

CURSO ONLINE

psiquiatría

DERECHO



ASPECTOS LEGALES EN EL EJERCICIO DE LA PSIQUIATRÍA

Isabel Marín Moral

Licenciada en Derecho
Doctora en Derecho (UNED)

Dr. Fuertes Rocañini

Doctor en Medicina
Especialista en Psiquiatría



MÓDULO I

La condición del paciente y cómo interviene el médico psiquiatra

1. La capacidad jurídica y capacidad de obrar del paciente

Toda persona disponemos de una capacidad jurídica y capacidad de obrar. De acuerdo con ella y el alcance la de la misma de determinan, entre otras materias, la responsabilidad y la capacidad para asumir obligaciones en el entorno jurídico. Cuestiones tan importantes como quién debe firmar un consentimiento, la responsabilidad ante un delito de lesiones o si el enfermo mental puede comprar una casa e hipotecarse, entre otras muchas, son cuestiones que tendrán diferente respuesta en función de qué capacidad jurídica tenga reconocida.

es determinante que el Psiquiatra conozca qué es la capacidad jurídica y de obrar porque es el profesional quien determina desde el punto de vista médico esas capacidades y quien, en beneficio del paciente, deberá informar al mismo o sus familiares de los pasos a dar para tener una mejor y mayor protección jurídica.

A. MARCO NORMATIVO

Código Civil: <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1889-4763&tn=2>

Ley General de Sanidad: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>

Instrucción de la Fiscalía General del Estado 3/2010, sobre fundamentación de medidas de protección o apoyo en procedimientos sobre determinación de la capacidad de las personas. (JUR2010/403746)

B. SENTENCIAS RELEVANTES

Tribunal Supremo (Sala de lo Civil): Sentencia de 31 diciembre 1991. RJ 1991\9483

Tribunal Supremo (Sala de lo Civil): Sentencia de 18 marzo 1988. RJ 1988\10355

Audiencia Provincial de Álava (Sección 1ª): Sentencia núm. 349/2001 de 31 diciembre. AC 2002\1320

C. BIBLIOGRAFÍA

Legislación sobre salud mental y derecho humanos

http://www.who.int/topics/human_rights/Legislacion_salud_mental_DH.pdf

Gonzalez Granda, P. Régimen jurídico de protección de la discapacidad por enfermedad mental. Editorial Reus 2009.

Romero Coloma, A.M., capacidad, incapacidad e incapacitación. Editorial Reus 2013.

De la Puebla Pinilla, A., Borobia, C y Mercader Uguina, Jesús R., Valoración médica y jurídica de la incapacidad laboral, editorial La Ley 2007.

Rodes Lloret, F.enfermedad Mental: Aspectos médico-forenses

<http://www.editdiazdesantos.com/wwwdat/pdf/9788479787974.pdf>

1.1. Diferencias entre capacidad jurídica y capacidad de obrar

CAPACIDAD JURÍDICA	Aptitud para ser titular de derechos y obligaciones. es un atributo de la persona desde el momento de su nacimiento, pues toda persona, por el mero hecho de serlo, posee capacidad jurídica. Toda persona tiene la aptitud para ser titular de derechos y obligaciones, aunque no tenga la capacidad de obrar suficiente para ejercitarlos por sí misma.
CAPACIDAD DE OBRAR	Aptitud para realizar válida y eficazmente actos jurídicos, para ejercitar derechos y asumir obligaciones. A diferencia de la capacidad jurídica, no corresponde a todos, sino que depende del estado civil de la persona.

PREGUNTAS

¿Qué son los actos jurídicos?

Un acto jurídico es una manifestación de voluntad cuyo fin es provocar consecuencias de derecho. Un acto jurídico de un paciente es la firma de un consentimiento o la petición de alta, pero también increpar a otra persona sea personal sanitario o no y tomar decisiones como rehusar la medicación.

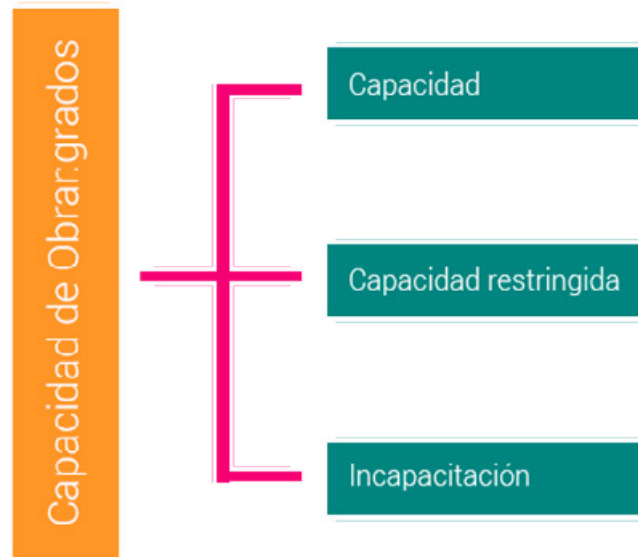
¿Lo importante es la capacidad de obrar?

Sí, es lo importante ya que la capacidad jurídica la tiene toda persona. Pero la limitación de esa capacidad de obrar que teiga causa de una enfermedad mental debe ser declarada por un juez.

¿Vale con que el hospital reconozca que una persona es incapaz para que no sea responsable de sus actos?

No, no es suficiente. Hay que iniciar un procedimiento que debe terminar con sentencia judicial. el hospital o el médico por sí mismos no pueden cambiar la capacidad de obrar de una persona pero tienen un papel importante en todos los trámites.

1.2. Diferentes grados de la capacidad de obrar



CAPACIDAD	Cuando la persona puede ejercer libremente sus derechos.
CAPACIDAD RESTRINGIDA (CURETELA)	Cuando la persona puede actuar por sí misma en el mundo jurídico, pero necesitando en algunos actos jurídicos un complemento de capacidad denominado consentimiento, autorización o asentimiento y que es otorgado por el anterior titular de la patria potestad o por el curador.
INCAPACITACIÓN (TUTELA)	Cuando la persona se ve privada de su capacidad. La incapacitación sería "la privación de la capacidad de obrar de una persona en principio capaz, por sentencia por causas fijadas en la Ley".

2. La incapacitación civil

2.1. Características. Papel del psiquiatra

INCAPACIDAD:DECLARACIÓN

¿Qué es realmente la incapacitación?¿Qué supone?¿Cómo se inicia?

Quién puede ser declarado incapaz

Cualquier persona capaz puede ser privada de su capacidad

Cuáles son las causas

Las causas de incapacitación son las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impidan a la persona gobernarse por sí misma. (art. 200 CC.)

Quién inicia el procedimiento de incapacitación

La facultad de promoverla corresponde:

- al cónyuge o descendientes, ascendientes o hermanos, o
- al Ministerio Fiscal (cuando las personas anteriormente citadas no lo hubieran realizado o no existieran).

El deber de dar cuenta corresponde a las autoridades o funcionarios (debiéndolo poner en conocimiento del Ministerio Fiscal) y la facultad de dar cuenta la posee cualquier persona.

Quién puede privar de capacidad al enfermo

La privación de la capacidad solo puede ser realizada por el Juez (art. 199), en sentencia dictada en proceso declarativo ordinario.

Cuáles son los trámites en el juicio

El Juez, según el art. 208 del Código Civil:

- a) Oír a los parientes más próximos del presunto incapaz.
- b) Examinará por sí mismo al presunto incapaz
- c) Oír el dictamen de un facultativo, el cual deberá dictaminar sobre la enfermedad o deficiencia que exige el artículo 200 para los casos de incapacitación.

Qué valor tiene la sentencia

La sentencia pone fin al proceso y declara y constituye la incapacidad. Es de carácter constitutivo (es decir, el estado de incapacidad comienza a existir, precisamente, por la sentencia) y no tiene efectos retroactivos.

Qué debe constar en la sentencia

Si la sentencia declara la incapacitación habrán de determinarse en la misma por el juez la extensión y límites de ésta, así como el régimen de tutela o guarda a que haya de quedar sometido el incapacitado, es decir, determinara si la incapacidad es absoluta (afectando a todos los actos jurídicos del incapaz) o relativa; además de si el incapacitado queda sujeto a tutela o curatela

QUÉ MÁS DEBE SABERSE: PAPEL DE PSIQUIATRA

El procedimiento de incapacitación es un proceso que puede culminar con la privación de un derecho fundamental de la persona, como es la plena capacidad de obrar. Ante tal gravedad, el juez que ha de resolver el asunto toma todas las cautelas necesarias para proveerse de prueba suficiente que acredite o no dicho estado. En este punto son de especial relevancia los informes del psiquiatra.

El médico psiquiatra es quien deberá informar sobre la capacidad o incapacidad legal de una persona señalando en su informe pericial el diagnóstico y pronóstico de la posible enfermedad mental.

La incapacitación judicial no significa una pérdida de derechos, sino un apoyo al incapaz para ejercer sus derechos y hacer valer sus intereses a través de un tutor o un curador o un defensor judicial.

La intervención de la Psiquiatría será necesaria en tres situaciones

En el conocimiento de las enfermedades o deficiencias de carácter incapacitante.

En el deber de dar cuenta al Ministerio Fiscal de los casos en los que consideren que debería haber una limitación de la capacidad de obrar.

En la emisión del dictamen pericial dentro del proceso de incapacitación.

¿POR QUÉ ES NECESARIA LA DECLARACIÓN DE INCAPACIDAD EN CASO DE DETERMINADOS ENFERMOS PSIQUIÁTRICOS Y LA EXISTENCIA DE UN TUTOR O CURADOR?

En los **negocios jurídicos** (bien sean inter vivos o bien lo sean mortis causa) se cuestionará no solamente la incapacidad potencial de una persona, sino y además la legitimidad derivada de determinadas actuaciones.

En todos ellos será necesario que la persona sea capaz de obrar (o en su defecto que posea el complemento de capacidad) y además será necesario que tenga la básica aptitud de entender y querer. Lo que supone unas condiciones mentales mínimas que impliquen la posesión de conciencia y voluntad. En caso contrario reiteradas sentencias han dado lugar al supuesto de negocio radicalmente nulo o inexistente.

En algunos **negocios inter vivos** se contempla específicamente el tema de la aptitud mental.

- En el caso del matrimonio, se regula la necesidad de un dictamen médico cuando alguno de los contrayentes estuviese afectado por anomalía psíquica. Las deficiencias mentales de cualquiera de los contrayentes, se presentan como un incidente a resolver en el expediente matrimonial. La mayoría de los civilistas restringen su argumento en este caso a: "la celebración válida del matrimonio exige la emisión de un verdadero consentimiento matrimonial; como los deficientes mentales no tienen capacidad psíquica para la prestación de un tal consentimiento carecen de aptitud para contraer matrimonio".
- También en casos de materia testamentaria se establece que el notario y los testigos realicen un juicio sobre la capacidad o aptitud mental del testador. (Otro aspecto interesante consiste en la pretensión de un enajenado en realizar su testamento durante un intervalo lúcido).

En todos estos casos será el Dictamen Médico-psiquiátrico el que precisará la validez de la declaración del sujeto por tener las mínimas condiciones mentales necesarias.

2.2. La curatela

<p>Curador</p>	<p>El curador es quien complementa la capacidad de un menor, pródigo o incapacitado en todos aquellos actos o negocios jurídicos que los mismos no puedan realizar por sí solos. Ese complemento se hará en función de lo establecido en la sentencia judicial de declaración de incapacidad y en la que no se decretado la incapacidad total, sino un conjunto de actos que requieran de complemento de capacidad por parte del curador.</p>
<p>¿Quién puede ser curador?</p>	<p>El Juez realiza la elección del curador entre su cónyuge, los padres, las personas que hayan sido designadas por los padres en sus testamentos si éstos han fallecido, los descendientes, ascendientes, hermanos o terceros, nombrando curador a la persona que se considera más capacitada para el ejercicio del cargo.</p> <p>No podrán ser curadores los quebrados y concursados no rehabilitados.</p>
<p>Control de su actividad</p>	<p>Los actos en que se considera necesaria su intervención estarán delimitados por la sentencia que haya establecido dicha curatela. En el caso de que no se especifique el alcance de la misma, se entenderá que la asistencia del curador quedará referida a los mismos actos para los que el tutor necesita autorización judicial.</p>
<p>Obligaciones del curador</p>	<p>Asistir al incapaz y complementar su capacidad, en aquellos actos que no pueda realizar por sí mismo.</p>
<p>Cese de la curatela</p>	<p>Cesará al dictarse resolución judicial que ponga fin a la incapacitación y por fallecimiento de la persona sometida a curatela.</p>

2.3. La tutela

Tutor	El representante del menor o incapacitado, salvo para aquellos actos que pueda realizar por sí solo, ya sea por disposición expresa de la ley o de la sentencia de incapacitación
¿Quién puede ser tutor?	La elección del tutor la realiza el juez entre su cónyuge, los padres, las personas que hayan sido designadas por los padres en sus testamentos si éstos han fallecido, los descendientes, ascendientes, hermanos o terceros, nombrando tutor a la persona que se considera más capacitada para el ejercicio del cargo.
Control de su actividad	<p>El juez podrá establecer, las medidas de vigilancia y control que estime oportunas, en beneficio del tutelado; exigir del tutor que informe sobre la situación del menor o del incapacitado y del estado de la administración; exigir al tutor la constitución de fianza que asegure el cumplimiento de sus obligaciones y determinará la modalidad y cuantía de la misma.</p> <p>Los tutores podrán, en el ejercicio de su cargo, recabar el auxilio de la autoridad.</p>
Obligaciones del tutor	<ul style="list-style-type: none"> • Velar por el tutelado • Procurarle alimentos. • Educar al menor y procurarle una formación integral. • Promover la adquisición o recuperación de la capacidad del tutelado y su mejor inserción en la sociedad. • Informar al juez anualmente sobre la situación del menor o incapacitado y rendirle cuenta anual de su administración. • Es el administrador legal del patrimonio de los tutelados y está obligado a ejercer dicha administración con la diligencia de un buen padre de familia.
Cese de la tutela	<p>Entre otros:</p> <p>Al dictarse la resolución judicial que ponga fin a la incapacitación, o que modifique la sentencia de incapacitación en virtud de la cual se sustituye la tutela por la curatela.</p>

PREGUNTA

¿Cuál es la diferencia más clara entre un tutor y un curador?

La curatela tiene menor trascendencia jurídica que la tutela, ya que el curador no cuida de la persona sujeta a curatela, ni de su patrimonio, sino que solamente le asiste y complementa su capacidad en un negocio o negocios jurídicos. En la tutela el tutor tiene la finalidad es la de proteger bien la persona, bien el patrimonio, bien ambas cosas, de un menor de edad o incapacitado judicialmente.

3. La responsabilidad penal

A. MARCO NORMATIVO

Código Penal: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-25444>

B. SENTENCIAS RELEVANTES

STS 2 de noviembre de 2004 (RTC 2004/191)

STS 22 de abril de 2015 (RJ 2015/2383)

STS 2 de noviembre 2011 (RJ 2012/1380)

STS 2 de noviembre de 2010 (RJ 2010/8197)0

C. BIBLIOGRAFÍA

Tamayo Salaberria, G., La enfermedad mental y la ley,
<http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/osasunaz/03/03053070.pdf>

Cano Lozano. M.C., Trastornos mentales y responsabilidad penal
<http://psicologiajuridica.org/psj208.html>

Ministerio De Sanidad Y Consumo. Informe del Comité de estudio y Recomendaciones aprobadas por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud sobre la problemática Jurídico-asistencial del enfermo mental. Publicaciones, Documentación y Biblioteca del Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1988

Gisbert Calabuig, J.A. y Sánchez, A., "Trastornos mentales orgánicos". En J. A. Gisbert Calabuig. Medicina legal y toxicología (4ª edición), Ediciones Científicas y Técnicas, S. A., 1991

Hernández, J.A., "El psicólogo forense en las clínicas médico-forenses". En J. Urrea (Comp.). Tratado de psicología forense, Siglo Veintiuno de España Editores. 2002

Muñoz Conde, F., La imputabilidad desde el punto de vista médico, psiquiátrico y jurisprudencial. Curso Nacional de psiquiatría Forense. UNED, 1988

Ortiz, T. y Ladrón de Guevara, J., Lecciones de psiquiatría forense. Editorial Comares 1998.

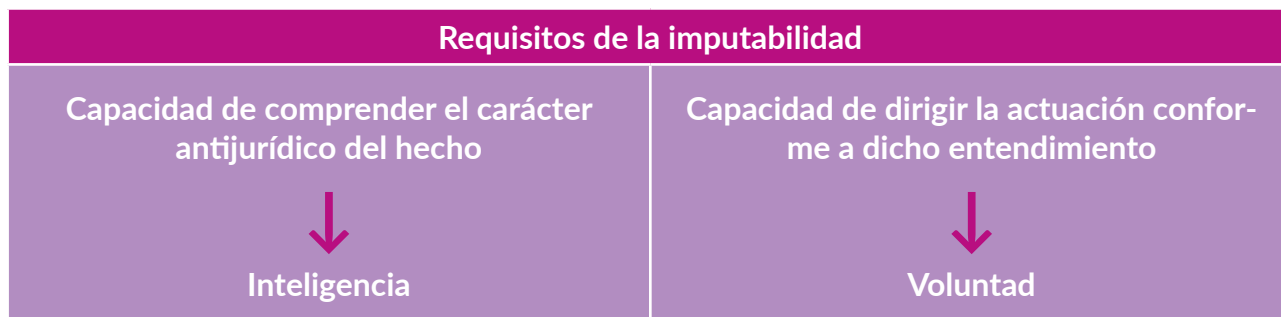
Rodes, F. y Martí, J.B., Valoración médico-legal del enfermo mental. Universidad de Alicante 1997.

Torres, J., El estado mental del acusado (I): psicopatología forense. En M.A. Soria (Coord.).Manual de psicología penal forense. Editorial Atelier. 2002

3.1. Imputabilidad

Para que el enfermo mental sea responsable de los hechos delictivos que realiza debe poder ser imputable.

Por imputabilidad hay que entender el conjunto de facultades psíquicas mínimas que debe poseer un sujeto autor de un delito para que pueda ser declarado culpable del mismo.



Si no concurre la inteligencia y la voluntad del enfermo no es posible la imputabilidad penal. Por eso cuando cualquiera de las dos esté gravemente perturbada o directamente no exista el enfermo mental no puede ser imputado.

3.1. Grados de imputabilidad

De conformidad con la jurisprudencia existen diferentes grados de imputabilidad.

Imputable	Semiimputable	Inimputable
El entendimiento y voluntad de la persona no están distorsionados ni sometidos a deficiencias, alteraciones o enfermedades mentales	La persona sufre o ha sufrido en el momento del hecho por el que se le juzga una perturbación, deficiencia o enfermedad mental que, sin anular completamente su inteligencia o voluntad, sí interfiere en sus funciones psíquicas superiores	La capacidad de conocer u obrar de la persona con arreglo a ese conocimiento está anulada

PREGUNTAS

¿El enfermo mental debe estar declarado como tal antes de cometer el ilícito penal?

No. Que se excluya la responsabilidad legal no significa que a la persona no se le vayan a imponer medidas de seguridad, como pueden ser el internamiento en un establecimiento psiquiátrico.

¿Todo enfermo mental es inimputable?

No. Es importante qué tipo de enfermedad tiene, así como las circunstancias en las que se produjo el ilícito penal.

3.3. Causas de exclusión de la imputabilidad en el Código Penal español que pueden afectar al enfermo mental

Las causas que eximen de la responsabilidad criminal (art. 20 CP)

El que al tiempo de cometer la infracción penal, a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica, no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión.

El que al tiempo de cometer la infracción penal se halle en estado de intoxicación plena por consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos, siempre que no haya sido buscado con propósito de cometerla o no se hubiese previsto o debido prever su comisión, o se halle bajo la influencia de un síndrome de abstinencia, a causa de su dependencia a tales sustancias, que le impida comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión.

El que por sufrir alteraciones en la percepción desde el nacimiento o desde la infancia tenga alterada gravemente la conciencia de la realidad.

PREGUNTAS

¿Es inimputable quien tiene trastorno mental transitorio?

El trastorno mental transitorio no eximirá de pena cuando hubiese sido provocado por el sujeto con el propósito de cometer el delito o hubiera previsto o debido prever su comisión (art. 20 CP).

¿Qué es el trastorno mental transitorio para el juez?

Tribunal Supremo ha entendido por trastorno mental transitorio, una perturbación mental pasajera, de aparición más o menos brusca producida por causas inmediatas y exógenas.

3.4. Atenuantes de responsabilidad que pueden afectar al enfermo mental

Atenuantes (art. 21 CP)

Las causas expresadas en el capítulo anterior, cuando no concurrieren todos los requisitos necesarios para eximir de responsabilidad en sus respectivos casos.

La de actuar el culpable a causa de su grave adicción a las sustancias mencionadas en el número 2.º del artículo anterior.

La de obrar por causas o estímulos tan poderosos que hayan producido arrebatos, obcecación u otro estado pasional de entidad semejante.

