

## Esta sección recoge una breve selección de libros y artículos sobre cada tema, incluyendo textos actuales y recuperando otros considerados de interés

Ana González Rodríguez

*Psiquiatra. Complejo Hospitalario Cantoblanco-Psiquiátrico (Madrid)*

Internamientos psiquiátricos.

*Carrasco Gómez JJ, Maza Martín JM. Psiquiatría Legal y Forense.*

*Madrid: La Ley- Actualidad, 1997: II.10.1-II.10.13.*

Dos autoridades en el tema, un psiquiatra y un jurista, han elaborado este Manual de Psiquiatría Legal y Forense. Una obra donde se unen la información, la opinión sobre temas controvertidos y la documentación necesaria. Editada con un formato que permite actualizaciones anuales. Sin duda, un libro de consulta indispensable.

Cuatro apartados sirven para abordar amplia y claramente, los aspectos concernientes al internamiento psiquiátrico. La legislación civil; el artículo 211; los requisitos para el internamiento, dentro de los que se mencionan el internamiento por razón de trastorno psíquico, sin capacidad de consentimiento, en menores de edad, en situaciones de urgencia, la autorización judicial, el examen de la persona por el Juez, la intervención del M. Fiscal, el oír el dictamen de un facultativo y el control judicial posterior. El último apartado está dedicado al rechazo del internamiento.

El capítulo dedicado a tratamientos en psiquiatría, también hace referencia al tratamiento en internamiento y sus distintas modalidades.

El tratamiento penal del enfermo mental en el nuevo Código

*Espinosa Iborra J. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 1997; 64 (XVII): 607-625*

El autor reflexiona sobre las implicaciones que la entrada en vigor del nuevo Código Penal, tiene para el enfermo mental que comete un delito. Los avances respecto a la situación previa son la mayor garantía de un juicio justo y la mejora de las condiciones de la "medida de seguridad", alternativa a la pena. Sin embargo, plantea la discriminación de la que sigue siendo objeto el enfermo mental, por la que se le aplican medidas extraordinarias de defensa social y se le considera un completo incapaz para comprender la ilegalidad del delito cometido y del sentido de la pena. Otro problema es el lugar donde el declarado inimputable debe cumplir la medida de seguridad. La indefinición del Código Penal, respecto a si tal medida es cautelar o de tratamiento real, deja abiertos el sistema penitenciario y el sanitario como destinos posibles, en función del peso que la peligrosidad ejerza sobre el juzgador. Finalmente, señala la dificultad para trabajar con estos enfermos, derivada de su falta de equiparación con el resto de los penados, lo que obliga a los equipos técnicos a depender de los Tribunales para tomar decisiones terapéuticas.

¿Criminales o locos?

*Alvarez Peláez, Huertas García-Alejo. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1987*

Los peritajes psiquiátricos de Aurora Rodríguez y de Gregorio Cárdenas, realizados por el Dr. Gonzalo R. Lafora en los años treinta y cuarenta de este siglo, llevan a una reflexión aún incon-

clusa, sobre el papel de la psiquiatría, con su ciencia y su ética, en la conformación de la cultura; el psiquiatra ha pasado a ocupar una posición relevante en el campo de la política y la justicia, interviniendo en la "remodelación social". La "patologización" del criminal tenía y tiene, la doble intención de atenuar la pena, pero también, de asegurar el control del delincuente incurable. En la medida en que el psiquiatra confirma el diagnóstico de enfermedad mental, el delincuente ve reducida su condena pero pasa a depender del control médico. Así la paranoia de Aurora Rodríguez y la epilepsia de Gregorio Cárdenas se convierten en organizadores sociales de su época. Cabría preguntarse, como hace Peset en el prólogo del libro, qué otros diagnósticos han surgido o surgirán para permitir organizar la sociedad de fin de siglo: ¿la drogadicción?, ¿el desempleo?

