

A classical statue of Lady Justice, blindfolded and holding a scale of justice. The statue is depicted in a white, flowing robe, blindfolded with a cloth over her eyes. She holds a scale of justice in her left hand, which is raised. The background is a dark, muted green.

# EL MÉDICO COMO ASESOR DE LA JUSTICIA

Dra. Stella Bocchino  
Dra. María del Carmen Curbelo  
Facultad de Medicina  
Universidad de la República  
Agosto 2009



# CONCEPTOS JURÍDICOS

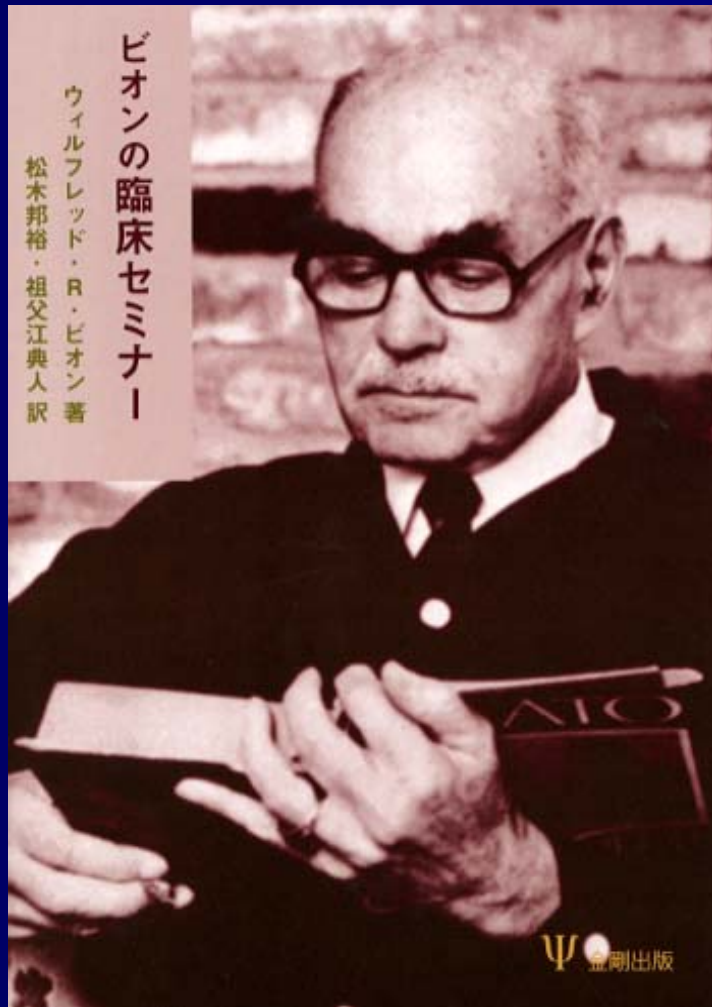
# PERITAJE o PERITACIÓN

**Acto técnico llevado a cabo por uno o más especialistas denominados peritos, con la finalidad de asesorar a un Magistrado, autoridad o institución.**

# REQUISITOS QUE DEBE CUMPLIR UN INFORME PERICIAL:

1. Asesorar, explicar. Se debe expresar con términos sencillos. Cuando se use un término médico, se aclarará su significado, en el mismo texto, o como nota al pie. Lo mismo vale para la mención de medicamentos, debiendo explicar sus indicaciones o sus efectos colaterales si fuere relevante.
2. Ser abarcativo y completo.
3. Finalizar con conclusiones que respondan las preguntas planteadas. Si a pesar de haber agotado sus estudios, el perito no puede expedirse en un sentido concreto, así lo expresará en sus conclusiones.
4. Ser secreto, salvo para e Magistrado autoridad o institución que lo ha solicitado.

# DEFINICIÓN DE PERITO



Es la persona que dotada de conocimientos especiales sobre determinada ciencia, y una formación particular en el campo judicial forense, asesora al magistrado, autoridad o institución que solicita su competencia.

