o tratamiento involuntario. Si los familiares se negaran a la restricción y ésta no fuera imprescindible, deben firmar responsabilizándose con la situación. Si la fijación fuera indispensable, en otras latitudes se procede al alta voluntaria o se somete a decisión judicial. Esta, valga la acotación, es también una indicación médica y debe ser utilizada por breves períodos de tiempo.

Así como el internamiento del paciente en un servicio de salud es un acto y decisión eminentemente médicos, igual lo es el alta. Cuando no es así se está hablando del alta voluntaria, o sea, el fin del internamiento sin recibir el alta terapéutica, que la mayor parte de las veces es firmada por los familiares, quienes asumen la responsabilidad de esta alta también denominada a petición.

No obstante, en el caso del paciente en tratamiento de deshabitación alcohólica, cuyo ingreso es absolutamente voluntario, él mismo puede interrumpir su hospitalización solicitando el alta. Los pacientes neuróticos que han accedido al ingreso de forma voluntaria raramente solicitan su alta, y si así fuera no debe haber inconvenientes en concederla. La otra forma de interrupción del internamiento sin que intervenga el criterio médico es mediante la fuga del centro asistencial.

A diferencia del anterior, el alta involuntaria se decide aún contra la voluntad del paciente, cuando éste sin estar psicótico comete indisciplinas serias, entorpece el funcionamiento del servicio, se refugia en la hospitalización para evadir responsabilidades penales, etc. Lo mismo sucede con los simuladores.

Cuando se habla de ética médica no se puede dejar de mencionar la confidencialidad, vinculada indisolublemente al secreto profesional, que se refiere a la obligación del médico de no revelar información sobre el paciente a terceras personas sin permiso específico del interesado. Excepciones al respecto, serían las urgencias ya mencionadas, las condiciones comunicables, en las que se incluyen las enfermedades de declaración obligatoria, conducta suicida, maltrato infantil, etc., y por último el deber de informar a terceros, como es el caso de un paciente que amenaza con lesionar a otra persona.

Con respecto al establecimiento de la competencia mental, porque hacerlo implica una alta responsabilidad moral, y ante la posibilidad de que existan partes interesadas que distorsionen voluntariamente la información, debe ser efectuada preferiblemente en equipo. Consiste en dictaminar las posibilidades de una persona para procesar la información recibida y ante ella comportarse de manera que evidencie un adecuado juicio crítico.

Otras situaciones relacionadas con la salud mental han tenido repercusión en países desarrollados, tales como la asistencia al suicidio, algo totalmente incompatible con los principios cubanos, y que constituye un dramático ejemplo de lo que en el campo de la ética médica puede provocar la liberalidad, y de que, defendiéndose la autonomía a ultranza, puede hacerse caso omiso de las otras tres categorías de beneficencia, no maleficencia y justicia. Algo similar ha ocurrido con la eutanasia. (2)

En Cuba, tras tantos años de práctica médica sin interés de lucro, donde la población ha interiorizado que los médicos obran con el mayor rigor profesional y humanitario, ha sido tradicional que los enfermos se pongan incondicionalmente en manos de quienes los tratan, acatando la opinión de los profesionales de la salud sin aprehensiones.

Los médicos disfrutaban de libertad para ejecutar las acciones que les parezcan necesarias en beneficio de quienes sufren, y evidentemente esto se ha conseguido debido a que el médico, al igual que cualquier otro profesional, es

parte de esa población que trata, ha salido de su seno, y se siente comprometido con la sociedad.

El médico cubano establece un vínculo casi familiar con su paciente y allegados, y la comunicación afectuosa y directa es parte de esa relación. Así, culturalmente, en la decisión médica predomina el principio de beneficencia sobre el de autonomía, lo que ha propiciado el hábito de practicar el consentimiento informado de forma verbal, más que por medio de un documento firmado. (23)

Pero esto no deja de ser paternalismo, y es preciso que se continúe educando a la población, dándole a conocer sus derechos de una forma todavía más legal y oficial, haciéndoles ver que tienen posibilidad de elección, y utilizando el consentimiento informado.