#### Leyes concernientes al tratamiento e ingreso involuntarios en el Reino Unido

*Gelder M, Gath D, Mayou R. Concise Oxford Textbook of Psychiatry.  
Oxford: Oxford University Press, 1994: 431-443*

Los criterios para determinar si un internamiento es esencial en el Reino Unido, se basan en garantizar la salud o seguridad del paciente o de terceros. Existen variaciones de procedimiento que intentan asegurar que no se extralimite el poder de tales decisiones: la intervención de un trabajador social y el acuerdo de dos médicos, uno de ellos con título de psiquiatra, para proceder al ingreso o el derecho del paciente a apelar a un grupo de "legos", llamados "managers", o a un tribunal independiente constituido por un juez, un médico y un lego, si el primero falla.

En el apéndice "The law in England and Wales", se resumen las principales secciones de la ley de Inglaterra y Gales concernientes a la psiquiatría y, fundamentalmente, al internamiento psiquiátrico.

#### Estudio retrospectivo de 2.200 ingresos y reingresos involuntarios

*Sanguineti VR, Samuel SE, Schwartz SL, Robeson MR. Am J Psychiatry 1996;  
153: 392-396*

Intento de estudiar las variables sociodemográficas y clínicas de los pacientes ingresados o reingresados de forma involuntaria en unidades de psiquiatría. Aunque los datos hacen referencia a Filadelfia en el año 1991-92, en gran medida recogen variables conocidas y extrapolables a cualquier sociedad occidental. Un perfil bien diferenciado del paciente más frecuentemente hospitalizado de forma involuntaria: hombre, joven, soltero, diagnosticado de esquizofrenia, afroamericano en EEUU. Contrariamente a lo que otros estudios han demostrado, los autores no encuentran que la comorbilidad con el abuso de sustancias aumente el riesgo de hospitalización y/o reingresos.

#### Informe del Defensor del Pueblo

*Defensor del Pueblo. Situación jurídica y asistencial del enfermo  
mental en España. Madrid: Publicaciones, 1992*

A pesar del tiempo pasado, este informe realizado por la Oficina del Defensor del Pueblo sigue siendo la única revisión global del tema del internamiento psiquiátrico en España. El informe analiza la legislación estatal y autonómica (que poco ha cambiado desde entonces) y recoge datos sobre indicadores y dispositivos de la red de servicios psiquiátricos. El informe incluye una descripción de los numerosos centros visitados y se cierra con unas recomendaciones a administraciones y centros concretos y otras de carácter general que han servido como instrumento de cambio en estos años.

## Legislación, derechos y salud mental

Diez Fernández ME (Compiladora). *Legislación, derechos y salud mental*. Oviedo: Servicios de Publicaciones del Principado de Asturias, 1994

Juristas y profesionales de la Salud Mental pasan revista a buena parte de los problemas de la práctica psiquiátrica, desde un breve marco conceptual que elaboran José García y Alvaro Gil-Robles a las intersecciones de la psiquiatría y la justicia en problemas concretos: el internamiento involuntario, la imputabilidad, la infancia, las toxicomanías. Tiene el interés de la variedad de enfoques y las limitaciones comunes a toda publicación que recoge trabajos hecho para presentar en unas jornadas.

## El internamiento psiquiátrico en Europa

Whitney L, Ruiz P, Langenbach M. *Detaining psychiatric patients*. Sensky T, Katnoa C, Montgomery S. *Psychiatry in Europe*. Londres: Gaskell, 1994; 137-144

Revisión de las innovaciones en la Psiquiatría europea que dedica un capítulo a la retención de pacientes psiquiátricos. La creación de la Unión Europea ha puesto de manifiesto la divergencia existente entre las legislaciones en materia de internamiento psiquiátrico de los países miembros y ha estimulado el debate y la aparición de movimientos armonizadores de las mismas. El libro resume la práctica actual sobre internamientos civiles en Reino Unido, Alemania, Italia y España. En general, la práctica de la Europa continental muestra sustanciales similitudes y se diferencia considerablemente de la Mental Health Act de Inglaterra y Gales. Las similitudes entre los países continentales son atribuidas a la tradición legal Romano-Germánica, mientras que el Reino Unido se inspira fundamentalmente en la Common Law y en el principio de "equidad" y tiene una escasa influencia del Derecho romano. Dentro de los países continentales mencionados, también existen diferencias. Así, mientras en Alemania es imprescindible la peligrosidad para poder realizar un internamiento involuntario, no lo es en Italia ni en España.

