

**CURSO DE PSIQUIATRÍA LEGAL Y
FORENSE
MÓDULO II**

***Responsabilidad profesional
en psiquiatría***

Dr. Humberto Casarotti

14 agosto 2009

Preguntas sobre “problemas de RP en psiquiatría”

- respecto a quien hace la pregunta:
 - decisión de un caso concreto

- respecto a quien responde:
 - hipótesis o modelo conceptual

Los "actos médicos"

- pueden ocasionar daños
- que cuando son originados por el no cumplimiento de los deberes de cuidado (morales y técnicos), el médico debe "responder" por ellos
- "responsabilidad jurídica"
 - penal
 - civil

Del encuadre jurídico interesa destacar dos puntos

(1) Cuando se plantea una situación de RP

- para poder apreciar si se está en presencia o no de un acto médico
- para poder saber si se ha cumplido o no con los deberes de cuidado

es necesario el juicio de auxiliares técnicos del magistrado (peritos)

(2) Normas éticas y técnicas de la relación MP

- permanencia relativa de las normas éticas
- variabilidad de las normas técnicas (*ciclos evolutivos*)

HISTÓRICAMENTE

- *Primero se codificaron los deberes éticos: los actos eran “**buenos**” cuando respetaban a la persona del sufriente*
- *Progresivamente: los actos para ser “**buenos**” deberán corresponder también a la **lex artis**.*

RELACIÓN PACIENTE-PSIQUIATRA

La relación PP es una relación contractual,

que se define:

1o) por el saber y la pericia técnica del profesional

2o) por los compromisos personales de la relación, basados en la confianza

Concepto de enfermedad "médico-quirúrgica"

1. padecimiento
2. que lleva a consultar al médico
3. quien después de diagnosticarle le informa sobre las posibilidades terapéuticas, ...el paciente capaz, acuerda o no
4. el contenido de la relación médico-paciente es confidencial

En este modelo de enfermedad y de asistencia, el médico y el paciente unen sus esfuerzos para ir "contra" la enfermedad.

Concepto de “enf mental”

1. el paciente identificado con lo que piensa o hace (*agente involuntario de su trastorno*)
2. el trastorno no es vivido como padecimiento
3. “resistencias” (no asiente, no coopera con el tratamiento propuesto)
4. diferencias en el área de la confidencialidad.

si esta realidad es la de la EM:

*¿cómo lograrán paciente y psiquiatra “unirse”
para luchar contra la enfermedad?*

NORMAS ÉTICAS

- Sin mayor dificultad de aplicación en adulto capaz
- De aplicación compleja en psiquiatría (disminución de autonomía)

*“...todo contra la enfermedad”,
pero cuando la enfermedad
es el “paciente mismo”...*

PORQUE

el paciente

- es un hiposuficiente jurídico
- que pide / requiere ayuda técnica
- ayuda que siempre “va en su contra” ...

al psiquiatra

- que puede proporcionar la ayuda técnica necesaria
- que siempre va a ser “*por el paciente*” “*contra su enfermedad*”

PREVIAMENTE

- 3 características del “género EM”
 - *déficit psíquico*
 - *determinado por un proceso somático mórbido*
 - *cuya “fisionomía clínica” depende de la vida mental del paciente.*
- Homogeneidad conceptual, siempre “cuestionada”.
- ¿“Minorías respetables”?

Dificultad cultural para percibir y pensar la realidad de la EM

- lo que se origina en el modo de pensar humano (dicotómico)
- que se objetiva en diversas actitudes pre-psiquiátricas (=anti-psiquiatras)
- y que determina un desfasaje de la psiquiatría (respecto al resto de la medicina), con el Derecho

*desfasaje de conceptos que los psiquiatras
podemos y debemos ayudar a cambiar ...*

– ...con acciones que al ser encuadradas por ***perspectivas diferentes***

requieren

– ***en el momento asistencial*** -

una ***hipótesis de trabajo***

(originada en los hechos, coherente y heurística)

que posibilite decisiones racionales

“FORMATEO” de la ASISTENCIA MEDICA

- 1. adelantos técnicos: incremento del beneficio y de los riesgos**
- 2. progresivamente: “atención gerenciada”**
- 3. costos crecientes**
- 4. deberes éticos**
- 5. demandas por RP: ¿efecto preventivo?; seguros.**
- 6. evolución hacia “responsabilidad sin falta”**

particularmente en PSIQUIATRÍA:

- mayores adelantos técnicos y aumentos de los costos
- complicación de los deberes éticos: el "objeto a atacar" es el mismo sujeto alterado en su "cuerpo psíquico"
- demandas agravadas por:
 - *utilización por los defensores de los DDHH, para obtener cambios en el sistema asistencial, que no se logran por vía legislativa*
- la asistencia se hace "especial": diferentes espacios de atención

HETEROGENEIDAD SEMIOLÓGICA

Necesidad y conveniencia de

- **distinguir**
 - tipos psicopatológicos
 - tipos de procesos somáticos

- **los “tipos psicopatológicos”**
 - en **agudos** (transitorios) y **crónicos** (persistentes)
 - en niveles de gravedad (no social)

PATOLOGÍA MENTAL

AGUDA

manía/ depresión

exper delir 1as

confusión mental

CRÓNICA

trast. carácter

“neurosis”

delirios crónicos y
esquizofrenia

demencias

retardos mentales

¿QUIENES ASISTEN

A ESTOS DIFERENTES PACIENTES?

eso depende básicamente
del ***“espacio de atención”***

En lo ML:

el "OTRO" diagnóstico

- el paciente, su familia, los médicos, los jueces vivencian en la enfermedad mental:

la disminución -en grado variable- de la autonomía personal.

el psiquiatra hace de hecho,
esa evaluación

Evaluación del grado de disminución de la libertad del paciente o hiposuficiencia jurídica

según el tipo de estructura psicopatológica

3 categorías de pacientes según su capacidad:

- pacientes capaces
- capaces aunque con limitaciones
- pacientes "incapacitados"

- el diagnóstico del tipo psicopatológico y su momento evolutivo

más

- la valoración del grado de disminución de libertad del paciente psiquiátrico

determinan primordialmente
los “espacios” de atención
en que el paciente puede ser asistido

LOS "ESPACIOS" de ATENCIÓN, implican:

1. lugar donde realizarlo
2. quién o quienes lo van a realizar;
3. con qué frecuencia y duración;
4. con qué estrategia y técnica psicológica
5. con necesidad o no de tratamiento somático.

“ESPACIOS” de ATENCIÓN

- atención en consultorio (y “en familia”)
- atención en urgencia
- atención con hospitalización breve
- atención con institucionalización
(*“internación”*)

ESPACIOS de ATENCIÓN

En consultorio

para

- que funcione mejor que antes
- tratamientos psicológicos y
medicamentosos

relación PP:

la de dos adultos, como
cuando acuerdan en otros tipos de contrato.

ESPACIOS de ATENCIÓN

En “medio familiar”

para

- que el paciente no aumente su deterioro funcional
- que se monitorice su estado

relación PP:

es “parental”

como un padre con su hijo adolescente.

ESPACIOS de ATENCIÓN

En urgencia

para

- rápida evaluación que permita disponer adecuadamente del paciente

relación PP:

es la de un adulto frente a alguien transitoriamente incapacitado

ESPACIOS de ATENCIÓN

En hospitalización “breve”

para

- resolver el trastorno lo más rápidamente posible, buscando que el paciente recupere su nivel de funcionamiento previo

relación PP:

la que un adulto debe tener frente a alguien incapacitado transitoriamente

ESPACIOS de ATENCIÓN

***En hospitalización prolongada
(internación o institucionalización)***

para dar al paciente:

- alojamiento protegido
- nutrición adecuada
- solución a emergencias médicas, etc

relación PP:

la que se tiene con incapacitados severos

REGLAS del trabajo psiquiátrico

- **trabajar como se debe**
- **no a las actitudes defensivas**

y en caso de una demanda: equilibrio y prudencia (= ser razonable).