En Cuba la práctica de la Psiquiatría se enriqueció con la promulgación de los Derechos de los Pacientes Psiquiátricos, discutidos y aprobados por los especialistas del país, donde además se especifican sus derechos en servicios ambulatorios y hospitalizados. Este documento está disponible en los servicios de atención y debe ser conocido por los pacientes, sus familiares, y la comunidad en general. (Ver Anexo)

A manera de conclusión

Un trabajo como éste no puede plantearse conclusiones definitivas, apenas sugerir adónde, a nuestro modesto juicio, deben encaminarse los siguientes pasos para continuar avanzando en el campo de la ética y la salud mental.

Aunque todavía existe preocupación por los prejuicios y la discriminación mostrados hacia los enfermos mentales en otras latitudes (24), las reformas en la atención psiquiátrica, la humanización de los hospitales, la sustitución por formas más terapéuticas y menos degradantes, ocurridas en diversos lugares del mundo; y en Cuba en especial, la reorientación de la Psiquiatría hacia la atención primaria y la creación de diferentes programas nacionales de salud

mental, hacen vislumbrar un futuro más promisorio para los que padecen algún tipo de trastorno mental. Así mismo, los Principios y Regulaciones Éticas para la protección y beneficio de las personas con trastornos mentales en Cuba, demuestran la respetabilidad creciente de los profesionales cubanos de la salud ante el asunto.

Aún queda mucho por hacer con respecto a la promoción de la salud mental en la población, y sobre todo insistir en la asunción de estilos de vida más saludables; la prevención al daño teniendo en cuenta los riesgos, combatir los hábitos tóxicos de una manera más enérgica y rigurosa, crear mejores condiciones para la atención a las adicciones, sobre todo el alcoholismo, seguir trabajando en la prevención y control de la conducta suicida, profundizar en las diferentes manifestaciones de la violencia, y continuar mejorando la calidad de la atención al enfermo, tanto en atención primaria como secundaria. Para ello, hay que insistir en la superación constante de los profesionales del equipo de salud mental, pero también del resto del personal que de una forma u otra tiene que ver con la atención del paciente, ya sean técnicos como trabajadores en general.

Además, hay que continuar educando a la población y sobre todo a los familiares en cuanto a la convivencia con el paciente psiquiátrico, hasta conseguir que sea absolutamente aceptado en su medio, que es donde pertenece, y que el internamiento se vea como lo que es, una medida médica temporal cuando sea necesaria, y no la posibilidad de recluirlo indefinidamente y de alguna manera prescindir de él, para que después del tiempo requerido de hospitalización retorne a la comunidad y sea aceptado como un miembro más, digno de respeto y consideración, precisamente por ser más vulnerable.

Anexo

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  
DERECHOS DEL PACIENTE MENTAL EN CUBA

1. Recibir en forma totalmente gratuita la más calificada atención en Salud Mental y otros servicios que se requieran sin discriminación alguna por razones de edad, sexo, raza, nacionalidad, ocupación, opinión política, ideología, creencias religiosas, procedencia cultural, preferencia sexual o cualquier otra causa.
2. Realizar en forma totalmente gratuita cualquier indicación de análisis, estudios radiográficos y otras investigaciones médicas.
3. Recibir un tratamiento individualizado según su problemática personal.
4. Optar por otra opinión de terceras partes en el caso de que el paciente o su familia lo requieran por tener alguna preocupación diagnóstica o terapéutica.
5. Ser adecuadamente informado de su diagnóstico y pronóstico evitándose iatrogénicas.
6. Aceptar o rechazar cualquier examen que se realice con fines de investigación científica, exigiéndose para ello su consentimiento informado.
7. Ser informado del tratamiento propuesto así como los resultados esperados y posibles efectos indeseables de los recursos terapéuticos y obtener el consentimiento informado en los casos de electroterapia y tratamiento con Disulfiram.

8. Disfrutar del mayor grado posible de privacidad durante su atención y que su historia clínica o cualquier otra información obtenida del paciente o sus familiares se mantengan bajo estricta confidencialidad.

Derechos del paciente mental en servicios ambulatorios.

Además de los derechos generales enunciados, disfrutará del derecho a:

1. Recibir la más calificada atención ambulatoria y tener acceso gratuito a todas las modalidades asistenciales comunitarias.
2. Solicitar ser atendido por el profesional de salud mental de su preferencia dentro de las posibilidades del sistema regionalizado de salud.
3. Garantizar su seguimiento ambulatorio después del egreso o en condiciones de alta protegida luego de un proceso rehabilitatorio hospitalario.
4. Recibir las orientaciones y certificaciones pertinentes en los casos necesarios de reposo temporal o de valoración por las comisiones de peritaje laboral.
5. Solicitar ingreso y recibirlo en forma totalmente gratuita según lo estipulado.