# NORMAS JURÍDICAS QUE REGULAN LA ACTIVIDAD DE LOS PERITOS EN MATERIA PENAL

1. **Los peritos serán convocados por el juez cuando éste necesite asesoramiento en determinada ciencia, arte o técnica (Art. 187 CPP).**
2. **Se exige que posean idoneidad salvo que en el lugar no haya diplomados (Art. 188 CPP).**
3. **Se designa de oficio un perito, pero pueden serlo hasta tres (Art. 189 CPP)**
4. **Tienen carácter de funcionario público desde el momento en que son designados (Art. 175 CPP), por lo que el libramiento de informes falsos implica la incursión en el delito de falsificación de documento público (C.P.).**
5. **La divulgación de lo conocido en ocasión del peritaje, ocasionando un daño al periciado, determina el delito de violación del secreto profesional (Art. 163 CP).**

# NORMAS JURÍDICAS QUE REGULAN LA ACTIVIDAD DE LOS PERITOS EN MATERIA PENAL

6. **El perito no puede rechazar la función que se le asigna, salvo impedimento legítimo reconocido por el Juez (Art. 190 CPP).**
7. **El que llamado por la autoridad judicial como perito, se abstenga de comparecer, aludiendo falsos pretextos, o habiéndose presentado se rehusare a prestar su concurso, será castigado penalmente (Art. 178 CP).**
8. **Es incompatible con la función pericial la minoría de 21 años y el haber sido llamado como testigo en la causa (Art. 191 CPP).**
9. **Son causas de excusación y recusación (Art. 192 CPP): el parentesco sanguíneo o político con el periciado, denunciante o damnificado; el interés directo o indirecto en la causa; la amistad o enemistad con los citados; y cualquier causa considerada como grave por el juez. También pueden argüirse causas de decoro y delicadeza, las que quedarán igualmente a criterio del Juez (Art.193 CPP).**

# NORMAS JURÍDICAS QUE REGULAN LA ACTIVIDAD DE LOS PERITOS EN MATERIA PENAL

10. **Los peritos oficiales no responden jurídicamente por sus errores durante la peritación. (Art.28 CP).**
11. **Los peritos de oficio tienen derecho al cobro de haberes por su labor, salvo que pertenezcan a la Administración Pública. (Art. 200 CPP).**
12. **El perito podrá solicitar fundadamente la ampliación del plazo asignado para la peritación. (Art. 195 CPP).**

## **NORMAS JURÍDICAS QUE REGULAN LA ACTIVIDAD DE LOS PERITOS EN MATERIA CIVIL**

- 1. En materia Civil la diligencia judicial será ejecutada por tres peritos, a no ser que las partes convengan en que sea uno solo.**
- 2. Los peritos podrán ser recusados por tachas similares a las de los testigos, y por incompetencia notoria en la materia que se trata. (Art. 416 a 419 CPP).**

IMPUGNACIÓN DE  
TESTAMENTO



DETERMINACIÓN DE LA  
CAPACIDAD  
AL MOMENTO DE TESTAR

# CAPACIDAD

- **Art. 431 y 432 CC.**

**Estos Artículos expresan que son incapaces los dementes aunque tengan intervalos lúcidos; los que no pueden regirse a sí mismos ni administrar sus bienes; también lo son los sordomudos que no puedan darse a entender por escrito, y toda persona menor de 21 años.**

# ¿Cómo se determina la Capacidad?

Investigar con atención:

- Desenvolvimiento del periciado en la entrevista
- Estudios cursados y el rendimiento alcanzado.
- Si no hay logros académicos ver logros en la vida.
- Nivel de abstracción.
- Razonamiento lógico y cálculo matemático.
- Interpretación de refranes.
- ¡¡ Capacidad de juicio!!
- Consumo de alcohol y drogas, trastornos de la conducta, episodios agresivos, o conductas sexuales anormales.
- Existencia de ideas mórbidas, ideas delirantes o de autoeliminación.  
Alteraciones en la esfera afectiva y del humor.
- Antecedentes personales, médicos, psiquiátricos (y penales si corresponde).
- Antecedentes familiares, médicos, psiquiátricos (y penales si corresponde).

A background image of a sunset or sunrise over a body of water, with a bright sun low on the horizon and its reflection on the water. The sky is a mix of orange, yellow, and light blue.