***seguir siendo el “terapeuta”:
fundamento del vínculo y de las excepciones
legales***

ALGUNAS POSIBILIDADES de RP en PSIQUIATRÍA

- **contrato**
- **consentimiento válido**
- **historia clínica**
- **tratamientos biológicos y psicoterapéuticos**
- **tratamiento involuntario**
- **riesgo de suicidio**
- **confidencialidad**
- **deber de proteger a terceros vs. confidencialidad**

“paternalismo”

Dos componentes:

- tomar responsabilidad por el paciente , cuidar de él
 - decidir en su beneficio
-
- Actualmente se ha convertido en una mala palabra. Los médicos que antes se habrían preocupado por no haber hecho bastante por sus pacientes, hoy temen ocupar ese rol.
 - Todo exceso de paternalismo debe ser controlado, pero también cualquier intento de convertir a P y M en adversarios debe ser analizado muy cuidadosamente.

“paternalismo”

**Autonomía y paternalismo
son vistos como antitéticos,
actitudes excluyentes mutuamente en la práctica y
en la ética médica.**

- el médico paternalista es visto como alguien que limita la autonomía del paciente
- el paciente autónomo es visto como no necesitando depender del médico.

En este análisis lo que falta es considerar el tiempo.³³

Relación "parental"

(no paternal ni maternal...)

importancia para:

- el contrato y el CV
- el tratamiento involuntario (daño a sí mismo)
- la confidencialidad

CONSENTIMIENTO VÁLIDO

- **por el derecho que tiene una persona de determinar y controlar lo que se hace con su cuerpo**
- **del criterio del “médico razonable” al del “paciente razonable”**

CONSENTIMIENTO VÁLIDO

- **dado por alguien psíquicamente capaz**
- **que expresa su decisión libremente (no viciada por el error; sin coacción)**
- **contenido del C:**
 - es todo lo que tiene importancia en relación a la decisión*
 - (diagnóstico, objetivos del tratamiento, riesgos, alternativas,. pronóstico sin tratamiento, etc.)*

CONSENTIMIENTO VÁLIDO

- una comprensión idealizada del CI presume una mente adulta racional, o un sustituto legal.
- enfocar los derechos individuales sin atender a la responsabilidades personal por otros, genera una situación de adversarios
- eso aparta de una relación de confianza, sustituyéndola con un llamado a la "ética"

CONSENTIMIENTO VÁLIDO

Las formulaciones paternalísticas y de autonomía son puntuales, pero no dicen nada, respecto a cambios en el tiempo:

- ***cambios que el médico debe hacer para confrontar a un paciente que tiende a depender o a no querer seguir bien***
- ***cambios que el paciente debe hacer para confrontar al médico que retiene información.***

CONSENTIMIENTO VÁLIDO

***El factor que complica este equilibrio
es la dependencia
cuyo encare implica.***

- **que el médico no rechace los deseos de dependencia del paciente, pero tampoco los gratifique totalmente**
- **sino que los acepta temporalmente como parte del rol de enfermo**

***siendo la autonomía del paciente
el objetivo de la aproximación terapéutica.***

CONSENTIMIENTO VÁLIDO

**Ambos deben dialogar
evaluando y reevaluando
necesidades y recursos**

**Lo que caracteriza a la práctica médica
cotidiana,
es esta mutualidad dinámica.**

CONSENTIMIENTO VÁLIDO

Por eso:

“parentalismo”

para los aspectos de cuidado del médico por su paciente.

- **igual que los padres responsables no quieren que sus hijos se mantengan dependientes, sino que buscan ayudarlos para que se vuelvan independientes, autoconfiados y autónomos**
- **los médicos responsables aceptan que -en un cierto tiempo de la enfermedad- el paciente es temporaria e inevitablemente dependiente del médico como persona y por las capacidades que el médico posee.**

El CV en casos de pacientes psiquiátricos

- la naturaleza de las EM hace “saltar” la mayor parte de los problemas en relación al CI.
- como se evidencia en los casos de psicosis (agudas y crónicas) donde se hace evidente la necesidad de “triangular” el consentimiento, a través de un tercero:
 - tercero que lo representa legalmente (=lo sustituye; por ser un derecho personalísimo se ve precisamente el carácter específico de la EM: menos autonomía)
 - tercero en el que el paciente confía
 - tercero que confía en el psiquiatra y en su plan de acción
- ¿siempre debe ser por escrito?