## La experiencia de la Unidad Psiquiátrica de Jerez de la Frontera.

Cañate Fernández JM. *Reflexiones acerca de la dimensión jurídica del ingreso psiquiátrico*. *Psiquiatría Pública*, 1998 1 (10): 13-18.

Un breve recorrido histórico partiendo del proceso Bourgeois, en 1783, el que por primera vez en la historia que se alega locura como justificante de crimen, hasta el actual artículo 211 del Código Civil, sirve como introducción a un estudio de las características de los internamientos psiquiátricos en la Unidad de Salud Mental del Hospital del Servicio Andaluz de Salud, de Jerez de la Frontera. De la experiencia de los 1.641 ingresos realizados desde el año 1991 hasta 1994, casi el 44% involuntarios, se desprende una mejora en la calidad de la asistencia y en la garantía de los derechos de los pacientes desde la reforma legal de 1983. No obstante, los autores señalan el escaso control judicial que sigue existiendo, previo al ingreso.

## Legislación en EE.UU.

Simon RI. *Clinical Psychiatry and the Law*. Washington DC: American Psychiatry Press 1992

Un texto que nos permite conocer la legislación norteamericana que contempla tribunales especiales para autorizar los internamientos, el desarrollo del habeas corpus, la posibilidad del rechazo a ciertos tratamientos (medicación neuroléptica, por ejemplo), posible, aún en pacientes incapacitados. En general, hay una mayor sensibilidad y desarrollo de medidas de respeto ético de las

actuaciones (las medidas de contención y aislamiento están rígidamente reguladas; el consentimiento informado es una práctica habitual, abundan los protocolos por actividades). Hay una gran variedad de reglamentaciones según los Estados.

#### La hospitalización involuntaria en Francia

*Barbier D. Guide de l'intervention en santé mentale. Toulouse: Privat, 1993*

Libro dedicado a la legislación psiquiátrica en general, de gran interés tanto en su parte general, en la que dedica un capítulo al internamiento involuntario, como en aspectos concretos : toxicomanías, alcoholismo, psiquiatría penitenciaria, menores. De fácil manejo, es un pequeño manual sobre las leyes, reglamentos y recursos existentes en Francia.

#### ¿Qué es mala práctica en psicoterapia?

*Hundert EM, Appelbaum PS. Boundaries in psychotherapy: model guidelines. Psychiatry 1995;58(4): 345-356.*

El mantenimiento de los límites de la psicoterapia es uno de los temas éticos más complejos en la actualidad. Si bien las relaciones sexuales entre paciente y terapeuta parecen un ejemplo claro de violación de límites y sobre el tema parece existir un consenso, no ocurre lo mismo con otros aspectos de la psicoterapia. Se citan casos aparecidos en los medios de comunicación que suponen una transgresión no sexual de los límites psicoterapéuticos. Sería necesaria una definición de dichos límites, pero no parece tarea fácil ya que existen opiniones diferentes entre terapeutas, legisladores y población afectada.

#### Responsabilidad médica y psiquiatría

*Carrasco Gómez JJ. Responsabilidad médica y psiquiatría. Madrid: Colex; 1990*

Texto que recoge una visión general de la responsabilidad médica en sus diferentes vertientes: administrativa, civil y penal, y particularmente sobre las cuestiones más problemáticas en la práctica psiquiátrica: errores diagnósticos, errores terapéuticos (al médico le son exigibles los conocimientos, habilidades y medios técnicos necesarios para desarrollar su actividad y también le puede ser exigida su actualización), las vicisitudes éticas y legales del secreto médico, el consentimiento informado, entre otras. De especial interés para la práctica psiquiátrica cotidiana es el capítulo dedicado a los tratamientos (errores terapéuticos), con referencia a los riesgos por mal uso o responsabilidades por falta de información de los psicofármacos; las precauciones y necesidad de consentimiento en las terapias electroconvulsivas, la psicocirugía –sobre cuya utilidad plantea dudas-, las psicoterapias y las complicaciones legales de la aplicación del narcoanálisis.

