

**J. R. Gutiérrez**  
**A. Pérez**  
**F. Rey<sup>1</sup>**

## Consentimiento informado en psiquiatría del niño y del adolescente

Hospital Regional Universitario Infanta Cristina.  
Badajoz  
1 Hospital Clínico Universitario.  
Salamanca

### *Informed consent in child and adolescent psychiatry*

**Correspondencia:**

J.R. Gutiérrez  
C/ Godofredo Ortega y Muñoz, 12 4-b  
06011 Badajoz

*"For the patient, "informed consent" provided by the family and "assent" provided by the child may fulfill current legal requirements, but still be clinically insufficient. To achieve ethical consent, it is necessary for the physician to follow and respond to child's and parent's development of understanding"*

Popper 1987 (p: 128-129)

El proceso de consentimiento informado en niños y adolescentes conlleva una complejidad inherente que no se presenta cuando este proceso se realiza en el adulto. Prescribir un tratamiento psiquiátrico a un menor no sólo necesita una sensibilidad diagnóstica, evolutiva y ética especial, sino que también requiere la participación, cooperación y el apoyo de distintas personas: el niño o adolescente, los padres y, a veces, otras personas o instituciones que pueden influir en la decisión terapéutica. Las interacciones entre todas ellas complican, y perfeccionan, el proceso de obtención de *un consentimiento informado clínicamente válido*. Podemos aceptar que existen tres modelos de consentimiento informado: el legal, el clínico y el bio-ético.

En la actualidad, el consentimiento informado, en el sentido *legal*, se sigue definiendo en base a criterios centrados en las capacidades cognitivas de una persona adulta: ser competente, tener voluntad, entender la información (definida por la capacidad de "repetición" de la información recibida) y tener capacidad de deci-

sión. Implícitamente, se asume que el consentimiento es un evento discreto (se da o no se da) y, en general, si un padre o adulto autorizado recibe una explicación y firma la solicitud de consentimiento, el proceso está terminado. En el caso de que el niño vaya a participar de un protocolo de investigación debe solicitarse su *"asentimiento"*<sup>(1)</sup>. El asentimiento implica que el niño entiende, en función de su nivel de desarrollo, los pros y los contras del tratamiento y que coincide con ellos.

Los criterios básicos se han cumplido si hemos informado sobre los siguientes aspectos: propósito del tratamiento (beneficios); descripción del proceso de tratamiento; explicación de los riesgos del tratamiento, tanto generales como particulares; valoración de las alternativas terapéuticas, incluyendo la ausencia de tratamiento; y, en el caso de los tratamientos farmacológicos, indicar que puede haber riesgos no conocidos<sup>(2)</sup>. Esta información se suele dar de forma verbal aunque algunos hospitales disponen de formas escritas.

A medida que el modelo se va acercando a la práctica diaria, los términos que, en teoría, parecían muy claros se van haciendo cada vez más ambiguos por lo que el modelo pierde su utilidad cuando se aplica a la clínica cotidiana.

Cuando un niño está inmerso en el proceso de consentimiento informado, el clínico debe valorar una serie de cuestiones tácticas tales como a) los derechos

- 2 del menor, b) su relación con los adultos responsables de su cuidado, c) la capacidad del niño para entender el tratamiento, d) la integración del proceso de consentimiento dentro de la alianza terapéutica, y e) el potencial de coerción que puede actuar sobre el menor, tanto el derivado del medio como del propio tratamiento.

El *modelo clínico*<sup>(2)</sup> incluye el asentimiento del niño como una parte del procedimiento óptimo para la consecución del consentimiento y de un tratamiento adecuado, apartándose, de esta forma, del modelo estrictamente legal. Aunque el modelo legal requiere sólo el consentimiento de un adulto, en la clínica cotidiana deben tenerse en cuenta los aspectos derivados de ambos padres y deben valorarse, y discutirse, los contenidos relacionados con el volumen de conocimientos, las asunciones y las atribuciones emocionales de cada uno de los padres o adultos involucrados en el proceso de toma de decisiones.

El limitado poder social del niño ante la justicia y el hecho de que los padres o cuidadores legales puedan no actuar en el mejor interés posible del niño hace que la obtención del consentimiento clínico deba realizarse teniendo en cuenta la valoración de las relaciones entre el cuidador adulto y el niño.

El asentimiento del niño tiene distintas implicaciones en las distintas edades. Adolescentes que han alcanzado el estadio de operaciones formales son capaces de entender las informaciones terapéuticas tan bien como los adultos<sup>(3)</sup>, pero en este periodo debe tenerse en cuenta que los contenidos relacionados con la confidencialidad tienen mucha más importancia<sup>(4)</sup>. No hay un consenso general en relación con la determinación de una edad específica en la cual el niño es competente para dar el consentimiento. Tanto los jueces como los clínicos se inclinan a permitir que las circunstancias individuales determinen la capacidad del niño para consentir.