HISTORIA CLÍNICA

Compuesta de 2 partes

- el diagnóstico de “tipo psicopatológico”
- los contenidos “facultativos” de la vida personal del paciente

¿qué es, “propiedad” del paciente?

CONFIDENCIALIDAD

***Cuestión a reflexionar
por parte de los psicoterapeutas
(médicos o no):***

- **posibilidad de depresión tratable
medicamentosamente**
- **posibilidad de intento de autoeliminación**

RIESGO de SUICIDIO

PREVISIÓN y PREVENCIÓN

**en suicidio hay que diferenciar
riesgo agudo *de* riesgo crónico**

RIESGO de SUICIDIO

- La mayor parte de los casos de RP contra psiquiatras provienen de la falla en prevenir el suicidio
- 3 categorías:
 - falla en el diagnóstico adecuado (de riesgo)
 - falla en el tratamiento
 - falla en la implementación del tratamiento

RIESGO de SUICIDIO

- El riesgo de suicidio es PREVISIBLE, pero el suicidio no
- Conclusión legal: se debe hacer una adecuada evaluación del riesgo suicida

RIESGO de SUICIDIO

Variables de riesgo:

- **A corto plazo:** significativas en el año luego de la evaluación
- **A largo plazo:**- factores de riesgo suicida "crónico"
 - Adquieren valor clínico cuando se consideran en el "aquí y ahora"

RIESGO de SUICIDIO

Variables de riesgo a corto plazo:

- Crisis de angustia (ataques de pánico)
- Ansiedad, agitación
- Pérdida de interés o placer
- Depresión
- Abuso de alcohol
- Disminución de la concentración
- Insomnio global
- Alta reciente (3 meses)

RIESGO de SUICIDIO

Variables

de riesgo a largo plazo:

- Alianza terapéutica
- Otros vínculos
- Desesperanza
- Diagnóstico psiquiátrico (Eje I y II)
- Intentos previos
- Plan específico
- Circunstancias vitales
- Empleo

Variables de riesgo a largo plazo (cont.):

- **Datos epidemiológicos**
- **Disponibilidad de medios letales**
- **Ideación suicida sintónica o distónica**
- **Historia familiar de suicidio**
- **Impulsividad**
- **Abuso de drogas**
- **Enfermedad física**
- **Capacidad mental**
- **Factores situacionales específicos**

DEBER de PROTEGER a TERCEROS vs. CONFIDENCIALIDAD

- ¿cuán previsible es un acto peligroso?
- ¿cuán prevenible?
- ¿qué grado de peligrosidad es necesario para romper la confidencialidad?
- problemas implicados en esta “ruptura”

TRATAMIENTO INVOLUNTARIO **(ej. hospitalización compulsiva)**

- **no pensar la hospitalización breve como “internación” (institucionalización)**
- **problema de la “duración” de los cuadros agudos**
- **importancia preventiva de la fase inicial de los cuadros agudos**

EVOLUCIÓN ACTUAL

- **Antes, la distinción entre saber-pericia y ética era impensable: *el saber era algo personal, pero inseparable de los valores del que sabía.***
- **la medicina científica ha sido tan exitosa en el modelo reduccionista que la ética ya no permea el carácter del profesional**
- **eso ha llevado a que la ética sea otro “objeto” de análisis, invocado en los momentos extremos.**
- **determinando que la reflexión ética sea frecuentemente sacada de la arena clínica,**
- **lo que impide la praxis integrada, que es necesaria para la decisión del clínico.**

EL PSIQUIATRA: ¿debe poner su reflexión ética en manos de un especialista en ética?

- **Creo que NO, porque eso refuerza el *prejuicio* de que *su trabajo médico es una empresa puramente técnica y no una relación de personas.***
- **además, como los procesos dan lugar a la indemnización, *"la caza del responsable"* se mantiene mediante la sospecha y la desconfianza, *lo que corrompe el capital de confianza* sobre el que reposan las relaciones MP.**
- **todo lo cual obliga a reconocer que *lo específico de la psiquiatría debe ser evaluado por peritos psiquiatras***