3.5. Cuándo interviene el médico psiquiatra

Existen dos situaciones diferentes en que puede ser llamado el psiquiatra al procedimiento judicial:

Si el presunto delincuente es paciente del psiquiatra se le puede solicitar informe y puede ser llamado en el juicio a que explique la situación mental del imputado a la vista de la historia clínica.

Si no es paciente del psiquiatra se le puede someter el caso a estudio e informe pericial. En este caso el psiquiatra estudia historia e imputado para concluir emitiendo informe.

Sobre los informes psiquiátricos hablaremos en el módulo siguiente.

4. Deberes y derechos de los pacientes

A. MARCO NORMATIVO

Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental. ONU.

<https://documents-dds-ny.un.org/doc/RESOLUTION/GEN/NR0/588/73/IMG/NR058873.pdf?OpenElement>

Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997.

<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-20638>

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1986-10499

B. SENTENCIAS RELEVANTES

Sentencia del Tribunal Constitucional 120/90, de 27 de junio.

<http://hj.tribunalconstitucional.es/eu/Resolucion/Show/1545>

C. BIBLIOGRAFÍA

Magro Servet, V.: Protocolo de actuación sanitaria-judicial en supuestos de tratamiento ambulatorio involuntario.

http://www.elderecho.com/tribuna/administrativo/Protocolo-sanitaria-judicial-tratamiento-ambulatorio-involuntario_11_269305001.html

SITUACIÓN GENERAL

La protección de los derechos del paciente es una preocupación permanente de los tribunales, así como de organizaciones internacionales, regionales y nacionales.

En España, aun existiendo una norma marco que regula el derecho general de todo paciente (el artículo 10 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica), las Comunidades Autónomas complementan el panorama normativo con cartas de derechos y deberes del paciente. Son regulaciones generales y no son específicas del paciente psiquiátrico que ve cómo son normas o principios establecidos a nivel mundial los que contemplan en gran parte sus derechos más específicos de acuerdo con su situación.

A nivel internacional debe resaltarse los Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental. ONU

Y todos los acuerdos que se adoptan en organizaciones como son la Subcomisión para la Prevención contra la Discriminación y Protección de las Minorías de la ONU, The World Federation for Mental Health, con sede en Canadá; The Association for the Rights of Users of Psychiatry; The International Academy of Law for Mental Health; The American Academy of Psychiatry for the Law.

Derechos de los pacientes

Recibir un trato digno y humano por parte del personal de salud mental, independientemente de su diagnóstico, situación económica, sexo, raza, ideología o religión

A rehusar a un determinado tratamiento

Al tratamiento menos agresivo

Recibir información veraz, concreta, respetuosa y en lenguaje comprensible por ellos y por sus representantes legales, con relación al diagnóstico médico, así como con el tratamiento que se pretenda aplicar.

A un adecuado registro del tratamiento y acceso a la historia clínica

Al debido control de su tratamiento

A un costo razonable de su tratamiento

A que su tratamiento no sea interrumpido intempestivamente sin causa justa

Recibir tratamiento orientado a la reintegración a la vida familiar, laboral y social, por medio de programas de terapia ocupacional, educativa y de rehabilitación psicosocial.

Negarse a participar como sujeto de investigación científica

A la interconsulta

A no ser internado involuntariamente o en forma abusiva

A la protección de la información confidencial y a preservar su intimidad

A la comunicación con el exterior y recibir visita familiar e íntima, si ello no interfiere con el tratamiento

Comunicarse libremente con otras personas que estén dentro de la institución; enviar y recibir correspondencia privada sin que sea censurada; tener acceso a los servicios telefónicos así como leer la prensa y otras publicaciones, escuchar la radio y ver televisión

Gozar de permisos terapéuticos para visitar a sus familias, de acuerdo con el criterio médico

A ser protegidos contra toda explotación, abuso o trato degradante

A un debido proceso de internación y rehabilitación

Recibir asistencia religiosa, si así lo desean

A la vida privada

Deberes de los pacientes

Tratar con respeto a al médico y personal de la institución sanitaria/sociosanitaria

Ir a las consultas fijadas con el médico

Colaborar con el médico a fin de que pueda avanzarse en el tratamiento

Ser sincero en la información que da al médico

Tomar la medicación y no abandonar el tratamiento prescrito

El paciente tiene el deber de firmar el documento de alta voluntaria en los casos de no aceptación de los métodos de tratamiento

El paciente tiene el deber de utilizar las vías de reclamación y sugerencias, así como el deber de exigir que se cumplan sus derechos.

Interrogantes que se pueden plantear:

1. ¿Qué ocurre si el paciente no puede, por su enfermedad, cumplir por sí con los deberes?

En estos casos el representante (curador o tutor, en caso de incapacitación) o un familiar deberá asistir al paciente psiquiátrico. Será relevante el grado de incapacitación civil que tenga declarado para que las consecuencias del incumplimiento de deberes (como respetar al médico) queden delimitadas, sobre todo desde la perspectiva penal.

2. ¿Qué ocurre si el paciente no toma la medicación y engaña a sus familiares o representantes legales?

El paciente tiene el deber de tomar la medicación ya que una falta de adherencia puede incluso empeorar el pronóstico de la enfermedad. El internamiento en establecimientos sanitarios suponen una mejor adherencia terapéutica, debiendo en estos casos evaluar el médico si de forma puntual o permanente es preciso el ingreso. En este caso deberá seguir el procedimiento descrito en el capítulo destinado a los internamientos.

3. ¿Puede obligar el Juez a que el paciente tome la medicación?

Se puede instarse una resolución judicial para el tratamiento ambulatorio forzoso y así obligar a determinado tipo de enfermos mentales -fundamentalmente esquizofrénicos y los que tienen comportamientos psicóticos- a que acudan al centro de salud mental para que se les inyecte la medicación prescrita por el psiquiatra.

Antes de que se dicte la resolución judicial hay que reconocer al enfermo, hablar con él, estudiar su historia clínica y si se decide que sí, la decisión se notifica al centro de salud mental y a su psiquiatra para que sepan que el día que el enfermo no acuda a pincharse la medicación deben informar al juzgado.

El código Penal recoge la institución del tratamiento ambulatorio como una opción menos gravosa al internamiento en los arts. 96.2.11^a, 100.1., 101.1., 104.2. y la Disposición Adicional Primera.

4. ¿Qué condiciones y requisitos hay que cumplir para que pueda dictarse un tratamiento ambulatorio no voluntario?

La Sentencia del Tribunal Constitucional 120/90 dice que: “ El artículo 15 de la Constitución que recoge el derecho a la vida y a la integridad física y moral protege la inviolabilidad de la persona, no solo contra los ataques destinados a lesionar su cuerpo o espíritu sino también contra toda clase de intervención en estos bienes que carezca del consentimiento de su titular. Por ello, este derecho resulta afectado cuando se impone a una persona una asistencia médica en contra de su voluntad, razón por la que dicha asistencia médica constituye una limitación vulneradora del derecho fundamental, a no ser que tenga justificación constitucional. Entendiendo que para que así sea, es preciso:

- a) que la medida limitadora sea necesaria para conseguir el fin perseguido, esto es, sanar a la persona, dado que conforme al artículo 43 de la Constitución Española se establece la obligación del Estado de garantizar la protección de la salud
- b) que exista proporcionalidad entre el derecho y la situación en que se halla aquél a quien se impone
- c) que se respete el contenido esencial del derecho a la vida, integridad, dignidad y libre determinación de la persona.

5. ¿Se puede tratar al paciente psiquiátrico aunque no quiera?

El convenio ratificado por España para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina dice claramente que sí cuando concurren las tres cuestiones siguientes:

- La persona que sufra un trastorno mental grave
- la ausencia de este tratamiento conlleve el riesgo de ser gravemente perjudicial para su salud
- comprendan los procedimientos de supervisión y control, así como los de recurso.

6. ¿La falta de adherencia puede ser un eximente de la responsabilidad del médico?

El incumplimiento del deber de colaboración del paciente psiquiátrico con el profesional o la falta de toma de la medicación prescrita puede constituir un eximente de responsabilidad del médico. Por ello es necesario que ante estos supuestos el médico:

- Haga un especial seguimiento del cumplimiento de estos deberes para poder eximirse cuando el estado de incapacidad o falta de conocimiento de la enfermedad haga difícil o imposible la colaboración de parte del paciente. Por ejemplo deberá hacer en la medida de lo posible análisis para comprobar el incumplimiento terapéutico.
- Documentar los incumplimientos en la historia clínica
- Comunicárselo al paciente y/o representante legal
- En caso de estar interno, comunicarlo a la dirección para toma de decisiones correspondientes.

5. El derecho al trabajo del enfermo mental y la incapacidad laboral

A. NORMATIVA REGULADORA

Ley General de la Seguridad Social

Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

Ley 1/2000 de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil

<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2000-323>

Código Civil (art. 200 y siguientes)

B. SENTENCIAS RELEVANTES

Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, Burgos: Sentencia núm. 803/2005 de 24 noviembre. (AS 2006\41)

STS de 20 de Julio de 1987 (RJ/1987/5683)

STS 20 de Enero de 1987 (RJ/1987/92)

STS 12 de Marzo de 1990 (RJ/1990/2063)

C. BIBLIOGRAFÍA

Borobia Fernández, C.: Valoración médica y jurídica de la incapacidad laboral, Editorial La Ley, 2006.

Barba De Alba, A. Incapacidades laborales y Seguridad Social, Editorial Aranzadi, 2012.

Bruna Reverter, J.: La incapacidad laboral, Editorial Comares, 2012.

AA.VV.: Comentarios a Leyes. Incapacidades Laborales. Editorial LEX NOVA , Enero de 2015.

AA.VV.: Gran invalidez: compatibilidad con el trabajo, Editorial Aranzadi, 2010.

5.1. El derecho al trabajo del paciente psiquiátrico

El paciente psiquiátrico que no ha sido incapacitado puede trabajar y el paciente declarado incapaz también puede legalmente trabajar. Se trata de un derecho de los pacientes psiquiátricos, al margen de su situación civil.

Lo que debe resaltarse es que la declaración de incapacidad laboral es diferente de la declaración judicial de incapacidad civil.

El paciente psiquiátrico puede trabajar

Si no ha sido declarado incapaz

Si tiene una declaración judicial de incapacidad civil, total o restringida

Si no hay declaración de invalidez laboral

Si no hay declaración de incapacidad laboral

5.2 El acceso al trabajo

Aunque la teoría dice que todos los enfermos psiquiátricos tienen acceso con igualdad al puesto de trabajo en la práctica existen dificultades, sobre todo con pacientes con enfermedades mentales graves.

Sin embargo, el abanico de trabajadores con enfermedades mentales es amplio, habiendo un nutrido porcentaje que no tienen la consideración de graves y, a priori, a una persona no especializada en medicina le resultaría muy difícil un diagnóstico de la enfermedad.

Límites del empleador

No puede solicitar un informe médico, ni la historia clínica

No puede preguntar si el trabajador tiene una enfermedad mental

No puede despedir al enfermo psiquiátrico basándose en su mera enfermedad al tratarse de despido nulo

En cierta manera las fórmulas de trabajo varían sustancialmente cuando hablamos de pacientes con enfermedad mental grave, que por esa única circunstancias están o pueden estar en riesgo de exclusión social. Para ellos la legislación establece fórmulas que les permite su desarrollo como personas a través del trabajo obteniendo, como cualquier otro empleado, un salario.

5.3. Incapacidad civil vs incapacidad laboral

Debemos distinguir entre:

Incapacitación civil	En los procedimientos de incapacitación civil por causa psíquica, las solicitudes más frecuentes son aquellas que requieren valoración en asuntos de consentimiento, responsabilidad contractual, responsabilidad extracontractual y valoración de daño psíquico y secuelas.
Incapacidad laboral	En los procedimientos de incapacidad laboral se solicita valoración de enfermedad o trastorno común, enfermedad laboral, enfermedad profesional, accidentes de trabajo, secuelas psicológicas, que puedan dar lugar bien a una incapacidad laboral temporal, bien a una incapacidad permanente para el trabajo.

5.4. Tipos de incapacitación laboral

Debemos distinguir entre:

Tipo de incapacidad	Concepto	Derechos asociados
Incapacidad temporal	Situación en la que se encuentra el trabajador que está temporalmente incapacitado para trabajar y precisa asistencia sanitaria de la Seguridad Social.	Derecho a percibir un subsidio económico, cuya finalidad es paliar la ausencia de salarios derivada de la imposibilidad de trabajar.
Incapacidad permanente o invalidez	Alteración continuada de la salud que imposibilita o limita a quien la padece para la realización de una actividad profesional.	No habrá posibilidad de recuperación de la capacidad laboral del incapacitado, si dicha posibilidad se estima médicamente como incierta o a largo plazo. No será necesaria el alta médica para la valoración de la incapacidad permanente en los casos en que concurren secuelas definitivas.
Gran invalidez	Es la situación del trabajador afecto de incapacidad permanente y que, por consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesita la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos.	Para que una persona se encuentre en esta situación, no es necesario que previamente tenga reconocida la incapacidad permanente absoluta, así como tampoco que venga precedida de una incapacidad temporal, sino que basta únicamente el Dictamen de un Equipo de Valoración de Incapacidades.

5.4.1. Tipos de incapacitación laboral

Incapacidad temporal	la incapacidad permanente o invalidez
El trabajador está temporalmente incapacitado para trabajar. Puede estar en esta situación hasta 365 días.	El trabajador, que después de haber estado sometido al tratamiento prescrito y de haber sido dado de alta médicamente, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral.
<p>Se puede reconocer por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad común o profesional • Accidente, sea o no de trabajo • Períodos de observación por enfermedad profesional en los que se prescribe la baja del trabajo 	<p>Se puede reconocer también cuando la situación de incapacidad que subsista después de extinguida la incapacidad temporal por el transcurso del plazo máximo de duración. Extinguida la incapacidad temporal se procederá, a examinar al sujeto protegido para determinar el grado de incapacidad permanente que le corresponda. Excepción: en el caso en que continúe siendo necesario el tratamiento médico y clínico retrasando la calificación correspondiente.</p>

Grados de incapacidad permanente	Definición
Incapacidad permanente parcial para la profesión habitual	Aquella que sin alcanzar el grado de total, ocasione al trabajador una disminución no inferior al 33% en su rendimiento normal para dicha profesión, sin impedirle realizar las tareas fundamentales de la misma.
Incapacidad permanente total para la profesión habitual	Es aquella que inhabilita al trabajador para la realización de todas o de las fundamentales tareas de dicha profesión, siempre que pueda dedicarse a otra distinta, o más liviana.
Incapacidad permanente total cualificada	Es la total a que acabamos de referirnos, cuando se da la circunstancia adicional de que el afectado, "por su edad, falta de preparación general o especializada y circunstancias sociales y laborales del lugar de residencia", se presume que difícilmente va a obtener un empleo nuevo.
Incapacidad permanente absoluta para todo trabajo	<p>La que inhabilita por completo al trabajador para toda profesión u oficio.</p> <p>Esa ausencia de habilidad ha de entenderse como pérdida de la aptitud psicofísica necesaria para poder desarrollar una profesión en condiciones de rentabilidad empresarial</p>
Gran invalidez	La situación del trabajador afecto de incapacidad permanente y que, por consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesite la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos.

6. Empresas de inserción laboral

A. MARCO NORMATIVO

Ley 44/2007, de 13 de diciembre, para la regulación del régimen de las empresas de inserción.

https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2007-21492

B. SENTENCIAS RELEVANTES

STSJ de Madrid, de 3 de julio 2015 (AS 2015/1709)

C. BIBLIOGRAFÍA

El trabajador con problemas de salud mental. Pautas generales de detección, intervención y prevención.

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2011000500012

Los programas de empleo para personas con trastorno mental grave

http://www.faisem.es/index.php/es/.../item/.../159_330018a29b53d3ba2e8562c6d3303082

Políticas públicas de rehabilitación laboral para personas con enfermedad mental grave. Los Centros de Rehabilitación Laboral (CRL) en la Comunidad de Madrid (2008-2012)

<http://e-archivo.uc3m.es/bitstream/handle/10016/20652/valmorisco-segundo-tesis.pdf?sequence=1>

6.1. Concepto

Se trata de toda sociedad mercantil o sociedad cooperativa legalmente constituida que, debidamente calificada por los organismos autonómicos competentes en la materia, realiza cualquier actividad económica de producción de bienes y servicios, cuyo objeto social tenga como fin la integración y formación sociolaboral de personas en situación de exclusión social como tránsito al empleo ordinario.

Requisitos mínimos

Estar promovidas y participadas por una o varias entidades promotoras. Esta participación será al menos de un 51 por ciento del capital social para las sociedades mercantiles. En el caso de Sociedades Cooperativas y Sociedades Laborales, dicha participación deberá situarse en los límites máximos recogidos en las diferentes legislaciones que les sea de aplicación a los socios colaboradores o asociados.

Encontrarse inscritas en el Registro correspondiente a su forma jurídica, así como en el Registro Administrativo de Empresas de Inserción de la Comunidad Autónoma.

Mantener en cómputo anual, desde su calificación, un porcentaje de trabajadores en proceso de inserción, cualquiera que sea la modalidad de contratación, de al menos el 30 por ciento durante los primeros tres años de actividad y de al menos el 50 por ciento del total de la plantilla a partir del cuarto año, no pudiendo ser el número de aquéllos inferior a dos.

No realizar actividades económicas distintas a las de su objeto social.

Aplicar, al menos, el 80 por ciento de los resultados o excedentes disponibles obtenidos en cada ejercicio a la mejora o ampliación de sus estructuras productivas y de inserción.

Presentar anualmente un Balance Social de la actividad de la empresa que incluya la memoria económica y social, el grado de inserción en el mercado laboral ordinario y la composición de la plantilla, la información sobre las tareas de inserción realizadas y las previsiones para el próximo ejercicio.

Contar con los medios necesarios para cumplir con los compromisos derivados de los itinerarios de inserción sociolaboral.

PREGUNTAS

¿Cómo se sabe si una empresa es de inserción?

La calificación de una empresa como empresa de inserción corresponderá al Órgano Administrativo competente de la Comunidad Autónoma en donde se encuentre su centro de trabajo.

Las empresas de inserción podrán incluir en su denominación los términos “empresa de inserción” o su abreviatura “e.i”.

¿Se deben registrar?

Las empresas de inserción deberán inscribirse en el Registro competente de la Comunidad Autónoma donde se encuentre su centro de trabajo.

Además, hay un Registro Administrativo de Empresas de Inserción, en el Ministerio de Empleo y Seguridad Social, adscrito al Servicio Público de Empleo Estatal, de naturaleza pública y gratuita, cuya finalidad es la coordinación e intercambio de información con los Registros de Empresas de Inserción de las Comunidades Autónomas.

¿Cómo saben si el trabajador está en riesgo de exclusión social?

La situación de exclusión, deberá ser acreditada por los Servicios Sociales Públicos competentes.

¿Por qué es buena la empresa de inserción para los enfermos mentales graves?

La finalidad es promover la integración en enfermo mental en el mercado laboral ordinario y la Administración define las medidas de intervención y acompañamiento que sean necesarias (orientación, tutoría, asistencia, formación,...).

¿Aplican al enfermo mental el Estatuto de los Trabajadores?

Sí, pero con las especialidades previstas en la Ley 44/2007, de 13 de diciembre, que contempla las circunstancias médicas del trabajador.

Casos Prácticos

Dr. Jose Carlos Fuertes Rocañin.

Médico psiquiatra. Especializado en psiquiatría forense.

CASO 1º

Trastorno bipolar como causa nulidad de contratos de compras

MOTIVO DE LA CONSULTA

Paciente de 56 años que acude por primera vez a la consulta para solicitar un informe clínico con el objeto de aportar a un procedimiento judicial. El paciente nos relata que sufre un **Trastorno Bipolar** y que en la fase euforia-exaltación (hipomaniaca) realizó una serie de compras que el ahora mismo considera injustificadas e inadecuadas y de las que esta arrepentido.

La fase hipomaniaca se extiende durante el verano del 2016 (esta consulta se realiza en Enero 2017). La sintomatología se inicia con un cuadro de: *inquietud psicomotora, irritabilidad, excitabilidad, animo eufórico, insomnio mixto, anorexia, logorrea e hiperactividad improductiva*. En esos momentos lleva a cabo una serie de "compras" (da una señal de 3.000 € para adquirir un apartamento donde ya tiene otro), y 10 días después también da la señal para adquirir un estudio en Marbella valorado en 120.000 €, llevando a cabo un contrato de arras y desembolso de 30.000 euros.

Su familia se entera con posterioridad de lo que ha hecho, intentando poner remedio hablando con los vendedores sin conseguirlo en su totalidad. Desde el momento en el que el informado empieza a tomar adecuadamente el tratamiento que lleva prescrito (Valproato sódico 1.200 mgs/día y Olanzapina 10 mgs/día) se produce una mejoría, estabilización del animo y normalización de su conducta.

Los pagos se efectuaron en efectivo firmando sendos "contratos de arras". Todo ello se hizo sin analizar dichos contratos, sin confirmar si había alguna carga o gravamen sobre las fincas y además sin tener claro como iba a asumir el coste total de la inversión, ya que no disponía de toda la cantidad. Simplemente firmo y adquirió el compromiso de comprar.