A pesar de las limitaciones impuestas por las modificaciones en las normas legales desde la publicación de este libro en 1990, es una lectura obligada para médicos y juristas interesados en estos temas.

#### Deberes y derechos en la práctica psiquiátrica

*Kraut AJ. Responsabilidad profesional de los psiquiatras. Buenos Aires. Ediciones La Rocca; 1991*

Escrito por un abogado vinculado a la problemática psiquiátrica en América Latina, esta obra aborda fundamentalmente la compleja trama de los deberes-derechos derivados del contrato de

prestación de servicios psiquiátricos –contrato de confianza prototípico- y la responsabilidad profesional emanada de su incumplimiento. Contrato de prestación de servicios desigual que acentúa su asimetría con los pacientes hospitalizados. Kraut reivindica aquí el derecho a la dignidad como condición incuestionable y abarcadora de todos los valores de la existencia humana. Entre los temas tratados: el respeto a la intimidad del paciente (“o el deber de no abusar de la transferencia”, donde el autor aborda el abuso sexual de los terapeutas con sus pacientes, la principal causa de denuncias por mala praxis en EE.UU.), el deber de seguridad (evitación de conductas autolesivas), el secreto profesional, intimidad e informática, responsabilidades de la hospitalización (obligaciones durante el internamiento, el derecho a resistir la internación, el daño resarcible...).

### Derecho Médico General y Especial

*Martínez-Calcerrada L (director). Derecho médico. Vol 1. Madrid: Tecnos; 1986*

Obra colectiva dirigida por un magistrado y coordinada por un médico forense, José María Martínez-Calcerrada, en la que participan veinte autores. Se compone de tres tomos, el que comentamos, sobre derecho médico general y especial, y otros dos tomos dedicados a legislación médica y a jurisprudencia médica respectivamente. En este primer volumen se trata el concepto de profesional de la medicina y el acto médico: su significado, su naturaleza jurídica y su responsabilidad. Se estudia tanto la responsabilidad civil como la penal y administrativa. Completan la obra una parte dedicada a “funciones médicas especiales” y sus repercusiones profesionales (tráfico de drogas, accidentes de tráfico, cambio de sexo, delitos personales, trasplante de órganos, la genética, el aborto y la objeción de conciencia); otra parte, sobre el “médico en el Derecho Laboral y Administrativo” y, por último, el “médico en el derecho fiscal” (obligaciones fiscales del médico como profesional en ejercicio libre y como contratado o funcionario de la empresa pública).

### La ruptura de la confidencialidad

*Kleiman I, Baylis F, Rodgers S, Singer P. Bioethics for clinicians: 8. Confidentiality. CMAJ 1997; 156(4): 521-524*

La confidencialidad de los datos de los pacientes, es decir la obligatoriedad del médico de mantener en secreto toda la información concerniente a los pacientes, está sólidamente establecida en los códigos éticos y en la legislación internacional. Sin embargo, el médico, y más frecuentemente el psiquiatra, a veces conocen información sobre el paciente de la que se pueden derivar posibles daños a terceros o a ellos mismos. Se encuentra el profesional ante el dilema de mantener el secreto o de prevenir el posible daño. El artículo plantea el deber de romper la confidencialidad en estas situaciones únicamente respecto a aquella información que pueda prevenir un daño y que sólo deberá ser revelada a aquéllos que puedan prevenirlo.