Si bien en cualquier edad los aspectos cognitivos de una persona pueden verse afectados por el estrés, esta circunstancia es más intensa en la infancia. Además, la comprensión del niño puede estar alterada por el propio trastorno psiquiátrico para el que va a ser instaurado el tratamiento.

En el modelo clínico de consentimiento deben tenerse en cuenta cinco apartados:

- 1) las personas que participan; 2) la comunicación entre ellos; 3) la comprensión personal y emocional de estas personas; 4) las acciones realizadas por ellos; y 5) el paso del tiempo.

El niño o adolescente, después de escuchar las recomendaciones de su médico, puede aceptar o rechazar el tratamiento. Su decisión es, en principio, un proceso interior denominado "*asentimiento o rechazo interno*". Después, él comunica su decisión en relación con las recomendaciones hechas y esto se denomina "*asentimiento o rechazo externo*". El proceso interno y el externo no tienen por qué ser concordantes y, además, el asentimiento no siempre quiere decir que el paciente vaya a tomar la medicación.

Se denomina "*pseudo-asentimiento*" a la situación, incongruente, en la que un adolescente toma la medicación a pesar de presentar un rechazo interno; *pseudo-rechazo* sería la situación donde hay una aceptación interna pero el paciente rechaza la medicación.

La realización de un consentimiento informado no es un acto puntual que sólo tenga lugar en el momento inicial de la planificación terapéutica y que se cierre con la instauración del tratamiento. El consentimiento es una situación dinámica que, tanto si se acepta como si no, se modifica a lo largo del tiempo y hace necesario revaluaciones continuas y discusiones con todas las partes implicadas en él.

La mayoría de los clínicos que realizamos planificaciones terapéuticas y que, más específicamente, prescribimos psicofármacos a niños con alteraciones emocionales, tratamos con familias rotas, sujetas a situaciones de disputas o a niños bajo la custodia de instituciones gubernamentales. Estas situaciones dificultan las tomas de decisiones terapéuticas y producen situaciones en las cuales los adultos pueden utilizar la aceptación del tratamiento como una manera de coaccionar al niño o a otros adultos implicados en el proceso terapéutico.

Desde una perspectiva *Bioética*, el consentimiento informado requiere la consideración de tres principios. El principio de la *autonomía del paciente* (el paciente tiene derecho a decidir qué ocurre con su cuerpo), el principio del *máximo beneficio* (el médico debe procurar el mayor beneficio posible para el paciente) y el principio de *justicia social* (el médico debe tener en cuenta la utilización socialmente justa de los recursos sanitarios).

El consentimiento informado, aunque fundado en cuestiones legales es, esencialmente, un imperativo *ético*: el médico debe respetar la inteligencia del niño o adolescente, su derecho a conocer, tanto como sea posible, lo que le está pasando y cómo un tratamiento puede ayudarle. Tal respeto permite al niño colaborar, de alguna mane-

ra, en la decisión terapéutica. La solicitud de consentimiento, que es sólo un documento legal, no debe sustituir esta participación activa en el proceso terapéutico.

Si el niño o adolescente presenta un trastorno profundo del desarrollo o un trastorno grave de la comunicación, entonces el cuidador o el psiquiatra deben asumir responsabilidades mayores a la hora de interpretar los sentimientos internos del paciente. El médico debe ser consciente de ello y debe realizar los oportu-

nos reajustes encaminados a la revaloración del consentimiento y del asentimiento por parte del niño o del adolescente para continuar con la medicación o hacer un reajuste terapéutico.

Las excepciones al consentimiento informado son: las situaciones de urgencias, el privilegio terapéutico (situación en la que un médico determina que dar información puede ser peligroso para el paciente) y la renuncia del paciente a recibir información.

3

### BIBLIOGRAFÍA

- 1 Nicholson RH. Medical research with children: Ethics, law and practice: *The report of an Institute of medical ethics of clinical research investigations on children*. New York, Oxford University Press, 1985.
- 2 Popper C. Medical unknowns and ethical consent: Prescribing psychotropic medications for children in the face of uncertainty. En: Popper C, ed. *Psychiatric pharmacosciences of children and adolescents*. Washington: American Psychiatric Press, 1987.
- 3 Weithorn LA, Campbell SB. The competency of children and adolescents to make informed treatment decisions. *Child Development* 1982;53:1589-1598.
- 4 Nye SG. Legal issues in the practice of child psychiatry. En: Schetky DH, Benedeck EP, eds. *Child psychiatry and the law*. New York: Brunner Mazel 1980:282-285.