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

Informado de biotipo normosómico, bien orientado en tiempo y espacio, colaborador, abordable y guardando en todo momento las normas de cortesía. Su lenguaje es coherente, aunque algo prolijo, la ideación en el contenido perseverante con respecto al problema que dice haber creado y con desproporcionados sentimientos de culpa.

No se constatan en el momento en el que se hace la valoración trastornos senso-perceptivos, ni ideación delirante manifiesta, no obstante sí persisten los pensamientos de perjuicio y desproporción de tipo deliroide sobre las medidas de contención llevadas a cabo en un ingreso involuntario realizado tras los hechos referidos y que ha durado 20 días, donde se confirma su diagnóstico de Trastorno Bipolar Tipo II fase hipomaniaca y se pauta tratamiento.

Su estado de ánimo es de tristeza y de angustia. Hay también cierto temor por la situación actual, derivada de la idea de que es responsable de lo ocurrido y de que le ha complicado la vida a su familia.

La memoria remota sin anomalías significativas, la memoria a corto plazo con algún déficit no llamativo y que atribuimos a la medicación y la propia enfermedad de base. No se constatan confabulaciones. Juicio crítico conservado con la excepción referida.

Impresiona un estado general depresivo. Apatía y abulia. Hipoprosexia y anhedonia. Su pensamiento como ya hemos apuntado es perseverante en el curso y con ideación obsesivoide en el contenido relativa a los hechos que motivan el presente informe médico. La inteligencia por apreciación clínica sin anomalías significativas.

ANTECEDENTES PERSONALES

Psiquiátricos:

- Hace 20 años episodio depresivo a raíz de la muerte de su padre (8 meses con Alprazolam y Lorazepam pautados por médico de familia).
- Hace 4 años episodio hipomaniaco coincidiendo con la boda de un hijo y nacimiento de una nieta, dicho episodio derivó en un cuadro de dolor en una pierna (izquierda) que le llegó incluso a impedir la deambulación sin llegar a un diagnóstico específico (se habla de somatización) y que fue tratado por su médico de AP.
- En el momento actual está siendo tratada en la medicina privada con Valproato sódico 1.200 mgs/día, Heipram 20 mgs/día y Olanzapina 10 mgs/día.

Somáticos:

- Estrabismo intervenido. Hemorroides. Pólipos vesiculares, Adenoma de colon intervenido.

Hábitos Tóxicos:

- Fumador de un paquete al día.

ANTECEDENTES FAMILIARES

- Padre: 80 años vive con relativa buena salud, aunque dependiente para actividades básicas diarias (profesión funcionario).
- Madre: fallecida a las 68 años de carcinoma pancreático. Padecía trastorno psicótico con repetidos ingresos en hospital psiquiátrico.
- Hermanos: 3 (ocupa el 2º lugar). Un hermano con trastorno por abuso/dependencia de sustancias.
- Un sobrino carnal diagnosticado de trastorno bipolar (tratamiento con litio).
- Hijos: 2 (varón de 30 años y mujer de 29 años). Ambos sin alteraciones psicopatológicas. Un nieto sano.

EVOLUCIÓN

El paciente acude al servicio público de salud ahora, a pesar de ser tratado habitualmente en consulta privada, por consejo de su abogado para conseguir informe que aportara en un proceso de nulidad de las compras realizadas al haberse efectuado estas con un vicio en su consentimiento originado por el Trastorno Psiquiátrico.

El médico FEA de Psiquiatría realiza un informe en el que se pone de manifiesto la existencia de un Tr. Bipolar. Para ello recaba informes de la atención recibida en el sector privado que le parecen coherentes y asumibles.

En el informe clínico-pericial realizado se informa al tribunal lo que es un trastorno bipolar, se especifica también lo que es una fase maniaca/hipomaniaca y se analizan los hechos de forma pormenorizada poniendo en relación los hechos ocurridos y el trastorno que tiene el paciente.

El médico psiquiatra (convertido involuntariamente en perito forense en este caso) explica en las consideraciones clínicas que establece, que el enfermo sufría en el momento de realizar y firmar los contratos de compraventa, una enfermedad mental que le perturbaba muy severamente su autogobierno; la redacción concreta que le aconsejamos al médico psiquiatra para redactar el informe fue la que exponemos a continuación:

“Que el trastorno diagnosticado tanto por el médico psiquiatra que suscribe como por los anteriores médicos que le han atendido (todos ellos del servicio público de salud), producen una alteración muy severa de la libre capacidad de formación del consentimiento, al contaminar sus actos volitivos de un estado de ánimo eufórico claramente patológico, desmedido e irreal”.

“Los actos negociales que la informada ha realizado durante la fase hipomaniaca se realizaron bajo la influencia de una patología psiquiátrica grave, que le impedía comprender adecuadamente el objeto de su consentimiento, así como sus consecuencias jurídicas, teniendo perturbada su libertad para consentir”.

CONSIDERACIONES FINALES

El **médico psiquiatra** del sistema público de salud **está obligado a emitir un informe del paciente** (incluso por cada consulta según explicita la Ley 41/2002), **pero no estaría obligado a hacer un informe pericial**.

En esta ocasión el profesional sanitario hizo un trabajo excelente, y fue capaz de llevar al ánimo del tribunal del orden civil (Juzgado de 1ª Instancia), donde se vio el asunto, que la persona (el paciente) era incompetente para realizar los negocios jurídicos que realizó, y que sus decisiones “estaban viciadas en su origen”.

La sentencia retrocedió las adquisiciones, y **el Magistrado obligó a los vendedores del piso de Málaga a devolver la cantidad que el paciente había adelantado** en concepto de señal. La importancia del **informe clínico-pericial** fue determinante en la resolución del conflicto, tal como hizo constar el magistrado en los considerandos de su sentencia.

El médico psiquiatra fue llamado a comparecer en el tribunal en calidad de **testigo-perito**, cosa que obviamente está obligado a hacer, por lo que el centro sanitario donde trabaja tuvo que darle día libre para ello.

CASO 2º

Determinación imputabilidad en un caso de trastorno delirante

RELATO DE LOS HECHOS

Se trata de una mujer de 42 años que acude a la consulta externa donde trabajamos para ser evaluada al haber sido imputada en un proceso penal. La valoración medica la ordena el juez que instruye el proceso, ya que los médicos forenses así lo han solicitado al necesitar la ayuda de un especialista.

La paciente nos refiere haber sido acusada de un **delito continuado de amenazas y de desordenes públicos** por unas llamadas telefónicas que hizo a diversos medios de comunicación, donde alertaba e informaba de la existencia de artefactos en edificios emblemáticos y de especial relevancia ciudadana.

El objetivo que tenía al hacer esas llamadas, según nos dice, era llamar la atención de la sociedad y del gobierno ya que estaba **sufriendo amenazas y acoso policial**. Al haber resultado infructuosas las vías convencionales para pedir ayuda (denuncias en los juzgados), dice que no le quedaba mas remedio que acudir a este método, ya que su vida **“estaba en grave peligro”**.

La paciente relata que todo su problema empieza en Septiembre a raíz de un viaje y de un video que ella misma realizó durante dicho viaje. A los pocos días relata que noto cosas raras y cree que la consideraron sospechosa de que el video fuera utilizado para hacer un atentado terrorista y de ahí arranca todo. **“Yo me sentía desesperada, me sentía morir y no quería volver a pasar por eso”**.

“He tenido que hacer muchas cosas porque sé que me persiguen. Me llegue a duchar con botellas de agua, no podía ni beber por que no me fiaba de que el agua no estuviera envenenada. Incluso he llegado a almacenar comida en mi casa, por que no podía fiarme de nadie. Me envenenaron en varias ocasiones, yo devolvía la comida”. He tenido incluso que consultar con peritos informáticos para evitar que me espíaran por el ordenador”.

“Los hechos que son motivo de un procedimiento penal ocurren en abril de 2016 y se producen como consecuencia de una intensificación de los ataques. Me agredían de forma indirecta y me obligaron a salir en los medios a cualquier coste, era hacer eso o morir”.

“Me colé en las televisiones con el objeto de llamar la atención sobre mi problema. Acudí y llame a infinidad de sitios, mande miles de cartas y e-mails sin que eso funcionara ni sirviera para nada. Por lo tanto la unica forma de que se fijaran en mí y me ayudaran a evitar mi muerte, era llamar la atención de forma intensa. Yo estaba al límite, desesperada, ya no podía más. Era cuestión de vida o muerte”.

“El problema es que me ponían drogas y productos tóxicos para que yo tuviera que vomitar continuamente, era imposible vivir así; utilizaba además otras herramientas mas sofisticadas. Llego un momento en que no podía vivir por eso tenia que llamar la atención para evitarlo”

“Me han estado vigilando hasta 20 personas por la calle, han entrado en mi casa para envenenar la comida y la bebida. Me han estado inyectando nanoparticulas que son técnicas muy sofisticadas. Era insoportable y yo lo único que he querido es que me ayudaran por eso tenia que llamar la atención”.

ANTECEDENTES CLÍNICOS PERSONALES Y FAMILIARES

Familiares:

- Padre 68 años sin anomalías significativa desde la óptica psiquiátrica.
- Madre 65 años sin anomalías significativas desde la óptica psiquiátrica.
- Buenas relaciones con los padres a pesar de que ellos son conscientes de la enfermedad que sufre la paciente desde febrero 2010.
- Hermanos 3 (ocupa el 2º lugar). Una hermana diagnosticada de bipolar y otro hermano no dice que sufre una esquizofrenia paranoide
- No hijos ni relación estable de pareja en el momento actual.

Personales:

Somaticos: Sin interés.

Psiquiátricos: Diagnosticado en el sistema publico de salud de trastorno de ideas delirantes desde febrero 2010. Ha recibido tratamiento antipsicótico diversos (Aripiprazol, Risperidona y Paliperidona), con mala adherencia terapéutica.

Ha tenido 4 ingresos en Unidades Psiquiátricas desde 2.010 (tres por intento de autolíticos, uno por orden judicial).

Tóxicos: Fumadora de 1/2 paquete. No refiere ningún otro consumo de sustancias. Bebedora muy esporádico y siempre social.

CONSIDERACIONES CLÍNICAS

En función de la información existente la paciente presenta un Trastorno de ideas delirantes (CIE 10^a) o Trastorno delirante de tipo persecutorio (DSM-V), es decir, una forma o variedad de psicosis. Los criterios para dicho diagnostico según la O.M.S. en su Clasificación Internacional de Enfermedades (10^a revisión) son los que por su importancia para el caso que nos ocupa se exponen literalmente a continuación:

F22.0 Trastorno de ideas delirantes

Grupo de trastornos caracterizado por la aparición de un único tema delirante o de un grupo de ideas delirantes relacionadas entre sí que normalmente son muy persistentes, y que incluso pueden durar hasta el final de la vida del individuo.

El contenido del tema o conjunto de ideas delirantes es muy variable. A menudo es de persecución, hipocondriaco o de grandeza, pero también puede referirse a temas de litigio o de celos o poner de manifiesto la convicción de que una parte del propio cuerpo está deformada o de que otros piensan que se despide mal olor o que se es homosexual.

Lo más característico es que no se presente otra psicopatología, pero pueden aparecer de modo intermitente síntomas depresivos y, en algunos casos, alucinaciones olfatorias y táctiles. Las voces alucinatorias, los síntomas esquizofrénicos tales como las ideas delirantes de ser controlado, el embotamiento afectivo y la presencia de una enfermedad cerebral son incompatibles con este diagnóstico. Sin embargo, alucinaciones auditivas ocasionales o transitorias, no típicamente esquizofrénicas y que no constituyen una parte principal del cuadro clínico, no excluyen el diagnóstico en enfermos ancianos.

Suele comenzar hacia la edad media o avanzada de la vida, pero algunas veces, especialmente en casos de creencias sobre deformaciones del cuerpo, surge en el inicio de la madurez. El contenido de las ideas delirantes y el momento en el que aparecen y suele poder tener relación con algunas situaciones biográficas significativas, por ejemplo, ideas delirantes de persecución en personas que pertenecen

a minorías sociales. Fuera del comportamiento directamente relacionado con el tema de las ideas o sistema delirante, son normales la afectividad, el lenguaje y el resto de la conducta.

Pautas para el diagnóstico

El tema o conjunto de ideas delirantes deben ser la manifestación clínica única o la más destacada y deben de estar presentes durante por lo menos tres meses y ser claramente propias del enfermo, es decir, no depender de factores culturales. Pueden presentarse síntomas depresivos de una manera intermitente e incluso un episodio depresivo completo (F32.-) siempre y cuando las ideas delirantes no coincidan con las alteraciones del estado de ánimo. No hay evidencia de lesión cerebral, de voces alucinatorias ocasionales y de antecedentes de síntomas esquizofrénicos (ideas delirantes de ser controlado, difusión del pensamiento, etc.).

Incluye:

- Paranoia.
- Psicosis paranoide sin especificación.
- Estado paranoide.
- Parafrenia (tardía).
- Delirio sensitivo de referencia (sensitiver Beziehungswahn).

Excluye:

- Trastorno paranoide de la personalidad (F60.0).
- Psicosis paranoide psicógena (F23.3).
- Reacción paranoide (F23.3).
- Esquizofrenia paranoide (F20.0).

En el momento de redactar el presente informe, la paciente sufre una **enfermedad mental grave o psicosis** en la que no existe una conciencia de enfermedad adecuada, ni tampoco una crítica de lo sucedido. La propia paciente nos relata, y los informes clínicos así lo confirman, que no ha cumplimentado de forma adecuada ningún tratamiento, salvo cuando se le han impuesto en los diversos ingresos producidos.

Por todo ello consideramos que el **pronóstico no es favorable** por lo que se insiste en la necesidad de que la paciente siga un tratamiento médico y psicológico, así como un control de su cumplimiento ante la escasa/nula conciencia de enfermedad que tiene.

CONSIDERACIONES PSIQUIÁTRICO-LEGALES

Desde la óptica psiquiátrico legal, y con respecto a los hechos que se le imputan de **amenazas y desordenes públicos**, creemos que los realizó existiendo **una anulación** de las bases psicobiológicas de la imputabilidad, de forma muy especial de su **libertad volitiva**. Las acciones realizadas se derivan **directamente de su pensamiento delirante de persecución y perjuicio**.

Abundando en lo anterior, la paciente se encontraba, y a fecha de hoy todavía se encuentra, irreductiblemente convencida de que estaba sufriendo un acoso por parte de organizaciones de inteligencia y seguridad de diversos Estados, que han llegado, según su ideación delirante, no solo a seguirle, vigilarle y controlarle plenamente, sino incluso a **envenenar bebidas y comidas** a través de sistemas muy sofisticados que dice conocer parcialmente (nanopartículas inyectadas a través de tapones de las bebidas).

Son ideas tan absolutamente excéntricas y tan arraigadas en su psiquismo que no pueden ser rebatidas con argumentos lógicos ni soportan el más elemental juicio crítico. **Es decir la informada presenta una enfermedad psicótica que reúne todos los criterios que son necesarios para efectuar el diagnóstico clásico de enajenación mental.**

Debemos significar al Tribunal, en suma, que la paciente **carece de aptitud para comprender el alcance de las conductas**, y por consiguiente, **carece de capacidad para comprender el sentido de cualquier medida punitiva**, ya que en su lógica delirante, la paciente busca, a través de su conducta, auxilio ante la “persecución” que “sufre”. En esa dinámica del pensamiento, entiende que el único mecanismo para recabar tal ayuda consiste en realizar conductas excéntricas, ante lo que ella comprende –errada e irremediablemente- que nace de una inoperancia del Poder Judicial y del Ejecutivo del Estado para con sus victimarios, en orden a su eliminación física, no pudiendo actuar conforme a Derecho por razón de tales delirios. Así pues, desde la perspectiva psiquiátrico-forense, **resulta totalmente desaconsejable, nos permitimos respetuosos significar ante el Tribunal, cualquier medida punitiva; y en sentido contrario, resulta apremiante una intervención tuitiva de auto y hetero-protección, a través de los mecanismos oportunos, más allá de la cuestión penal.**

CONCLUSIONES

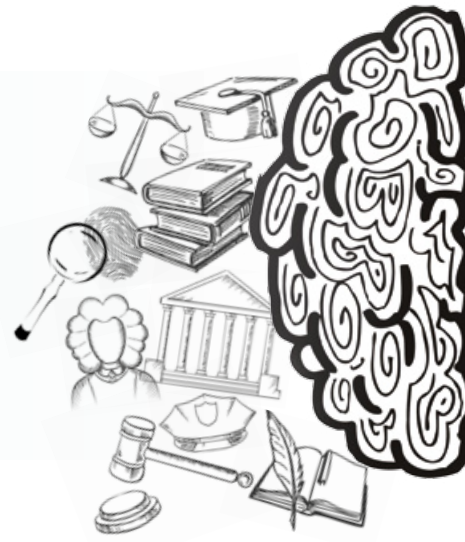
- 1º) La paciente padece un **Trastorno de Ideas Delirantes** (forma o variedad de psicosis) codificada en el epígrafe F-22.0 de la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª Revisión de la Organización Mundial de la Salud o **Trastorno Delirante de tipo persecutorio** 297.1, siguiendo los criterios diagnósticos de la clasificación D.S.M.- V de la A.P.A.
- 2ª) Que dicha enfermedad (Trastorno de ideas delirantes o Trastorno delirante de tipo persecutorio), en condiciones habituales de su existencia, altera de forma notoria su capacidad de entender querer y obrar.
- 3º) Que con respecto a los hechos que se le imputaban de amenazas y desordenes públicos, estos se realizaron en un estado psicopatológico en el que existió **una anulación de los fundamentos psicobiológicos de la imputabilidad**, muy especialmente de su **libertad volitiva**.

REFLEXIONES FINALES DEL CASO

- Una de las actividades que cada vez con mas frecuencia debe realizar un psiquiatra clínico es informar a un tribunal si éste lo pide, así como actuar como perito (o testigo- perito según sea el caso), sobre la existencia de una enfermedad mental y en qué medida ésta haya podido influir o mediatizar la realización de determinados hechos.
- En este caso se solicitó por parte del juzgado que instruí el proceso, la practica de una prueba pericial psiquiátrica, para determinar la **imputabilidad** de una mujer acusada de delitos graves.
- El medico psiquiatra del Sistema Público de Salud que hizo el informe fue citado cuando se celebró la vista oral o plenario para declarar como perito del juzgado.
- La realización del informe así como la ulterior comparecencia para ratificación es ineludible, ya que ha sido nombrado perito a instancia del ministerio fiscal y el juzgado lo ha decidido y ordenado mediante un auto.
- La enferma fue absuelta de ir a la prisión, aplicándosele en su lugar una medida de seguridad, por la que fue obligada a seguir un tratamiento medico psiquiátrico durante 3 años, debiendo informar el servicio de psiquiatría donde se llevo a cabo dicho tratamiento al juzgado periódicamente de la marcha del mismo.

MÓDULO II

Documentos y procedimientos relevantes en el ejercicio del psiquiatra



1. El consentimiento informado

A. MARCO NORMATIVO

Ley 14/1986, General de Sanidad.

Ley 41/2002, Ley de Autonomía del Paciente

Ley 26/2015, de Modificación del sistema de protección de la infancia y de la adolescencia.

Convenio del Consejo de Europa, para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina, de 4 de abril 1997 (Convenio de Oviedo) <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-20638>

Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor.

B. SENTENCIAS RELEVANTES

STC 132/1989, de 18 junio

TS (Sala de lo Civil, Sección 1ª), sentencia núm. 1132/2006 de 15 noviembre.

TS (Sala de lo Civil, Sección 1ª), sentencia núm. 1132/2006 de 15 noviembre.

Audiencia Provincial de Valencia (Sección 11ª): Sentencia núm. 241/2002 de 21 mayo. AC 2002\1694 STEDH, caso Pretty v Reino Unido, de 29 de abril de 2002

C. DOCTRINA

Sánchez Caro, J., y Sánchez Caro, J. El consentimiento informado en Psiquiatría, Ed. Díaz de Santos, 2003
Esperanza Reynal Reillo, E.: El consentimiento informado y responsabilidad en el ámbito sanitario, Ed. Thomson Aranzadi, 2017

D. CONCEPTO

El consentimiento informado es definido por la Ley 41/2002 como “la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecte a su salud” (art. 3).

El consentimiento implica, por un parte, el derecho de los pacientes a ser informados y a tomar decisiones según su criterio y, por otra, el deber de los médicos a informar adecuadamente sobre el procedimiento a seguir.

El Consentimiento Informado, por tanto, es el proceso por el que el paciente acepta o rechaza someterse a un procedimiento diagnóstico o terapéutico, después de haber recibido del médico que le asiste la información suficiente sobre la naturaleza, los riesgos y beneficios que el tratamiento conlleva o las alternativas al mismo.

El paciente tiene el derecho a conocer de manera adecuada y suficiente, toda la información sobre su diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Una información gradual a lo largo de todo el proceso asistencial, en el seno de la relación médico-paciente, permitiendo que el paciente participe activamente en la toma de decisiones respecto al diagnóstico y a su tratamiento. Por tanto, el paciente tendrá libertad para aceptar o no el tratamiento o intervención.