*NULIDAD DE  
TESTAMENTO*



**Primer problema:**

**¡El Juez lo ha designado**

**a Usted**

**como perito!**

**SEGUNDO PROBLEMA...**



# ENTONCES...

- **A falta de entrevistado, sólo nos queda hacer hablar a los documentos.**
- Todos los documentos que podamos y sean idóneos y legalmente válidos.
- Sobre todo:
  - Lectura del expediente
  - ¿Testigos? Es controvertido
  - **Historia Clínica**: sin duda el documento más valioso!

# ¿Qué hacer?

1. Solicitar al o los Servicios de Salud donde se asistía el fallecido que envíen fotocopia de la historia clínica completa, con noticia del juez.
2. Generalmente explicitando que nos hallamos realizando un informe pericial a solicitud del Juez la información llega.
3. Estudiar atentamente la Historia Clínica y otros documentos pertinentes. Por ejemplo??
4. Fotografías, filmaciones.
5. Algunas vienen en el expediente, otras pueden solicitarse a la Sede.

# Qué debemos buscar especialmente en los documentos?

- El Objetivo es tener una idea clara del estado psíquico y físico del fallecido en los días en que redactó el testamento.
- Estado somático
- Claridad de Conciencia
- Claridad de pensamiento
- Estado de ánimo
- Situación de libertad de decidir (sin coacciones)

# Qué debemos buscar especialmente en los documentos?

- Estudiar atentamente todos los documentos de principio a fin.
- Estudiar toda la Historia Clínica Médica, Somática y Psíquica del fallecido, atendiendo especialmente patologías que pudieran afectar su claridad de conciencia.
- Estudiar Antecedentes
  - de enfermedades sistémicas, metabólicas, vasculares, traumáticas
  - de Enfermedades Psiquiátricas

# Qué debemos buscar especialmente en los documentos?

- Buscar patologías intercurrentes coexistentes a la redacción del testamento
  - Patologías Médicas que estuviera cursando en ese momento
  - Patologías Psiquiátricas que estuviera cursando en ese momento
- Medicación que recibía habitualmente
- Medicación que estaba recibiendo en el momento de redactar el testamento
- No despreciar ninguna anotación (Fisioterapeuta)
- Es útil ir realizando anotaciones en borrador aparte, anotando las fs.

# EL INFORME PERICIAL

- **Es un documento médico – legal. Por lo tanto, se halla sujeto a las normas jurídicas y deontológicas que regulan este tipo de Documentos.**

# CAPÍTULOS DEL INFORME PERICIAL EN ESTOS CASOS

## Preámbulo

- I. Antecedentes o Conmemorativos
- II. Estudio de los Documentos
  - a) Historia Clínica
  - b) Otros
- III. Consideraciones
- IV. Conclusiones

# DOS CAPÍTULOS ESENCIALES:

## ■ III. Consideraciones

Deben explicitarse los razonamientos que realizó el perito. Este aspecto es ilustrativo para quien solicitó el estudio, o para otros peritos. Un informe que conste de todos estos datos, difícilmente podrá ser invalidado luego.


Las Consideraciones se deben ordenar respondiendo a cada pregunta por separado.

Cuando además de las preguntas exista un aspecto que el perito entienda pertinente informar lo agregará a las consideraciones.

## ■ IV. Conclusiones

Se expondrán las conclusiones a las que se arribó, con **frases breves y concisas** numeradas de acuerdo a las preguntas que formuló el solicitante.

Si no se puede concluir se explica que no es posible, dando las razones que lo impiden.

A scenic view of a lake surrounded by dense green trees and hills in the background. The text is overlaid in a bright pink color.

*INFORME PERICIAL*

*PARA DISCUTIR*

*EN TALLER*

- Montevideo, 19 de Mayo de 2008
- TRIBUNAL DE APELACIONES DE FAMILIA DE 2º TURNO:
- La abajo firmante, Dra. XXXXX en su calidad de Médico Psiquiatra, ha procedido a estudiar los autos caratulados "XXXXX. NULIDAD DE TESTAMENTO." FICHA: ZZZ/005.
- Por oficio N° VV/2008 se solicita a la Cátedra de Psiquiatría de adultos la pronunciación respecto a la capacidad del causante a la fecha del otorgamiento del testamento de autos, conforme su historia clínica y demás elementos que se acompañan.