### Responsabilidad profesional en la investigación psiquiátrica

*Lehrman NS, Sharav VH. Ethical problems in psychiatric research. J Ment Health Adm 1997; 24(2): 227-250*

Se aborda el problema de la moralidad y el valor de los experimentos realizados con pacientes psiquiátricos cuya capacidad mental y juicio están afectados, y por tanto son incapaces de un consentimiento informado. Surge así el tema de la responsabilidad de los profesionales que realizan tales estudios, sin un consentimiento realmente válido, a sabiendas de que la supresión brus-

ca de la medicación o la administración de determinadas sustancias puede agravar los síntomas, o ignorando las necesidades de tratamiento de aquellos sujetos que actúan como control en estudios de placebo. De todo ello se desprende la puesta en tela de juicio de la adecuación de las garantías actuales, de los comités de control y una trivialización del consentimiento informado que se aplica.

#### La responsabilidad de los psiquiatras forenses

*Weinstock R, Garrick T. Is liability possible for forensic psychiatrists? Bull Am Acad Psychiatry Law 1995; 23(2): 183-193*

Los autores plantean las diferencias existentes entre la responsabilidad de los psiquiatras forenses y la de los psiquiatras generales. La ausencia de una relación médico-paciente tradicional y la "cuasijudicial" inmunidad protegen a los psiquiatras forenses contra las acciones de mala praxis. Sin embargo, aunque la falta de una relación médico-paciente tradicional elimina el elemento esencial de mala práctica, no acaba con otros tipos de responsabilidad como son la difamación o la negligencia ordinaria. Entran en juego elementos externos que median una relación médico-paciente parcial, como son el derecho a la verdad y/o el deber con el abogado que contrata al psiquiatra forense.

#### Previsibilidad e imprevisibilidad

*Romeo Casabona CM. El médico ante el Derecho. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1987*

Libro escueto, con ánimo divulgador para juristas y sanitarios. De especial interés en psiquiatría el capítulo: "Especial consideración a la producción de un resultado imprevisible", en cuanto realiza una distinción sobre el accidente imprevisible y el caso fortuito. Para que un resultado, un suceso o accidente, pueda ser considerado imprevisible no basta con que el sujeto no lo hubiera previsto o no fuera para él previsible, si pudo ser previsto por otra persona puesta en su lugar. Es decir: un resultado perjudicial para un paciente será objetivamente previsible si lo hubiera sido para cualquier otro médico puesto en situación del actuante, conociendo los antecedentes del caso y el estado de la medicina en la especialidad de que se trate. Imprudencia y caso fortuito son incompatibles (en el caso fortuito, la actividad o conducta del médico requiere siempre la presencia de la diligencia debida, mientras que la culpa exige la omisión de esta diligencia). El caso fortuito es imprevisible y si fuere previsible es inevitable.

#### Responsabilidad psiquiátrica en el alta hospitalaria de pacientes potencialmente violentos

*Simon RI. Psychiatrists' duties in discharging sicker and potentially violent inpatients in the managed care era. Psychiatr Serv 1998; 49(1): 62-67*

El autor plantea la responsabilidad añadida que supone para el psiquiatra el trabajo con pacientes potencialmente violentos que se encuentren hospitalizados. La reflexión se centra en aquellos profesionales que trabajan en un marco comunitario y más concretamente en el sistema de "managed care" americano. Según Simon, la política de estas organizaciones tiende a presionar al psiquiatra, limitando el tiempo y los recursos de los que dispone para diagnosticar y valorar la violencia potencial existente. Quizás, el interés del artículo, más allá de la creciente influencia en el mundo occidental del "managed care" y del cambio que tal sistema supone en la práctica psiquiátrica, reside en que las presiones de instituciones y sistemas no eximen al profesional de la responsabilidad en el tratamiento de los enfermos.

¿Quién tiene la responsabilidad en la relación médico-paciente?  
*McMillan RC. Responsibility to or for in the physician-patient relationship?*  
*J Med Ethics 1995; 21(2): 112-115*

La amenaza de los pleitos por mala práctica en EE.UU. está obligando nuevamente a los médicos a asumir la responsabilidad de sus pacientes. El problema ético fundamental que se plantea con este enfoque es que niega la capacidad moral del paciente. El autor propone una responsabilidad hacia los pacientes, más que de los pacientes, como forma de frenar el neopaternalismo emergente. La responsabilización mutua puede evitar problemas éticos y demandas.