El consentimiento informado tiene, además, la finalidad de poder demostrar en vía administrativa y judicial que el paciente conocía los riesgos del tratamiento o intervención, no pudiendo en ese caso imputar responsabilidad al médico. Por ello, el consentimiento informado es indispensable en los procedimientos por responsabilidad civil.

1.1. Elementos del consentimiento

INFORMACIÓN

El consentimiento informado es más que una firma en un papel. Es preciso que el médico informe de forma activa al paciente, permitiéndole realizar cuantas preguntas necesite y debiendo explicarle y resolver cada una de las dudas que tenga. Se trata de información que deberá ser cierta y relevante, con fundamentos científicos.

La información no es coacción, ni engaño.

La información tiene los siguientes requisitos:

- La información debe ser **suficiente**, a fin de que el paciente pueda contar con datos claros y precisos para poder decidir si se somete a la intervención o tratamiento que el facultativo o los servicios médicos le proponen.
- La información debe ser **exhaustiva**, es decir, **completa, clara y comprensible** para el paciente o su representante, en su caso.
- La información debe ser **correcta, veraz y leal**.
- El proceso de información tiene lugar en el contexto de la relación médico-paciente, la interacción y el **intercambio activo de información**. El consentimiento no puede informarlo un sanitario que no sea el médico que va a llevar a cabo el procedimiento.
- La información que debe proporcionar el facultativo es **individualizada**. Por tanto, cada paciente debe recibir la información de acuerdo a sus circunstancias.
- El consentimiento se refiere a la **naturaleza del procedimiento**: en qué consiste y cómo se lleva a cabo, los objetivos, los beneficios, riesgos y efectos adversos posibles, alternativas al procedimiento, razonamiento en la decisión del sanitario a proponer el procedimiento, posibilidad de rechazar el procedimiento en cualquier momento de forma libre cuando lo desee.

Contenido de la información:

- El **diagnóstico** de la enfermedad o lesión que padece el paciente
- El **pronóstico** que de su tratamiento puede, normalmente, esperarse,
- Los **riesgos** relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente y los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención;
- Las **contraindicaciones**.
- Y finalmente, en el caso en que los medios de que se disponga en el lugar donde se aplica el tratamiento puedan resultar insuficientes, debe hacerse constar tal circunstancia, de manera que, si

resultase posible, opte el paciente o sus familiares por el tratamiento en otro centro médico más adecuado –alternativas- (SSTS 25 abril 1994, 2 octubre 1997, RJ 1997/7405; y 11 mayo 2001, RJ 2001/6197).

Quién debe informar:

El **médico responsable del paciente** es quien debe informarle. En aquellos procedimientos en los que se ven implicados diversos facultativos, se recomienda la participación de todos ellos en la comunicación de la información preceptiva.

La forma entrega de la información

La ley no obliga a que la información que da el médico al paciente deba ir por escrito. Sin embargo, en caso de dudas o de procedimientos de responsabilidad civil, el médico es quien tiene la carga de la prueba de que ha informado de forma correcta al paciente. Por ello, dada la imposibilidad de probar lo dicho verbalmente, es preciso que sea por escrito.

¿Se debe dar la información al paciente incapacitado?

Sí, de acuerdo con la Ley de Autonomía del Paciente, éste debe ser informado, “incluso en caso de incapacidad de forma adecuada a sus posibilidades de comprensión”. Por ello, resulta coherente que el médico escuche al paciente incapacitado, sin perjuicio de que la firma del consentimiento le corresponda al representante, como se dirá.

Cuando debe darse la información y recibir el consentimiento

El paciente debe estar con plena consciencia, sabiendo lo que firma, con capacidad para poder hablar y preguntar al médico, y de entender lo que le explica.

El consentimiento debe presentarse de forma que no queda duda sobre la voluntad.

VOLUNTARIEDAD

El consentimiento, para que sea válido, debe ser otorgado libremente por el paciente, sin ningún tipo de restricción en el derecho a la libertad. La intimidación, la coacción, la información incompleta o inadecuada, el error sobre el objeto del consentimiento son formas de restricción de la voluntariedad del consentimiento.

En cualquier momento el paciente podrá retirar libremente su consentimiento, siempre que lo haga por escrito. En caso de que la revocación se realice una vez iniciada una intervención o el tratamiento no pueda interrumpirse si no es con riesgo para la vida e integridad física del paciente, el médico podrá continuar con el tratamiento o intervención, ya que la revocación carecería de eficacia, y constituiría un límite al principio de autonomía, derivado del principio de benevolencia.

En qué casos el paciente debe prestar el consentimiento de una forma que no deje lugar a duda y, por tanto, por escrito:

- Intervención quirúrgica
- Procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores
- Y, en general, aplicación de los procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.
- Cuando la efectividad del procedimiento sea dudosa.

CAPACIDAD

Una persona es capaz o tiene capacidad para tomar una decisión si tiene la capacidad de comprender y entender la información fundamental sobre el procedimiento a consentir, analizar esa información según su propio sistema de valores y comunicar libremente su decisión de acuerdo con sus razonamientos. En el caso de pacientes psiquiátricos será muy relevante la capacidad que tienen en la toma de decisiones para que el consentimiento sea válido.

1.2. Especialidades relevantes

- Enfermos psiquiátricos: la persona que sufra un trastorno mental grave sólo podrá ser sometida, sin su consentimiento, a una intervención que tenga por objeto tratar dicho trastorno, cuando la ausencia de este tratamiento conlleve el riesgo de ser gravemente perjudicial para su salud y a reserva de las condiciones de protección previstas por la ley, que comprendan los procedimientos de supervisión y control, así como los de recurso.
- Situaciones de urgencia: cuando, debido a una situación de urgencia, no pueda obtenerse el consentimiento adecuado, podrá procederse inmediatamente a cualquier intervención indispensable desde el punto de vista médico a favor de la salud de la persona afectada.
- “Deseos expresados anteriormente” o “instrucciones previas”. Deberán ser tomados en consideración los deseos expresados anteriormente con respecto a una intervención médica por un paciente que, en el momento de la intervención, no se encuentre en situación de expresar su voluntad. La ley de autonomía del paciente define las “instrucciones previas” como aquellas por las que “una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlas personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo”.

1.3. Prestación del consentimiento por representación

Cuando el paciente carece de capacidad para prestar el consentimiento informado por sí mismo, deberá otorgarlo quien sea su tutor o curador (representante). Es el caso de los enfermos psiquiátricos que han sido declarados incapaces.

a) Menores de edad, sin juicio suficiente

A los efectos de prestación del consentimiento y capacidad para su emisión, se entiende por menor de edad el menor de dieciséis años no emancipado. La norma considera, además, que el menor de 16 años “no sea capaz intelectual ni emotivamente de comprender el alcance de la intervención”, por lo que sí dispone de esa capacidad podrá dar su consentimiento.

Ante la falta de capacidad, el consentimiento deberá ser prestado por quienes ejerzan la representación legal: los padres, no privados de la patria potestad; en su defecto, el tutor o defensor judicial; y si el menor fue declarado en desamparo, la entidad pública correspondiente que asuma la tutela automática (art. 172 CC y art. 164 CF).

b) Mayores incapacitados

Mayores incapacitados son quienes, de conformidad con lo previsto en el art. 199 CC, han sido declarados judicialmente incapaces. Según el art. 9.3.b) Ley 41/2002 si la persona ha sido incapacitada, como ocurre con enfermos psiquiátricos, el consentimiento tendrá que prestarlo por representación. La incapacitación tiene que afectar a la toma de decisiones sobre su salud, y, en todo caso, se entiende incluido dentro de un pronunciamiento general de incapacitación total para cuidar su persona.

El consentimiento por representación será prestado por quien le represente legalmente: quien ejerza la patria potestad prorrogada o rehabilitada, el tutor o el defensor judicial. Si es de aplicación el Código Civil de Cataluña, tratándose de un incapacitado, el consentimiento informado debe prestarlo el tutor o representante legal, salvo que la actuación médica conlleve un riesgo grave para la vida o integridad física del incapacitado, en que el tutor deberá recabar previamente la autorización judicial.

c) Mayores de edad que sufran una incapacidad real

Puede ocurrir que se esté ante pacientes que no estén declarados judicialmente incapaces, pero tengan una incapacidad real. En estos casos la falta de capacidad debe ser valorada por el médico teniendo en cuenta tanto el estado físico o psíquico del paciente que pueda o no valorar la información recibida y que pueda otorgar el consentimiento con conocimiento de lo que firma.

Este juicio de capacidad real corresponde al médico, quien deberá plasmarlo por escrito y razonarlo mínimamente. Lo normal es que sea en el mismo documento en el que se recoja el consentimiento prestado por representación. Este consentimiento será prestado por sus representantes legales si los tuviere, y si no, por las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho. Podría seguirse orientativamente el orden de la delación legal de la tutela: cónyuge, hijos, ascendientes, hermanos...

d) Menores emancipados o mayores de 16 y menores de 18 años.

En estos casos ellos otorgan el consentimiento sin embargo, cuando se trate de una actuación de grave riesgo para la vida o salud del menor, según el criterio del facultativo, el consentimiento lo prestará el representante legal del menor, una vez oída y tenida en cuenta la opinión del mismo.

Finalmente, debe destacarse que:

- Es importante que cuando el consentimiento lo otorgue el representante legal o las personas vinculadas por razones familiares o de hecho, la decisión deberá adoptarse atendiendo siempre al mayor beneficio para la vida o salud del paciente. En caso que fuera contraria a dichos intereses deberá ponerse en conocimiento de la autoridad judicial, directamente o a través del Ministerio Fiscal, para que adopte la resolución correspondiente, salvo que, por razones de urgencia, no fuera posible recabar la autorización judicial, en cuyo caso los profesionales sanitarios adoptarán las medidas necesarias en salvaguarda de la vida o salud del paciente, amparados por las causas de justificación de cumplimiento de un deber y de estado de necesidad.

La prestación del consentimiento por representación será adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre en favor del paciente y con respeto a su dignidad personal.

2. La historia clínica: la confidencialidad

A. MARCO NORMATIVO

Ley Nacional 26.529

B. SENTENCIAS RELEVANTES

Juzgado de lo Contencioso-Administrativo núm. 1 de Pamplona (Comunidad Foral de Navarra): Sentencia núm. 196/2011 de 25 mayo. RJCA 2011\835

TC (Sala Primera), sentencia núm. 70/2009 de 23 marzo.

C. DOCTRINA

Antomás, J.; Huarte del Barrio, S.: "Confidencialidad e historia clínica. Consideraciones ético-legales", *Anales Sis San Navarra* vol.34 no.1 Pamplona ene./abr. 2011

Criado del Río M^a, T.; Seoane Prado, J.: "Aspectos médico - legales de la historia clínica", *Medicina clínica*, Madrid, 1999.

D. CONCEPTO

La historia clínica es el documento elaborado en el seno de la relación médico-paciente cuya finalidad es la obtención de datos que indiquen el área y características de la dolencia del paciente. La evaluación del paciente depende, en esta área principalmente, de la entrevista clínica en la que, se procede a la elaboración de dicha historia clínica, que debe contener al menos: una exploración del estado mental, formulación diagnóstica y planteamiento terapéutico y pronóstico.

2.1. Contenido de historia clínica

La historia clínica comprende

el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente,

con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos,

con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos, en el ámbito de cada centro.

Dónde se obtiene y dónde se guarda

Cada centro archivará las historias clínicas de sus pacientes.

La documentación de la historia clínica puede estar en soporte papel, audiovisual, informático o de otro tipo.

Lo importante es que quede garantizada su seguridad, su correcta conservación y la recuperación de la información.

Las Administraciones sanitarias establecerán los mecanismos que garanticen la autenticidad del contenido de la historia clínica y de los cambios operados en ella, así como la posibilidad de su reproducción futura.

Los profesionales sanitarios que desarrollen su actividad de manera individual son responsables de la gestión y de la custodia de la documentación asistencial que generen.

A la documentación clínica se le aplican las medidas técnicas de seguridad establecidas por la legislación reguladora de la conservación de los ficheros que contienen datos de carácter personal y, en general, por la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal.

2.2. Cuestiones básicas

La historia clínica comprende

<p>TITULARIDAD</p>	<p>El paciente es el titular de la historia clínica. Si lo requiere, deberá suministrársele copia, autenticada por autoridad de la institución asistencial. La entrega se realizará dentro de las 48 horas a la solicitud, salvo caso de emergencia. Actualmente, hay Comunidades Autónomas que permiten al paciente acceder online a su historia clínica.</p>
<p>CONTENIDO</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) La documentación relativa a la hoja clínica estadística. b) La autorización de ingreso. c) El informe de urgencia. d) La anamnesis y la exploración física. e) La evolución. f) Las órdenes médicas. g) La hoja de interconsulta. h) Los informes de exploraciones complementarias. i) El consentimiento informado. j) El informe de anestesia. k) El informe de quirófano o de registro del parto. l) El informe de anatomía patológica. m) La evolución y planificación de cuidados de enfermería. n) La aplicación terapéutica de enfermería. ñ) El gráfico de constantes. o) El informe clínico de alta. <p>Los párrafos b), c), i), j), k), l), ñ) y o) sólo serán exigibles en la cumplimentación de la historia clínica cuando se trate de procesos de hospitalización o así se disponga.</p>

INTEGRIDAD	La historia clínica debe estar completa no puede quitarse documentos aunque estos sean antiguos.
UNICIDAD	Tiene carácter único dentro de cada establecimiento asistencial público o privado y debe identificar al paciente por medio de una clave uniforme.
INVOLABILIDAD	La historia clínica debe estar completa no puede quitarse documentos aunque estos sean antiguos.
LEGITIMACIÓN	La historia clínica debe estar completa no puede quitarse documentos aunque estos sean antiguos.
NEGATIVA	La historia clínica debe estar completa no puede quitarse documentos aunque estos sean antiguos.
SANCIÓNES	La historia clínica debe estar completa no puede quitarse documentos aunque estos sean antiguos.

2.3. Derecho del paciente

Todo paciente o usuario tiene derecho a que quede constancia, por escrito o en el soporte técnico más adecuado, de la información obtenida en todos sus procesos asistenciales, realizados por el servicio de salud tanto en el ámbito de atención primaria como de atención especializada.

2.4. Obligaciones en las consultas

El médico psiquiatra si ejerce en consulta privada deberá también guardar una historia clínica del paciente.

En esta historia deberá constar: la anamnesis, exploración, diagnóstico, pronóstico, tratamiento, evaluación y comentarios, epicrisis y, el paciente tiene derecho a acceder a ella y obtener una copia.

El hecho de ejercer en consulta privada no significa que se relajen las obligaciones formales en torno a la historia clínica.

Además, queda afecta a la LOPD y, por tanto, el médico, deberá tener el fichero de la historia clínica dado de alta en la Agencia de Protección de Datos y deberá tener un documento de seguridad con los protocolos respecto de los datos de los pacientes.

3. El informe psiquiátrico

A. MARCO NORMATIVO

Código de Ética y Deontología Médica

B. SENTENCIAS RELEVANTES

Audiencia Provincial de Zaragoza: Sentencia núm. 36/2011 de 31 octubre.

Tribunal Europeo de Derechos Humanos (Sección 1ª): Caso Haas contra Suiza. Sentencia de 20 de enero 2011.

C. DOCTRINA

Romero Palanco, JL: "La pericia médico-legal en los casos de responsabilidad médica" Cuadernos de Medicina Forense, versión On-line. N° 27 Málaga ene. 2002.

D. CONCEPTO

El informe psiquiátrico es un documento escrito en el que se describen aspectos de la patología psiquiátrica, es el vínculo de unión entre el derecho y la psiquiatría en el cual se plasman las respuestas que se plantean al perito psiquiatra. Podemos decir que la finalidad de dicho informe es proporcionar de manera clara a los órganos judiciales, la información psiquiátrica necesaria para las decisiones jurídicas.

3.1. Características principales

Características principales

El informe psiquiátrico sólo puede ser realizado por un médico **especialista en psiquiatría**.

El informe psiquiátrico puede ser solicitado a instancia de parte o bien, aportarse directamente por el afectado.

El informe psiquiátrico **puede hacerse valer en todos los órdenes judiciales**.

El paciente tiene derecho a que se realice un informe sobre su patología por un médico psiquiatra sobre su estado de salud; dicho contenido debe ser auténtico y veraz.

El informe debe ser **confidencial**, salvo cuando sea requerido por el juez y ante quien esté contemplado en la legislación.

3.2. Tipos de informes periciales

	Definición	Características	Elementos que lo forman
INFORME JUDICIAL PSIQUIÁTRICO	Documento médico-legal emitido a requerimiento de la autoridad judicial o a solicitud de particulares, que se refiere a la significación de ciertos hechos judiciales.	Neutro y objetivo en su realización. Contribuye a aclarar el caso. Debe ajustarse en la respuesta las preguntas planteadas y exponer los aspectos más significativos de la psicopatología. Debe ser preparado de forma meticulosa.	<p>Preámbulo: constan los nombres de los peritos y sus títulos y el objeto del informe.</p> <p>Anamnesis y exploración psicopatológica: lo relacionado con los hechos que se juzgan.</p> <p>Valoración médico-legal: valoración de las repercusiones de la psicopatología con respecto a las capacidades o funciones psíquicas sobre las que se solicita el informe.</p> <p>Conclusiones médico-legales</p>
INFORME SOBRE INCAPACIDAD LABORAL	Es un informe "pericial", esto es, una respuesta especializada ante una solicitud de valoración psiquiátrica.	Puede ser emitido a requerimiento de los órganos oficiales de valoración de incapacidades laborales o a petición del paciente.	Se hace referencia al diagnóstico, situación evolutiva, impresión pronóstico, y específicamente a las posibles repercusiones de la psicopatología del paciente sobre su capacidad laboral.
INFORME DE ALTA	Informe que se realiza a un paciente ingresado en una unidad o centro psiquiátricos cuando se produce su alta. Una variedad es el "Informe de Traslado", que se realiza cuando es trasladado a una unidad de otra especialidad, o a otro centro o unidad psiquiátricos.	Se recogen los aspectos más importantes en relación al motivo de su ingreso y evolución durante su estancia y asimismo, se dan las recomendaciones que se creen oportunas tras el alta.	<p>Datos de filiación</p> <p>Datos de ingreso y alta</p> <p>Motivo de ingreso: descripción del cuadro que motiva el ingreso. Es recomendable hacer referencia a la forma de inicio y tiempo de evolución de la psicopatología que motiva el ingreso, así como a la existencia o no de acontecimientos vitales relacionados sincrónicamente con ésta.</p> <p>Anamnesis: se recogen los aspectos más significativos de la historia clínica del paciente.</p> <p>Exploración psicopatológica al ingreso</p> <p>Test psicológicos</p> <p>Pruebas complementarias</p> <p>Evolución y tratamiento durante el ingreso</p> <p>Juicio diagnóstico: En el diagnóstico es importante hacer constar no sólo el trastorno psiquiátrico de base, sino también el momento evolutivo del mismo, la posible presencia de trastornos de personalidad y del desarrollo y las enfermedades somáticas, pudiéndose incluir también la existencia actual de acontecimientos vitales estresantes.</p> <p>Recomendaciones terapéuticas al alta</p>

<p>SOLICITUD DE INGRESO</p>	<p>Se puede realizar cuando un paciente sigue tratamiento ambulatorio o estando ya ingresado en una unidad o centro psiquiátrico para solicitar su traslado a otro.</p>	<p>Se deben de argumentar las razones por las cuales se solicita dicho ingreso o traslado.</p>	
<p>INFORME DE COLABORACIÓN</p>	<p>Es el informe que se realiza tras la valoración psiquiátrica de un paciente, solicitada por un facultativo de otra especialidad o por el médico de asistencia primaria.</p>	<p>Tiene dos funciones básicas: a) Clínica: informar del estado psicopatológico del paciente y realizar las recomendaciones terapéuticas que sean oportunas. b) "Docente": de aspectos psiquiátricos a médicos de otras especialidades. Debería ser claro y concreto, evitando términos o expresiones que pueden contribuir a confundir más que a aclarar al facultativo que lo solicita.</p>	<p>Su estructura básica es similar a la del informe de alta.</p>
<p>SOLICITUD DE CONSULTA</p>	<p>Va dirigida a otro especialista médico o quirúrgico. Su finalidad es requerir de dichos facultativos alguno o varios aspectos sobre un paciente en tratamiento psiquiátrico.</p>	<p>Información sobre la patología somática preexistente. Evaluación desde el punto de vista orgánico y tratamiento si procediese, si en el paciente se sospecha patología somática, o bien ésta ya preexistía y se solicita una reevaluación. Valorar en qué medida la patología orgánica puede contraindicar el tratamiento psicofarmacológico de forma absoluta o relativa y a la inversa, valorar las posibles repercusiones somáticas indeseables de éste.</p>	<p>Incluir los datos fundamentales de la anamnesis, exploración y tratamiento psiquiátricos y exponer las razones y demandas de dicha solicitud.</p>

<p>INFORME DE URGENCIAS</p>	<p>Informe que se realiza tras la valoración psiquiátrica de un paciente en una unidad de urgencias.</p>	<p>Va dirigido tanto al paciente, sujeto de nuestra valoración, como, a los posibles medios de seguimiento del mismo.</p>	<p>Datos de filiación Motivo de la consulta Anamnesis: Se refieren los datos más relevantes de la misma y de los antecedentes psicopatológicos. Es importante reseñar acontecimientos vitales estresantes que puedan estar relacionados con el problema actual. Exploración psicopatológica: se refiere a ese determinado momento en el que el paciente requiere una valoración psiquiátrica urgente, de forma que con posterioridad se dispone de una apreciación psiquiátrica especializada en dicha situación Juicio diagnóstico Tratamientos efectuados, otras valoraciones Destino al alta</p>
------------------------------------	--	---	--

3.3. Cuestiones relevantes. Contenido

¿Queda vinculado el juez por el contenido del informe psiquiátrico?