## ■ I. ANTECEDENTES:

- De la lectura de autos surge que el Sr. B.T. nació el 24 de setiembre de 1918 en Canelones. CI 00000. Viudo de sus únicas nupcias de A Z, la cual falleció el 10 de Noviembre de 1984, carece de descendencia legítima o natural y es de profesión jubilado.
- El 2 de Junio de 1997 en Montevideo, testa ante el Escribano Juan Z a favor de la Sra. MARIA MM, CI: 00000 -1. Papel Notarial Cg N° 000.
- El 15 de Octubre de 2004 realizó nuevo testamento ante la Escribana AJJ a favor de la Sra. LLLLL CI: 00000-6. Papel Notarial Cc N° 00000. En donde consta que: "BT manifiesta no poder firmar por lo cual ruega a GSL por él esta escritura sin perjuicio de hacerlo también como testigo" luego se expresa: "Hago constar que el testador imprimió la huella dactilar del pulgar de la mano derecha".

- De la fotocopia de su historia clínica de mutualista MMM N°000, se obtienen los datos de su estado de salud del año 1990 al 2004. Se cuenta con 4 ejemplares iguales. Se detallaran fragmentos legibles y de interés aunque en su mayoría no es posible identificar firma de los médicos actuantes.
- El 25 de Diciembre de 1990 a la edad de 72 años presentó una internación de 4 días por: "Accidente vascular encefálico, isquémico focal derecho. Alta sin secuelas"
- El 1° de Julio de 1996 ingresó a emergencia por presentar dos episodios de pérdida de conocimiento con caída al suelo y traumatismo de cara y ambas rodillas. Los exámenes paraclínicos solicitados fueron normales. Se fue de alta contra voluntad médica sin esperar valoración por neurólogo y cardiólogo. La letra del paciente en su firma de alta contra voluntad es clara y legible.

- Entre esta internación y la siguiente, realizó su primer testamento (2/6/97).
- El 2 de octubre de 1997, a los 79 años, volvió a ingresar, traído por emergencia móvil. "Encontrado en domicilio al parecer luego de estar caído en el suelo durante 3 días"
- "Diagnóstico al ingreso: Hipotermia, Infección Renal Severa e Hiperpotasemia"
- "Presentaba lesiones en cuerpo, lengua, prepucio y dorso al parecer por mordeduras de ratas"
- En la evolución se lee: RAO (Retención Aguda de Orina) con globo vesical, hematoma en primer dedo de pie izquierdo probable fractura."
- Se diagnostica Adenoma de Próstata (Tumoración benigna de próstata) y se le coloca sonda vesical a permanencia.
- Se plantea diagnóstico de alcoholismo y se solicita consulta con Psiquiatra que expresa:
- "Paciente tranquilo, lúcido responde al interrogatorio en forma lenta pero con respuestas adecuadas. Ignora el motivo de su ingreso y no tiene conciencia de enfermedad. Niega en forma (ilegible) ingesta de alcohol. Sin otros elementos a destacar" Firma ilegible del médico actuante.

- El 14 de noviembre de 1997 ingresa por Hematuria (sangre en la orina), Dolor y Retención de orina.
- El día 17 de noviembre es intervenido quirúrgicamente por el Dr. D y como Anestesista el Dr. G. Se le realizó Adenomectomía Transvesical Urgente. Fue dado de alta el 25 de noviembre del mismo año.
- La última internación es del 22 de setiembre de 2004 al 7 de octubre de 2004, siendo necesario mantener la internación de forma domiciliaria, hasta el 13 de octubre.
- El día 15 de octubre es la fecha de su segundo testamento.
- El día 16 vuelve a consultar y no aparecen mas evoluciones.

- En la historia clínica de ingreso del 22 de setiembre de 2004 se lee: "Hombre de 85 años, estado de abandono, deshidratación lesión de dedo medio de pie derecho". "Se encuentra vigil, confuso"
- Fue valorado por cirujano quien indica tratamiento con antibióticos.
- También se requirió interconsulta con Hematólogo por anemia moderada a severa quien indica soporte transfusional.
- El día 25 del mismo mes es valorado por Psiquiatra Dr. ZZ: "paciente de 85 años con medidas de contención y V.V.P. (Vía Venosa Periférica) Dormido mal estado general. Se despierta al estímulo pero mantiene tendencia al sueño. Orientado temporoespacialmente sabe su domicilio, la sala en que se encuentra pero responde que el Presidente es Luis Batlle. No colabora actitud hostil y tendencia al sueño, se suspende entrevista por falta de colaboración. Se ignoran antecedentes personales. Ver indicaciones"
- Evolución del día 27 "paciente vigil desorientado, bien hidratado"