Derechos del paciente mental hospitalizado en Cuba

Además de los derechos generales enunciados disfrutará del derecho a:

- 1- Recibir en forma totalmente gratuita la orientación legal que sea necesaria para afrontar cualquier problemática jurídica vinculada con la afección que determina su ingreso.
- 2- Ser tratado por el personal institucional, otros pacientes y sus acompañantes sin que su dignidad sea afectada por razones de edad, sexo, raza, nacionalidad, ocupación, opinión pública, ideología, creencia religiosa, procedencia cultural, preferencia sexual o alguna otra causa.
- 3- Profesar la religión de su elección si la tuviera.
- 4- Recibir la información que se difunda por los medios de comunicación.
- 5- Ser respetado en sus derechos civiles, políticos y socioculturales durante su hospitalización.
- 6- Disponer de un medio hospitalario adecuado en lo referente a seguridad, condiciones higiénico-sanitarias y trato humano.
- 7- Disfrutar del menor grado posible de restricciones según sus manifestaciones clínicas.
- 8- Ser atendido en salas abiertas y reunirse con quien desee.
- 9- Mantener la custodia de las pertenencias básicas para su recreación aseo y vestuario, así como disponer de dinero de bolsillo.
- 10- Utilizar el teléfono público y remitir o recibir correspondencia libremente.
- 11- Recibir visitas en los días y horas programadas y en casos especiales, en días y horas extraordinarias, según criterio médico.
- 12- Recibir información del personal que lo atiende en lo referente a nombre, cargo y perfil profesional, así como en cuanto a la evolución de su

enfermedad y razones de su traslado a otros servicios o instituciones en caso de resultar necesario para su mejor atención.

13-Ser informado del tratamiento propuesto así como de los resultados esperados y posibles efectos indeseables de los recursos terapéuticos.

14-Disfrutar del mayor grado posible de privacidad en la institución.

15-No sufrir ningún tipo de abuso físico, mental o social y estar libre de todo vínculo sexual con los miembros del equipo de salud que lo atienden, lo que constituiría también una forma de abuso.

16-Presentar quejas ante la comisión de ética, dirección del servicio o del hospital o ante otros niveles administrativos y jurídicos en caso de consideración necesario.

17-Recibir la remuneración correspondiente al trabajo que realice en función de su rehabilitación en instituciones especializadas.

18-Solicitar a los cuerpos de revisión la valoración de la admisión y la permanencia en la institución en los casos de ingresos compulsorios.

## CLÁUSULA FINAL LIMITANTE

Los presentes derechos estarán sujetos a las limitaciones que sean necesarias para proteger la salud o el bienestar de la persona de que se trate o de otras personas, o para proteger la moral o los derechos y libertades básicas de otros.

## **Summary**

In spite of the development reached as for the practice of the medical ethics during the second half of last century in different latitudes, it is a lot to make in connection with the patient payee of a psychiatric dysfunction. Independently that better conditions have been created for the attention to the mental sick

person, and that in many countries the system of hospitalization has been humanized, it becomes obligatory the revision of such situations of psychiatric urgency as the entrance, transfer and involuntary treatment, as well as the use of the consent informed in these and other situations. The present article revises these topics, making stress in the practice of the Psychiatry in Cuba at the moment, and referring to the Cuban Bill of Mental Health, with its concepts of severe mental dysfunction and danger.

Key words: ETHICS, MEDICAL, PSYCHIATRY, MENTAL HEALTH, INFORMED CONSENT

Recibido: 26/6/07 Aprobado: 29/8/07

### **Referencias bibliográficas**

- 1- Barreras A. Construcción de una teoría ética. En: Acosta Sariago, J, editor. Bioética para la Sustentabilidad. La Habana: Publicaciones Acuario. Centro Félix Varela; 2002. p 28.
- 2- González Menéndez R. Humanismo, espiritualidad y ética médica. La Habana: Editora Política; 2005. p 53-79.
- 3- Conejo Galindo J. Introducción e información sobre el consentimiento informado. 2005; [En Internet]; [4 páginas]. Disponible en: [http://www.psiquiatria.com/congreso/2005/psiquiatria\\_legal/articulos/21248/](http://www.psiquiatria.com/congreso/2005/psiquiatria_legal/articulos/21248/) Consultado Febrero 2, 2007.
- 4- Acosta Sariago J. Bioética desde una perspectiva cubana. (Nota del editor) La Habana: Centro Félix Varela; 1997. p25
- 5- Acosta Sariago J. La bioética de Potter a Potter. En: Acosta Sariago, J, editor. Bioética para la Sustentabilidad. La Habana: Publicaciones Acuario. Centro Félix Varela; 2002. p 17.

- 6- Araujo González R. Hacia una bioética latinoamericana. En: Bioética desde una perspectiva cubana. La Habana: Centro Félix Varela; 1997, p. 25-27.
- 7- Pérez M, Pérez A. Fundamentar la bioética desde una perspectiva nuestra. En: Bioética desde una perspectiva cubana. La Habana: Centro Félix Varela; 1997. p. 32-35.
- 8- Wider J. The Ethical Question: Informed Consent. Medscape Med Students 2000; 2(1).
- 9- Ortega Moreno A. La autonomía del paciente. Neurología 2004; 19 (Supl 4):30-36.
- 10-Oliva Linares J, Bosch Salado C, Carballo Martínez R, Fernández Brito J. El consentimiento informado, una necesidad de la investigación clínica en seres humanos. Rev Cubana Invest Biomed 2001; 20(2):150-8.
- 11-Núñez de Villavicencio F. Consentimiento educado vs. Consentimiento informado. Rev Cubana Salud Pública 2006 oct-dic; 32(4).
- 12-Silva Hernández C. La autonomía, la integridad y el consentimiento informado. Su importancia en ética médica. Rev Hosp Psiquiátrico de la Habana 2005; 2(2).
- 13-Martínez Sánchez R. La necesidad de utilizar el consentimiento informado en proyectos de investigación. Boletín epidemiológico del IPK 2001; 11(35).
- 14-García Velázquez E, Quintana López L. Consentimiento informado en la práctica médica. Archivo Médico de Camagüey 1998; 2(1).
- 15-Peña Borroto D, Alfonso Puentes N, Alfonso Puentes R. Consentimiento informado en el paciente quirúrgico. Archivo Médico de Camagüey. 2004; 8(4).

- 16-Agard A. Informed Consent: Theory Versus Practice Nat Clin Pract Cardiovasc Med 2005;2(6):270.
- 17-Moreno Pérez A. ¿Consentimiento informado? 2001; [en Internet]; [6 páginas]. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/interpsiquis2001/2671> Consultado Febrero 2, 2007.
- 18-Conejo Galindo J. Introducción e información sobre el consentimiento informado. 2005; [en Internet]; [4 páginas]. Disponible en: [http://www.psiquiatria.com/congreso/2005/psiquiatria\\_legal/articulos/21248/](http://www.psiquiatria.com/congreso/2005/psiquiatria_legal/articulos/21248/) Consultado Febrero 2,2007.
- 19-Ordaz Ducunge EB, et al. Regulaciones jurídicas, principios éticos y deontológicos en la salud mental en Cuba. Ministerio de Salud Pública, Hospital Psiquiátrico de la Habana, Sociedad Cubana de Psiquiatría; 1998.
- 20-González Menéndez R. Clínica Psiquiátrica Básica Actual. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1998. p 171.
- 21-Morán Sánchez I; Barea Espín J; de Concepción Salesa MA; Robles Sánchez F. Aspectos ético-legales de las urgencias psiquiátricas. 2007; [10 páginas]. Disponible en: [http://www.psiquiatria.com/congreso/2007/psiquiatria\\_legal/articulos/28862/](http://www.psiquiatria.com/congreso/2007/psiquiatria_legal/articulos/28862/) Consultado Febrero 2, 2007.
- 22-González Menéndez R. Terapéutica Psiquiátrica Básica Actual. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1998. p 100-101.
- 23-Candela Ramírez R.; Villasante Armas, O. Rechazo a la terapia electroconvulsiva en paciente con depresión bipolar refractaria a tratamiento. Archivos de Psiquiatría 2006; Abr; 69 (2).

24-Macías Gelabert A. El consentimiento informado en Pediatría. Rev Cubana Pediatr 2006; 78 (1).

25-Guimón J. La evaluación del respeto a los derechos humanos de los pacientes psiquiátricos: un manual de calidad. Avances en Salud Mental Relacional 2004; 3(1).