El informe pericial no es de carácter vinculante, no obstante, tiene un gran peso en las decisiones jurídicas.

¿Cuál es el contenido de un informe psiquiátrico?

El informe pericial no es de carácter vinculante, no obstante, tiene un gran peso en las decisiones jurídicas.

1. Introducción:

- Motivo del informe
- Preguntas que se hacen al perito
- Fuentes de información

2. Evaluación:

- Problemas actuales
- Antecedentes: familiares, escolares, sociales, consumo de sustancias, somáticos, psiquiátricos...
- Examen del estado mental
- Exploraciones complementarias
- Entrevista con la familia

3. Diagnóstico

4. Consideraciones médico-legales

5. Conclusiones

¿Tiene el paciente derecho a conocer el informe?

Se debe informar y asesorar a la persona que se evalúa sobre la intención de la intervención, el uso de los resultados de la misma, así como de las posibles repercusiones que la evaluación pueda tener.

¿Cuál es la función del perito psiquiatra?

El perito psiquiatra debe regirse por la objetividad para la interpretación de las pruebas materiales, no debe auxiliar a la persona sobre la que va a informar, sino al Juez, en su empeño por encontrar la verdad.

Con respecto a las condiciones naturales que debe reunir, dicho perito debe reflexionar y tener sentido común para reducir cualquier problema a sus términos más simples. El perito debe tener juicio para jerarquizar los hechos, subordinar lo secundario a lo principal y correlacionarlos entre sí.

El médico, así mismo, debe ser prudente en la elaboración de los dictámenes y sobre todo en la formulación de las conclusiones. Y, por último, debe ser imparcial y veraz, debiendo prevalecer la verdad en el informe independientemente de cualesquiera que puedan ser las consecuencias jurídicas y sociales que se deriven.

El perito psiquiatra, deberá ser competente profesionalmente y tener conocimientos jurídicos.

No debemos olvidar, que además de tener que reunir unas condiciones, todos actos que realicen llevan aparejadas unas responsabilidades:

- Responsabilidad penal, surgida por la revelación de secretos, falsedad documental, cohecho, falso testimonio o/y obstrucción a la justicia y deslealtad profesional.
- Responsabilidad civil.
- Responsabilidad deontológica.

3.4. Ámbitos de realización del informe

	Definición	Características
Derecho penal	Responsabilidad criminal	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad para comprender la ilicitud del hecho • Actuar conforme a esa comprensión
Aplicación de las medidas de seguridad y ámbito penitenciario	Medidas de seguridad: medidas privativas de libertad	Aplicación de las medidas de seguridad; su cese y el derecho a la libertad; sustitución de medida; limitación temporal.
	Internamiento en unidades psiquiátricas penitenciarias	<ul style="list-style-type: none"> • Ingreso • Evolución y respuesta al tratamiento • Revisión periódica de la situación del paciente
	Cumplimiento en unidades extra-penitenciarias	Puede
Derecho civil	Garantía en la concesión de permisos penitenciarios	Se re
	Matrimonio	Requisitos de capacidad, nulidad y causas de separación
	Testamento	Capacidad para testar, testamento del incapacitado y validez del testamento
	Incapacitación	Procedimiento, reintegración de la capacidad
Derecho laboral	Internamiento no voluntario	Procedimiento, continuación del internamiento, finalización
	<ul style="list-style-type: none"> • Incapacidad laboral • Valoración de la discapacidad de los trastornos mentales 	
Determinación de la competencia para tomar decisiones sanitarias	Tratamientos e intervenciones sanitarias	

Obligaciones del perito psiquiatra

El médico al realizar un informe psiquiátrico debe regirse por los siguientes criterios: objetividad, prudencia, reflexión, juicio, imparcialidad, veracidad.

Es relevante que el informe constatare una situación de salud psiquiátrica del paciente/persona, de modo que sirva para dar luz al juzgador para dictar su sentencia y, por tanto, queda apartado de la misión de curar o tratar que tiene el médico.

¿Puede negarse la persona afectada a que le realicen un informe psiquiátrico?

Para hacer el informe psiquiátrico es recomendable solicitar el consentimiento informado a la persona que se quiere examinar, ya que en caso contrario podría alegar que se trata de una intromisión ilegítima en su intimidad, pudiendo quedar afectado el procedimiento.

4. Internamientos voluntarios e involuntarios. Procedimiento

A. MARCO NORMATIVO

Ley de Enjuiciamiento Civil: art. 763

Código Civil

Código Penal

Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales de 4 de noviembre de 1950

B. SENTENCIAS RELEVANTES

Tribunal Supremo (Sala de lo Civil, Sección1ª): Auto de 11 diciembre 2008. RJ 2009\288

Juzgado de Primera Instancia núm. 8 de Gijón (Provincia de Asturias): Auto de 4 mayo 2012. AC 2012\386

Tribunal Constitucional (Sala Segunda): Sentencia núm. 182/2015 de 7 septiembre. RTC 2015\182

C. DOCTRINA

Delgado Bueno* y J. L. González de Rivera y Revuelta, S.: "Aspectos legales de los internamientos psiquiátricos", Psiquis Vol. IX/88 pgs. 300-313.

D. CONCEPTO

INTERNAMIENTO VOLUNTARIO	Internamiento no judicial que se establece por contrato entre el paciente y la Institución.
INTERNAMIENTO INVOLUNTARIO	Aquellos casos en los que el paciente no tiene capacidad para otorgar un consentimiento válido y se lleva a cabo por decisión de otras personas distintas al enfermo mental, basado en criterios terapéuticos y está justificado cuando la desestabilización condiciona una situación de peligrosidad evidente para el paciente o para los demás.

4.1. Internamiento voluntario

El **internamiento voluntario** es aquel que tiene lugar con el libre consentimiento de un paciente mentalmente competente. Se trata por tanto de una manifestación de voluntad solicitando el ingreso en establecimiento psiquiátrico o manifestando una conformidad sobre el mismo. La mayoría de los internamientos corresponden a este tipo, en los cuales resulta innecesaria una autorización judicial.

Características

El paciente puede abandonar el tratamiento.

Puede pedir el alta voluntariamente.

No se puede retener al paciente en contra de su voluntad sin previa autorización judicial.

Si durante su permanencia en el centro psiquiátrico el paciente empeora y éste anulara su voluntad previa de ingreso, el médico responsable podría considerar imprescindible continuar su hospitalización en cuyo caso deberá comunicárselo al Juez en menos de 24 horas.

4.2. Internamiento involuntario: Tipos

Los internamientos involuntarios o internamientos psiquiátricos forzosos.

Los **internamientos forzosos** no se realizan con el consentimiento libre del enfermo sino porque hay una orden judicial. Esta decisión del ingreso forzoso involucra al paciente, la familia y a la autoridad judicial.

Distinguimos dos tipos:

	Características principales	Tipos
INTERNAMIENTOS CIVILES	Con autorización judicial	
INTERNAMIENTOS PENALES	Por orden judicial	Internamientos forzosos de internos mentales absueltos o condenados con atenuantes
		Internamientos forzosos preventivos
		Internamientos forzosos de penados, presos, detenidos.

4.3. Procedimiento en internamiento Civil

	Tipos
<p style="text-align: center;">SIN AUTORIZACION JUDICIAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Un enfermo mental puede acudir a una unidad de Psiquiatría de un hospital para su evaluación, bien sólo o acompañado. ● El psiquiatra de guardia, tras reconocerlo adecuadamente, decide si procede o no su ingreso. ● El examen psicopatológico debe hacerse en el recinto hospitalario. ● En caso de necesidad, la intervención se llevará a cabo por las Fuerzas de Seguridad, trasladando al presunto enfermo mental a la Institución. ● Tras decidir su ingreso, se deberá en menos de 24 horas dar comunicación al Juez de Guardia. ● Todos los hospitales que puedan recibir este tipo de pacientes están obligados a instrumentar un procedimiento para facilitar el cumplimiento de esta obligación legal. ● Cumplido el requisito legal, el paciente queda ingresado y sometido al tratamiento pertinente. ● Una vez que el paciente responde adecuadamente al tratamiento, y finalizada en consecuencia la indicación médica de internamiento, se deberá, previo informe y comunicación al Juez, procederse al alta. <p>Aclaraciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● En el caso siempre posible de que el enfermo se evadiera del centro, debe comunicarse el hecho inmediatamente al Juez. ● Si el enfermo ocasionara o se viera envuelto en un accidente o delito, sabiendo que la custodia no es un cometido médico, no hay lugar a responsabilidades legales, siempre que el psiquiatra haya puesto en práctica las precauciones debidas. ● El alta médica puede decidirla el facultativo por sí mismo, sin consultar al Juez. Pero el Médico Forense puede ser enviado por el Juez al Hospital con objeto de examinar al paciente y evaluar su estado, por eso conviene solicitar la conformidad expresa del Juzgado. ● Si tras el examen del paciente el psiquiatra de guardia considera que su condición clínica no constituye indicación de ingreso, debe proceder en consecuencia, ofreciendo su apoyo y asesoramiento, y recomendando el tratamiento alternativo que sea oportuno.
<p style="text-align: center;">CON AUTORIZACIÓN JUDICIAL</p>	<p>En caso de ingreso con autorización judicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Lo primero que debe hacer el psiquiatra de guardia es leerla atentamente. ● En el caso de la «autorización» judicial en la que el psiquiatra, tras valorar correctamente al enfermo, llega a la conclusión de que no existe motivo médico alguno que justifique el internamiento psiquiátrico, puede ponerse en contacto con el Juez, explicándole la improcedencia médica del internamiento. ● Pero si el Juez insiste en ordenar el internamiento debe acatar la orden e internar al paciente para estudio más detallado. ● Si el médico sigue convencido de la improcedencia clínica, debe ponerlo en conocimiento de la Fiscalía de la Audiencia Provincial correspondiente, solicitando que se investigue la situación, por tratarse de un ingreso indebido.

Casos especiales	Eventualidades	Procedimiento/aclaración
<p>EL ENFERMO TUTELADO</p> <p>Enfermo mental que, previamente incapacitado, es llevado al Hospital Psiquiátrico para su evaluación</p>	<ul style="list-style-type: none"> El representante o Tutor de un enfermo mental declarado incapaz está de acuerdo y conforme con el criterio del psiquiatra de guardia de ingresar al paciente. El tutor no está de acuerdo con el criterio de ingreso del psiquiatra. 	<ul style="list-style-type: none"> El enfermo mental que no ha sido declarado incapaz. A pesar de que el tutor esté de acuerdo, esto no convierte el internamiento en voluntario. El tutor no tiene la capacidad legal de decidir si el enfermo mental incapaz debe o no ingresar. Si el tutor, considerando que el internamiento se ha producido en contra de su voluntad, acude al Juzgado y denuncia al médico por internamiento indebido, se abrirá un procedimiento de "Habeas Corpus". En estos casos el Juez, acompañado por el médico forense, comprobará la indicación de ingreso y concluirá el procedimiento. Se incurrirá en responsabilidad si no se ejerce dicho criterio.
	<p>El tutor solicita el ingreso del paciente, y el médico, tras examinarlo adecuadamente, estima que no es necesario.</p>	<p>El paciente no debe ser ingresado. Siempre debe primar el criterio médico.</p>
<p>EL MENOR</p> <p>El menor al no tener capacidad de obrar precisa que otro actúe en su nombre. Los menores desamparados también se encuentran sometidos a tutela, que el Juez determinará.</p>	<p>Si el presunto incapaz es un menor de edad su incapacitación sólo podrá ser solicitada por quienes ejercen la patria potestad o la tutela.</p>	

4.4. Procedimiento en internamiento Penal

Se producen por una Orden Judicial. Un enfermo mental puede llegar a un Hospital Psiquiátrico por mandato judicial, de tres formas:

	Regla General	Situación Real	Solución
Tras ser absuelto por apreciación de eximente o condenado con atenuante.	Teóricamente sólo podrían ser internados en los dos únicos hospitales penitenciarios existentes en España: Madrid y Alicante, ambos dependientes de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias del Ministerio de Justicia.	<ul style="list-style-type: none"> • La insuficiente adecuación de centros • La carencia de plazas reales • Una cierta «tendencia descentralizadora» • El desarraigo en el contexto socio-cultural y Familiar. 	<p>El Tribunal podrá decretar el internamiento en alguno de los hospitales comprendidos en:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. En las Salas Psiquiátricas de los Hospitales Provinciales. 2. En los Hospitales Psiquiátricos Provinciales. 3. Podrán tenerse en cuenta por la Autoridad Judicial todos los dispositivos asistenciales de las distintas Administraciones Públicas
	<p>Llegado el momento del alta clínica, se comunicará al Órgano Judicial, que adoptará la medida que estime procedente.</p> <p>Si la Autoridad Judicial considera que existen objetivos de protección social que aconsejan que el enfermo no se integre a su medio social habitual, se tratará de una decisión en la que no hay responsabilidad ni competencia del sistema sanitario.</p> <p>En el caso de que se decrete la medida de sumisión a tratamiento ambulatorio, el Tribunal determinará qué Centro asumirá tal función así como la periodicidad con la cual deberá informar de la evolución del estado del enfermo.</p>		
Internamiento forzoso de personas a la espera de ser juzgados (preventivos)	Cometido un hecho delictivo por una persona, si se aprecian indicios de enfermedad es posible que la Autoridad Judicial requiere a un facultativo para su valoración psiquiátrica	<p>El diagnóstico de enfermedad mental determinará el internamiento o no del paciente.</p> <p>El dictamen se pronunciará sobre la peligrosidad del individuo.</p>	
Internamiento forzoso de penados presos y detenidos	Los internos pueden ser asistidos en caso de necesidad o de urgencia, en centros hospitalarios dependientes de Administraciones Públicas, en cuyo caso la Dirección de la correspondiente Administración penitenciaria solicita su traslado, dando cuenta del mismo a la Autoridad Judicial de que dependan, y al Juez de Vigilancia en el caso de los penados.	Aclaraciones	
		<ul style="list-style-type: none"> • La permanencia de detenidos, presos y penados en el centro hospitalario durará estrictamente el tiempo que requiera su correcto tratamiento, a juicio de los servicios médicos del Centro. • Estos emitirán Alta Hospitalaria e Informe Clínico completo dirigido a los servicios médicos del establecimiento de destino. • El traslado, vigilancia y custodia de los detenidos, presos y penados, correrá exclusivamente a cargo de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado competentes. • No se podrá exigir responsabilidad alguna en materia de custodia de los internos al personal de los Centros Hospitalarios. 	

5. Contenciones mecánicas: formas de actuación

A. MARCO NORMATIVO

Código Civil

Ley de Enjuiciamiento Civil

Ley General de Sanidad

Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente.

Principios ONU Resolución 46/119 de 17 Dic 1991 (PONU)

B. SENTENCIAS RELEVANTES

Audiencia Provincial de Málaga (Sección 4ª): Sentencia núm. 456/2013 de 18 septiembre. AC 2014\57

C. DOCTRINA

La contención mecánica se define según la OMS como: “métodos extraordinarios con finalidad terapéutica, que según todas las declaraciones sobre los derechos humanos referentes a psiquiatría, sólo resultarán tolerables ante aquellas situaciones de emergencia que comporten una amenaza urgente o inmediata para la vida y/o integridad física del propio paciente o de terceros, y que no puedan conjurarse por otros medios terapéuticos”.

El objetivo básico de las contenciones mecánicas es, por tanto, evitar que se produzcan situaciones que pongan en peligro la integridad física del paciente o la de su entorno. Para conseguir este objetivo los movimientos de parte o de todo el cuerpo del paciente, se limitan con procedimientos físicos o mecánicos.

Las contenciones mecánicas suponen la inmovilización de un paciente y/o su aislamiento. Dado que afecta a su libertad e intimidad es preciso que exista un procedimiento para evitar la vulneración de derechos. Coexisten por tanto los derechos del paciente con las necesidades terapéuticas, por ello, en este apartado se establecerán los límites legales para que la contención mecánica se realice conforme a la ley. Las contenciones mecánicas no pueden ser adoptadas en cualquier caso ni de cualquier modo.

D. CONCEPTO

INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES
<ul style="list-style-type: none"> • Prevención de lesiones al propio paciente • Prevención de lesiones a otras personas • Para evitar interferencias en el plan terapéutico del propio paciente o de los demás pacientes • Evitar daños materiales en el servicio donde se encuentra el paciente • Como castigo negativo en una terapia de conducta, siempre y cuando se haya pactado antes con el paciente • Para evitar la fuga del paciente si se considera que existe el riesgo y que el paciente corre peligro, no estando capacitado para tomar tal decisión. • Si el paciente lo solicita voluntariamente y el médico considera que existen criterios clínicos de indicación. 	<ul style="list-style-type: none"> • No exista indicación • Si la situación se puede resolver por otros métodos de contención como el verbal y/o farmacológico. • Utilizar la contención mecánica como castigo o pena. • Cuando la decisión de contención mecánica está condicionada por antipatía hacia el paciente • Si la conducta violenta es voluntaria, no justificable por una enfermedad sino con carácter delictivo • Para el descanso del personal sanitario. Cuando no exista personal suficiente ó sea una situación peligrosa.

5.1. Necesidad de un protocolo y su aplicación

Se producen por una Orden Judicial. Un enfermo mental puede llegar a un Hospital Psiquiátrico por mandato judicial, de tres formas:

5.2. ¿Quién toma la decisión de imponer una contención mecánica?

La decisión de sujetar a un paciente corresponde al médico responsable del mismo, o en su defecto por el facultativo de guardia. En caso de una situación de urgencia, si no se puede contactar con el médico, el ATS/DUE generalmente podrá iniciar el procedimiento por su cuenta, pero debe comunicarlo al médico con la menor demora posible, quien debe respaldar por escrito la decisión.

Es importante que la indicación de la contención física conste por escrito firmado por el médico y que se incluya en la historia clínica.

Así mismo, el médico deberá hacer seguimiento del paciente sujeto a fin de poder decidir el fin de la contención o evitar, en su caso, problemas adyacentes a la sujeción derivados de la técnica de sujeción, o por las necesidades y complicaciones de un paciente inmovilizado.

Competencias del psiquiatra

Indicar la orden de contención por escrito en el documento de las órdenes médicas, considerando las medidas alternativas.

Colaborar en la instauración de la contención mecánica, si por el número insuficiente de profesionales disponibles en la Unidad, fuese necesario.

Autorizar (o no) la medida si ha sido instaurada por el/la enfermero/a (en caso de urgencia y en su ausencia).

Informar al/a la paciente y a sus familiares de los motivos y objetivos de la medida.

Evaluar periódicamente el estado general y psicopatológico del/de la paciente (cada 8 horas, y siempre que sea necesario).

Indicar, según el estado del/de la paciente, la prórroga de la medida y/o modificación del tipo de sujeción.

Indicar el cese de la contención tras la valoración conjunta con el resto del equipo terapéutico. Es recomendable su presencia en el procedimiento de retirada de las sujeciones.

5.3. Información al paciente

Del uso de la medida excepcional y urgente de la contención física será informado al paciente de manera comprensible y acorde con su nivel de atención y con las circunstancias.

También se debe informar a las personas que, vinculadas a él por razones familiares o de hecho, se encuentren acompañando al paciente.

La información al paciente y familiares, siempre que sea posible, debe darse con carácter previo, y si no, se dará posteriormente.

5.4. Consentimiento informado

Situación	Quién otorga el consentimiento
Pacientes con capacidad y en condiciones de decidir	El consentimiento de la medida otorgado por el propio enfermo sería válido de conformidad con el art. 8,2 de la Ley 41/2002.
Paciente sin capacidad para tomar decisiones, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de la situación	Se consultará a los familiares o a las personas vinculadas de hecho al/a la paciente, siempre y cuando las circunstancias lo permitan.
Urgencia	En los casos en los que la medida de contención tenga un carácter urgente, que suele ser lo habitual, se informará a la familia después de indicar y realizar la contención.