- Nueva valoración con Psiquiatra, no figura nombre, firma ilegible, día 27.
- "85 años, vive solo. Lúcido coherente bien ubicado en tiempo y espacio. Viudo hace 2 años. No tiene hijos. Niega alcoholismo. Recuerda que hace 20 días vino al médico por su lesión en el pie y el dice siguió las indicaciones pero no mejoró. No recuerda las circunstancias de su ingreso. Ha tenido crisis de excitación en una ocasión desde su ingreso. Considero que sería conveniente que viviese acompañado. Alta psiquiátrica."
- 28/9 "Paciente desorientado en tiempo y espacio, no se alimenta"
- Se solicita valoración con servicio social para saber dónde puede ir a vivir. La asistente social se comunicó con una vecina y una sobrina que plantearon que su apartamento está lleno de basura y que tomaría unos días limpiarlo y que sus ingresos son muy bajos.
- Evolución del día 1/10 "paciente que no se alimenta, deshidratado. Se niega a alimentarse, se solicita nueva consulta con Psiquiatra para valorar el cuadro de desgano y deterioro neuropsicológico, ya que es imposible otorgar alta en paciente que se deshidrata por negarse a la alimentación, se niega a maniobras por lo que no creemos posible colocar sonda nasogástrica" Firma. 4/10 "paciente con problemas en hidratación y alimentación, hoy febril 37,8. Orinas turbias. Se piden cultivos. Firma 3220"
- 4/10 "Deterioro cognitivo. Imposible colocar sonda nasogástrica" Firma ilegible.
- 6/10 Psiquiatría "paciente que no está en condiciones psicofísicas para evaluación de posible incapacidad" Firma ilegible.

- Se destacan las evoluciones de enfermería de esta internación:
- 7/10 "confuso"
- 9/10 "confuso, no se alimenta"
- 10/10: " Por relatos de la familia delirios."
- 12/10: incoherente. Pésimo pronóstico."
- 13/10 confuso, ALTA"
- De las indicaciones médicas de esta internación interesa el uso de Haloperidol, antipsicótico típico, con potente efecto antidelirante y sedativo.
- En otras anotaciones aparece el uso de Risperidona gotas, similar fármaco al anterior pero con menos efectos secundarios.
- La necesidad en múltiples oportunidades de medidas de contención físicas, las cuales deben utilizarse cuando el beneficio supera los riesgos de esta medida nos muestran las dificultades que presentaba el paciente para obtener sedación y/o para protegerlo, también son necesarias para evitar que los pacientes en estas condiciones se arranquen las vías venosas para el paso de medicación.
- En la evolución se indicó Vitaminoterapia, Vit. B1, B6, B12, son las vitaminas que se indican en alcoholistas en abstinencia o en pacientes multicarenciados.
- Se agregaron antidepresivos a dosis bajas.
- En toda la internación se mantuvo el Suero Glucofisiológico, con Cloruro de Potasio para reposición hidroelectrolítica. Antibióticos, Antiagregantes para evitar trombosis por el reposo y los antecedentes de infartos cerebrales. También recibía Hierro por la anemia.

- Por la mala evolución se otorga alta, pero con internación domiciliaria, esto se cumplió del 7 al 13 de octubre del 2004. En las evoluciones se lee: "85 años, pésimo medio socio-económico. Arteriopatía de miembros inferiores"
- "Pésimo pronóstico (incontinencia, deterioro intelectual, tendencia a la posición fetal)
- A las 48 hs. de estas evoluciones, y en estas condiciones está fechado su segundo testamento (15/10/04).
- A las 24hs de dicha firma (16/10/04), vuelve a consultar y en la historia clínica se lee:" Comienza en la mañana de hoy con fiebre de hasta 40 °C. Deterioro progresivo de conciencia. Orinas turbias.
- No existen más datos en historia clínica.



QUÉ CONSIDERACIONES  
EFECTUARÍA USTED?

- **II. CONSIDERACIONES:**

- Ha sido necesario realizar resumen de historia clínica en ANTECEDENTES para poder comprender el estado evolutivo de salud del Sr. BT. Presentaba entonces Enfermedad Panvascular (Enfermedad de todas las arterias del organismo, a nivel cerebral, a nivel de miembros inferiores, pie), Adenoma de próstata, con Sonda a permanencia generando factor de infección permanente. Traumatismos de cráneo con pérdidas de conocimiento.
- Historia de alcoholismo, que si bien el paciente niega (esto es muy frecuente) lo corroboran vecinos y las indicaciones médicas. El estado de abandono en el cual llegaba en sus internaciones es compatible con las historias de alcoholismo.
- En su última internación a los 85 años, donde ingresa por deshidratación, anemia severa, insuficiencia renal, signos de infección y necrosis de dedo de pie, los datos obtenidos de estado de conciencia nos llevan al diagnóstico de Confusión Mental o Delirium.

- El Delirium implica un trastorno severo en la conciencia que se traduce en la desorientación temporoespacial, excitación y/o inhibición psicomotriz, trastornos de memoria, de atención y síntomas delirantes. Todos ellos estaban presentes en el estado mental del Sr. T. La causa de esta alteración es múltiple y se debe a cualquier desorden médico intra o fundamentalmente extracerebral (infecciones, alteraciones metabólicas, tumorales, anemia, fármacos) También sobran causas en el estado médico del Sr. T. para explicar este cuadro.

- La Confusión Mental o Delirium es un cuadro agudo y revierte al tratar las etiologías que la producen. Por eso el tratamiento es sintomático para disminuir la excitación, los delirios y otra sintomatología. Esto explica el uso de antipsicóticos y las medidas de contención físicas. Pueden existir evoluciones más lentas y durar el trastorno de conciencia hasta 6 meses luego de mejoradas las causas que lo producen, siendo esta evolución más frecuente en pacientes con demencia o en edades avanzadas. Es más frecuente a edades extremas de la vida, por la vulnerabilidad cerebral, y en personas con Encefalopatías como las Demencias. La presentación es oscilante siendo mayor la confusión en la noche, esto explica que durante evoluciones médicas diurnas estaba mejor y en la noche, en evoluciones de enfermería empeoraba.
- No es posible realizar diagnóstico de Demencia (Enfermedad crónica con alteración de todas las funciones cognitivas que llevan a la pérdida de la autovalidez) en el Sr. T. Dado que no contamos con datos del funcionamiento previo a la internación de setiembre de 2004.

- En suma:
- El Sr. B.T. presentaba en el momento de testar 85 años, una encefalopatía vascular, un cuadro de falla de múltiples órganos (anemia, infección, deshidratación, polimedicado) que le produjo una Confusión Mental. El cuadro se mantenía por lo que se decidió una internación domiciliaria, con igual evolución, momento que testa. El mal estado general se evidencia además por el deterioro motriz, dado que figura en el testamento que no podía firmar.
- Al día siguiente vuelve a consultar por deshidratación, fiebre de 40°C, y deterioro de conciencia. Lo que evidencia que el cuadro clínico estaba incambiado o empeorando.
- Por todo lo expuesto, es posible considerar que, al momento de realizar su segundo testamento, el Sr. B T. NO era capaz de regirse a sí mismo ni administrar sus bienes.

QUÉ CONCLUSIONES  
PLANTEARÍA USTED?

Gracias por su participación, los invitamos a

### ■ **III. CONCLUSIONES:**

- Luego de la lectura atenta de la historia clínica remitida, es posible concluir que:
- -El Sr. B. T. en el momento de testar presentaba una CONFUSION MENTAL, la cual produce una alteración de conciencia y del juicio crítico.
- -En dicho estado no fue libre de autodeterminarse, actuando sin conciencia ni voluntad. No era capaz de regirse a sí mismo ni administrar sus bienes.
- -Por lo tanto el Sr. B. T. no estaba en condiciones de extender el testamento el día 15 de octubre de 2004.
- Saluda atentamente:



**Muchas gracias por su atención!  
Esperamos  
que les sea de utilidad!**

**Dra. María del Carmen Curbelo**

**Dra. Stella Bocchino**

**Facultad de Medicina**

**Universidad de la República**

**Agosto 2009**