5.5. Papel del juzgado

La contención mecánica implica una privación de libertad, por ello es preciso la intervención del Juzgado, que lo hará, a instancia del Psiquiatra, de la siguientes maneras:

	Procedimiento general	Procedimiento en caso de urgencia
Privación de la libertad del sujeto	<p>Debe solicitarse una autorización judicial con anterioridad a la inmovilización del paciente.</p> <p>El médico, ha de comunicar al juez las razones por las que considera necesario sujetar al enfermo, y el juez procederá a la autorización pertinente o a su denegación.</p>	<p>La ley permite al personal facultativo ejercer la acción, pero dando cuenta a un juez en un plazo de 24 horas.</p> <p>El juez recabará entonces la información pertinente y podrá aceptar la indicación o revocarla.</p> <p>Si la necesidad de restringir los movimientos al enfermo cesaran antes de que el juez recabe información sobre el estado del mismo, el personal del hospital deberá comunicar la nueva situación del enfermo</p>

5.6. Actuación en la inmovilización de un paciente

<p>INGRESO VOLUNTARIO Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE</p>	<p>Quién otor El paciente tendrá que firmar el Formulario de consentimiento. Como se priva de libertad al enfermo, aunque consienta en ello, deberá comunicarse al juez enviando el formulario de comunicación acompañado del ejemplar del formulario de consentimiento que le corresponde. ga el consentimiento</p>	<p>El paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento. En este caso, se valorará de nuevo la situación y la indicación de inmovilización del paciente.</p>
<p>INGRESO VOLUNTARIO Y AUSENCIA DEL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA SU INMOVILIZACIÓN</p>	<p>Si el régimen de internamiento del paciente al que se le aplica contención mecánica contra su voluntad era voluntario, pasará a ser automáticamente involuntario debiéndose comunicar esta circunstancia al Juzgado.</p>	
<p>INGRESO INVOLUNTARIO</p>	<p>Si el régimen de internamiento del paciente previamente a la aplicación de contención física ya era involuntario se remitirá al juzgado, que tiene conocimiento, únicamente el correspondiente Formulario de comunicación de contención física. Al no obtenerse el consentimiento del paciente, siempre que sea posible, habrá que recabar el consentimiento informado de un familiar, teniéndose también que enviar en este caso el Formulario de consentimiento. Cuando no sea posible recabar el consentimiento familiar, el facultativo podrá actuar directamente.</p>	
<p>SI SE PUEDE AVISAR AL JUEZ ANTES DE ACTUAR</p>	<p>Si la ocasión se diese, se enviaría al juez el Formulario de comunicación. También se enviaría, si procediese, el Formulario de consentimiento. En estos casos sólo se actuaría cuando se recibiese la autorización del juez de guardia.</p>	<p>En estos casos sólo se actuaría cuando se recibiese la autorización del juez de guardia. Si la situación se agudizase sin haber recibido respuesta, se actuaría como en los casos anteriores.</p>

6. La participación del médico en procedimientos judiciales

A. MARCO NORMATIVO

Ley de Enjuiciamiento Civil

Real Decreto 1148/2015, de 18 de diciembre

B. SENTENCIAS RELEVANTES

Tribunal Europeo de Derechos Humanos. Caso Bernard contra Francia. Sentencia de 23 abril. TEDH 1998\16

TS (Sala de lo Militar, Sección 1ª), sentencia núm. 20/2017 de 14 febrero

C. PALABRAS CLAVE

FUNCIÓN PERICIAL	Función propia de la psiquiatría forense, necesitan respuestas específicas a incógnitas relativas al estado mental de personas de interés penal en momentos concretos de importancia para el proceso; y al hacerlo se están cumpliendo determinadas regulaciones procesales definidas en los códigos.
PSIQUIATRÍA FORENSE	Su objeto es el estudio, prevención y tratamiento de la enfermedad mental. Abarca a una persona natural, en función de un proceso penal. Limitada a dar respuesta a una fórmula penal. No busca causa ni prevención del delito en la dimensión social.
CRIMINOLOGÍA	Su objeto es el delito, su prevención y su control social. Abarca a grupos humanos, hasta la comunidad de naciones. Circunscrita a dimensiones donde la enfermedad no es una categoría esencial. Rebasa al derecho penal y hasta lo impugna y critica; prescinde de las categorías penales. Busca causas y prevención del delito.

D. CONTENIDO

LA PARTICIPACION DEL MÉDICO EN PROCEDIMIENTOS JUDICIALES

El médico psiquiatra ilustrará e informará en el procedimiento judicial para dar base científica y hacer viable en la práctica lo que será legislado. El hecho de prescindir de la asesoría de médicos psiquiatras en procedimientos sobre enfermedades mentales es una causa de falta de comunicación entre juristas y psiquiatras en la interpretación del estado mental de personas de interés penal.

Cuando un psiquiatra es nombrado perito para un caso penal concreto en la forma procesal establecida por la autoridad competente debe tener muy en cuenta.

Observar posibles causas de inhabilitación que le impidan realizar esa función.

Dar la información concreta necesaria para interpretar determinada formulación sustantiva, relativa al estado mental de una persona concreta, en determinado momento de interés, para un proceso penal específico, válido sólo para el mismo proceso

Emitir un informe observando estrictamente las formas, los requisitos y los términos procesales establecidos.

Al desarrollar la función pericial, el perito psiquiatra establece relación directa con personas y puede necesitar hacerles determinados exámenes complementarios o aplicarles recursos diagnósticos.

A su vez, para el posterior desarrollo de la peritación, es fundamental que la autoridad competente:

1. Defina con claridad para qué quiere que esa persona concreta sea examinada.
2. Nombre al perito psiquiatra en el momento óptimo para que pueda cumplir su tarea.
3. Dé al perito psiquiatra la información necesaria para que haga sus interpretaciones; esa información incluye tanto las razones que hacen suponer que la persona está o estuvo afectada por un trastorno mental, como aquella causa procesalmente establecida.

TAREAS PERICIALES DE LA PSIQUIATRÍA FORENSE	
Determinar el estado mental	Tendrá que determinar el estado mental del acusado en el momento de cometer la acción delictiva
Determinar la competencia o aptitud mental	Aptitud mental para cumplimentar las obligaciones de testigo, acusador o acusado en determinado momento del proceso judicial posterior al hecho delictivo
Compatibilidades	Establecer la compatibilidad con el régimen penitenciario del reo con trastornos mentales
Validaciones	Validar la confiabilidad del testimonio o de la competencia para testificar en menores de edad
Exámenes	Los relativos a la competencia para testimoniar y a las falsas confesiones y denuncias en adultos
Valoración de cambios en el régimen de aseguramiento terapéutico	Peritar a aquella persona que es considerada en supuesto estado peligroso por enfermedad mental o toxicomanía

Casos Prácticos

Dr. Jose Carlos Fuertes Rocañin.

Médico psiquiatra. Especializado en psiquiatría forense.

CASO 1º

CONSENTIMIENTO Y CONFIDENCIALIDAD EN EL MENOR DE EDAD

MOTIVO DE LA CONSULTA

Paciente varón de 15 años de edad, que acude al Hospital General (Servicio de Urgencias) por presentar una sintomatología considerada por el médico derivador como de tipo psiquiátrico.

La sintomatología que presenta y por la que se solicita la atención psiquiátrica consiste en: *apatía, ideación de perjuicio no muy explícita, tristeza, inhibición psicomotora, insomnio de despertar, introversión, sentimientos de extrañeza, coincidiendo en el tiempo la aparición de los síntomas con una “ruptura sentimental”.*

Según nos dice el informado y paciente, su pareja era una mujer 6 años más mayor que él (21 años), con la que ha mantenido relaciones afectivas desde hace unos dos meses y al producirse la ruptura está muy mal. No refiere antecedentes psiquiátricos previos, pero ahora dice estar al “límite”, incluso ha pensado en el suicidio, porque cree que no lo va a poder superar.

Nos refiere actualmente un consumo habitual de cannabis (aproximadamente 1 cigarrillo/día y un poco más el fin de semana). Además ingiere alcohol los fines de semana y ha probado anfetaminas en alguna ocasión hace unos meses, pero le dieron “paranoias” y no las ha querido tomar más.

Durante la entrevista, el menor **expresa con claridad y contundencia que no quiere que su familia se entere de la consulta**, porque cree que es un problema exclusivamente suyo, y además no hay buenas relaciones con sus padres desde que ha empezado a salir con esta persona, a la que consideran inadecuada para él no solo por la diferencia de edad sino por otros motivos que no quiere comentar.

El psiquiatra que le atiende en urgencias (MIR 3º) tras una entrevista de unos 20 minutos decide iniciar un tratamiento con Paroxetina 20 mgs/día y Alprazolam Retard 0,5 mgs/día, así como remitirle a su médico de referencia para que valore la pauta a seguir y la posibilidad de tratamiento psicológico. Dado el interés del menor en su confidencialidad y al considerarle “menor maduro” no se informa a la familia.

EXPLORACIÓN PSILOPATOLÓGICA

El paciente presenta un biotipo normosómico, bien orientado en tiempo y espacio, colaborador, abordable y guardando en todo momento las normas de cortesía. Su lenguaje es coherente.

El contenido del pensamiento pone de manifiesto una ideación sobredimensionada con respecto a su “fracaso amoroso” que magnifica y distorsiona en algunos momentos, llegando a vislumbrarse ideas de ruina y de catástrofe vital.

No se constatan, en el momento en el que se hace la valoración, trastornos senso-perceptivos, ni ideación delirante manifiesta, no obstante sí se evidencia un pensamiento distorsionado e ilógico con respecto a la superación del incidente.

Su estado de ánimo es de tristeza con predominio de polo vespertino. Moderada ansiedad. La memoria sin anomalías. Juicio crítico conservado con el matiz ya comentado sobre las consecuencias de lo que el mismo llama “fracaso personal”. Discreta apatía. La inteligencia por la simple apreciación clínica sin anomalías significativas.

ANTECEDENTES PERSONALES

Psiquiátricos:

- Problemas de atención y de rendimiento académico.
- Dificultad para controlar impulsos que él mismo manifiesta y reconoce.

Somáticos: Intervenido de apendicitis hace 4 años sin complicaciones.

Hábitos Tóxicos: Fumador tabaco desde los 13 años. Inicio en el consumo de cannabis y alcohol hace 1 año. Muy esporádico consumo de anfetaminas con un posible episodio disociativo no filiado ni tratado.

ANTECEDENTES FAMILIARES

- Padre: 52 años. Diabético insulino dependiente..
- Madre: 50 años. Operada de neoplasia de mama con excelente resultado.
- Hermanos 2 (ocupa el 2º lugar). 1 hermana de 18 sin anomalías.

EVOLUCIÓN

Los padres del menor al enterarse de que ha sido tratado piden explicaciones al médico que le atendió, éste les dice que tiene deber de **confidencialidad** y que esta todo ello **recogido en la Ley 41/2002**.

El padre, que es jurista, le dice que está cometiendo un grave error y solicita vía atención al paciente toda la información existente sobre de su hijo, advirtiéndolo de una posible demanda judicial contra el médico responsable.

El jefe de servicio decide no dar la información que se le solicita amparándose en el **Artículo 9.3 de la Ley 41/2002 de Autonomía del enfermo**, en el que se considera que el consentimiento por representación depende de si el médico considera al menor **maduro “intelectual y emocionalmente”** y que en este caso el médico que hizo la valoración así lo consideró.

El padre presenta un expediente de **jurisdicción voluntaria** ante la jurisdicción civil invocando la modificación operada por la entrada en vigor de la **Ley 26/2015, de modificación del sistema de protección de la infancia y de la adolescencia**. *Disposición final segunda que modifica los apartados 3, 4 y 5 y añade dos nuevos apartados (6 y 7) en el artículo 9 de la Ley 41/2002 que hacen referencia al consentimiento por representación.*

CONSIDERACIONES FINALES

La puesta en vigor de la **Ley 26/2015, de modificación del sistema de protección de la infancia y de la adolescencia**, supone una modificación en materia de información y documentación clínica, no obstante el hecho de considerar maduro (emocional e intelectualmente) a un menor es una **decisión que está en manos del profesional sanitario que hace la valoración**. Obviamente si es llamado ante un Tribunal tendrá que explicar en qué se ha fundamentado y qué criterios ha empleado para llegar a esa decisión.

La madurez es un criterio ambiguo y no determinado con claridad en ningún texto psiquiátrico, ni tampoco existen pruebas psicométricas que la expliciten de forma contundente, por lo tanto habrá que ser cautos en la apreciación de la madurez de un menor y valorar hasta qué punto es necesario limitar la información de los padres.

El Juez en el caso que nos ocupa, consideró que no había razones relevantes para limitar la información a los padres y que estos actuaban en el **beneficio del menor**, ordenando que se les diera información suficiente para que pudieran ejercer la guarda y custodia del menor de la mejor manera posible.

ADENDUM

Ley 26/2015, de modificación del sistema de protección de la infancia y de la adolescencia.

Disposición final segunda

Modifica los apartados 3, 4 y 5 y añade dos nuevos apartados (6 y 7) en el artículo 9 de la Ley 41/2002 que hacen referencia al consentimiento por representación.

3. Se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos:

- a) Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.
 - b) Cuando el paciente tenga la capacidad modificada judicialmente y así conste en la sentencia.
 - c) Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor, después de haber escuchado su opinión, conforme a lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor.
4. Cuando se trate de menores emancipados o mayores de 16 años que no se encuentren en los supuestos b) y c) del apartado anterior, no cabe prestar el consentimiento por representación. No obstante lo dispuesto en el párrafo anterior, cuando se trate de una actuación de grave riesgo para la vida o salud del menor, según el criterio del facultativo, el consentimiento lo prestará el representante legal del menor, una vez oída y tenida en cuenta la opinión del mismo.
5. La práctica de ensayos clínicos y la práctica de técnicas de reproducción humana asistida se rigen por lo establecido con carácter general sobre mayoría de edad y por las disposiciones especiales de aplicación.
6. En los casos en los que el consentimiento haya de otorgarlo el representante legal o las personas vinculadas por razones familiares o de hecho en cualquiera de los supuestos descritos en los apartados 3 a 5, la decisión deberá adoptarse atendiendo siempre al mayor beneficio para la vida o salud del paciente. Aquellas decisiones que sean contrarias a dichos intereses deberán ponerse en conocimiento de la autoridad judicial, directamente o a través del Ministerio Fiscal, para que adopte la resolución correspondiente, salvo que, por razones de urgencia, no fuera posible recabar la autorización judicial, en cuyo caso los profesionales sanitarios adoptarán las medidas necesarias en salvaguarda de la vida o salud del paciente, amparados por las causas de justificación de cumplimiento de un deber y de estado de necesidad.
7. La prestación del consentimiento por representación será adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre en favor del paciente y con respeto a su dignidad personal. El paciente participará en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario. Si el paciente es una persona con discapacidad, se le ofrecerán las medidas de apoyo pertinentes, incluida la información en formatos adecuados, siguiendo las reglas marcadas por el principio del diseño para todos de manera que resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad, para favorecer que pueda prestar por sí su consentimiento.»

CASO 2º

SOLICITUD DE INFORME PARA LA “NO” INCAPACITACIÓN JUDICIAL

ANTECEDENTES GENERALES DEL CASO

Paciente de 85 años de edad, mujer que acude por primera vez a la consulta de psiquiatría en el Sistema Público de Salud en el que nos encontramos trabajando, acompañada de su hija quien nos relata que viene a pedir un informe ya que se ha producido una situación conflictiva de tipo familiar

En síntesis sus otros tres hermanos quieren incapacitar a la madre e ingresarla en una residencia geriátrica, cosa que, tanto la hija como la propia paciente, ven inadecuada e inoportuna.

La exploración clínica inicial de la paciente refleja lo siguiente: *desorientación temporo-espacial leve, hipomnesia de fijación moderada y compatible con la edad de la paciente, estado de ánimo triste reactivo y coherente a la situación. Pensamiento moderadamente perseverante y algo prolijo. No trastornos en el contenido del pensamiento. No trastornos sensorio-perceptivos. No alteraciones del lenguaje. No hay alteraciones significativas del juicio crítico.*

Se realiza el mini-mental como método screening y se obtiene una puntuación de 20.

La hija que solicita el informe sobre la capacidad y competencia mental de la madre nos refiere que: **está lo suficientemente bien para vivir sola en su casa**, solo necesita una pequeña ayuda de supervisión y no quiere ingresarla en una residencia.

La propia interesada tampoco quiere irse de su casa donde está muy cómoda y feliz. Cree que sus hijos son unos egoístas y que lo están haciendo por interés.

Los otros tres hijos por el contrario y según nos dice la hija, piensan que estaría mejor en la residencia y que su hermana maneja a la madre en su propio beneficio. Por todo ello han presentado una demanda de incapacidad con informes médicos privados en los que se acredita **deterioro cognitivo** y **posible demencia vascular**.

ANTECEDENTES CLÍNICOS PERSONALES Y FAMILIARES ESPECÍFICOS

1. Familiares:

Padres fallecidos, no sabe precisar la causa.

Hermanos 4 (Ocupa el 4º lugar, todos fallecidos, no sabe precisar causas).

Hijos 4 (Todos ellos sanos y sin significación psicopatológica).

No se refieren alteraciones psicopatológicas relevantes en el medio familiar.

2.- Personales:

Somáticos: paciente diabética no insulino dependiente, hipertensa controlada con olmesartan y con una insuficiencia renal leve y bien controlada.

Psiquiátricos: Depresión postpartum en la última gestación que precisó tratamiento médico. Muy nerviosa siempre y con “pesimismo vital”.

Tóxicos: Sin interés

EVOLUCIÓN

Dadas las implicaciones legales que puede haber, el médico decide solicitar un estudio neuropsicológico para determinar y delimitar la existencia de deterioro cognitivo. Así mismo se pide un estudio analítico sistemático y una Resonancia Nuclear Magnética Cerebral.

En el estudio neuropsicológico se obtiene un resultado indicativo de **deterioro cognitivo leve** y en el informe psicométrico se habla que la persona tiene un aceptable nivel de autonomía aunque precisaría supervisión de terceras personas para actividades complejas.

En la RNM aparecen imágenes sugerentes de “microinfartos” a las que el radiólogo no da excesiva importancia, sin existir ningún otro tipo de lesión.

En la analítica en la que aparecen signos de insuficiencia renal no grave.

CONSIDERACIONES FINALES

En este caso estamos ante un serio problema donde está en juego la capacidad de obrar de una persona anciana. Sus tres hijos mayores quieren incapacitarla mientras que la hija más pequeña se opone.

La primera cuestión sería si este tipo de informes los debe/puede hacer un médico del Sistema Público de Salud, cuya misión esencial es asistencial. En este sentido podemos afirmar que los informes periciales de entrada no serían obligatorios hacerlos en la medicina pública, ya que para eso están los médicos forenses, y si el interesado quiere aportar más informes debería acudir a la medicina privada. Lo que sí es obligatorio en la medicina pública es emitir un informe clínico por cada acto médico que se realice.

Resuelta la cuestión previa, si el profesional decide realizar el informe podría obviamente hacerlo, teniendo en cuenta que en este tipo de situaciones los criterios determinantes para la incapacitación, según expresa literalmente el art. 200 del Código Civil: **son causas de incapacitación las enfermedades o de ciencias persistentes de carácter físico o psíquico que impidan a la persona gobernarse por sí misma.**

En consecuencia el papel del médico (en este caso se podría hablar de perito público, ya que aunque es solicitada su intervención por una de las partes, es ajeno al proceso y no percibe honorarios por ello), es exponer los resultados de su valoración de la forma más clara posible, y si es llamado por el Tribunal (que lo será, ya que si no se ratifica ante el Juez no tendría mucho valor el informe) deberá explicar su informe y responder a lo que ambas partes le pregunten.

En el caso que nos ocupa, el informe médico reflejó los datos ya mencionados afirmando el especialista cuando declaró que la enfermedad era persistente pero que en su criterio no le impedía el autogobierno.

Hubo otros informes de parte a los que el tribunal dio menos valor. El informe del médico forense a su vez era coincidente con el que emitió el psiquiatra.

El juez no declaró la incapacidad de la paciente.

MÓDULO III

El Médico



1. El acoso laboral del médico

A. MARCO NORMATIVO

Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, Estatuto de los Trabajadores.

Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

B. SENTENCIAS RELEVANTES

STSJ de Islas Canarias, Las Palmas (Sala de lo Social, Sección1ª) de 10 junio 2016 (AS 2016\1508)

STSJ de Cataluña,(Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección2ª), de 30 marzo (RJCA 2012\404)

C. DOCTRINA / DOCUMENTOS

Informe sobre la situación laboral de los médicos en España:

https://www.cgcom.es/sites/default/files/informe_resultados_cuarto_muestreo_encuesta_situacion_laboral_medicos_en_espana_23_febrero_2017.pdf

Protocolo de acoso laboral en la Comunidad de Madrid.

https://www.bocm.es/boletin/CM_Orden_BOCM/2017/05/23/BOCM-20170523-12.pdf

Sánchez Pérez, J.: “El acoso laboral y los mecanismos para su tutela jurídica” Revista de Información Laboral num. 5/2014

Poquet Catalá, R.: “Las dificultades probatorias del acoso laboral”, Revista Aranzadi Doctrinal num. 10/2016.

D. CONTENIDO

Situación actual sobre el acoso laboral en el ámbito médico

Tal y como puede extraerse del informe sobre la situación laboral de los médicos en España publicado este año 2017 por el Consejo de Colegios de Médicos y la Organización Médica Colegial se concluye **que uno de los grandes problemas laborales de los médicos es el acoso laboral que sufren en su entorno de trabajo**, alcanzando al 43,5% de los profesionales médicos. Sin embargo, debe destacarse que en esta encuesta el porcentaje de médicos especialistas en psiquiatría era únicamente de un 3,4%.

1.1. Concepto y requisitos del acoso laboral

CONCEPTO ACOSO LABORAL

De acuerdo con la **Organización Mundial de la Salud** puede definirse el acoso laboral o mobbing como: “el comportamiento agresivo y amenazador de uno o más miembros de un grupo, hacia un individuo en el ambiente de trabajo. Este acoso tiene como objetivo producir miedo, terror, desprecio o desánimo en el trabajador hasta que éste renuncie o sea despedido”.

Requisitos del acoso de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud:

1. Que no sea un suceso puntual y que al menos se prolongue seis meses.
2. Que sea frecuente y suceda, como mínimo, una vez a la semana.
3. Que exista una víctima concreta, es decir, que no sea simplemente una situación de mal ambiente laboral generalizado.
4. Que el acoso perpetrado no sea consecuencia de la conducta de la víctima.
5. Que el acosado no muestre un trastorno de personalidad previo con historial de conflictividad.

Quién puede acosar laboralmente

Los superiores jerárquicos

Los propios compañeros, considerados éstos no sólo los médicos sino también los demás trabajadores del centro de trabajo

Por otra parte, los médicos pueden ser objeto de acoso por parte de los pacientes que vemos en epígrafe aparte. Ese acoso no es considerado laboral.

¿Cuál es la situación en el entorno hospitalario?

11,8% causado por superiores y compañeros

28,6% causado sólo por los superiores

3,6% causado sólo por los compañeros

En atención hospitalaria, donde trabajan los psiquiatras por cuenta ajena en su mayoría, el 44,0% de los médicos encuestados afirma haber sufrido algún tipo de acoso

CUÁL ES EL FIN DEL ACOSO LABORAL

El acosador busca crear un entorno hostil o humillante que afecte a la vida laboral del trabajador acosado. Esas conductas acosadoras se desarrollan de forma sistemática y reiterada en períodos concretos y **la finalidad es perjudicar la integridad psíquica del trabajador o empleado.**

Supuestos de acoso laboral

Perjuicio en cuanto a carga laboral ya sea porque se le encomiende al trabajador por encima de sus compañeros o porque no se le tenga de forma continuada sin ocupación efectiva, o incomunicado, sin causa alguna que lo justifique.

Ocupación en tareas inútiles o que no tienen valor profesional, o tener que acatar órdenes de imposible cumplimiento con los medios que al trabajador se le asignan.

Perjuicio en cuanto a horario de trabajo que no responda a criterios de organización equitativos.

Veto para poder prosperar en la trayectoria profesional, como puede ser no poder acceder a formación, a casos que le permitan una mejora profesional, etc.

Privación de una parte de la actividad profesional.

Ridiculización o minusvaloración ante otros miembros del servicio o ante pacientes, o cuestionar reiteradamente las aportaciones e instrucciones de trabajo de una persona con el ánimo de desestabilizarlo y restar su autoridad.

Insultos graves o vejaciones. Reprender al trabajador reiteradamente delante de otras personas.

Exclusión inmotivada y prolongada de todas las actividades del servicio. Aislar al trabajador y reducir sus posibilidades de expresarse o de comunicarse con superiores o compañeros.

Comentarios despectivos/discriminatorios sobre origen racial o étnico, convicciones personales, discapacidad, orientación sexual... Difundir rumores falsos sobre su trabajo o vida privada o destruir la reputación personal o profesional de una persona mediante calumnias.

Acciones de represalia porque el trabajador ha presentado quejas, denuncias o demandas frente a la organización, o frente a los que han colaborado con los reclamantes.

Solicitud de favores de naturaleza sexual.

Supuestos de acoso laboral

En ocasiones es difícil identificar el acoso laboral al que puede estar sujeto el médico.

A modo de ejemplo no son causas de acoso laboral las siguientes:

- Una situación aislada y puntual en el trabajo
- Un requerimiento del superior para mejorar la productividad o el trabajo
- Un superior que sea exigente en el desempeño del trabajo de sus subordinados o que obligue al cumplimiento de las normas
- Tener un trabajo que exija estar solo por las circunstancias del mismo
- La falta de entendimiento con los compañeros, los roces o las tensiones
- La crítica en público, si es puntual
- Realizar el trabajo de forma continua mal y tener continuos apercebimientos.

1.2. Cómo se gestiona el acoso laboral

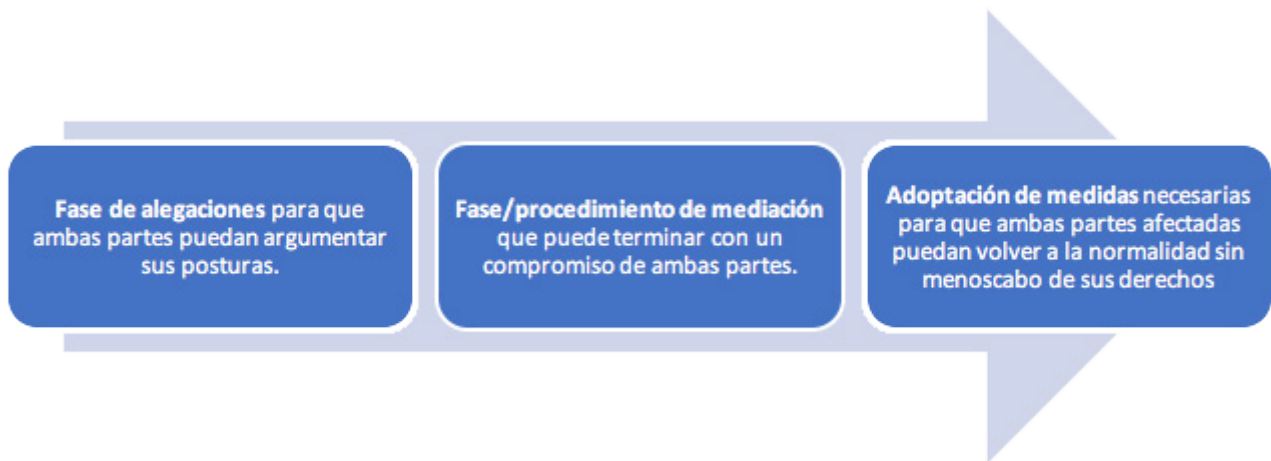
En el hospital donde trabaje el médico psiquiatra que está sujeto a acoso laboral, debe haber un protocolo de actuación. Estos protocolos en ocasiones están establecidos para toda una Comunidad Autónoma, como es el caso de Madrid, donde los criterios de funcionamiento deben ser iguales en todos los hospitales públicos, ya que vienen definidos para los trabajadores sujetos a relación laboral estatutaria.

Por tanto, antes de iniciar cualquier tipo de acción debe recabarse información sobre el **procedimiento de acoso** que tenga que aplicar el hospital donde trabaje el médico acosado.

Incumplir el procedimiento no determina que el acoso deje de existir, pero sí dificulta la determinación del alcance del mismo y limita (o impide) la toma de decisiones o medidas para poder afrontar mejoras en el clima laboral y, específicamente, en la situación que pueda ser la causa el acoso.

En el procedimiento debe existir **un sistema de denuncia de la situación** de acoso que garantice que sólo quien debe resolver, generalmente en el departamento de prevención de riesgos laborales o en el departamento de derechos humanos, tengan conocimiento de los detalles de la denuncia. **Deberá delimitarse quienes son los que pueden acceder a dicha información** en aras de una mejor protección del médico acosado.

1.3. Fases



Es deseable que la toma de medidas no sea adoptada por una única persona sino por una comisión donde esté el servicio de prevención de riesgos laborales.

OTRAS VÍAS DE ACTUACIÓN

La fase de comunicación en el centro de trabajo es independiente de otras decisiones que puede tener que afrontar el médico que se considera acosado.

La medida más habitual es la **baja laboral** basada en el acoso laboral.

Tipos de baja laboral si hay acoso

Por enfermedad común

Por accidente laboral

En ambos casos el trabajador está fuera del centro de trabajo, así que mejora.

Pero lo importante siempre es que el hospital conozca el problema para que se resuelva, de modo que la reincorporación del médico a su puesto de trabajo se haga sin que se mantengan las causas que le hicieron enfermar.

2. El acoso al médico por los pacientes

A. MARCO NORMATIVO

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.

B. SENTENCIAS RELEVANTES

STS (Sala de lo Penal, Sección1ª), de 12 julio. JUR 2017\193936

STS (Sala de lo Penal, Sección1ª), de 8 mayo. RJ 2017\2385

Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos (Sección 1ª), Caso A. contra Croacia, de 14 octubre 2010. JUR 2010\342533.

C. DOCTRINA / DOCUMENTOS

Rivas Vallejo, P.; García Valverde, Mª D.; Caballero Pérez, Mª J., Tomás Jiménez, N.: Tratamiento integral del acoso, Editorial Aranzadi, Enero de 2015.

Olivas, T., Nuevo delito de acoso en la vida privada: conductas punibles, Legal Today 15 diciembre 2016. <http://www.legaltoday.com/practica-juridica/penal/penal/nuevo-delito-de-acoso-en-la-vida-privada-conductas-punibles>

Camara Arroyo, S., “La primera condena en España por acecho o stalking”, UNIR Revista 29 junio 2016. <http://www.unir.net/derecho/revista/noticias/la-primera-condena-en-espana-por-acecho-o-stalking/549201499291/>

Lorenzo Barcenilla, S.: Stalking El nuevo delito de acecho del art.172 ter del Código Penal. Aproximación al cyberstalking, <http://openaccess.uoc.edu/webapps/o2/bitstream/10609/44681/6/slorenzobaTFM0615memoria.pdf>

D. CONTENIDO

Quien es el acosador

El propio paciente

Familiares o representantes del paciente

Cómo se manifiesta el acoso

En la persona del médico

En las personas de los familiares del médico

En los bienes o intereses del médico o sus familiares

2.2. Formas y procedimientos del acoso

Las formas y procedimientos de acoso pueden ser variados. Ejemplos.

Intromisión del paciente/familiar del paciente en la vida personal del médico a través de llamadas de teléfono a su casa o teléfono privado, visitas a su domicilio, envío de productos de forma obsesiva a su domicilio, seguimiento al médico o sus familiares...

Lesiones del paciente al médico: paciente que atenta contra el médico o sus bienes de forma reiterada.

Utilización de la imagen del médico sin permiso de forma ofensiva o hacer comentarios de él de forma continua en redes sociales, Internet para causarle perjuicios o cualquier otra vía.

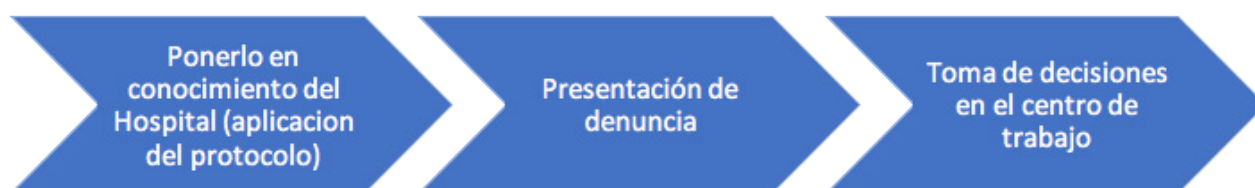
Criticar al médico de forma continua en lo que a su actividad profesional se refiere.

Atentar contra los bienes del facultativo como pueden ser su casa, su coche, etc.

2.3. Cuestiones básicas

Tan pronto como comience una actitud de hostigamiento por parte del paciente, el médico debe ponerlo **en conocimiento del Hospital**, que deberá aplicar el **protocolo** correspondiente (generalmente cambiar de médico al paciente o traslado del paciente)

Así mismo (y en función de la gravedad o de los posibles riesgos) el médico **deberá hacer una denuncia** en los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, generalmente policía, que la tramitará y llegará a un Juez. También pueden plantearse las denuncias ante el Ministerio Fiscal, Tribunal competente, o Juez de Instrucción de guardia de la localidad donde se cometan los hechos denunciados.



El Juez podrá decretar como medida cautelar una orden de alejamiento del paciente/familiar del paciente, pero para que esto ocurra es necesario que el médico pueda acreditar que efectivamente se está cometiendo un acoso sobre su persona, familiares o intereses, lo que precisa la aportación de pruebas.

Por ello, en caso de acoso por pacientes, desde el mismo inicio **es conveniente apuntar y reunir cuantas pruebas** puedan ser necesarias en el futuro para probar la existencia del hostigamiento. Si los indicios no son claros y las pruebas tampoco, no se acordará la orden de alejamiento por tratarse de una **privación de libertad** que, además, en estos casos se puede imponer de forma cautelar. Una vez dictada sentencia, en ella se puede incluir la citada orden de alejamiento.

La **orden de alejamiento está prevista en el art. 57 Código Penal** para cuando **se ha demostrado que existe cualquiera de los siguientes delitos**: homicidio, aborto, lesiones, contra la libertad, de torturas y contra la integridad moral, trata de seres humanos, contra la libertad e indemnidad sexuales, la intimidad, el derecho a la propia imagen y la inviolabilidad del domicilio, el honor, el patrimonio y el orden socioeconómico.

2.3. En qué consiste la orden de alejamiento

Es la prohibición que tiene el acosador de acercarse al médico o al lugar donde se encuentre, así como acercarse a su domicilio, a sus lugares de trabajo y a cualquier otro que sea frecuentado por él, así como, en su caso, la prohibición de comunicarse con el médico, o con aquellos de sus familiares u otras personas que determine el juez o tribunal, impidiendo al acosador establecer con ellos (por cualquier medio de comunicación o medio informático o telemático) contacto escrito, verbal o visual.

Si el acosador tiene declarada una discapacidad intelectual o una discapacidad que tenga su origen en un trastorno mental, el art. 48 CP contempla que se estudiará el caso concreto a fin de resolver teniendo presentes los bienes jurídicos a proteger y el interés superior de la persona con discapacidad que, en su caso, habrá de contar con los medios de acompañamiento y apoyo precisos para el cumplimiento de la medida.

2.4. Especialidad de Psiquiatría

Especialidades y Alternativas

Una especialidad para tener en cuenta en el caso de psiquiatras, es que los pacientes pueden estar exentos de responsabilidad penal al amparo del art. 20 del Código Penal, que dice:

“Están exentos de responsabilidad criminal: 1.º El que al tiempo de cometer la infracción penal, a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica, no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión. El trastorno mental transitorio no eximirá de pena cuando hubiese sido provocado por el sujeto con el propósito de cometer el delito o hubiera previsto o debido prever su comisión.”

Sin perjuicio de ello, la medida cautelar y sentencia final que dice el Juez, deberá establecer las medidas de seguridad oportunas para que el acoso cese.

Otro tipo medidas que pueden acordarse

El internamiento en centro psiquiátrico.

El internamiento en centro de deshabitación.

El internamiento en centro educativo especial.

La libertad vigilada.

La custodia familiar. El sometido a esta medida quedará sujeto al cuidado y vigilancia del familiar que se designe y que acepte la custodia, quien la ejercerá en relación con el Juez de Vigilancia Penitenciaria y sin menoscabo de las actividades escolares o laborales del custodiado.

3. El estrés y el burnout

A. MARCO NORMATIVO

Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, Estatuto de los Trabajadores

Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

B. SENTENCIAS RELEVANTES

STSJ de Cataluña, (Sala de lo Social, Sección1ª), de 14 septiembre.

AS 2010\1923SJS núm. 1 de Alicante (Comunidad Valenciana), de 6 mayo. AS 2004\1866.

C. DOCTRINA

Gómez Esteban, R.: "El estrés laboral del médico: Burnout y trabajo en equipo", Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, abril/junio 2004

Mingote Adan, J.C., Unidad de Psiquiatría. Hospital 12 de Octubre Madrid. Moreno Jiménez, B., "Desgaste profesional y la salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas preventivas 2004", Medicina Clínica, 123, 07, 265-270.

Sánchez Pérez, J.: "El síndrome del trabajador quemado (burn out): su contenido y su polémico encuadramiento jurídico-laboral", Información Laboral num. 5/2016 Editorial Aranzadi, Cizur Menor, 2016.

de la Fuente Madero, J.L; Gómez Álvarez, A.Mª. La movilidad funcional por razones preventivas en materia de riesgos psicosociales., Editorial Aranzadi, S.A.U., Enero de 2012.

D. CONTENIDO

Asociados al acoso laboral encontramos conductas que pueden ser confundidas por el médico como acoso no siéndolas. Estamos ante los casos, cada vez más frecuentes, llamados estrés o burnout.

Esta documentado en la doctrina científica que los médicos son unos de los profesionales que más síndrome de burnout tienen. En ocasiones el burnout y el acoso laboral tienen a difuminarse, pasando a considerarse lo mismo, aunque en puridad no lo sea. En ambos casos están asociados a problemas de salud mental y física de los médicos y profesionales de la salud.

3.1. ¿Qué puede producir la situación de burnout?

¿Qué puede producir la situación de burnout?

Estrés laboral

Insatisfacción en la relación médico-paciente

Falta de formación psicológica

Carencia de apoyo social

Escasez de tiempo

El problema asociado al burnout, es que el **médico pasa a ser enfermo** y las consecuencias y dificultades que se generan van más allá de las puramente organizativas en el hospital (que pueden resolverse con un cambio de horario o de compañeros de trabajo), sino que afectan al médico en su salud y a su trabajo con el paciente. **Que el médico sea consciente que está enfermo es una situación compleja en la vida real.**

3.2. ¿Cómo se ayuda al médico?

¿Cómo se ayuda al médico?

Procedimientos de apoyo previstos en el centro de trabajo, asociados y organizados por el Departamento de Prevención de Riesgos Laborales. Es importante que exista una formación continua y seguimiento de los profesionales para constatar el burnout según aparece.

Programa PAIME que la Organización Médico Colegial tiene para ayudar a los médicos que se consideran acosados o sufren burnout y otros trastornos asociados, como son una mayor ingesta de alcohol, antidepresivos, pastillas para dormir y otras drogas. La finalidad de la OMC es favorecer la rehabilitación de los profesionales sanitarios y garantizar que la práctica de la medicina se haga en las mejores condiciones posibles para la salud de los ciudadanos.

Según los últimos datos del Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME), impulsado por la Organización Médica Colegial (OMC) y que **ha atendido a casi 4.000 profesionales**, más de un 60% de los casos que reciben están relacionados con problemas de salud mental.

A nivel mundial, **según revela la American Medical Association (AMA)**, la **depresión y los síntomas depresivos afectan a más de un 30% de los médicos residentes**, a los que acaban de empezar, un grado de afección que no se reduce demasiado en etapas posteriores. http://www.fphomc.es/paime_fott

4. Prevención de riesgos laborales en el entorno psiquiátrico

A. MARCO NORMATIVO

Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

B. SENTENCIAS RELEVANTES

STC (Pleno), de 22 septiembre. RTC 2016\159

STSJ de Castilla y León, Valladolid (Sala de lo Social), de 3 febrero 2003. AS 2003\1315

STS (Sala de lo Penal), de 26 julio. RJ 2000\7920

SAN (Sala de lo Social, Sección1ª), de 14 mayo. AS 2014\1239

C. DOCTRINA

Prevención de riesgos laborales en el sector sanitario. Gobierno de La Rioja.

<https://www.riojasalud.es/profesionales/prevencion-de-riesgos/872-prevencion-de-riesgos-laborales-en-el-sector-sanitario>

Manrique Abad, M.: Riesgos Psicosociales en trabajadores de hospital psiquiátrico, Valladolid, 2013, <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/7861/1/TFM-I-91.pdf>

Guía básica de Riesgos Laborales específicos en el sector sanitario, Secretaria de Salud Laboral, Comisiones Obreras Castilla y León, 2011

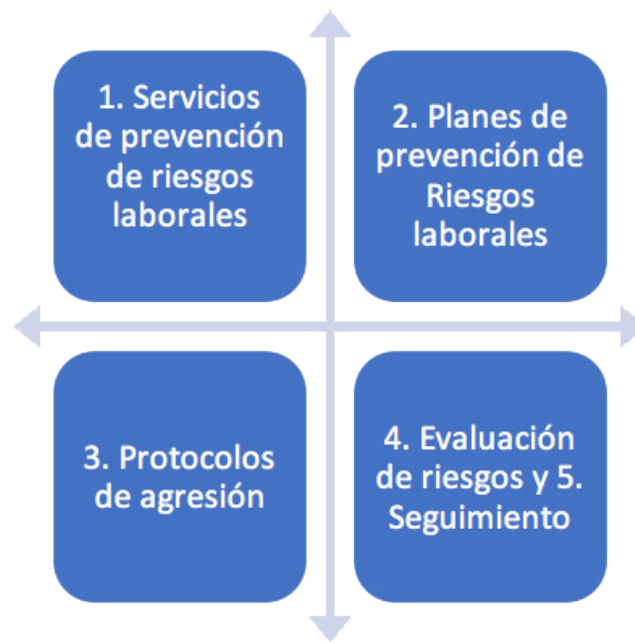
http://www.sanidad.ccoo.es/comunes/recursos/15617/doc142620_Guia_Basica_de_riesgos_laborales_en_el_sector_sanitario.pdf

D. CONTENIDO

Cuando hablamos de prevención de riesgos en el entorno psiquiátrico debemos prestar especial atención a la violencia o agresiones a los médicos en su centro de trabajo. El origen procedimental y de responsabilidad del centro proviene de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre sobre Prevención de Riesgos Laborales que dice: la Ley, en su art.14.2 que "el empresario deberá garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos relacionados con el trabajo".

4.1. Conocimiento sobre el servicio de prevención de riesgos

Cuestiones que se deben de conocer sobre el servicio de prevención de riesgos



1. El médico debe conocer que dentro del centro de trabajo están **los servicios de prevención de riesgos** que son quienes canalizan no sólo los accidentes sino también las agresiones. Además, es el encargado de organizar sistemas de prevención o protocolos de funcionamiento, que recomienda a la Dirección para evitar agresiones o determinar cómo actuar ante éstas, si ocurren en el centro de trabajo.
2. En ocasiones **los planes de prevención** vienen fijados por los servicios de salud de la Comunidades Autónomas para todos los centros sanitarios. Por tanto, se elaboran protocolos comunes frente las agresiones que puedan tener, entre otros, los médicos, estableciéndose medidas preventivas, así como procedimientos de comunicación de los hechos y formas de actuación ante ellos: cómo actuar legalmente, quién debe hacerlo y cómo se debe de dejar constancia de que se ha producido la agresión.
3. Los distintos servicios de salud de las comunidades autónomas han comenzado a elaborar **protocolos frente a las agresiones** a su personal, que abarquen los aspectos preventivos del fenómeno y también ayuden a clarificar como debe el personal reaccionar ante las situaciones de violencia para evitarlas, o si ello no ha sido posible, qué debe hacer para minimizar su impacto, cómo declararlas, cómo actuar legalmente y quién debe hacerlo, y cómo se debe de dejar constancia de que se ha producido la agresión.
4. Debe haber una **evaluación de riesgos en el centro de trabajo** en el que deben constar las medidas de seguridad que tiene el centro de trabajo ante situaciones conflictivas. Así mismo **debe informarse a los médicos** de que conocen el protocolo de actuación ante agresiones.
5. El servicio de prevención ofrece a los trabajadores, por tanto a los médicos, el **seguimiento de los efectos o repercusiones que hayan podido tener las agresiones en la salud**, adoptándose las medidas que procedan, ya sea de tipo psicológico o de tratamiento médico.

4.2. ¿Qué hacer tras la agresión?

A quién se notifica

Deberá notificarse como regla general al **servicio de prevención** de riesgos laborales así como la **Dirección del centro** para que se puedan tomar medidas si procede y se preste apoyo al médico agredido.

Si hay lesiones

Cuando la agresión es física debe de haber un parte de lesiones, que deberá hacerse por un **facultativo** del servicio de prevención de riesgos o también cualquiera de **urgencias** o del centro de trabajo.

Asesoramiento jurídico

Al haber una agresión debe de haber una **denuncia** que puede presentar el **médico agredido e incluso el propio centro de trabajo** o institución. Ese apoyo jurídico de asesoramiento debe dárselo el centro de trabajo, aunque también realizan un trabajo encomiable los colegios profesionales.

El medico no es igual que cualquier otra persona. Las sentencias más recientes están considerando que **la agresión a médicos se incardina en los art. 550 y ss CP** que contemplan los delitos contra la autoridad, sus agentes o funcionarios público.

4.3. Medidas de seguridad para evitar agresiones

Medidas de seguridad pasiva

Implantación de dispositivos de alarma interna. Pueden ser teléfonos, timbres fijos en mesas o paredes, interfonos... ; lo importante es que se pueda detectar que hay un problema ya sea por el sonido o por un dispositivo luminoso en pasillos, o bien porque haya una conexión directa o automática con el servicio de seguridad del centro.

Instalación de videocámaras con grabación en espacios comunes, cumpliendo LOPD

Instalación de cristales irrompibles y otras infraestructuras especiales como colchones ignífugos en servicios que atiendan a pacientes psiquiátricos en fases agudas.

Que no existan cosas al alcance del enfermo que puedan ser utilizados como arma (cuchillos, cosas punzantes, etc) para producir lesiones.

Sistemas de comunicación directa con la Dirección del centro y con la Policía.

Medidas de seguridad activa

Sistemas de comunicación con fuerzas del orden.

Atención médica a pacientes con antecedentes de comportamientos violentos acompañados de otro profesional o personal de apoyo. Atender al paciente con la puerta abierta (preservando su intimidad) y con acceso rápido a los servicios de seguridad del centro que deben estar avisados.

Vigilante de seguridad.

4.4. Procedimiento penal, civil o laboral

Qué hacer si a pesar de todo hay una agresión

El médico agredido puede iniciar un procedimiento que puede ser penal, civil o laboral, dependiendo de lo que el médico persiga.



Negación del médico a seguir prestando asistencia médica, ¿vulnera la deontología?

El art. 11 del Código de Ética y Deontología Médica contempla la posibilidad de que el médico suspenda la asistencia a su paciente si llegara al convencimiento de que no existe la necesaria confianza hacia él. En estos casos, **lo comunicará al paciente o a sus representantes legales** con la debida antelación, y facilitará que otro médico se haga cargo del proceso asistencial, transmitiéndole la información necesaria para preservar la continuidad del tratamiento.

4.5. Incluir de la agresión en la historia clínica

Se puede incluir de la agresión en la historia clínica del paciente

El médico puede incluir en la historia clínica del paciente la agresión de la que ha sido víctima a los puros efectos documentales y de advertencia al resto de facultativos que le tratan o puedan tratar en el futuro.

La mera declaración en la historia, no determina per se la veracidad ni vincula a jueces en hipotéticos juicios futuros.

Casos Prácticos

Dr. Jose Carlos Fuertes Rocañin.

Médico psiquiatra. Especializado en psiquiatría forense.

CASO 1°

AGRESIVIDAD Y LESIONES EN URGENCIAS

ANTECEDENTES

1. Se trata de un hospital general con 500 camas, una plantilla de 1.000 trabajadores y un nivel de sobrecarga asistencial muy elevado.
2. El centro sanitario se encuentra ubicado en una zona muy periférica de la ciudad, y cerca de unos barrios conflictivos y con elevado índice de delincuencia y tráfico de sustancias ilegales.
3. En dicho centro ha habido en los últimos meses varias agresiones en los servicios de urgencias, que, aunque no han producido ninguna lesión en los profesionales sanitarios, si han generado una sensación de inseguridad muy alta y de malestar significativo entre todo el personal, tanto médico como no médico. Existe un servicio de seguridad contratado no amplio; en concreto en urgencias hay dos personas en turnos de 8 horas.
4. Usted trabaja en psiquiatría de enlace y también es tutor de psiquiatría de residentes de urgencias de forma eventual, en espera de que llegue un profesional de que pueda hacerse cargo de este cometido.

LOS HECHOS

En su turno de servicio de guardia es requerido en urgencias, ya que los residentes de Medicina Interna y de Psiquiatría no se ven competentes para abordar el caso de una paciente agitada por posible intoxicación de sustancias y antecedentes de trastorno esquizoafectivo con mala adherencia terapéutica e hiperfrecuentación por problemas socio familiares.

A su llegada, se evidencia que la paciente está muy agitada, violenta y heteroagresiva. Se le ha empezado a atender en un box donde hay material quirúrgico en abundancia, debido a la saturación asistencial, lugar en el que está en el momento en el que llega.

La enferma tiene fácil acceso a tijeras, hojas de bisturí, y demás elementos capaces de producir lesiones graves a ella misma o a terceros.

Usted intenta una aproximación que ve imposible sin que su integridad física se vea dañada. En ese momento el personal asistencial y de servicios auxiliares es mayoritariamente femenino (solo hay un celador varón de escasa formación en problemas de agitación psiquiátrica). Usted solicita la presencia del personal de seguridad y acude uno de ellos ya que el otro ha sufrido un incidente no muy importante, pero está temporalmente fuera de servicio.

ACTUACIONES QUE SE LE PROPONEN ELIJA LA MAS ADECUADA

- a) Tener paciencia hasta conseguir que la paciente deponga su actitud.
- b) Actuar con astucia y proceder usted y los voluntarios que encuentre a la contención física de la enferma.
- c) Llamar a la policía para que se hagan cargo del asunto e informar por escrito al director del centro.
- d) Llamar al juzgado para informar y ver qué es lo que decide hacer.

ACTITUD CORRECTA A SEGUIR

La postura más correcta desde la perspectiva psiquiátrico legal y dados los antecedentes expuestos, sería la de llamar a la policía nacional (112 o 091), ya que el hospital no dispone de medios adecuados, ni tampoco de personal entrenado para solventar este tipo de urgencia.

otro lado, se ha producido una alteración del orden público que puede originar daños graves para el enfermo y/o terceras personas, lo que supera el manejo de la situación por parte de un único componente de los servicios de seguridad del centro que en ese momento está presente.

SITUACIÓN QUE SE PRODUCE AL LLEGAR LA POLICÍA

Se desplaza hasta el centro una patrulla de Policía Local, compuesta por dos agentes uniformados, que tras analizar la situación deciden que ellos no son competentes para actuar dentro de un hospital; si la situación se hubiera producido fuera del recinto sanitario sí sería su competencia, pero que en el interior del Servicio de Urgencias, es la Seguridad del centro quien debe actuar.

Ellos esgrimen además que “al llevar armas no pueden entrar en el centro sanitario y que además las medidas de contención que ellos realizan, pueden producir daños al enfermo de los que ellos serían responsables. Por lo tanto, se limitarán a ayudarnos en la contención, pero “haciéndonos un favor” dada la zona en la que está el hospital, pero no por obligación.

En el trascurso de todo ello, una auxiliar que ha intentado de nuevo hablar con la enferma, recibe un TCE al arrojarle la paciente un extintor, teniendo que ser atendida en urgencias por ello con pronóstico reservado ya que se ha producido obnubilación de conciencia y herida inciso contusa en cuero cabelludo que requiere sutura y realización de TAC cerebral

CUAL DE ESTAS OPCIONES LE PARECE MAS CORRECTA

- a) Proceder usted y los sanitarios a la contención para evitar un daño mayor.
- b) Solicitar la presencia de más agentes de policía local para que entre todos lo se proceda a resolver el problema..
- c) Pedirle a un familiar que acompaña a la paciente que hable con ella y la convenza.
- d) Llamar con urgencia a la Policía Nacional y comentarles la situación para que venga una dotación adecuada.

ACTITUD CORRECTA Y COMENTARIOS FINALES

Este caso no es tan extraño ni tan extremo como puede parecer a primera vista, y además esta sacado de un caso real. En esta situación lo que **NO** hay que hacer es ser imprudente ni osado, y **NO** poner nunca nuestra vida ni la del personal auxiliar en peligro grave.

Lo que **SÍ** hay que hacer, es conseguir que los profesionales de la seguridad contengan a la enferma y una vez realizado ello, indicar el tratamiento sedativo más apropiado y proceder al ingreso involuntario de la enferma, solicitando al Juzgado la preceptiva autorización como marca el art. 763 de la LEC, teniendo un plazo para ello de 24 horas.

Una vez resuelta la urgencia, la enferma sedada e ingresada y contenida físicamente, debería poner en conocimiento de su superior jerárquico, al mismo tiempo que al Juzgado de Guardia un relato por escrito y pormenorizado de los hechos ocurridos, aportando en el informe el mayor número detalles,

para depurar las responsabilidades legales que pudiera haber (nº de carnet profesional de los agentes intervinientes, hora de su llegada, conversación mantenida, testigos, momento en el que se procede a realizar el ingreso, tratamientos que se administran y forma de hacerlo, estado del personal auxiliar que ha sido lesionado, etc.).

En este caso podríamos estar ante posibles delitos de **denegación de auxilio** de la policía local o de **omisión del deber de socorro**, negligencia profesional de las fuerzas policiales y responsabilidad patrimonial de la administración por **lesión de un trabajador**, que la autoridad judicial determinará en su momento.

CASO 2º

ACOSO LABORAL

ANTECEDENTES

1. Estamos ante el caso de un médico residente de 3er año de la especialidad de psiquiatría, cuya personalidad es moderadamente reivindicativa, pero en modo alguno sus actitudes son arbitrarias ni estaríamos ante ningún un trastorno psiquiátrico ni de la personalidad.
2. El centro sanitario es un hospital general de una provincia pequeña (100.000 habitantes) donde hay unos criterios establecidos de facto, de no llamar al médico adjunto de la especialidad salvo en situaciones límites, siendo los MIR los que resuelven de forma habitual todas las situaciones.
3. El citado MIR de 3er año, ha planteado en sesiones clínicas y reuniones diversas, que no está de acuerdo con la situación que se ha producido durante todos estos años y que no es justo ni legal el que los MIR hagan todo el trabajo sin estar debidamente tutorizados por los Facultativos Especialistas de Área que están de guardia alertada, llegando a plasmarlo en un informe dirigido al jefe de servicio, del que guardó copia de su presentación en el registro de entrada.
4. Esta actitud del MIR le está produciendo entre el staff un rechazo importante, de tal forma que se le encomiendan las peores guardias, se le ningunea en muchas de las sesiones clínicas, se le exige cumplimiento de horarios de forma muy severa, se le aísla físicamente en un despacho incómodo y a apartado del resto, e incluso se le impide o dificulta la asistencia a congresos.
5. Esta situación, que sus propios compañeros de residencia (son 7 más, es decir 2 por año de especialidad) consideran incomoda e injusta, no es respaldada públicamente por temor a que luego ese "posible acoso" se vierta sobre a ellos.
6. El afectado por el posible "acoso" ha empezado a acudir a un Médico de Atención Primaria externo y ajeno al hospital, ya que se encuentra cada vez más inquieto, con insomnio de conciliación, despertares frecuentes, clinofilia y anhedonia. El MAP viendo, la complejidad de la situación le deriva a atención especializada de referencia, pero él MIR no se fía y acude a su consulta privada donde le relata lo que le está pasando.

ACTUACIONES QUE SE LE PROPONEN ELIJA LA MAS ADECUADA

- a) Tratarle como una depresión y aconsejarle que tenga calma, que no se meta en problemas y que modifique su actitud.
- b) Tratarle como una depresión y hacerle ver que siempre las cosas han sido así y seguirán de esa forma.

- c) Tratarle como un trastorno adaptativo y hacer un “informe-parte” de lesiones, para que pueda acudir a la sanidad pública, se tramite su baja laboral y si lo cree pertinente inicie acciones legales.
- d) Tratar los síntomas que nos refiere y nada más.

ACTITUD CORRECTA A SEGUIR

En nuestra opinión, la postura más adecuada es la que se describe en el punto c, ya que estaríamos ante un presunto acoso laboral, situación que hoy está tipificada como delito en el vigente Código Penal.

Por lo tanto no solo se está produciendo un daño para la salud psíquica del paciente, que en principio parece ser producida por su situación laboral, y que estamos obviamente obligados a tratarle, sino que además estaríamos también ante el deber informar a la autoridad judicial por si pudiera existir una infracción penal. Artículo 262 de la LECr, que dice literalmente así:

“Los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieren noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, al Tribunal competente, al Juez de instrucción y, en su defecto, al municipal o al funcionario de policía más próximo al sitio, si se tratare de un delito flagrante.

Los que no cumplieren esta obligación incurrirán en la multa señalada en el artículo 259, que se impondrá disciplinariamente.

Si la omisión en dar parte fuere de un Profesor en Medicina, Cirugía o Farmacia y tuviesen relación con el ejercicio de sus actividades profesionales, la multa no podrá ser inferior a 125 pesetas, ni superior a 250”.

COMENTARIOS FINALES

Lo que presenta el MIR 3º es un **cuadro mixto de tipo depresivo ansioso** que desde la óptica clínica podría ser considerado, por el momento, como un **Trastorno Adaptativo** secundario al problema sociolaboral que nos ha referido el paciente, por el que necesita tratamiento psicoterapéutico y tal vez psicofarmacológico.

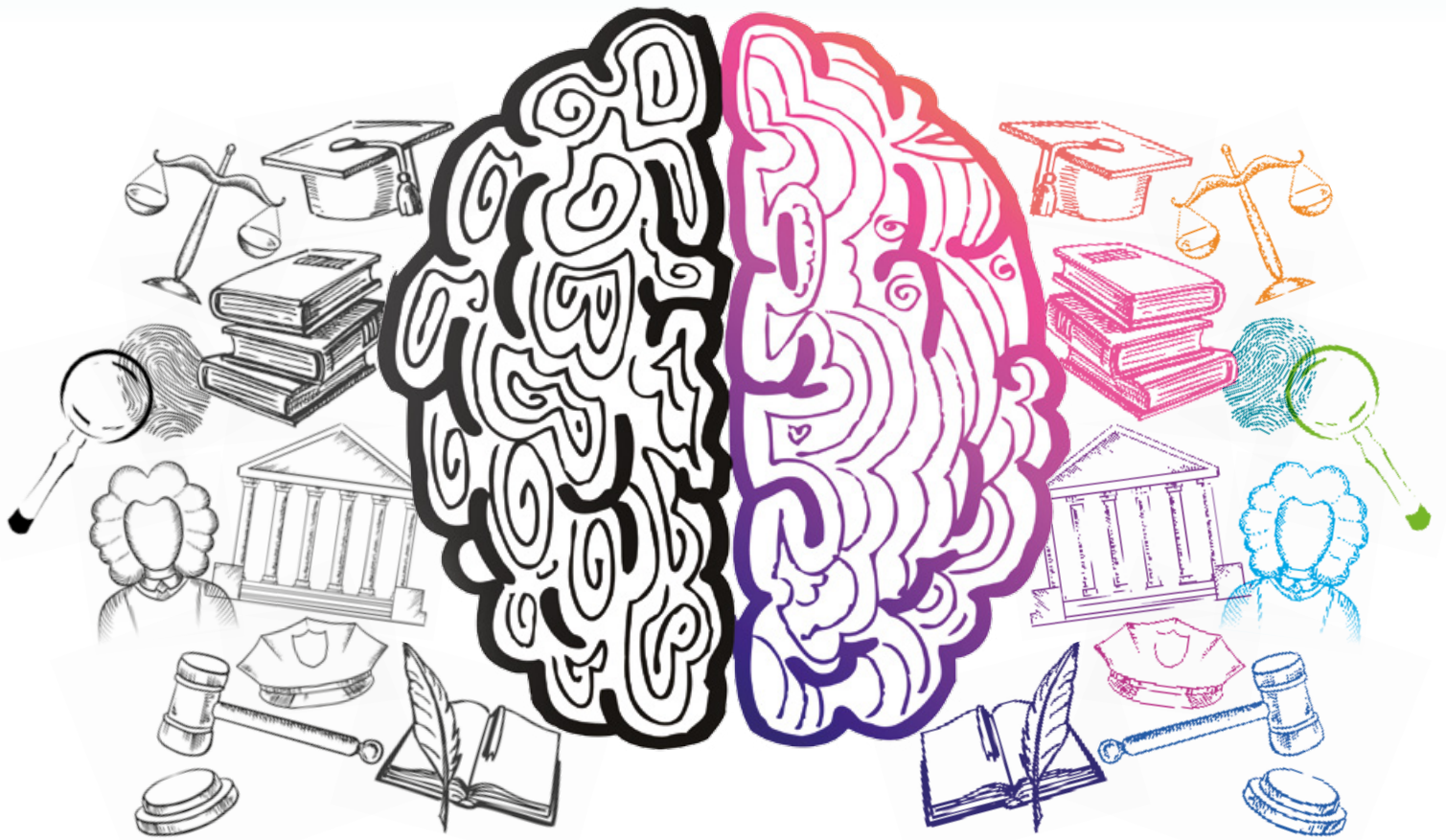
Por otro lado “el acoso laboral” está también, como hemos comentado, tipificado en el Código Penal, y en concreto en su artículo Art. 173.1º que dice literalmente lo siguiente:

“El que infligiera a otra persona un trato degradante, menoscabando gravemente su integridad moral, será castigado con la pena de prisión de seis meses a dos años. Con la misma pena serán castigados los que, en el ámbito de cualquier relación laboral o funcionarial y prevaliéndose de su relación de superioridad, realicen contra otro de forma reiterada actos hostiles o humillantes que, sin llegar a constituir trato degradante, supongan grave acoso contra la víctima”...

En síntesis y con la reforma operada, quedan al menos **delimitados los requisitos** que el tipo penal requiere **para que una conducta de este tipo pueda ser sancionada penalmente:**

1. Que el autor de los hechos los cometa “prevaliéndose de su relación de superioridad”.
2. Que se trate de actos “reiterados”.
3. Y que supongan un “grave acoso” contra la víctima sin llegar a constituir trato degradante, nota de gravedad cuya concurrencia es imprescindible a la hora de calificar estas conductas como delito o falta.

Por lo tanto, estaríamos ante una situación doble. Por un lado, asistir al enfermo y por el otro iniciar la acción judicial mediante una denuncia por medio de parte de lesiones (recordemos que las lesiones pueden ser físicas o psíquicas).



Material destinado al profesional sanitario



Patrocinado por:

