

INDICE

Introducción.....	11
Prologo.....	13
Sobre la edición en español.....	15
Educación en Bioética Una Metodología de la Cátedra UNESCO.	
Qué enseñar y Cómo hacerlo	17
Caso Reportado N° 1: Consentimiento Informado.....	33
Caso Reportado N° 2: Consentimiento Informado.....	35
Caso Reportado N° 3: Derechos de los pacientes.....	39
Caso Reportado N° 4: Obligaciones legales con enfermos mentales.....	41
Caso Reportado N° 5: Doble lealtad del profesional.....	45
Caso Reportado N° 6: Conflicto de intereses.....	47
Caso Reportado N° 7: Conflicto de Intereses.....	49
Caso Reportado N° 8: Eutanasia.....	51
Caso Reportado N° 9: Eutanasia.....	53
Caso Reportado N° 10: Confidencialidad.....	57
Caso Reportado N° 11: Confidencialidad.....	61
Caso Reportado N° 12: Confidencialidad.....	65
Caso Reportado N° 13: Confidencialidad.....	69
Caso Reportado N° 14: Confidencialidad.....	73
Caso Reportado N° 15: Confidencialidad.....	75
Caso Reportado N° 16: Confidencialidad.....	77

Caso Reportado Nº 17: Confidencialidad.....	79
Caso Reportado Nº 18: Confidencialidad.....	81
Caso Reportado Nº 19: Publicación científica.....	83
Caso Reportado Nº 20: Informar al paciente.....	87
Caso Reportado Nº 21: Tratamiento forzoso.....	91
Caso Reportado Nº 22: Tratamiento forzoso.....	95
Caso Reportado Nº 23: Tratamiento forzoso.....	99
Caso Reportado Nº 24: Tratamiento forzoso.....	103
Caso Reportado Nº 25: Tratamiento forzoso.....	107
Caso Reportado Nº 26: Tratamiento forzoso.....	111
Caso Reportado Nº 27: Tratamiento forzoso.....	113
Caso Reportado Nº 28: Tratamiento forzoso.....	117
Caso Reportado Nº 29: Tratamiento innecesario.....	119
Caso Reportado Nº 30: Hospitalización forzada.....	121
Caso Reportado Nº 31: Hospitalización innecesaria.....	125
Caso Reportado Nº 32: Hospitalización innecesaria.....	127
Caso Reportado Nº 33: Hospitalización.....	129
Caso Reportado Nº 34: Hospitalización de prisionero.....	131
Caso Reportado Nº 35: Hospitalización de prisioneros.....	133
Caso Reportado Nº 36: Testimonio experto.....	135
Caso Reportado Nº 37: Certificado médico.....	139
Caso Reportado Nº 38: Testimonio experto.....	141

ÉTICA EN PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL.

CASOS-VIÑETAS

Introducción

Es un privilegio para mí haber sido convocado para escribir una introducción a este libro sin precedentes sobre dilemas éticos en psiquiatría y salud mental. He presidido el Comité Permanente de Ética de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA, por sus siglas en inglés) durante nueve años, en cuyo marco hemos elaborado en 1996 la Declaración de Madrid. Me siento feliz de que los editores de este libro hayan sido miembros del comité de ética de la WPA y hayan contribuido también con mi libro *Cultura ética y Psiquiatría*, publicado en el año 2000.

Algunos lineamientos específicos se han anexado a la Declaración de Madrid en relación a las nuevas problemáticas que emergen debido a los bruscos cambios y la evolución de la práctica profesional, las cuales ulteriormente el psiquiatra podría enfrentar como dilemas éticos. Cualquier código de ética puede ser un paradigma para quien ejerce la práctica clínica, pero ocurre que el psiquiatra debe algunas veces ajustar a los casos individuales lo que ha aprendido sobre ética, poniendo así en juego su juicio, experiencia y sentido de la responsabilidad. Si bien los aspectos éticos en investigación han devenido un elemento estándar en la agenda de los organismos de financiamiento para la investigación y de las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales pertinentes, la consideración de los aspectos éticos de las propuestas con el fin de reformar la educación en el área médica o de reestructurar los planes de estudio de medicina, enfermería y otras disciplinas de la salud es aún

escasa. Esto a pesar de que los cambios en la educación en el área tienen un profundo impacto en el comportamiento ético de la generación de estudiantes y profesionales. En general, hay poca o ninguna presión en cuanto a presentar evidencia al gobierno y a la sociedad sobre el hecho de que una reforma particular no sólo producirá beneficios en términos de mayor conocimiento y habilidades, sino que contribuirá a que los profesionales sean más propensos a actuar de acuerdo a principios éticos.

Son necesarias sólidas bases éticas para que los pacientes no queden librados a la buena voluntad del profesional. Según el estatuto y reglamentos de WPA, actualmente ningún miembro de la sociedad puede ser admitido en la WPA a menos que se atenga a nuestro código de Ética y a la Declaración de Madrid.

Me gustaría felicitar a los autores de este libro ya que cubre un vacío en nuestros estudios sobre ética y permite un profundo ejercicio de reflexión, a la vez que nos aporta conocimiento en relación a diferentes dilemas que surgen en la implementación de la Ética en psiquiatría y salud mental.

Prof. Ahmed Okasha
Presidente de la Asociación Mundial
de Psiquiatría (2002-2005)

Prólogo

Un libro dirigido a estudiantes de medicina y psiquiatras sobre asuntos éticos debe poseer una heurística particular y características pedagógicas especiales dado su objeto de estudio, el cual puede resultar novedoso o puede ser desconocido para muchos, ya que traducir los conceptos a un lenguaje sencillo comporta dificultades, además de los recursos técnicos que se requieren para transmitir el mensaje. Los editores han seleccionado viñetas como herramienta para la enseñanza de los conceptos éticos en este libro. Si bien el uso de viñetas como recurso pedagógico puede tener algunos detractores, estas son comúnmente utilizadas para transmitir en unos pocos párrafos los elementos centrales de un caso y para demostrar en la práctica la aplicación de los conceptos. Veinte colegas alrededor del mundo han contribuido con sus viñetas para este libro. De por sí, estas tienen un carácter universal, pero también resulta obvio que los problemas que delinean son muy similares en cualquier parte y que los psiquiatras deben lidiar con estas cuestiones con independencia de dónde ejercen su práctica. Las viñetas también abarcan extensos segmentos sobre asuntos y tópicos que frecuentemente perturban la práctica de la psiquiatría y, en algunas ocasiones, se convierten en materia de debate público sobre lo apropiado de las intervenciones psiquiátricas. De este modo, las viñetas abarcan el compromiso respecto al derecho al tratamiento y el derecho a negarse al tratamiento; situaciones psicoterapéuticas y psiquiatría legal y forense; consentimiento informado y problemáticas en relación a la confidencialidad y privacidad. Se ha pedido a los colaboradores que ocultaran tanto como fuera posible cualquier elemento en las viñetas que pudiera identificar a los involucrados, siendo esta una preocupación ética fundamental al momento de escribir sobre casos respetando la protección de la confidencialidad y privacidad.

Algunas viñetas describen comportamientos que son abiertamente poco éticos y lindan con lo delictivo. Han sido conservados como una

indicación de que, a veces, la línea que divide las acciones poco éticas y la infracción legal se desdibuja y que dichas conductas pueden comportar consecuencias legales si esa línea se transgrede.

A continuación de la presentación de cada viñeta se ha utilizado un enfoque binario para indicar las posibilidades de, al menos, dos respuestas al problema, contrarias entre sí. Si bien este enfoque podría ser considerado demasiado simplista, la idea es proveer a los estudiantes de alternativas para el pensamiento ético, sin agobiarlos con conceptos éticos densos para los cuales otros manuales y textos han sido escritos específicamente.

La enseñanza de la ética a través del uso de viñetas es similar a enseñar a través de casos en pases de sala. El riesgo de este enfoque sería tornarse demasiado específico y concentrarse con excesivo detenimiento en las cuestiones del caso, olvidando las implicaciones socio-políticas que subyacen al mismo, como por ejemplo la justicia distributiva y la asignación de recursos para las necesidades en salud mental, la criminalización de los enfermos mentales y una infinidad de otras vicisitudes legales en relación a la internación. Estos tópicos han sido mencionados tanto como ha sido posible, en consonancia con el principio de que este libro resulte básico y sencillo de utilizar, con la esperanza de promover el interés en el lector. Como tal, el mismo puede ser considerado un manual básico sobre cuestiones éticas, sin ninguna pretensión de constituir un texto académico en la materia.

A. Carmi

D. Moussaoui

J. Arboleda-Flórez

Sobre la edición en español

La publicación en español de este Casebook sobre las cuestiones éticas en psiquiatría y salud mental, va precedida de un artículo reciente de Amnon Carmi en el que se desarrollan los antecedentes y fundamentos del método. Efectivamente, en enero de 2018 el Dr. Carmi, presidente de la Cátedra UNESCO de Bioética en la Universidad de Haifa, y uno de los tres autores de esta obra, distribuyó entre las 190 unidades que integran la Red Internacional este valioso documento en el que se describen los resultados de la investigación que dio origen al diseño de esta estrategia de enseñanza, a la vez que se ofrece una base rigurosa para el modelo de los casos-viñetas que la integran.

Tal como consta en el documento, la investigación preliminar conducida por la Universidad de Haifa se realizó a partir de consultas a Facultades de Medicina de distintos países y sus resultados atienden a la enseñanza de la ética y Bioética entre estudiantes de esa disciplina. Las conclusiones llevaron al diseño del método de los Casebook, y dieron lugar a la publicación de una docena de libros guía, disponibles en la web de la Red Internacional de la cátedra UNESCO de Bioética (Haifa) y cuyo listado se consigna en las referencias del artículo de Carmi. Pero la utilización de estos materiales a lo largo de la última década no se limitó a los médicos, sino que alcanzó a psicólogos, enfermeros, terapeutas ocupacionales, musicoterapeutas, psicopedagogos y otros profesionales del campo de la salud. De allí que en algunas traducciones al español hayamos preferido la expresión “profesionales de la salud” para hablar de quienes enfrentan los dilemas, o de “Ciencias de la salud”, para referirnos a lo que en los originales se denomina como Medicina. Esta ampliación del campo profesional está por otra parte en armonía con el desarrollo de nuestras disciplinas en distintos países de América Latina y por cierto con la

Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos, que propone abordajes de los problemas éticos desde un marco más abarcador que el de las ciencias médicas y naturales.

Así, los casos que se discuten a continuación pueden ser abordados desde una genuina transdisciplina. Muchas veces, la entrada situacional está planteada desde coordenadas médicas, pero su salida en términos éticos convoca ineludiblemente ficciones jurídicas, concepciones filosóficas y estrategias clínico-analíticas, que potencian la riqueza de las viñetas. Su utilización entre estudiantes de grado y posgrado, como así también por parte de profesionales de la salud en Iberoamérica será sin duda un aporte clave para el pensamiento ético que anima nuestra práctica en un mundo cada vez más intenso.

Juan Jorge Michel Fariña
Programa de Ciencia y Técnica
Universidad de Buenos Aires

Educación en Bioética

Una Metodología de la Cátedra UNESCO

Qué enseñar y Cómo hacerlo

Introducción

En 2001, el Director General de la UNESCO firmó un acuerdo con el Rector de la Universidad de Haifa para el establecimiento de una Cátedra UNESCO de Bioética. El artículo 2 del Acuerdo definía el objetivo de la cátedra: coordinar y promover una red internacional de institutos de formación en ética médica, la cual reúna institutos de educación superior tanto en los países desarrollados como en desarrollo, para formular una actualización de los planes de estudios de educación en ética médica que satisfaga los requisitos de formación académica en el mundo.

Durante la primera década, la Cátedra estableció 190 Unidades en cinco continentes, y produjo doce libros guía sobre educación ética. La presente reseña presentará el carácter novedoso de este método, sus antecedentes a nivel profesional y su base científica, así como el dispositivo organizativo-institucional que permitió el desarrollo exitoso del proyecto.

Primera parte: Antecedentes

A. El Currículo Básico de Bioética

El 19 de octubre de 2005, la 33ª reunión de la Conferencia General de la UNESCO adoptó la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos

Humanos. La declaración establece un conjunto de principios bioéticos que proporciona una plataforma global por la cual la bioética puede ser introducida y enseñada a estudiantes universitarios.

La División de Ética de la Ciencia y Tecnología de la UNESCO, particularmente el Sector para Ciencias Sociales y Humanas, ha producido el Syllabus para el Programa de Educación Ética: El Currículo Básico de Bioética (BCC por sus siglas en inglés). El BCC fue desarrollado con la asistencia del Comité Asesor de Expertos (AEC) para la enseñanza de ética, que comprende los siguientes miembros: R. Apressyan, D. Balasubramaniam, A. Carmi, L. de Castro, D. Evans, D. Gracia, N. Guessous Idrissi, H. ten Have y J. Williams. El BCC se propone introducir los principios bioéticos de la Declaración Universal que son compartidos por expertos, legisladores y profesionales de la salud de todo el mundo. El BCC tiene un núcleo claro: define lo que debe considerarse como el mínimo en términos de horas lectivas y contenidos para la enseñanza adecuada de la bioética.

El BCC está destinado a proporcionar a los profesores una forma de lograr que los estudiantes reflexionen sobre las dimensiones éticas y consideraciones de Derechos Humanos de la medicina, el cuidado de la salud y la ciencia. En otras palabras, el BCC responde a la pregunta: ¿qué debería enseñarse? Sin embargo, como se argumentará a continuación, el BCC no responde ni podría responder a la siguiente pregunta: ¿cómo debería enseñarse la bioética? El presente documento intentará ofrecer una respuesta a esta cuestión.

B. La primera investigación de Haifa

La investigación inicial sobre la importancia y calidad de la educación ética en las facultades de medicina en todo el mundo fue llevada a cabo por el por el Centro Internacional de Salud, Derecho y Ética de la Universidad de Haifa en 1996, cuando 110 instituciones médicas completaron y devolvieron el Cuestionario enviado por Haifa.

A continuación, se resumen los hallazgos obtenidos durante ese período.

Principalmente y en términos estadísticos, el curso de ética se impartió en 105 (95%) de estas instituciones. Aunque a primera vista esta situación es casi ideal, el hecho de que muchos médicos no lleven adelante su práctica en términos éticos, indicaría que los métodos a través de los cuales han sido formados resultan cuestionables, lo cual confirma nuestra premisa, a saber, que los métodos de enseñanza en esta materia en las Facultades de Medicina no serían los adecuados.

En segundo lugar, aunque en el 88% de las instituciones médicas los cursos de ética son obligatorios, esta exigencia no garantiza que la conducta de los estudiantes esté guiada por valores éticos.

El cuestionario se ocupó de indagar la formación profesional de los profesores de ética que impartían estos cursos en las escuelas de medicina. El resultado reveló que en el 32% de las instituciones los educadores a cargo de la formación ética eran médicos, mientras que sólo una universidad disponía de un educador con formación específica.

En el 18%, los profesores eran filósofos o especialistas en ética; el 6% cuenta con un médico y un abogado; el 15% un médico, un filósofo y un especialista en ética; el 3% un abogado, un filósofo y un profesional con formación ética; el 14% un médico, un filósofo, un especialista en ética y un abogado; y en el 4% de las instituciones restantes, la instrucción era impartida por un eclesiástico. Podríamos suponer que, en principio, el hecho de que el docente sea un médico, resulta positivo dada la tendencia de los estudiantes de medicina a desarrollar empatía con un miembro experimentado de su propia profesión, lo cual debería inducirlos a incorporar las directivas éticas con mayor facilidad. Por supuesto, ello no supone desestimar la presencia de especialistas en filosofía, derecho y religión, con el fin de familiarizarse con las opiniones de otros expertos en ética. Sin embargo, el hecho de que aproximadamente el 77% de las personas involucradas de una manera u otra en la enseñanza de la ética hayan sido médicos, aunque resulte en

principio alentador, refuerza el dilema. ¿Por qué la enseñanza de la ética no alcanzó sus objetivos?

La investigación trató de explorar un tema adicional no menos relevante con respecto al número de horas que se han asignado a la enseñanza de la ética. Se encontró que el 9% de las instituciones dedicaron hasta diez horas a la instrucción en ética; en el 29% destinaron de diez a veinte horas; el 33% enseña entre veinte y cincuenta horas; el 7% entre cincuenta y cien horas; mientras que en el 8% de las instituciones fueron más de cien horas de instrucción.

Uno debe deducir lógicamente que el núcleo de la cuestión no radica tanto en la cantidad como en la calidad de esas horas. Una última pregunta se refería a la ubicación de la educación ética en el plan de estudios de las carreras de medicina, es decir en qué año o años debería ser impartidos los cursos de ética. La investigación reveló que el 54% de las instituciones ubican la ética en un año de estudio. En el 10%, el tema es enseñado durante dos años; en el 9% abarca tres años; en el 10% se extiende durante cuatro; en el 5% sobre cinco; y en el 3% durante los seis años de la carrera.

Se supondría que cuanto más tiempo se dedica a la enseñanza de la ética, y cuánto más se extienda sobre la currícula completa de medicina, mejor será el resultado. Sin embargo, incluso si tal recomendación fuera universalmente aceptada, no sería lo suficientemente fuerte como para desafiar y eliminar el problema de métodos de enseñanza ineficaces, los cuales claramente requerían de una modernización y reforma radical.

C. La segunda investigación de Haifa

Se realizó una investigación adicional en 2001. El Centro Internacional de Health, Law and Ethics solicitó a 1.500 decanos de Facultades de medicina que completaran otro cuestionario y que lo devolvieran al Centro. Dado que sólo sesenta decanos lo entregaron efectivamente, la encuesta de ninguna manera puede ofrecer una

imagen mundial, si bien se obtuvieron datos de las Américas en el oeste, Tasmania en el este, Suecia en el norte y Sudáfrica. Los encuestados pertenecían a escuelas de medicina en países subdesarrollados y desarrollados.

Los sesenta encuestados se pueden dividir en cuatro grupos. El primero comprende 48 Facultades de medicina en las que los cursos de ética son obligatorios. En tres instituciones éstos son opcionales. Tres integran la formación ética en sus seminarios de medicina y cirugía. El cuarto grupo es heterogéneo. Un dato interesante, ofrecido por una universidad en Aberdeen, Escocia, fue que se solicitó a todos los estudiantes que firmen un compromiso ético, asegurando que cumplirán tales principios durante su futura práctica como médicos.

Por otro lado, se obtuvo que trece instituciones designan sus cursos con el título de Ética Médica, 3 prefieren nombrarlos Bioética, 3 han optado por llamarlos Ética Médica y Ley de Salud. Otros denominan sus cursos como Seminarios en Bioética, Ética médica y Derecho, Conferencias sobre ética, Ética médica y Deontología, Habilidades Clínicas, Ética y Estética, Ética Profesional, Ética y moral, Ética biomédica y Filosofía de la medicina.

Las horas dedicadas a conferencias específicas sobre temas éticos varían tan significativamente que en este punto se podría suponer que existe una gran variedad de opiniones sobre qué es lo que debería comprender un curso de ética.

Retomando lo anteriormente desarrollado, nueve instituciones dedican menos de diez horas al dictado de seminarios de ética, ocho imparten cursos durante entre diez y diecinueve horas, cuatro escuelas dedican entre veinte y veintinueve horas a la temática, cinco entre treinta y treinta y nueve horas, dos entre cuarenta y cuarenta y nueve horas. Dos instituciones enseñan el tema por cincuenta horas, dos entre sesenta y sesenta y nueve horas. Otras dos escuelas indican que hay entre 108 y 240 horas de ética en sus programas, lo que no parece

dejar mucho tiempo para las asignaturas específicas de la formación médica.

De los otros veinticuatro encuestados, recibimos informaciones menos específicas, tales como: una conferencia semanal, una quincenal, tres semanas y cuatro semanas de proyectos, dos semestres, o directamente ninguna respuesta.

Los años durante los cuales se imparten los cursos también varían. En cuatro instituciones, el tema se estudia únicamente durante el primer año; en dos, durante el segundo año; en diez de ellas durante el tercer año; y en dos durante el cuarto año de estudio. Tres escuelas enseñan ética durante los primeros tres años del plan de estudios; una durante el tercero, cuarto y quinto año; otra durante el tercero y cuarto, una durante el primero y el segundo, otra durante el segundo, tercero y cuarto; otra durante el segundo y el tercero; otra durante el tercero y quinto; y finalmente, una más durante el primero, tercer y quinto año de estudio.

Una institución introduce el tema en su segundo y noveno semestre y otra describe que es impartido en años diferentes. Veinticuatro escuelas no respondieron a la pregunta de manera precisa.

Aproximadamente la mitad de los decanos afirmaron que los profesores a cargo de los cursos tenían formación específica en Bioética, pero muchos lamentaron el hecho de tener presupuestos limitados, los cuales no les permitieron emplear expertos certificados en Ética. Algunos de los profesores de la asignatura se definen como pediatras, obstetras, dermatólogos, neurólogos y, por supuesto, abogados. Los Decanos se manifestaron de manera casi unánime en su deseo de tener médicos o mayor cantidad de médicos calificados para impartir cursos de ética.

En conclusión, existe abundante evidencia para demostrar que muchas de las escuelas de Medicina agradecerían una orientación en la enseñanza de la ética. Ellos enviarían a sus médicos a dichos cursos;

acogerían con beneplácito métodos actualizados de instrucción en la materia; y por cierto adoptarían un nuevo plan de estudios, en la medida en que éste se adapte a su contexto educativo.

D. La necesidad de un método novedoso

En décadas recientes, los planes de estudio de la formación en medicina han pasado por muchas modificaciones. A pesar de dichos cambios, la educación ética no ha recibido la atención adecuada en las Facultades de medicina alrededor del mundo. Sin embargo, existe una necesidad apremiante de introducir la enseñanza de ética médica como consecuencia de varios procesos sociales y científicos:

Los beneficiarios del sistema de salud enfatizan hoy en día no solo la necesidad del cuidado de la salud, sino la necesidad de mejorar su calidad de vida. Quienes proveen los servicios de salud ya no se rigen por conceptos tradicionales de una medicina ideal, sino que adoptan un paradigma contractual con los usuarios de sus servicios. Los pacientes esperan empatía, confiabilidad y dedicación, así como también profesionalismo, eficiencia y calidad.

La tecnología médica ha generado nuevos dilemas (por ejemplo, en el campo de procreación asistida, eutanasia, cuidados intensivos, genética médica y biotecnología). Al mismo tiempo ha hecho que concepciones éticas anteriores devinieran obsoletas (por ejemplo, la definición de muerte, la configuración familiar, etc.).

Se alentó la especialización y subespecialización técnica en medicina a expensas de la relación médico-paciente y de las capacidades de comunicación, creando así una brecha creciente entre los médicos y sus pacientes, y entre la medicina y la sociedad en general. Lo que ha venido a llenar dicha brecha es una creciente preocupación, sospecha y demanda a nivel social respecto de las actividades médicas.

Dicha demanda se materializa bajo la forma de litigios generalizados, un aumento de la legislación sanitaria y la formulación de declaraciones

internacionales, convenciones y charters, creando un nuevo marco ético y legal y nuevas obligaciones para la práctica médica. Asimismo, la reducción de recursos monetarios genera efectos sustanciales a nivel de la práctica cotidiana de la medicina.

La necesidad de adscribir a las normas éticas en cuanto a investigación y experimentación científica (clonación humana, farmacología) sigue siendo un desafío constante.

Un plan de estudios de ética médica debería reflejar los aspectos cambiantes de la medicina y debería orientar los nuevos escenarios, cada uno de los cuales tiene múltiples subcategorías, con diferentes ramificaciones:

La relación entre quienes proveen la atención médica y sus pacientes; la elección de realizar una intervención médica por parte del paciente; la elección de las intervenciones de la salud pública; la evaluación de los efectos de dichas intervenciones; la colaboración entre equipos dedicados a actividades de cuidado de la salud; la elección de objetivos y métodos de investigación médica.

Estos estudios se realizaron en el Centro Internacional de Salud, Derecho y Ética, arribándose a tres hallazgos cruciales.

Primero, muchos de los médicos que han enseñado ética en las escuelas de medicina alrededor del mundo nunca han estudiado ética y bioética, al menos no de modo sistemático y exhaustivo. Segundo, la mayoría de los médicos que impartían cursos de ética no estaban familiarizados con el ámbito de la enseñanza. En tercer lugar, muchos de ellos estaban acostumbrados a enseñar y hablar sobre ética ex-cátedra, es decir, de manera académica bajo la forma de clases magistrales. A partir de nuestros estudios se verifica que muchos estudiantes manifiestan una falta de interés, rechazo e incluso disgusto cuando se ven obligados a escuchar discursos o prédicas abstractas.

A la luz de estos hallazgos, y debido a la necesidad de concebir una manera diferente de transmitir los principios de la ética a los estudiantes, un comité internacional emprendió la misión de diseñar un

nuevo método para la enseñanza de la ética en escuelas de medicina de todo el mundo. Los siguientes miembros participaron en este proyecto: A. Carmi (presidente), M. Cotler (Estados Unidos), S. Fluss (Reino Unido), G. Kutukdjian (Francia), A. Okasha (Egipto) y N. Sartorius (Suiza).

El objetivo del proyecto era formar un nuevo y moderno plan de estudios de ética médica a ser impartido en las escuelas de medicina de todo el mundo. La necesidad de actualizar la currícula se deriva no solo del hecho de que muchos de los planes de estudio existentes eran anticuados y no estaban en sintonía con las complejidades de los últimos avances científicos, sino también de los resguardos que se requieren para promover valores éticos en nuestros estudiantes, a pesar de los tiempos materialistas en los que se vive.

El objetivo del proyecto era mejorar la enseñanza actual de la ética en escuelas de medicina e intervenir en diversos planos: solicitar cambios conceptuales en las facultades de medicina, formar un currículo moderno para la educación en ética, capacitar a los potenciales responsables de la formación ética y crear herramientas y materiales educativos modernos

El propósito de esta iniciativa era diseñar un plan de estudios actualizado y moderno, que reflejara la necesidad de integrar la ética en la práctica cotidiana, para aumentar el interés y el respeto por los valores involucrados en la prestación de servicios de salud, y para crear conciencia sobre intereses involucrados. Se esperaba que el proyecto presentara a los estudiantes algunas facetas no médicas de la medicina, tales como sociología, economía, psicología y administración pública.

La idea era crear programas de capacitación para profesores e instructores de ética en escuelas de medicina, y desarrollar herramientas y materiales educativos novedosos, modernos y sofisticados para facilitar una enseñanza más atractiva. El nuevo método que compiló el equipo consistió en unos pocos componentes básicos.

En primer lugar, la renuncia o el abandono de largos discursos como herramientas de enseñanza para la transmisión de la ética. En segundo

lugar, la promoción de una participación activa de los estudiantes en el proceso de discusión y toma de decisiones. En tercer lugar, el uso de casos reales para el abordaje de dilemas éticos. En cuarto lugar, la recolección de casos de diferentes países y variedad de culturas para formular un método universal de enseñanza que pueda ser adaptado a contextos diversos. En quinto lugar, la construcción de una estructura uniforme del plan de estudios: comenzando con una breve reseña del caso, seguida de una pregunta principal como: "¿Qué debería hacer o cómo debería el profesional actuar en este caso? En el siguiente nivel, el programa presenta a los estudiantes algunas opciones éticas. Finalmente, después de una discusión grupal, el profesor puede proporcionar a los estudiantes una síntesis conceptual.

El método en cuestión fue enviado a otro organismo internacional ad hoc que incluía a más de ciento cincuenta expertos provenientes de cincuenta países. Este comité ad hoc elaboró el método y lo puso en manos de la División de Ética de Ciencias y Tecnología de la UNESCO, la cual lo examinó y adoptó. El Director General de la UNESCO tomó a su vez esta iniciativa y estableció en 2001 una Cátedra especial en el Centro Internacional de Salud, Derecho y Ética de la Universidad de Haifa.

El Director General declaró que uno de los factores esenciales que favorecía el desarrollo en los ámbitos de competencia de la UNESCO es el intercambio de experiencias y conocimiento entre universidades y otras instituciones de educación superior. La nueva cátedra fue autorizada a desarrollar un programa actualizado de ética médica que satisfaga los requisitos de las escuelas de medicina en el mundo.

Parte dos: el nuevo método

La Cátedra asumió la misión de producir una serie de "Casebooks", libros orientativos para educadores y estudiantes utilizando el nuevo método que fue compilado por sus expertos. Estos libros poseen características heurísticas y pedagógicas, en tanto traducen dilemas éticos complejos y transmiten sus mensajes de manera sencilla y clara.

Los editores de esta serie de Casebooks han recopilado y seleccionado viñetas como herramienta para la enseñanza de los principios éticos. Si bien el uso de casos como herramienta de enseñanza puede tener sus detractores, la técnica se utiliza habitualmente para transmitir en unos pocos párrafos los elementos centrales de un caso y demostrar en la práctica la aplicación de conceptos. Los casos provienen de distintos del mundo y reflejan una problemática universal. Las situaciones que las viñetas presentan son similares en todas partes, y los médicos tienen que lidiar con ellas sin importar dónde ejerzan su práctica. Los casos en esta serie de libros cubren grandes áreas temáticas que con gran frecuencia afectan la práctica médica, y en ocasiones se convierten en una cuestión de debate público sobre la pertinencia de las intervenciones.

Se les pidió a quienes colaboraron enviando sus casos que modificaran tanto como fuera posible cualquier elemento que permitiera identificar a los involucrados en cada viñeta, para proteger los derechos de confidencialidad e intimidad. Algunos casos describen comportamientos que faltan indudablemente a la ética e incluso bordean cuestiones legales. Estos casos han sido conservados para indicar que en ocasiones la línea divisoria entre las conductas poco éticas y la violación de la ley es borrosa, y que por lo tanto el comportamiento poco ético puede tener consecuencias legales cuando esa línea ha sido traspasada.

Luego de la presentación de cada caso, se ha utilizado un enfoque binario para indicar la posibilidad de al menos dos respuestas opuestas entre sí.

Por supuesto, los estudiantes son convocados a desarrollar sus propias decisiones éticas para la resolución de estos casos. Si bien este abordaje puede ser considerado demasiado simplista, la idea es ofrecerles alternativas para el pensamiento ético sin obstaculizar con conceptos éticos más avanzados para los cuales existen otras obras específicas. Los casos han sido tomados de experiencias de la vida real. Se basan en situaciones simples, de modo que los estudiantes pueden

abordar sus núcleos éticos, y no evadir tal compromiso recurriendo a artificios técnicos o requerimiento de datos adicionales.

El uso de estos casos de estudio para la enseñanza de la ética médica favorece debates éticos apelando a una combinación de resolución de problemas concretos y la puesta en juego de un razonamiento de principios abstractos. A través de los casos de estudio, los estudiantes podrán aprender, en primera instancia, a desarrollar sensibilidad hacia los problemas éticos y capacidad para describirlos; en segundo lugar, a identificar y analizar los principios y valores éticos subyacentes que resultan relevantes para el caso y, en tercer lugar, a estimular la toma de decisiones éticas en la práctica del cuidado de la salud. El objetivo es producir una herramienta y una plataforma para la participación activa de los estudiantes en el proceso de toma de decisiones.

Los estudiantes deben aprender a desarrollar un posicionamiento frente a un problema ético y cómo justificarlo. Los esfuerzos combinados de enseñanza, educación y capacitación a partir de esta metodología pueden enraizar en los estudiantes valores éticos que deben guiar a todos los profesionales que brindan atención médica. El riesgo de utilizar viñetas sería tornar al método demasiado específico y concentrarse muy de cerca en las cuestiones del caso, olvidando el contexto socio-político y otras implicancias relevantes subyacentes a los casos. Estos libros deben ser considerados como una “herramienta preliminar” en materia de ética sin pretensiones de constituir un texto académico. Existen obras que ofrecen amplias discusiones en lugar de breves explicaciones con respecto a los dilemas éticos relevantes. Al hacerlo, los editores no pretenden resolver todos los problemas éticos, sino más bien inspirar a los estudiantes a pensar sobre ellos de manera más detenida y cuidadosa.

Amnon Carmi

Referencias

- Carmi, A. (2003) Informed Consent. Yozmot, Haifa. Hay edición en español: "Consentimiento Informado", ediciones de la Red de Ecobioética UNESCO, 2006. Buenos Aires.
- Carmi, A.; Moussaoui, D.; Arboleda-Florez, J. (2005 a). Teaching Ethics in Psychiatry: Case-Vignettes. Yozmot, Haifa. Edición en español: "Enseñanza de la ética en Psiquiatría y Salud Mental", Programa de Ciencia y Técnica de la UBA-Nueva Editorial Universitaria, UNSL, 2018.
- Carmi, A.; Apressyan, R.; Guessous-Idrissi, N. (eds) (2011a). Casebook on Human Dignity and Human Rights. UNESCO, Paris.
- Carmi, A.; De Castro, L.; Evans D, (eds) (2011b). Casebook on Benefit and Harm. UNESCO, Paris
- Carmi A, et al (eds) (2016). Casebook on Bioethics for Judges. Israel National Commission for UNESCO.
- Chelouche, T.; Brahmer, G.; Benedict, S. (2013). Casebook on Bioethics and the Holocaust. Israel National Commission for UNESCO. Hay edición en español: "Bioética y Holocausto", Programa de Ciencia y Técnica de la UBA y Secretaría de Derechos Humanos de la Nación. Buenos Aires, 2017.
- Dickens, B.; Cook, R.; Kishmodi, E. (2006). Reproductive Health, Case Studies with Ethical Commentary. Yozmot, Haifa. Edición en español en prensa: "Salud Reproductiva, Estudio de Casos". Programa de Ciencia y Técnica de la UBA- Nueva Editorial Universitaria, UNSL, 2018.
- Haque, O. S.; De Freitas, J.; Bursztajn, H.; Cosgrove, L.; Gopal, A.; Paul, R.; Shuv-Ami, I.; Wolfman, S. (2013). The Ethics of Pharmaceutical Industry Influence in Medicine. Israel National Commission for UNESCO.

Keidar, D. (2005). Classroom Communication, Use of Emotional Intelligence and Non-Verbal Communication in Ethics Education at Medical Schools. Yozmot, Haifa.

Macer, D. (2008) Moral Games for Teaching Bioethics. Yozmot, Haifa.

Perlin, M.; Bursztajn, H.; Gledhill, K.; Szeli, E. (2008). Psychiatric Ethics and the Rights of Persons with Mental Disabilities in Institutions and the Community. Yozmot, Haifa.

Schicktanz, S.; Wiesemann, C. Wohlke S (2010). Teaching Ethics in Organ Transplantation and Tissue Donation, Cases and Movies. Universitätsverlag, Gottingen.

**ÉTICA EN PSIQUIATRÍA Y SALUD
MENTAL: CASOS- VIÑETAS**

Caso Reportado N° 1

Tópico: Consentimiento informado

Un hombre de 25 años de edad acude por primera vez a la consulta con un psiquiatra. Está acompañado por su padre, quien dice que su hijo ha estado comportándose de manera extraña las últimas tres semanas. A solas con el psiquiatra, el joven describe las alucinaciones “aurales” que ha estado padeciendo en ese período. Su conversación revela una intensa e invasiva alucinación mística, pero sin signos de ser peligrosa. El psiquiatra lo diagnostica como un episodio psicótico agudo y, temiendo que el episodio pueda ser el principio de una esquizofrenia, le propone iniciar un tratamiento con neurolépticos tan pronto como sea posible y le explica al paciente los beneficios de un tratamiento rápido, así como los posibles efectos secundarios del fármaco. El paciente se niega al tratamiento aduciendo temor a que sus facultades intelectuales puedan verse dañadas. El psiquiatra vuelve a ver al paciente, pero ahora también en presencia de su padre para explicarle la situación. Esta vez el paciente accede al tratamiento porque cree que su padre es un “enviado de Dios” y debe obedecerlo.

G. Niveau (Suiza)

Pregunta

¿Debe el psiquiatra tratar al paciente bajo esas condiciones?

1. Sí, porque el paciente expresó su consentimiento.
2. Sí, porque el paciente tiene muchas probabilidades de recuperarse.
3. Sí, porque en caso de no tomar antipsicóticos el paciente corre el riesgo de agravar clínicamente y de volverse peligroso para su familia y para sí mismo.

4. NO, porque no dio su consentimiento libremente. El joven dijo que estaba obligado a aceptar los deseos de su padre.

Comentarios

El consentimiento informado es definido como la voluntad y la aceptación no coercitiva del paciente a realizar una intervención médica después de que el médico brinde de forma adecuada información sobre los riesgos, los beneficios, la naturaleza de la intervención, como también sus posibles alternativas. La doctrina del consentimiento informado puede ser vista como una forma especial de comunicación entre el profesional y su paciente. La relación terapeuta-paciente debe estar basada en la confianza mutua y en el respeto, para habilitar al paciente a adoptar decisiones libres. Para que el consentimiento del paciente sea informado, deben encontrarse tres elementos esenciales: voluntariedad, información y competencia.

Para un profesional de la salud, una de las preguntas más recurrentes en la práctica es: ¿resulta ético utilizar contenido engañoso en pos del beneficio del paciente? En este caso reportado, el psiquiatra no señala el cambio de decisión realizado por el paciente por la presencia de su padre, sino que acepta dicho cambio, sin interferir, ya que esto representa para el profesional la mejor decisión posible por parte del paciente.

El psiquiatra opta por un enfoque basado en el consecuencialismo en su forma más utilitarista, en lugar de aplicar un verdadero consentimiento informado respetando todos los aspectos de la autonomía. Tal sería el caso de un paciente que luego de una completa revisión de su situación llegara a esa conclusión a pesar de la presencia de su padre. En este juicio clínico paternalista, el psiquiatra considera que la decisión del tratamiento, aunque viciada por ideas delirantes, fue la mejor en ese momento para prevenir un potencial deterioro de las funciones o posiblemente la hospitalización del paciente.

Una de las funciones del profesional es comunicarle al paciente sobre sus ideas delirantes cuando estas ocurren, siguiendo el principio de que él debería ser, tanto como le fuera posible, un embajador de la realidad. Ello es aplicable tanto a pacientes con enfermedad mental en general, como a pacientes psicóticos en particular.

Caso Reportado N° 2

Tópico: Consentimiento informado

Una mujer aborigen de 42 años de edad con un diagnóstico de esquizofrenia residual, sin alteración de sus facultades cognitivas y sin síntomas durante muchos años, fue admitida en tratamiento por ideación suicida en el contexto de un embarazo no planeado ni deseado. Ella tiene dos hijos adultos, cuyo cuidado le fue retirado a una edad temprana. La mujer consideró la terminación del embarazo, aunque con abrumadores sentimientos de culpa: el solo pensar en un nuevo hijo era algo reprobable para ella. El embarazo fue resultado de un encuentro casual con su primo, considerado el miembro más anciano en su comunidad de origen. Este hombre no estaba al tanto del embarazo. Ella continuó considerando la interrupción del mismo, hasta que llegó el tiempo crítico para tomar decisiones. La salud mental de la paciente se deterioró, inicialmente con un episodio de depresión, luego con el desencadenamiento de la psicosis. Su capacidad para firmar el consentimiento informado se vio disminuida al haberse deteriorado su estado mental. Se requería una terapia farmacológica, pero la seguridad del embarazo prevaleció. Además de encontrarse presionada por sus mayores a dar el bebé a una hermana más joven (32), sin hijos y esquizofrénica, la paciente tenía una transferencia idealizada hacia su terapeuta, por lo cual rechazó cualquier tipo de conversación con el staff de enfermeros y médicos. Quería que fuera su terapeuta quien tomara la decisión por ella: “Haré lo que me digas”.

S. Bloch (Australia)

Pregunta

¿Qué debería hacer el terapeuta?

1. a. El terapeuta debería abstenerse de decirle qué hacer. Le indicará los beneficios y los perjuicios de las opciones alternativas, verificará que ella haya entendido completamente su explicación, y le pedirá que tome la decisión.

b. El terapeuta debería considerar su declaración como una autorización, y le dirá qué es lo que debe hacer, teniendo en cuenta todos los elementos relevantes que sirvan como garantía del bienestar de la paciente.

Comentarios

La paciente se halla en una situación difícil porque se divide entre el deseo de continuar el embarazo, temiendo la culpa generada por su interrupción, y el deseo de mantener en secreto la relación sexual en su comunidad (hecho que no queda claro en el informe del caso), la cual se haría evidente si da a luz.

Por otro lado, la situación del terapeuta también es difícil. El status de los profesionales en las comunidades tradicionales es muy alto, y en el presente caso también es así. Debido a que no estaba satisfecha con la propuesta de la familia de dar en adopción al recién nacido a su hermana esquizofrénica, ni se encontraba dispuesta a responsabilizarse por la decisión de concluir el embarazo, además de su indecisión respecto a la posibilidad de informar a la comunidad acerca de la identidad del padre, y, sobre todo, al no estar capacitada para tomar una decisión clara por su desorden mental, ella decidió no decidir y dejar esta responsabilidad en manos del terapeuta.

En esta situación compleja, es claro que el profesional no será capaz de tomar semejante decisión de manera individual. Se requiere en cambio una decisión grupal, incluyendo a todos los miembros del equipo

clínico y a algunos de la comunidad que la paciente acepte, de manera tal que se colabore en el proceso de toma de decisiones. Cualquiera sea esta, es necesario considerar definitivamente el trasfondo cultural de este grupo específico. Las nociones occidentales de autonomía sin restricciones y de individualismo no son fácilmente trasladables a otros contextos culturales en donde la familia y el grupo inmediato, e incluso la comunidad entera, tienen voz y voto en las decisiones médicas, y actúan como un yo colectivo, una especie de conciencia grupal en lo tocante a la toma de decisiones. En estas circunstancias, y a pesar de la fácil resolución del problema, no sería prudente que el terapeuta aceptara tomar la decisión por su cuenta. Suponiendo que la paciente accediera a consultar con el resto de su familia, si bien ella encontraría muy difícil romper con las tradiciones culturales, la urgencia no debería ser razón suficiente para eludir el procedimiento establecido, especialmente si su familia puede movilizarse y acudir a una reunión a la brevedad.

Caso Reportado N° 3

Tópico: Derechos de los pacientes

La señora Y, de 32 años, tiene una larga historia de problemas psiquiátricos. Ella fue hospitalizada en varias ocasiones por esquizofrenia paranoide. En su última hospitalización, fue diagnosticada con delirio y alucinaciones activas.

Como tenía miedo de ser envenenada, se rehusó a aceptar tratamiento médico, con lo cual sus problemas psiquiátricos permanecieron.

En su última hospitalización, conoció al Sr. M., de 30 años de edad, el cual fue diagnosticado con retraso mental (C.I. de 69), y estaba bajo los efectos de una fuerte depresión. Ellos desarrollaron una relación íntima, y como resultado, la Sra. Y. quedó embarazada dando a luz a un niño.

Luego del nacimiento del niño, se les pidió a los padres por separado que firmasen formularios donde certificaban que ellos concedían sus derechos de custodia sobre la criatura y que aceptaban la adopción del menor sin actas de prueba.

M. Zaki (Israel)

Pregunta

¿Debería solicitarse a los padres que firmen los formularios de adopción?

1. Sí. Porque en la condición en la que se encuentran no tienen ningún derecho de criar al niño.
2. NO. Porque en vistas de su estado mental, su consentimiento no era válido.

3. NO. Porque en vistas de su estado mental, se requería asignar un tutor para representarlos.
4. NO. Porque problemas de esta naturaleza deberían ser tratados por un procedimiento judicial.

Comentarios

La conducta del equipo de profesionales resulta difícil de entender, a menos que existan otros aspectos del caso que no se hayan dado a conocer. No sabemos nada acerca del deseo de cada uno de los padres. No sabemos tampoco cuál es la posición de sus respectivas familias. Ciertos pacientes con padecimiento mental, a veces severamente enfermos, crían a sus hijos de una manera que suele no ser más complicada que para la mayoría de los padres en la comunidad, siempre y cuando cuenten con el apoyo de sus familias.

Esto recuerda en cierto grado a la conducta extrema y poco ética de algunos profesionales que esterilizaron durante décadas pacientes con enfermedades mentales sin su consentimiento, en especial los pacientes con retraso mental o los pacientes psicóticos, en varios países europeos hasta los años setenta.

En casos muy controvertidos, el sistema jurídico debe tomar la iniciativa, con la ayuda de expertos, para encontrar la mejor solución o la menos perjudicial.

Es común encontrar en los equipos de salud altamente desarrollados cierto paternalismo y atribución de insuficiencia e incompetencia hacia pacientes con padecimiento mental o discapacitados, sin haber llevado a cabo una evaluación sobre la competencia de paternidad a ambos tipos de pacientes. Principios utilitaristas en términos de conveniencia en la crianza de un niño suelen ser invocados para anular la autonomía de un paciente en favor de consideraciones políticas y sociales.

Caso Reportado N° 4

Tópico: Obligaciones legales con enfermos mentales

Un hombre soltero de 35 años con educación secundaria completa, que se desempeña en el negocio inmobiliario, fue llevado a la corte por evasión de impuestos. A la edad de veinte años este hombre tuvo un episodio psicótico, el cual fue diagnosticado como esquizofrenia. Estuvo dos meses hospitalizado, y luego del alta cumplió un plan de tratamiento con otros pacientes externados. Al comparecer ante la corte por el delito del que se lo acusa, expertos en psiquiatría forense lo encontraron competente ya que su comportamiento no resultaba consistente con los síntomas de la enfermedad previamente mencionada en la historia médica.

Naneishvili (Georgia)

Pregunta

¿La enfermedad mental absuelve a un acusado de responsabilidad criminal?

1. Sí, las enfermedades mentales privan al paciente de la capacidad de ejercer su juicio, la comprensión, el libre albedrío, y la intención, las cuales son condiciones necesarias para que una persona sea responsable de sus acciones.

2. NO, la enfermedad mental puede dañar ciertos aspectos de la propia mentalidad y habilidades sin menoscabo de otros aspectos de la propia capacidad mental. Cada caso debe ser examinado refiriéndose a sus características y motivaciones particulares. En el caso actual, el acusado fue hallado responsable de hecho por el

delito, en el cual la enfermedad que había padecido no tenía ninguna relevancia.

Comentarios

El Juez Cardozo declaró (1914): “Todo ser humano en edad adulta y en su sano juicio tiene derecho a determinar lo que debe hacerse con su propio cuerpo”.

La evaluación del sano juicio de un paciente requiere de la consideración de varios factores:

¿Puede el paciente tener consciencia del tipo de tratamiento? ¿Puede apreciar la naturaleza y las consecuencias del mismo? ¿Manifiesta el deseo de someterse a tratamiento? Generalmente una persona puede ser competente para tomar decisiones respecto de algunos aspectos de su vida o su salud y no sobre otros. Por ejemplo, algunos pacientes son incapaces de tomar una decisión racional en lo concerniente a ciertas opciones de tratamiento, pero pueden ser capaces de indicar su rechazo frente a un tipo específico de intervención. Desde un punto de vista clínico, un diagnóstico de esquizofrenia en una persona de veinte años de edad suele ser provisional. Bien podría cambiarse por otros diagnósticos tales como trastorno bipolar o incluso un diagnóstico que no implique psicosis. También podría tratarse de un episodio agudo de psicosis posterior a una intoxicación, el cual desaparece sin ninguna secuela a nivel cognitivo.

Por otro lado, es una estrategia clásica entre delincuentes y criminales el intentar presentar frente a la corte un diagnóstico psiquiátrico para atenuar su responsabilidad legal o verse eximidos de ella, a fines de evitarlas sanciones correspondientes

El experto es consultado por la corte sobre el estado mental cuando la ofensa o el crimen han sido cometidos. Una persona que presentó años atrás un episodio psicótico grave, y que ha vivido una vida normal

hasta que cometió el delito, será sancionado como cualquier otra persona.

Cuando el delincuente alega tener un trastorno mental como defensa frente a la acusación sobre el crimen, es el deber de la Corte establecer una evaluación de su competencia para proceder hacia el juicio (estado mental al momento de cometer el delito). Únicamente una evaluación profesional exhaustiva de estos dos niveles de competencia podrá responder si el acusado ha actuado en un estado de incompetencia mental en el momento del crimen y si algún nivel de incompetencia estuvo presente (debido a una recidiva de su condición o la presencia de síntomas crónicos de su trastorno mental previo). Si esto fuera confirmado, entonces la Corte podría contemplar una alegación de responsabilidad reducida o de insania. Por otra parte, la historia de su condición mental previa sería irrelevante si se considera que la persona ha actuado en completo uso de sus facultades mentales en el momento de cometer el delito. Usualmente se presumen la autonomía y el libre albedrío en la comisión u omisión de cualquier acto, a menos que se demuestre lo contrario.

Caso Reportado N° 5

Tópico: Doble lealtad del profesional

Un psiquiatra infantil se compromete a proporcionar una opinión experta con respecto a denuncias de abuso sexual cometido a un niño de seis años de edad. Después de tres meses presenta su informe al juez. Durante este trabajo se da cuenta de que el niño padece un gran sufrimiento físico, por lo que está de acuerdo en seguir viéndolo, a petición de la madre, para sesiones de psicoterapia. Seis meses más tarde, es convocado a los tribunales para dar testimonio en relación al asunto y proporcionar un dictamen pericial. Es entonces cuando advierte que en ese momento él es tanto el perito como el terapeuta a cargo del caso.

G. Niveau (Suiza)

Pregunta

¿Se debe permitir que un médico oficie de experto designado y médico consultor al mismo tiempo?

1. Sí, técnicamente puede ser tan buen experto como médico tratante.
2. NO, el niño ha confiado información confidencial al médico. El médico no debe revelar esta información al juez.

Comentarios

La confianza es un factor esencial en la relación médico-paciente.

La doble lealtad existe cuando el médico tiene responsabilidades y debe rendir cuentas tanto a sus pacientes como a un tercero, y cuando estas responsabilidades son incompatibles. Por regla general, un médico

debe a sus pacientes completa lealtad y sólo en circunstancias excepcionales podría anteponer los intereses de otras personas a los de su paciente.

Es una obligación ética el mantener la objetividad que se exige a los expertos forenses, sin importar si la opinión es útil o no a los intereses legales de la persona evaluada. Dicha objetividad es prácticamente imposible si el experto es también el tratante a cargo, cuya función sería la de representar el interés de los pacientes y de abogar por ellos. En caso de que la situación no sea favorable para el paciente, el médico deberá perjurar o al menos cubrir con una luz favorable su opinión legal, o deberá ser honesto y, al dar su opinión negativa, poner en riesgo la relación médico-paciente. Además, existe también riesgo de tener que revelar en la Corte material que se ha dado a conocer en la terapia, bajo la presunción de confidencialidad y privacidad. Por lo tanto, los expertos forenses deberían abstenerse de aportar evidencia en cualquier caso en el que sean también los médicos tratantes.

Sin embargo, y este no sería el caso de Suiza, podría ocurrir en algunos países en vías de desarrollo que haya muy pocos psiquiatras en todo el territorio. Sería entonces muy difícil poder separar completamente las funciones del mismo médico como tratante y como experto consultado.

Caso Reportado N° 6

Tópico: Conflicto de intereses

Los hijos de una señora de setenta y seis años, muy adinerada, que padece una demencia leve, llamaron a su médico quejándose sobre sus gastos excesivos destinados a miembros de su iglesia, quienes según ellos intentaban desposeerla de sus bienes. Los hijos están preocupados por sus derechos de herencia, por lo que pidieron al médico que la declare incompetente de manejar sus propios asuntos. El médico le comunica a su paciente la consulta realizada por sus hijos y le dice que no cree necesario que ella vea a un psiquiatra. El médico era miembro de la misma iglesia.

Arboleda-Flórez (Canadá)

Pregunta

¿Cómo debería haber manejado el médico el conflicto de intereses?

1. Debería derivarla a otro profesional.
2. Debería continuar el tratamiento y descartar el pedido de los hijos.

Comentarios

Es un caso de conflicto de intereses. El profesional tratante, estando en desacuerdo con los hijos sobre su evaluación, debería pedir una segunda opinión a un colega que no pertenezca a la misma iglesia; esto para poder evaluar el estado mental de la mujer y para asegurarse de que su comportamiento sea consecuencia de su enfermedad o de la indebida presión de los miembros de la iglesia. El doctor está poniendo

en riesgo el bienestar de su paciente en caso de que esté padeciendo un agravamiento de su demencia.

Para el médico tratante la solución desde el punto de vista ético en el largo plazo sería remitir a la paciente a otro médico que no tenga ninguna relación con su iglesia.

Caso Reportado N° 7

Tópico: Conflicto de intereses

Un psiquiatra de 52 años contrata a una paciente como empleada doméstica a tiempo completo para que se haga cargo de la limpieza de su departamento y otras tareas afines. Él trataba las fobias de esta mujer con hipnosis y en algunas ocasiones, realizaba las sesiones en su domicilio. El acuerdo consistía en que ella trabajaría en su casa como forma de pago de su tratamiento, el cual no podía pagar de otra forma.

Arboleda-Flórez (Canadá)

Pregunta

¿Tiene derecho el psiquiatra a tener este acuerdo con la paciente?

1. Sí, porque la paciente se beneficia al tener el tratamiento que no podía pagar.
2. NO, porque el psiquiatra no debería mezclar su rol de terapeuta con el de empleador para no generar conflictos de intereses futuros.

Comentarios

Hay un principio que debe seguirse: ningún profesional de la salud, excepto en casos de emergencia, debe tratar a un miembro de su familia, amigo o persona que trabaje bajo su responsabilidad.

El riesgo de incurrir en conflicto de intereses es en estas situaciones (incluyendo temas emocionales) muy alto. El principal damnificado en esos casos es casi siempre el paciente, quien necesita cierta distancia y neutralidad para una óptima relación paciente/médico.

Más allá de estar mal visto y de las posibilidades de otros motivos que impacten en la relación terapéutica, el doctor creó un conflicto de

intereses en el que él no puede ocupar los dos roles de empleador y psiquiatra. Una óptima relación médico-paciente debe estar basado en un nivel de igualdad, donde el psiquiatra está ahí para ayudar al paciente a encontrar un mejor equilibrio en su vida y para manejar sus síntomas, pero es el paciente quien organiza y toma las decisiones sobre el curso de la terapia. La idea es ayudar al paciente a descubrir una “mejor capacidad” para ser independiente, para tomar decisiones o hacer cosas y minimizar las dependencias. Por el contrario, la relación empleador/empleo deviene la principal relación imponiendo al servidor llevar a cabo funciones contempladas en el contrato y que fueron ordenadas por el jefe. Un acuerdo como este, mezcla roles y ambas partes pierden.

Caso Reportado N° 8

Tópico: Eutanasia

Un médico de 25 años comenzó a manifestar síntomas típicos y finalmente se le diagnostica leucemia. Él vivía con su novia, con quien tenía una excelente relación. A pesar de haber seguido un tratamiento riguroso en un reconocido centro oncológico, su salud comenzó a deteriorarse. Unos meses después ya no podía tragar ningún líquido por lo cual lo mantenían con vida mediante suero. Después de luchar por dos o tres semanas, hizo una petición a su médico, al principio tentativamente, y luego de manera abierta e insistente. Le pidió que lo ayude a detener ese dolor, solicitándole que lo deje morir. Al principio el médico se negó, pero finalmente reconoció tener acceso a la cantidad de morfina necesaria, ya que bastaba con una dosis lo suficientemente grande en su medicación intravenosa para acabar con su vida. El médico solicitó la presencia de la novia del paciente y actuó en consecuencia con el pedido. Sin embargo, en vez de morir, el paciente se despertó de muy buen humor, feliz, pudiendo disfrutar de su comida y bebida. Decidió oponerse a una acción letal. La leucemia fue la causa natural de su muerte, unos meses después.

Driss Moussaoui (Marruecos)

Pregunta

¿Estaba el médico autorizado a asesorar al paciente sobre cómo poner fin a su vida?

1. NO, la muerte misericordiosa por parte de los médicos está prohibida en muchos países del mundo.
2. NO, las consecuencias del hecho no avalan haber iniciado el procedimiento.
3. Sí, el caso se refiere a un paciente con cáncer terminal. El paciente es adulto, sano, educado y él mismo está médicamente calificado.

Era consciente de su enfermedad y su resultado inminente. Él tenía razón suficiente y derecho a determinar su propio destino debido a su insoportable sufrimiento.

Comentarios

La eutanasia es el acto intencional de poner fin a la vida del paciente y, a pesar de que este lo requiera, es poco ético hacer lugar a ese pedido. El médico debe, en primer lugar y, ante todo, promover la salud, intentar reducir el sufrimiento y proteger la vida.

Los profesionales deben ser cuidadosos con las acciones que podrían conducir a la muerte de aquellos que no pueden protegerse a sí mismos debido a su incapacidad. Los médicos deben tener en cuenta que los puntos de vista de un paciente pueden estar distorsionados por enfermedades mentales como la depresión. En estas situaciones, la función del psiquiatra es tratar esta enfermedad.

Este caso demuestra que la eutanasia es un asunto extremadamente complejo y no puede ser nunca tratado a la ligera. Incluso en situaciones de desesperación como es en este caso, con un paciente en fase terminal, la decisión de terminar con su vida y actuar en consecuencia, dio el resultado exactamente opuesto, ya que él despertó con un fuerte deseo de vivir.

Este es el motivo por el cual el médico debe ser extremadamente cuidadoso hacia los deseos de muerte expresados por los pacientes debidos a su sufrimiento. La pregunta clínica a hacerse es si el paciente sufre un episodio depresivo simultáneo con la enfermedad física. Un tratamiento antidepresivo puede revertir la decisión de morir en algunos de estos pacientes.

La eutanasia no está permitida en muchos países y, como una forma de suicidio asistido, esta es criticada en muchas religiones. Suponiendo, sin embargo, que en este caso no hay requerimientos legales o religiosos, el tema a tratar no sería la eutanasia como tal o su legalidad, sino el hecho de si el médico ha tomado una decisión a la ligera acerca de la eutanasia y entonces así ha eludido sus deberes y obligaciones morales. Al parecer en este caso, el médico impuso la decisión sobre un acto de eutanasia activa en su paciente.

Caso Reportado N° 9

Tópico: Eutanasia

El Sr. A. P. era un hombre de 45 años de edad, que vivía en una residencia con asistencia debido a su debilidad mental. Era suficientemente autónomo como para poder realizar trabajos mecánicos en una oficina. Un juez lo había declarado incapaz hace veinte años, nombrando a un tío como su tutor. Tenía una amiga en la institución. Como resultado de un nuevo tratamiento para la epilepsia en la que sufrió necrosis intestinal, se le debió realizar una cirugía de emergencia junto a una colostomía. En el período postoperatorio desarrolló diversas complicaciones, empezando por una neumonía que fue tratada con antibióticos por vía intravenosa. El paciente devino negativista, rechazando alimentos y pidiendo reiteradas veces a médicos y enfermeras que le permitieran morir para ir "al encuentro de su madre". El psiquiatra prescribió un tratamiento anti-depresivo y fue alimentado mediante una sonda nasogástrica que el paciente retiró a la fuerza varias veces a la semana. Luchó en reiteradas ocasiones con las enfermeras, las cuales tuvieron que atarlo a la cama con el fin de reemplazar el tubo. Tres meses después de su admisión al hospital, apareció una nueva infección con pus en sus caderas, la cual requería una cirugía adicional. El paciente se fue tornando cada vez más agresivo con los médicos y enfermeras que lo atendían, lloraba constantemente y les rogaba que lo dejaran morir. Su tutor, un anciano mentalmente limitado e incapaz de tomar cualquier decisión, firmó una autorización para la operación.

Juan Viñas (España)

Pregunta

¿Debe el cirujano realizar la operación?

1. Sí, hay consentimiento informado por parte del tutor legal.

2. Sí, no tratar al paciente llevaría a su muerte.
3. NO, el tutor legal es mentalmente limitado e incapaz de tomar cualquier decisión. Se debe solicitar al tribunal un tutor alternativo.

Comentarios

Obviamente, el tratamiento antidepresivo no tuvo éxito en ayudar al paciente en lo relativo a su deseo de morir. El equipo médico se debate entre la necesidad de luchar contra la enfermedad física y sus complicaciones, por un lado, y en la calidad de vida del paciente, por el otro.

Los médicos en este caso no pueden dejar de tratar al paciente, a pesar del hecho de que él lo haya solicitado. Lo deseable sería contar con la presencia de una persona calificada cerca del paciente, que calme su ira y prescriba ansiolíticos y antidepresivos con el fin de mejorar su situación, para que de esta forma pueda serenarse.

La eutanasia es un problema sumamente controversial que se convierte fácilmente en algo emotivo al implicar elementos morales, religiosos y legales. La eutanasia puede ser pasiva o activa. A nivel personal, la obligación de preservar la vida se enfrenta con el derecho de morir dignamente. En algunos países, que un profesional médico asista a un paciente a morir (eutanasia activa) es en contra de la ley, pero esta puede no ser clara en el caso de que al paciente se lo deje morir naturalmente una vez que se determina que los tratamientos no serán efectivos por lo que no pueden cambiar el resultado final de la enfermedad.

La eutanasia pasiva parece ser más aceptable en el caso de que una persona tenga el derecho de rechazar tratamientos heroicos, una vez que se determina que las probabilidades de vivir son limitadas incluso bajo tratamiento, por lo tanto, se deja que los eventos naturales se hagan cargo de su situación. Si el paciente ha llegado a esa decisión, entonces, a excepción de algunos cuidados paliativos para controlar el dolor, los médicos no deben seguir interviniendo. La cuestión que se

plantea es cuándo o dónde trazar la línea entre tratamientos heroicos y una intervención con mejores probabilidades de éxito para que la muerte del paciente pueda evitarse. Una postura ética de parte del médico implicaría la consideración de todos los imponderables para luego poder comunicarle al paciente las distintas alternativas y probabilidades de cualquier intervención posible. En el presente caso, la complicación se refiere a la dudosa competencia del cuidador para tomar decisiones de vida o muerte. Presuntamente, este ha cumplido con su deber hasta el momento ya que nadie se había opuesto. Solo un tribunal tendrá el poder de decidir sobre la sustitución del cuidador. Los pacientes tienen derecho a tener tutores calificados cuando sea necesario para poder proteger su bienestar e intereses personales. Cuando las autoridades judiciales determinan que una persona con una enfermedad mental es incapaz de manejar sus propios asuntos, se toman medidas pertinentes, tanto como sea necesario y conveniente para garantizar la protección de los intereses de esa persona. Si el representante de esa persona prohíbe el tratamiento que, según la opinión de los médicos fue indicado en función de mejorar la situación del paciente, el profesional puede apelar la decisión en la institución legal pertinente.

Caso Reportado Nº 10

Tópico: Confidencialidad

Un hombre de 45 años de edad, rico, atractivo, sociable y elegante, miembro de la alta sociedad, mantenía una relación amorosa con una igualmente elegante y hermosa mujer de 35 años. Debido a algunos episodios de celos por parte de este hombre (posiblemente de carácter patológico), la joven mujer decidió poner fin a la relación. Después de esto, el hombre le informó a su psicólogo, al que había estado viendo desde hace algún tiempo, que portaba un arma de fuego y que visitaría a su ex-novia, a quien tenía la intención de matar. Agregó que esta información era confidencial de paciente a terapeuta y que cualquier incumplimiento de la confidencialidad no pasaría desapercibido.

El psicólogo decidió que en este caso se imponía una suspensión de la confidencialidad, e informó a la mujer y a la policía. Cuando el paciente fue interrogado por la policía, negó haber tenido tales intenciones.

Se generó una acalorada discusión entre los profesionales, alimentada por el hecho de que este hombre finalmente logró matar a su ex-novia, justamente con el arma que llevaba cuando visitó el consultorio del terapeuta.

G. Christodoulou (Grecia)

Pregunta

¿Estuvo justificada la suspensión de la confidencialidad en este caso?

1. No, el psicólogo debería haber aconsejado tratamiento urgente y, en una etapa posterior, debería haber realizado un diagnóstico más profundo y considerado algún tratamiento adecuado al caso.
2. Sí, el psicólogo tiene una doble obligación de lealtad, es decir, no sólo hacia sus pacientes, sino también hacia la comunidad en general en caso de peligro.
3. Sí, de acuerdo con la Declaración de Madrid.
4. Sí, de acuerdo con el "caso Tarasoff".
5. Sí, con el objetivo de proteger al paciente de su propia violencia.
6. No, un precedente de esta naturaleza puede provocar que los criminales violentos eviten consultar con profesionales de la salud y se priven así de obtener un tratamiento destinado a ayudarles a abstenerse de ejercer violencia.

Comentarios

Una primera cuestión clínica a ser interrogada en este complejo caso es: ¿por qué este hombre estaba viendo a un psiquiatra antes de matar a su novia? Si presentaba un desorden mental, ¿eran las conductas de celos parte de este cuadro mórbido? ¿Esto habría requerido una hospitalización obligatoria? Es claro que el terapeuta tenía el derecho y el deber de informar a la policía y a la ex novia. Desafortunadamente, esto no previno el asesinato de la mujer.

A. Capron argumenta que la doctrina de la confidencialidad puede tener seis funciones. Puede: 1) proteger la autonomía individual, 2) proteger la condición del paciente como un ser humano, 3) evitar fraude o coacción, 4) alentar a los médicos a considerar cuidadosamente sus decisiones, 5) fomentar la toma racional de decisiones por parte del paciente y 6) incluir la participación del público en general en las decisiones profesionales.

La confidencialidad no es un valor absoluto. Debe mantenerse un cuidadoso equilibrio entre preservar la confidencialidad y establecer la

necesidad de suspenderla, con el fin de promover los mejores intereses del paciente o la seguridad y el bienestar de otras personas o del interés público. Las excepciones están permitidas en la salud pública y la salud mental. La Ley en muchos países ordena a un psiquiatra mantener la confidencialidad, pero permite su suspensión cuando el peligro para los demás, especialmente un objetivo identificado, está en cuestión. En EE.UU. esto se conoce como el deber de advertir o la “doctrina Tarasoff”, así llamada por el caso en el que un joven enamorado mató a su novia, que había manifestado el deseo de poner fin a la relación. Había sido liberado de un servicio de urgencias del hospital al que había asistido para obtener ayuda. Los médicos fueron encontrados culpables por no advertir a la potencial víctima, a quien habían identificado. La situación es muy similar a la del presente caso. La víctima potencial es una persona identificada y el psiquiatra tendrá que aceptar su deber de advertir. Sin embargo, debería haber aconsejado a su paciente acerca de su acción, ya que la franqueza y la honestidad son esenciales dentro de la relación psicoterapéutica, y si es necesario, debería haber procedido a internar al paciente (hospitalización involuntaria) en el supuesto de que el paciente, o bien tenga una enfermedad psicótica, o bien demuestre ser incapaz de controlar sus acciones debido a su actual montante de angustia.

Caso Reportado Nº 11

Tópico: Confidencialidad

Una mujer de 34 años embarazada de 4 meses es ingresada en la sala psiquiátrica de un hospital local luego de intentar suicidarse. Pertenece a una minoría étnica y convive con su marido y los padres de él. Comenta a los médicos haber inmigrado bajo el esquema de unificación de familias, pero encuentra dificultades para adaptarse al nuevo entorno. No está alfabetizada y no puede comunicarse por medio del lenguaje del nuevo país. Mediante un intérprete declaró sentirse como una prisionera explotada por los padres de su marido, quienes la obligan a trabajar duro. Su marido le da algo de apoyo, pero tiene cinco hijos pequeños y se encuentra a la espera del sexto. En su desesperación decidió terminar con su vida arrojándose debajo de un auto, fue rescatada por la policía y llevada a la sala de emergencia. En el hospital muestra signos de depresión leve, pero ya no muestra signos suicidas. Se muestra bastante enojada con sus parientes y no quiere tener ningún contacto con ellos, ya que considera que harían su vida más miserable si llegaran a enterarse de su intento de suicidio. Su familia no entiende por qué ella se encuentra hospitalizada junto a personas “locas”, y quiere llevarla a su casa. Sus padres sienten que tienen el derecho de recibir una explicación por su hospitalización en la sala psiquiátrica y desean consultar con el psiquiatra, quien se rehúsa al pedido de entrevista sin el consentimiento de la paciente. Ella siente que su situación sería más difícil si su familia política se enterara de lo ocurrido.

M. Kastrup (Dinamarca)

Pregunta

¿Debería el psiquiatra avisarle a la familia sobre su intento de suicidio?

1. Sí, al dar a conocer la información se asegurarán de que la mujer recibirá protección de parte de su familia en caso de intentos similares, promoviendo así su seguridad y la protección de su vida.
2. Sí, porque la familia probablemente obtendrá la información a través de la policía.
3. Sí, porque la familia podría cambiar su comportamiento con el fin de disminuir la presión social sobre la paciente con la ayuda del equipo terapéutico.
4. NO, el médico tiene prohibido revelar la información por las normas de confidencialidad.

Comentarios

En general, el psiquiatra está obligado tanto legal como éticamente a mantener la confidencialidad de toda la información que se le reveló como resultado de la relación con su paciente. De lo que sabemos, el deber del psiquiatra de mantener la información confidencial del paciente ha sido una piedra angular de la ética médica desde los tiempos de Hipócrates. El juramento hipocrático afirma: "Lo que yo pueda escuchar o ver en el curso del tratamiento o incluso fuera de él, en lo que se refiere a la vida de los hombres, en ningún caso se debe difundir en el exterior, guardaré para mí este tipo de cosas que dan vergüenza ser habladas".

Este es un caso típico de las cuestiones transculturales; los psiquiatras en los países desarrollados no siempre están bien preparados para hacer frente a los pacientes procedentes de países con cultura tradicionalista. En estas comunidades, el grupo posee gran poder e invade a menudo la privacidad de las personas que la integran, especialmente cuando se trata de mujeres no alfabetizadas y que dependen de la familia.

Frecuentemente, el médico no conoce los matices culturales detrás de algún tipo de comportamiento o hace caso omiso de ellos fuera de las preocupaciones de la cultura dominante sobre la dilución de sus propios valores o debido a cuestiones legales. Los médicos tampoco cuentan con formación en relación a la sensibilidad cultural, y en las sociedades

multiculturales sería imposible conocer todas las cuestiones culturales. Partiendo del supuesto que los médicos tienen la obligación de poner toda su capacidad al servicio de sus pacientes, cualquier cuestión cultural que pueda interferir en la comprensión de la patología que afecta al paciente debe ser explorada y comprendida antes de que el médico tome una decisión cuyo significado y alcance pudiera ignorar. Tanto decirle como no decirle a la familia aparecen como soluciones no convenientes. El informarles puede prevenir otro intento de suicidio. Por supuesto, la familia va a estar enojada con la paciente debido a su intento de suicidio, pero probablemente estaría aún más enojada por no ser informada, sobre todo si se produce otro intento. Incluso podrían demandar al médico por ocultarles este elemento si la persona consigue suicidarse. Ni hablar de que la policía probablemente informaría a la familia sobre el comportamiento que la paciente tuvo en la vía pública. Es probable que un médico en el país de origen de esta paciente hubiera podido contarle con más facilidad a la familia de lo que lo haría el médico en Dinamarca. Ambos tienen razón, dependiendo del contexto y de su forma de trabajar con la paciente y la familia. En la medida que el proceso terapéutico es una oportunidad para el crecimiento personal, en este caso, los médicos tienen el deber de discutir abiertamente con la paciente el significado de su comportamiento y las consecuencias de su negativa a aceptar los mandatos de su cultura. Por su parte, la paciente tiene derecho a toda la información disponible, incluyendo las consecuencias positivas o negativas de su propio dilema cultural para que ella pueda tomar una decisión informada sobre su futuro curso de acción. La participación de la familia en el proceso terapéutico le ayudará en la brecha transcultural sobre cómo la cultura dominante considera el papel de la familia en la enfermedad y, esto va a estar en consonancia con los valores de la cultura de la paciente.

Caso Reportado Nº 12

Tópico: Confidencialidad

Frank, de 51 años, se concurre a la sesión con su psicólogo en compañía de su esposa, Sara, de 30 años. Había sido diagnosticado de depresión mayor, agravada por numerosos factores de estrés social. Esto incluía un diagnóstico reciente de SIDA, el diagnóstico de HIV en su esposa, su incapacidad para concebir un niño, la escalada de preocupaciones financieras resultantes de los costos de la fertilización in vitro, los reportes de la agencia de adopción, y los costos de la cirugía de fístula recto-vaginal de su esposa.

Frank le preguntaba continuamente a su terapeuta, quien también atendía a Sara, por alguna explicación sobre dónde pudo haber contraído SIDA ya que no había tenido ningún consumo previo de drogas por vía intravenosa, relaciones sexuales sin protección que no fueran con su esposa, u otros riesgos que llevaran a contraer esa enfermedad. También quería una explicación más detallada acerca de la infertilidad de su esposa y estaba deprimido porque sentía que no aparecía respuesta alguna en el tratamiento con el profesional.

Así, pasaba muchas horas pensando sobre estos temas, se sentía culpable por no poder hacer más por su mujer, y deprimido por no ser capaz de convertirse en padre. Lo que más lo angustiaba era la creencia de que él había infectado de HIV a su esposa Sara, lo cual de hecho podría ocasionarle la muerte.

Pero este hombre desconocía que su esposa había nacido como hombre y cuando tenía 18 años se sometió a un cambio de sexo en Brasil. Después de la cirugía, Sara se dedicó al comercio sexual, donde

contrajo HIV, cuestión de la que estaba enterada desde hacía muchos años. Cuando conoció a Frank, ella no le informó que una vez había sido un hombre, ni mencionó su condición de portadora de HIV, enfermedad que presumiblemente había transmitido a su esposo. Sara no está dispuesta a permitir que su cirujano y el terapeuta revelen a su marido este aspecto de su historia. Ella siente que hacerlo podría "destruirlo", agravar su depresión y posiblemente conducirlo al suicidio.

S. Bloch (Australia)

Pregunta

¿Debería el terapeuta revelar al marido la historia de su mujer?

1. SI, en este caso existe una relación médico-paciente entre el terapeuta y el marido. El esposo está solicitando respuestas a sus preguntas, las cuales se pueden obtener a partir de la información aportada por la mujer. Por lo tanto, el profesional tiene derecho a brindar esta información al marido.

2. NO, el deber de confidencialidad profesional lo priva de cualquier derecho a transmitir al esposo la información obtenida sobre su mujer. El gran daño que se ocasionaría al marido al dar esta información, incluyendo el peligro de que pudiera suicidarse, es mayor que cualquier posible beneficio de revelar la verdad.

Comentarios

Esto es obviamente un caso difícil desde cualquier punto de vista. En términos médicos, tener relaciones sexuales sin protección entre marido y mujer (ya que intentaban tener un bebé), pudo haber sido el factor de la transmisión de HIV, desconociendo el marido que su mujer no puede quedar embarazada. Tras esto, la depresión del esposo se agravaría aún más y la salud física se deterioraría a posteriori.

Desde el punto de vista ético, es cierto que la situación del médico de cabecera es difícil, porque él es el médico que trata tanto al marido como a su mujer, hallándose enredado en una situación extraña y complicada.

La decisión más apropiada del médico sería derivar a uno de los cónyuges a otro profesional. Esto no permite que le diga la verdad al marido, porque él es o ha sido el médico tratante de la esposa; la obligación de confidencialidad es válida durante toda la terapia, e incluso después.

Moral y legalmente, probablemente, muchas sociedades condenarían a la esposa por haber transmitido la enfermedad al marido, y por el engaño de ocultar el pasado. Por otro lado, a partir de un punto de vista psicodinámico, el marido "sabe sin estar dispuesto a conocer". Cuando le pregunta al médico dónde había contraído la infección de HIV, es probable que sienta que su esposa podría estar enferma; sin embargo, no se atreve a enfrentarse a tal dolorosa realidad y la niega.

Una posible medida es convencer a la esposa para que progresivamente pueda decirle la verdad al marido, con un fuerte apoyo psicoterapéutico para ambos cónyuges.

Promover la comunicación es un componente esencial de cualquier relación. Por desgracia, en este caso, la mujer ha engañado a su marido dos veces, una por no revelar su pasado y otra por no enfrentar su realidad presente. Además, ella está produciendo otros engaños mediante la imposición de limitaciones a su médico en su capacidad de ayudar a su marido. Si el médico no expone estos asuntos con él está colaborando con el engaño. La insistencia de la esposa respecto del riesgo de suicidio del marido en caso de saber la verdad debe ser tomada muy en serio. Por su parte, la mujer tendrá que replantearse su pasado, el cual tiene consecuencias en la actualidad. Su motivo de ocultamiento es el temor a que su marido pueda suicidarse si él supiese

la verdad, pero cabría también la posibilidad de que él pueda suicidarse por no saber qué es lo que le aflige. Él tiene derecho a saber, independientemente de las consecuencias de esas revelaciones. La aplicación de un análisis con fundamento en la teoría consecuencialista, que sólo ve la salida al suicidio como aspecto negativo, no deja ver los resultados positivos para ambas partes que podrían devenir a partir de la decisión de revelar la verdad.

Caso Reportado Nº 13

Tópico: Confidencialidad

Un hombre de 46 años, casado y padre de tres niños, es conductor de autobús en una línea interurbana cuyo recorrido incluye caminos montañosos difíciles. En una consulta con un médico, su principal preocupación es que comenzó a experimentar episodios de taquicardia aguda durante los cinco meses posteriores a la muerte de su madre. Sucedió por primera vez cuando estaba en la calle, donde pensó que había perdido el juicio y se sintió a punto de morir. En la sala de emergencia del hospital al cual fue trasladado, le dijeron que su corazón estaba en buenas condiciones, pero debido a su estrés, le aconsejaron tomar unas vacaciones. Al regresar de este descanso empezó a sufrir los mismos episodios, especialmente al conducir en rutas de montaña. Él también comenzó a advertir que su tarea de conducción podría volverse imprudente y causar una caída por el barranco.

Insistió en que lo que lo aquejaba era exclusivamente una enfermedad cardíaca, negándose a considerar que estaba sufriendo algún tipo de trastorno de pánico, el cual podría verse agravado por agorafobia. Rechazó cualquier medicación psicotrópica o psicoterapia y exigió ser tratado por un cardiólogo. El paciente sostuvo que se negaría a tener "el mismo tipo de medicación que su madre", quien había sido tratada por años como una persona esquizofrénica. Al mismo tiempo continuó realizando su ardua ruta de autobús, dado que había contraído deudas que tenía que pagar.

D. Moussaoui (Marruecos)

Pregunta

¿Debe el médico advertir al empleador acerca del estado de salud del paciente?

1. Sí, la negativa del conductor a aceptar la opinión profesional de que eventualmente pueda padecer una enfermedad puede causar un accidente, en el cual él mismo puede morir o resultar herido, como también los pasajeros que transporta. El peligro para la vida del conductor y de quienes viajan en el autobús amerita la suspensión de la confidencialidad.
2. NO, en esta etapa el médico debe preservar su relación con el paciente, cooperar con el cardiólogo y el psiquiatra, y proponer un régimen de tratamiento que incluya tanto lo cardiológico como los requisitos psiquiátricos.
3. NO, la regla de confidencialidad niega al médico cualquier derecho de infringirla. Advertir al empleador podría concluir en el despido del conductor.

Comentarios

Persuadir al paciente es la clave para resolver este caso. No sería falso decirle al paciente, en colaboración con un cardiólogo, que un inhibidor de la absorción de serotonina detendría sus síntomas cardíacos. Un trastorno de pánico con probable agorafobia, con o sin depresión (en el caso del presente informe no hay indicio alguno) sucedió luego de la muerte de su madre, quien había padecido una enfermedad mental. Teniendo en cuenta el estigma que este paciente tiene hacia la psiquiatría y a los medicamentos psicotrópicos, sería prudente derivarlo a un cardiólogo para el tratamiento. Sólo en el caso de que el paciente se niegue por completo a cualquier tipo de tratamiento y continúe deteriorándose, se consideraría la alternativa de informar al médico laboral de la empresa, quien le explicaría nuevamente al paciente el peligro de conducir el autobús en tales condiciones. Desde el punto de vista ético, la mayor responsabilidad del

médico hacia su paciente es su sufrimiento. Sin embargo, si la enfermedad podría causar la muerte o lesiones a terceros, también hay una responsabilidad del médico hacia la comunidad. Casos similares suelen ocurrir con los pilotos de avión o conductores de trenes, por ejemplo, en caso de epilepsia o trastorno por abuso de sustancias. La decisión de este paciente es no buscar tratamiento para sus ataques de pánico que, en circunstancias normales, sólo afecta a él y sus allegados. Está dentro de sus derechos el hecho de que la persona decida buscar un tratamiento o no. De hecho, si no fuera por la ocupación de esta persona, ese debería ser el punto final de este asunto. Sufrir ataques de pánico graves cuando la persona es responsable de la seguridad del público, implica que emerja una diversidad de complicaciones relacionadas a su desempeño. Un ataque de pánico serio, en medio de mucho tráfico o en una carretera muy transitada podría, probablemente, impactar sobre la capacidad de esta persona para conducir su autobús de una manera segura y totalmente consciente. Por lo tanto, el riesgo para el público, incluyendo a sus pasajeros y conductores en otros vehículos, será alto.

En algunos países, por ley, independientemente de las normas de confidencialidad, un caso de esta naturaleza debe ser denunciado, teniendo la persona la opción de: o bien someterse al tratamiento y control adecuado de su condición médica, o bien renunciar a sus privilegios de conducir. Una licencia de conducir no es un derecho, sino un privilegio que imprime sobre el propietario ciertas expectativas y obligaciones. Si no se efectúa la denuncia y nada sucede, el psiquiatra podría ser objeto de sanciones, incluso penales. Un argumento posible podría hacerse en función del bien de la mayoría versus el bien individual de esta persona. Dado que las consecuencias podrían ser devastadoras para este paciente, sus pasajeros y el psiquiatra, éste último tendrá que tomar una decisión a partir de la normativa deontológica tal como se aplica en el caso por caso.

En cuanto al paciente, sus responsabilidades se derivan de conceptos morales, en primer lugar, en su rol como conductor de un transporte público, en segundo lugar, sobre la responsabilidad y causalidad para que un accidente ocurra y, finalmente, en su propia capacidad (competencia) como conductor.

Caso Reportado N° 14

Tópico: Confidencialidad

El caso ocurrió en un país europeo en el que durante 30 años se ha declarado en repetidas ocasiones (a veces por representantes de las asociaciones psiquiátricas) que un psiquiatra que trabaja con la comunidad debe ser visto como un “activista político”. Sucedió que un profesor de la Universidad del área de Psiquiatría de ese país utilizó terapia electroconvulsiva por primera vez en 27 años, en un paciente con un cuadro clínico muy complejo, el cual era resistente a la farmacoterapia. Uno de los asistentes del profesor, miembro de un partido político, fotocopió la historia clínica del paciente y se la entregó a un directivo del partido. Las fotocopias fueron llevadas a un importante periódico y al día siguiente, apareció publicado un artículo donde se atacaba al profesor por el tratamiento brutal que había usado. Esta publicación fue acompañada de varias entrevistas con psiquiatras, en las cuales ninguno mencionó que la terapia electroconvulsiva es considerada por las organizaciones clínicas internacionales como un tratamiento apropiado para condiciones clínicas específicas. El decano de la facultad no tomó ninguna acción disciplinaria contra el asistente, pero le pidió oficialmente al profesor que diera una explicación y promoviera un “debate público” en la Facultad acerca del uso de la terapia electroconvulsiva. El cuadro clínico del paciente mejoró significativamente luego de dicho tratamiento, pero esto no fue mencionado en el periódico ni en cualquier otro evento público.

M. Maj (Italia)

Pregunta

¿Correspondía que el asistente distribuyera la información al público?

1. Sí. El derecho de la sociedad a conocer anula la regla de confidencialidad.
2. Sí. El derecho de los profesionales a monitorear el uso adecuado de los procedimientos médicos está por encima de la regla de confidencialidad.
3. NO. Al asistente no le está permitido tomar iniciativas en base a su ideología.

Comentarios

Los movimientos anti psiquiatría, en sus formas más sutiles o más extremas, existen en todo el mundo, incluso entre los propios psiquiatras. Es legítimo plantear una controversia ante una comunidad determinada, como es el caso de los pros y contras de la terapia electroconvulsiva. Por otro lado, fotocopiar la historia clínica de un paciente y darla a conocer a personas que no son profesionales, ni tampoco se encuentran implicados en el tratamiento del paciente no resulta ético. Si el nombre del paciente no es resguardado, y si el paciente puede ser reconocido a través de la información contenida en el archivo fotocopiado, el paciente tiene en este caso derecho a demandar al asistente.

Los valores que supuestamente sostiene el asistente, el bien de la sociedad y el derecho a estar informado, podrían haberse logrado sin infringir el derecho de terceros. El fin no justifica los medios en este caso. Usar a alguien que no puede protegerse para hacer un cuestionamiento político resulta inmoral y reprochable. De hecho, en muchos países es también un delito revelar resultados médicos a quien no esté autorizado o cuando no se tenga consentimiento del paciente.

El Decano manifiesta su inconsistencia moral al alinear su punto de vista con el de la mayoría. Decide así sacrificar la confidencialidad de los resultados médicos que le fueron confiados a su hospital y a él como jefe médico oficial del departamento. También sacrifica la integridad del departamento y el interés de los miembros de la Facultad. En un análisis sobre su responsabilidad, también él ha fallado en su deber profesional.

Caso Reportado N° 15

Tópico: Confidencialidad

Una mujer de 37 años, casada, acude a su médico de cabecera refiriendo flujo vaginal y picazón alrededor de la vulva. Luego de exámenes y pruebas, el médico la convoca a una segunda consulta y le pide que vaya con su marido. En esa entrevista, el médico les informa que ella tiene una infección provocada por alguna enfermedad de transmisión sexual y les aconseja abstenerse de futuras relaciones sexuales por el momento. También le pide al marido que se someta a una investigación de laboratorio en función del requisito legal de informar a las autoridades sanitarias. Esta información provista por el profesional causó una gran fisura matrimonial y la pareja se divorció. En este caso, los análisis revelaron que el marido estaba libre de infección y, en una consulta posterior, el médico se disculpó con la mujer por haber descubierto que ella sólo presentaba un caso menor de moniliasis, pero el laboratorio le había suministrado información perteneciente a otro paciente.

J. Arboleda-Flórez (Canadá)

Pregunta

¿El médico debió informar al marido que su mujer tenía una enfermedad de transmisión sexual?

1. NO. El médico tiene prohibido revelar este tipo de información, según las reglas de confidencialidad. El médico tendría que haberle preguntado desde el inicio a la mujer si estaría de acuerdo en revelar esa información a su marido.
2. Sí. El médico pudo haber supuesto que la mujer consentía revelar la información dado que ella había acudido a la segunda consulta acompañada de su marido.

Comentarios

La confidencialidad presupone que algo “secreto” será revelado a otra persona, quien no lo repetirá a un tercero. La confidencialidad refiere al derecho del paciente de que esas comunicaciones realizadas en confidencia no sean reveladas a terceros. Ello deriva del derecho a la privacidad, el cual es más amplio. Este protege contra una variedad de intrusiones sobre la libertad del paciente y de atención no deseada. La información obtenida en la relación terapéutica debería quedar en confidencia y utilizarse, única y exclusivamente, con el propósito de mejorar la salud mental del paciente.

Las acciones médicas algunas veces tienen efectos devastadores en los pacientes y sus familias. Anunciar una enfermedad de transmisión sexual, especialmente cuando se trata de HIV, puede ser desastroso, sobre todo si es un falso resultado del laboratorio. Es por eso que es esencial un doble chequeo con el laboratorio. Al dar a conocer los resultados el profesional debe insistir en que estos son provisionales, hasta que se realicen las pruebas de control de otros laboratorios.

También es claro que desde el punto de vista ético el diagnóstico y su divulgación al cónyuge deberían haber sido discutidos previamente con la paciente.

El profesional actuó precipitadamente y sus motivaciones no son claras. De hecho, él podría ser responsable legalmente de generar daños en los intereses de la paciente. Incluso si la mujer hubiese aceptado llevar a su esposo con ella, el contenido de la reunión podría no resultarle claro. El médico tiene el deber de investigar en profundidad cualquier acontecimiento de salud extraordinario antes de informar a la paciente, mucho más si se trata de otras personas. No tener un segundo chequeo de los resultados es equivalente a negligencia médica. Su prisa por suspender la confidencialidad por motivos de aplicación de una regla utilitarista no es justificada, dado que los involucrados en esta etapa son sólo dos y la decisión de informar al marido pudo haber esperado hasta la confirmación de los resultados con otras pruebas.

Caso Reportado N° 16

Tópico: Confidencialidad

Una influyente dirigente política de 68 años de edad fue afectada por la enfermedad de *Lou Goerigh*, con lo cual su expectativa de vida se reducía a un año. Por este motivo inicia tratamiento psicoterapéutico de forma privada y en su domicilio. Ella le prohibió tanto a su médico como al terapeuta cualquier tipo de mención de su condición a su esposo y a su familia, por la situación política que esta revelación podría causar y las repercusiones que podría acarrear. Mientras su estado de salud y su ánimo empeoraban, se incrementaba cada vez más la presión sobre los profesionales para que ella realizara interconsulta acerca de la posibilidad de hospitalización. Los profesionales se negaron, siguiendo el pedido de su paciente, pero la familia insiste en hacer consultas y en una posible internación.

J. Arboleda-Flórez (Canadá)

Pregunta

¿Debería el profesional comunicar a la familia y a la comunidad acerca de la enfermedad de su paciente?

1. NO. Esa información pertenece a la paciente, y se dará a conocer únicamente bajo su consentimiento.
2. NO. Podría causar daño tanto a la paciente como a la comunidad, entendiendo que su estado de salud podría afectar su desempeño en el cargo público que tiene.
3. Sí. La comunidad tiene el derecho y el interés de saber.

Comentarios

La salud de los políticos, artistas y otras personas expuestas a los medios de comunicación, especialmente cuando sufren enfermedades severas, llega con facilidad a la primera plana de los medios. Es comprensible que un médico cuestione el principio de confidencialidad cuando esto tiene que ver con un jefe de Estado quien sufre, por ejemplo, de la enfermedad de Alzheimer.

Pero cuando es una enfermedad mental terminal como esta, la cual no afecta las funciones cognitivas sino hasta el final, no hay duda de que el principio de confidencialidad debe ser respetado de manera muy estricta.

La pregunta es cuándo es correcto o incorrecto retener la verdad, si no es el interés de una sola persona el que está en juego sino el interés de un gran número de personas, como ocurre cuando se trata de un político. Incluso el interés de su partido está en juego. El partido necesita aceptar su estado de salud y organizar una sucesión ordenada. Los políticos son personas públicas. Cosas que son privadas y confidenciales para muchos pueden no ser aplicables a ellos porque el bien público puede verse comprometido.

Por lo tanto, deontológicamente, la decisión de la paciente de ocultar la verdad se encuentra en un terreno movedizo. El médico tiene el deber de mantener en confidencialidad el estado de su paciente, pero también tiene el deber de examinar con ella todas las consecuencias de su decisión. La paciente tiene que entender que a medida que su final se acerca, será imposible ocultar los hechos por más tiempo y ella estará en una posición poco conveniente para cuidar de sus asuntos personales y políticos. Sin embargo, mientras ella siga siendo competente, el médico debe respetar su decisión.

Caso Reportado N° 17

Tópico: Confidencialidad

Un niño de 8 años de edad fue derivado a un hospital de salud mental por un trabajador social debido a cuestiones familiares y problemas de conducta.

El niño y su hermano están atrapados en medio de disputas por un conflictivo divorcio entre sus padres, y se encuentran temporalmente bajo el cuidado de su padre. En la primera sesión diagnóstica la conducta del niño fue hostil; estuvo furioso y sus respuestas fueron lacónicas.

En el momento en que la reunión había terminado, el padre entró al consultorio y en presencia de su hijo exigió ver lo que el profesional había escrito en su expediente. Él dijo "Entiendo que por ley tengo derecho a ver lo que escribe en el expediente de mi hijo". Agregó que merecía saber lo que su hijo pensaba de su madre y de él. Al parecer, el padre percibía a este hijo más apegado a la madre, y creía que este lo traicionaba por amarla a ella también. Probablemente el niño fue consciente de la intrusión de su padre, por lo que se negó a cooperar en el examen psicodiagnóstico. Además, era evidente que el niño tenía miedo de cooperar y revelar sus sentimientos y pensamientos, porque su experiencia le enseñó que la ira de su padre podría ser muy peligrosa.

R. Finzi-Dottan (Israel)

Pregunta

¿Debe el médico mostrar al padre el contenido del expediente?

1. NO. La demanda del padre es un intento de violar el derecho a la privacidad del hijo. Su divulgación no será en beneficio del niño.

2. Sí. Los padres tienen derecho como representantes legales a ver los informes médicos de los niños.

Comentarios

En general, la información acerca de los problemas de salud del niño debe ser dada a conocer a los padres, a menos que esto pueda dañarlo. En el caso de la psiquiatría infanto-juvenil esto no es necesariamente así, ya que el secreto profesional y la privacidad representan un elemento esencial en el trato con los pacientes.

A menudo, los médicos están atrapados en la elección entre diferentes soluciones ante un problema ético. Uno de los facilitadores para encontrar la mejor solución es la siguiente pregunta: "¿Dónde está el mejor interés del paciente?". Obviamente aquí no es en interés del niño que el padre sepa lo que le dijo al doctor.

El terapeuta tiene el deber de proteger no sólo la confidencialidad y la privacidad de los jóvenes pacientes, sino también de poder serles de ayuda efectiva en el futuro, y en cierta medida cuidar también su integridad física, en caso de que el padre se encontrara fuera de control, como parece estar ocurriendo en este caso.

Caso Reportado Nº 18

Tópico: Confidencialidad

Una mujer soltera de 27 años de edad se presentó para tratamiento refiriendo atracones severos y comportamiento purgante durante más de diez años. La paciente pasaba más de doce horas al día engullendo comida y luego vomitando.

A medida que el tratamiento avanzaba, se volvió claro que el comportamiento de la paciente era un intento de evitar concretar sus continuas ideas e intentos de suicidio. La paciente no convivía con su familia, pero sus padres vivían en la misma ciudad y no tenían conciencia de la gravedad de su estado. La paciente hizo tratamientos ambulatorios a largo plazo, con hospitalizaciones intermitentes cuando los intentos de suicidio se volvieron demasiado intensos. Después de varios años de tratamiento, la familia llegó a la conclusión de que la paciente se había vuelto excesivamente dependiente de su psiquiatra, e intentaron que los superiores del psiquiatra lo relevaran del tratamiento con la paciente. Aun cuando ocurrió esto, la paciente deseaba que su familia no se enterara de la naturaleza y gravedad de su estado de salud.

A. Tasman (Estados Unidos)

Pregunta

¿Debería la familia ser informada acerca de la naturaleza o la gravedad del estado de la paciente?

- 1 NO. El equipo médico debería respetar la regla de confidencialidad.
- 2 Sí. El riesgo de que la paciente pusiera fin a su vida justificaba la intervención a favor de sus familiares cercanos.

Comentarios

Resulta claro que, en el contexto de la relación terapéutica, la decisión de la paciente debe ser respetada, lo cual significa que el médico no tiene derecho a revelar ni el diagnóstico ni el pronóstico a los padres. Incluso si se revelase, no sería de ayuda para la paciente, a causa de la distancia existente entre ella y sus padres.

La paciente es adulta y, aparentemente, competente. Los adultos competentes pueden tomar decisiones irracionales mientras que estén justificadas. El argumento de que sería bueno para ella obtener el apoyo de su familia es paternalista y utilitario. Quizás, ella estaría mejor luchando por su supervivencia que volviéndose dependiente de la ayuda de los padres. La libertad tiene sus costos y, a veces, la peor esclavitud es aquella que está encubierta de bondad. Este caso muestra cuán importante es el trasfondo cultural en los puntos de vista ético profesional. Sería imposible imaginar una muchacha joven enferma, viviendo sola en una casa diferente a la de sus padres en una sociedad tradicional. Esto explica por qué es esencial el concepto de autonomía en varios países de América del Norte y el oeste de Europa, y también por qué es más endeble en muchas sociedades tradicionales de Asia, África y Latinoamérica.

Caso Reportado Nº 19

Tópico: Publicación científica

El Dr. X ha publicado un artículo científico basado en dos sueños tomados de tratamientos psicoterapéuticos de pacientes a su cargo, sin que se los pueda identificar, incluyendo un diagnóstico detallado y realizando pronósticos. Una breve versión de este artículo fue publicada en una revista dedicada a la actualización de las Ciencias Humanas.

Como el Dr. X era un prestigioso colega, yo solía incluir su nombre en mi lista de referencias profesionales.

Cuando una compañera del hospital me consultó por un terapeuta, le di tres nombres, incluyendo al Dr. X. Ella automáticamente lo rechazó, diciendo que este profesional había herido profundamente a su hermana cuando fue su paciente.

El problema se originó a raíz del artículo previamente mencionado. La paciente había comprado la revista de Ciencias Humanas en un puesto de diarios, justamente porque vio el nombre de su terapeuta entre los autores de ese número. Se decepcionó mucho cuando vio su propio sueño publicado y cuando se dio cuenta (aun cuando nadie hubiera reconocido que ella era la paciente), que los comentarios teóricos eran acerca de su personalidad y sus conflictos psicológicos.

Ella interrumpió su tratamiento y rechazó cualquier encuentro con quien ahora es su ex terapeuta.

Y.B. (Uruguay)

Pregunta

¿Tiene derecho el profesional a publicar el artículo?

1. Sí, porque el artículo no incluye ninguna información que permita identificar a la paciente.
2. Sí, el derecho de la paciente a la privacidad se opone al derecho a la mejora de la salud por parte del público lector. La publicación de la investigación científica contribuye al avance de la ciencia y la medicina.
3. NO, porque el derecho a la intimidad prevalece sobre cualquier otro derecho.
4. NO, el médico debería haberle ofrecido el artículo a la paciente y pedirle autorización para publicarlo, ya sea tal como estaba o con las correcciones solicitadas por la misma paciente.

Comentarios

¿A quién pertenece la historia clínica de un paciente? La tendencia mundial es que la misma le pertenece al paciente. Esto también rige para cualquier producción del paciente ya sea artística o de cualquier índole.

Este es el motivo por el cual el uso público de un caso sin el consentimiento de un paciente no es éticamente aceptable. Incluso el uso directo o indirecto del caso clínico para fines didácticos necesita del consentimiento del paciente. Esto no aplica cuando se toman pequeños fragmentos o viñetas del caso que no describen la totalidad del caso en detalle (por ejemplo: contenidos de alucinaciones, o descripciones del comportamiento de una persona celosa).

El problema principal permanece con la publicación del caso, sabiendo que la posterior utilización del artículo científico puede ser de interés para los medios de comunicación. El consentimiento informado por parte del paciente es una evidente necesidad, incluso si la persona no puede ser reconocida a través de la información contenida en el artículo. Además de transgredir las reglas de propiedad intelectual, el terapeuta también transgrede las reglas de confidencialidad y privacidad incluso si el paciente no puede reconocerse fácilmente (jella se

reconoció a sí misma, lo cual es suficiente!). El uso de sus materiales ayuda al terapeuta en su reputación, pero esto no supone una ganancia para su paciente. Durante siglos, por un bien social o en beneficio de la ciencia se ha avanzado en argumentos utilitarios para justificar el uso de los seres humanos como sujetos de investigación (especialmente los presidiarios), a menudo sin su consentimiento ni en su beneficio.

Los psiquiatras tienen prohibido hacer uso de la información confidencial para obtener de ello beneficios académicos. Los psiquiatras están obligados a disfrazar los datos clínicos, incluso en detrimento del valor científico del material, para evitar que el paciente sea reconocido. A veces el material es imposible de disfrazar, por lo tanto, no debería publicarse, pese a su valor científico.

Caso Reportado N° 20

Tópico: Informar al paciente

D. era un hombre de 43 años, quien sufría de un trastorno afectivo bipolar crónico y severo, por el cual se encontraba sometido a una prolongada hospitalización. Un día, la enfermera encargada del servicio en que el paciente estaba hospitalizado recibió una llamada telefónica de la hermana de D., informando sobre la repentina muerte de su padre. La hermana agregó detalles sobre el funeral, el cual iba a tener lugar al día siguiente. La enfermera contactó a la psicoterapeuta de D., quien se encontraba de vacaciones, consultándole qué hacer. La terapeuta le indicó a la enfermera que retuviera la información hasta su regreso. De este modo, ella podría informarle personalmente a D. sobre su pérdida y ofrecerle la contención terapéutica necesaria para evitar una mayor descompensación psíquica, y también para aprovechar la oportunidad y trabajar en profundidad la relación entre D. y su padre.

La decisión de la psicoterapeuta fue reportada al Director del Departamento, quien inmediatamente la canceló, y ordenó que se le permitiera al paciente asistir al funeral de su padre y participar del Shiva (período de siete días de duelo, tradicional en la religión judía), e incluso ofreciéndole un miembro del staff, a manera de acompañamiento terapéutico. El director fundamentó su decisión en dos razones:

1. Los pacientes tienen derecho a saber y a experimentar eventos de gran importancia personal, en el momento en que estos ocurren y no cuando a sus terapeutas les conviene. (En este caso la terapeuta no estaba preparada para interrumpir sus vacaciones, de modo de poder estar con su paciente en su momento de aflicción).

2. Es el deber de los especialistas del hospital cuidar de modo directo de los pacientes cuyos terapeutas se hayan ausentado temporalmente debido a cuestiones de salud personal, feriados, vacaciones, períodos sabáticos, etc. Es su deber proveer a estos pacientes de todos los tratamientos y soportes emocionales necesarios, especialmente cuando los pacientes deben afrontar sucesos personales dolorosos.

Epílogo

El paciente participó del funeral y del Shiva, comportándose de forma equilibrada. Cuando su terapeuta volvió al hospital, pudieron trabajar juntos las diferentes respuestas del paciente respecto a esos eventos difíciles.

R. Mester (Israel)

Pregunta

¿Fue correcto informar al paciente sobre la muerte de su padre y permitirle asistir al funeral?

1. NO, era mejor proteger al paciente del sufrimiento implicado en la revelación de esa información y de la participación en el funeral de su padre.
2. Sí, el paciente tiene derecho a ser respetado y a recibir información fidedigna.

Comentarios

Los pacientes tienen el derecho a la autodeterminación y a tomar decisiones libres en relación a sí mismos. Uno de los dilemas morales más complejos en el cuidado de la salud se produce cuando los principios morales de beneficiar al paciente y de respetar su autonomía se oponen. No compartir la verdad con el paciente significa privarlo de su libertad de elegir el curso que desee imprimirle a su terapia y también significa reducir su estatus moral como persona. La conclusión de que la

honestidad es la mejor política en salud mental despierta la pregunta de cómo debe ser dicha esa verdad. Revelarla de forma franca y completa no significa necesariamente una pormenorización dolorosa de cada aspecto posible de tal decisión.

El poder médico es una realidad. Por ello es que debe ir de la mano de un profundo sentido de responsabilidad. Si bien el paciente sufre de un severo trastorno bipolar, y es particularmente sensible a la pérdida y la separación, hubiera podido significar un trauma importante el no haber sido informado sobre la muerte de su padre ni haber asistido a su funeral. El funeral, junto con todo el apoyo social que supone, probablemente sean tan eficaces como la ayuda que pueda proporcionar un psicoterapeuta en términos de reducir el impacto traumático en el paciente.

En casos de emergencias o de ausencia del profesional a cargo del tratamiento, otros miembros del equipo son los que generalmente toman la responsabilidad de cambiar el tratamiento, incluso si es de naturaleza psicoterapéutica. La decisión del jefe de servicio, luego de discutir con otros miembros del equipo, fue la correcta.

No obstante, dentro del proceso terapéutico, es importante que la terapeuta esclarezca su posición con el paciente respecto de lo sucedido, y le explique por qué sugirió no informarle sobre la muerte de su padre cuando ella se hallaba ausente por vacaciones.

El razonamiento de la terapeuta al fundamentar su decisión de retener la noticia y privar al paciente de participar en un ritual social y religioso de gran significación para él, podría ser visto como paternalista y autoritario, y beneficiar tan sólo a la terapeuta y no a su paciente. Mientras que la terapeuta analizaba los riesgos de revelar malas noticias, no ponderó los riesgos de no hacerlo, los cuales podrían haber sido mucho más devastadores. Tal decisión en favor propio, no constituía ningún beneficio para el paciente.

Caso Reportado Nº 21

Tópico: Tratamiento forzoso

Un hombre de 50 años cumplió una condena de cinco años por violar a una joven mujer con quien previamente había mantenido una relación sexual sin protección, a pesar de conocer su condición de HIV positivo. El hombre ya tenía condenas anteriores por violación, pero esta fue la última y fue relativamente breve porque los expertos estimaban que moriría de SIDA mientras estuviera en prisión.

El psiquiatra testificó en el juicio anterior, afirmando que el hombre tenía un trastorno antisocial de la personalidad, pero que esto no disminuía su responsabilidad por el acto delictivo. Mientras cumplía su última condena los tratamientos disponibles para el SIDA mejoraron sustancialmente. Él se benefició, en tanto que su salud era mejor en el momento en que iba a ser liberado en comparación con su estado durante el juicio.

Los especialistas en HIV que lo trataban en la cárcel, los políticos y la opinión pública manifestaron su preocupación en el sentido de que este hombre pudiera ser peligroso, por lo cual presionaron para que se le realizara un examen psiquiátrico con el fin de que fuera derivado a un hospital especializado en salud mental.

N. Nedopil (Alemania)

Pregunta

¿Se puede requerir un examen psiquiátrico con el propósito de proteger la salud pública?

1. Sí, un examen forzado se justifica por el bien público ya que estamos ante un delincuente con una personalidad antisocial y un historial delictivo que es probable vuelva a poner en riesgo a la comunidad. .
2. NO, no tiene sentido un examen porque no hay modo de hospitalizarlo.
3. NO, porque los recursos de salud mental no deben ser utilizados para ejercer la protección jurídica contra la criminalidad en ausencia de enfermedad mental.

Comentarios

Este es un asunto de gran importancia en materia de políticas de salud. Conciernen tanto a la política social como a la gestión de la justicia penitenciaria en casos de delitos graves. Muchas de estas personas tienen una patología delictiva que requiere de gestión criminológica, no una gestión clínica para la que no habría ningún tipo de tratamiento disponible, además de su reclusión. El hecho de que puedan utilizarse los recursos de salud mental, que son de por sí escasos, en la custodia de los delincuentes en lugar de proporcionar camas para pacientes con patologías mentales, toca cuestiones de equidad y distribución justa de recursos sanitarios. Supone decisiones sobre la asignación de recursos a los pacientes, además de abrir la discusión para determinar si la asignación de recursos es legítima y da cuenta de un proceso justo en el plano social. Una cuestión periférica en este caso es la salud pública, sobre la que será necesario un debate enérgico acerca de si la sociedad tiene el derecho de encarcelar a las personas como un medio para prevenir y proteger la salud de la población de los peligros potenciales que supone la conducta de algunos de sus miembros. ¿Qué alternativas estaría dispuesta a ofrecer la sociedad a fin de proteger la salud pública y a la vez evitar la restricción de las libertades individuales?

El problema de las personas con personalidad antisocial es que son rechazadas por los dos sistemas: el psiquiátrico y el judicial. Cuando

cometen un delito, los psiquiatras forenses generalmente sugieren a la Corte que se trata de la plena responsabilidad de los actos. Por otra parte, el juez observa que estas personas "no son normales", especialmente cuando tienen depresión, ansiedad, trastornos de personalidad, así como otras alteraciones del comportamiento. Por ejemplo, abuso de sustancias, dependencia al alcohol, intentos de suicidio.

Es probablemente esta duda la que posibilitó la recurrencia del comportamiento delictivo. Está claro que esa persona necesita una evaluación psiquiátrica periódica, pero si no acepta ser vista por un psiquiatra con regularidad a fin de modificar su comportamiento (lo más probable), nunca se presentaría a la entrevista y podría verse impulsada hacia un comportamiento antisocial, que puede incluir la violación. La única respuesta para ese comportamiento específico sigue siendo judicial, con el fin de proteger a la sociedad, con la ayuda secundaria de los profesionales de la salud.

Otra cuestión en este caso es asegurarse de que esta persona no justifica la demencia debido a su infección por HIV.

Caso Reportado N° 22

Tópico: Tratamiento forzoso

Un ingeniero de 46 años de edad con una recaída aguda de carácter esquizo-paranoide, pide de forma voluntaria admisión para internarse en la sala de urgencias del hospital psiquiátrico local. Informa vívidos delirios de persecución (refiere que es atacado por rayos cósmicos enviados desde satélites impulsados por criaturas extraterrestres) que lo llevan a un estado de "parálisis mental y física" y alucinaciones (refiere escuchar las voces de comando de esas criaturas, sintiendo la dolorosa penetración de los rayos en su cuerpo). Después de entrar en la sala, el paciente rechaza la propuesta de tratamiento con psicofármacos afirmando que se siente seguro y cómodo al quedarse internado, detrás de las ventanas que no pueden ser abiertas, ya que sus perseguidores no son capaces de llegar a él allí.

K. Orzechowska Juzwenko (Polonia)

Pregunta

¿Qué debería hacer el profesional en este caso?

1. Proporcionar al paciente información completa con respecto a su condición, los posibles métodos de tratamiento (incluyendo psicoterapia, psicoterapia social y farmacoterapia) y las consecuencias de rechazar el tratamiento. En todo momento debería tratar de convencerlo pacientemente de aceptar la terapia.
2. Iniciado el procedimiento terapéutico, tratar al paciente de forma involuntaria ejerciendo su autoridad.
3. Tratar al paciente de inmediato y lograr la mitigación de su psicosis.

Comentarios

Por lo general, el paciente tiene derecho a rechazar o suspender el tratamiento. Ello, por supuesto sin perjuicio de algunas excepciones:

En primer lugar, si la legislación nacional establece que, teniendo en cuenta la propia seguridad del paciente y la de los otros, el paciente puede negarse a dar el consentimiento al tratamiento sin justificación alguna.

En segundo lugar, en casos de emergencia. Una emergencia es una condición médica aguda que puede causar la muerte, discapacidad o enfermedad grave y que debe ser atendida inmediatamente. El argumento para esta excepción es que, si un hombre en su sano juicio estaría dispuesto a dar su consentimiento a un tratamiento en una emergencia, se presume que cualquier paciente daría su consentimiento si estuviera mentalmente capacitado para ello. En tercer lugar, cuando el paciente es incompetente. Una persona es considerada competente si puede entender la naturaleza y las consecuencias del procedimiento médico.

En caso de estar el paciente en desacuerdo, es importante saber si él o ella son competentes para tomar la decisión correcta teniendo en cuenta su propio bienestar. ¿Hay algún familiar o alguien de su entorno que pueda convencerlo de tomar medicamentos? Otra opción, en algunos países europeos o de Norteamérica, es la posibilidad de acudir a una instancia judicial para solicitar un permiso destinado a forzar el tratamiento del paciente. La solución más conveniente es acordar con el paciente, tratando de convencerlo sobre los beneficios que él puede alcanzar por medio de la administración de psicofármacos, tales como un mejor dormir o una disminución de la ansiedad.

En algunos países donde las camas disponibles están organizadas sobre una base de población y los hospitales tienen que dar cuenta de una buena administración de los recursos, ocupar una cama cuando no

es necesario incrementa los costos, privando a otros de un recurso necesario.

La asignación de recursos y su buena administración ordenan que, a menos que un paciente se beneficie completamente por la inversión, esta debe ser frenada. En este caso, el paciente parece ajeno a esta necesidad, por lo que los médicos tienen que intervenir. Si bien son funcionales, las cuestiones de equidad tanto hacia la compañía de seguros como hacia la población, demandan que el paciente sea confrontado con su rechazo al tratamiento, se lo declare sano y sea dado de alta, o bien se lo declare incompetente y deba ser tratado.

Cuando un tratamiento se autoriza sin el consentimiento informado del paciente, se realizan los esfuerzos necesarios para informar al paciente sobre la naturaleza del tratamiento y alguna alternativa posible para implicar al paciente en el proceso terapéutico.

Caso Reportado N° 23

Tópico: Tratamiento forzoso

B. era una mujer robusta de 57 años, casada y madre de tres hijos adultos. Fue ingresada en un hospital psiquiátrico debido a un grave trastorno depresivo. Al ingresar, un análisis médico reveló un gran tumor en el pecho izquierdo con evidentes signos clínicos de ser maligno, tales como la invasión de la piel y una pústula purulenta. El cirujano al que se consultó aconsejó la intervención quirúrgica inmediata. B. rechazó la cirugía alegando que ella había sido examinada por un cirujano antes de su ingreso, informándole que estaba en buen estado físico y no requería ningún tratamiento. El director del departamento en el que fue admitida discutió la situación con la familia de B. y les explicó que él creía que B. no era competente para decidir por sí misma sobre asuntos relacionados a su salud. En consecuencia, convinieron que el médico proporcionaría al marido un informe en el cual recomendaba al juzgado interviniente que él fuera su representante legal en relación al tratamiento médico.

Posteriormente, el marido dio su consentimiento informado para realizar la operación. B. se negó verbalmente a ser operada, pero no mostró ninguna oposición física respecto de ser trasladada a la unidad quirúrgica, donde se sometió a la operación pertinente. El informe histológico reveló que ella sufría de un cáncer maligno. Cuando se recuperó de la operación, B. regresó a la unidad psiquiátrica.

Después de la operación, superó el episodio de depresión, recuperó la actividad y fue dada de alta del hospital unas semanas más tarde. Un seguimiento al cabo de cinco años mostró que la paciente se encontraba

en una buena condición mental, y que había estado funcionando bien sin ninguna recaída ni reincidencia de su cáncer.

Sin embargo, durante todos los siguientes años continuó afirmando que el director del departamento de psiquiatría donde fue hospitalizada, estaba equivocado, ya que nunca había tenido cáncer de mama.

Autor anónimo

Pregunta

¿Tenía derecho el cirujano a operar a la paciente?

1. Sí, la paciente negaba su enfermedad y la necesidad de someterse a una cirugía. El marido de la paciente fue nombrado tutor legal en conformidad con las recomendaciones de dos psiquiatras y dio el consentimiento para la operación.

2. NO, la paciente se opuso a la operación. Toda persona tiene derecho a estar en desacuerdo con la evaluación que se haga de su estado de salud y no debe ser privada de su autonomía personal.

Comentarios

En este caso, los médicos hicieron exactamente lo que tenían que hacer, y el curso de la enfermedad demostraría claramente que tenían razón. El comportamiento de la paciente es un claro caso de negación. Los oncólogos saben bien acerca de tales casos, cuando a pesar de toda la evidencia científica de la existencia de un cáncer el paciente sigue pensando que no hay nada malo en su salud. Hay incluso casos de radiólogos experimentados con cáncer de pulmón, que presentan claras imágenes de cáncer en sus exámenes de rayos X, y que sin embargo interpretan las señales a favor de una enfermedad mucho más benigna.

Otros casos de pacientes con cáncer, en la sala de oncología, cuentan lo felices que eran, porque se operaron justo antes de tener un "verdadero cáncer".

La negación es una forma de luchar contra la ansiedad que genera la muerte, y por ello debe abordarse con cautela, a menos que se trate de una cuestión de vida o muerte, como en el presente caso, y se requiera de acción inmediata, con la ayuda del sistema judicial si fuese necesario. Por otra parte, esta mujer tenía un tipo de depresión severa que probablemente la hubiera incapacitado para elegir la alternativa adecuada a su problema de salud.

Es factible que esta paciente haya sido incompetente debido a su depresión, además de presentar los síntomas mentales inespecíficos asociados al cáncer. El cáncer era operable y posiblemente tenía buen pronóstico en caso de realizar la intervención inmediatamente. Declarar a la paciente incapaz para tomar una decisión tan importante, a causa de su enfermedad mental, puede parecer extremo y contrario a los principios de autonomía en la toma de decisiones. Sin embargo, este principio no es absoluto y puede ser anulado si se siguen los procedimientos legales adecuados, si se ha salvaguardado el interés del paciente y su familia, si hay tratamientos disponibles, y si se considera que la intervención tendrá buenas probabilidades de éxito con la consecuente prolongación de la vida. Todos estos principios estaban presentes en este caso. Por otra parte, su negación respecto del cáncer, que se mantuvo durante años posteriores a la intervención, resulta insignificante e inofensiva.

Caso Reportado N° 24

Tópico: Tratamiento forzoso

Ruth tiene 80 años, es sobreviviente del holocausto y que vive sola en su casa. Nació en Polonia y estuvo en un campo de concentración hasta los 22 años, perdiendo a toda su familia durante la guerra. Estaba felizmente casada y se mudó a Australia con su marido; no tenían hijos y frecuentaban solo a unos pocos amigos. Su única pariente es su hermana de 84 años, quien sufre de demencia y vive en un asilo. Ruth se deprimió tras la muerte de su marido, quien falleció por un derrame cerebral hace dos años. Ella también está experimentando ansiedad y una significativa dificultad para salir adelante por sí misma. No tiene antecedentes de enfermedad mental previa, pero sufre de hipertensión.

Mientras estaba en tratamiento ambulatorio, experimentó náuseas y severos vómitos a causa de los antidepresivos, volviéndose necesario continuar el tratamiento en una unidad psico-geriátrica. Se nombró un tutor que le brindaba apoyo en su casa. Ella recibió el diagnóstico de depresión severa, con persistente desánimo, falta de energía y motivación, baja autoestima, rumiación obsesiva, sin pensamientos suicidas ni síntomas psicóticos. Su estado mental general fue evaluado como 27/30. La evaluación orgánica fue poco significativa. El informe neuro-psicológico mostró estar levemente por debajo de la media para las funciones ejecutivas y para la memoria. A pesar de haber tenido una mejor reacción a los nuevos medicamentos y de responder de manera favorable al apoyo en la clínica, aun habiendo llegado a participar en actividades grupales, continuó experimentando ansiedad significativa al punto de sufrir una recaída con deterioro de su salud mental cuando le avisaron que un tutor le había sido asignado. Si bien aceptó la decisión, se negó a ser puesta en un asilo, deseando poder volver a su casa por su

cuenta, aunque reconocía que no podría manejarlo. A pesar del tratamiento psicofarmacológico, los síntomas depresivos empeoraron, sufriendo severa agitación y pensamientos suicidas.

En la consulta, dos psiquiatras recomendaron terapia de electroshock (TEC) o añadir otro medicamento antidepresivo. La paciente aceptó a regañadientes tomar un nuevo medicamento, pero se negó a la terapia de electroshock. Su tutor coincidió con el médico en que debía realizar el tratamiento de electroshock.

S. Bloch (Australia)

Pregunta

¿Debería someterse a la paciente al tratamiento de electroshock contra su voluntad?

1. Sí, dos psiquiatras coinciden en que el tratamiento beneficiará al paciente.
2. Sí, su tutor coincide con el propósito del tratamiento.
3. NO, los psiquiatras deberían buscar otra alternativa que sea más aceptada por la paciente.

Comentarios

En principio, un procedimiento médico o quirúrgico importante puede llevarse a cabo en una persona con enfermedad mental sólo cuando lo permita la legislación nacional, cuando se considera que sería lo más apropiado en función de las necesidades de la salud del paciente y cuando el paciente da su consentimiento informado. La terapia de electroshock no puede llevarse a cabo a menos que se haya dado el consentimiento informado por el paciente o su tutor.

El apoyo del entorno social es una parte esencial en el manejo de los trastornos mentales, especialmente cuando los pacientes son mayores y están aislados. La pérdida para esta paciente es múltiple: una hermana demente, un marido fallecido, problemas de salud y, finalmente, la

designación de un tutor que significa para ella la pérdida de su libertad, sucediendo todo en un periodo de tiempo relativamente corto. No es de extrañar que su depresión haya empeorado, y se le haya indicado la TEC.

Sin embargo, su participación directa en la toma de decisiones debe ser buscada, explicando pacientemente la necesidad de un tratamiento médico para superar su depresión. Sería más conveniente probar otros antidepresivos antes de la TEC debido a que ella está en desacuerdo. Este es un modo de darle nuevamente un cierto sentido de control de su propia vida, lo último que todavía conserva, si los médicos se lo permiten.

A medida que avanza la edad se instala una sensación de pérdida de control sobre nuestras vidas, son otros quienes toman las decisiones, y aquellos en quienes uno se ha apoyado en el pasado se han ido o son tan incapaces como nosotros mismos. La muerte social se cuelga y nos hace irrelevantes. Solos en nuestro entorno, al menos aún tenemos algunos recuerdos y aquellos objetos que hemos recogido nos rememoran nuestro pasado y a dónde pertenecemos. Así, la confusión final viene cuando tenemos que dejar el último vestigio de nosotros mismos y ser trasladados a un hogar de ancianos a merced de extraños, ya sea miembros del personal u otros residentes. La depresión es prácticamente inevitable y esta puede ser agravada por los medicamentos que necesitamos para nuestras muchas dolencias. Puede ser que un tratamiento fuerte como la TEC sea requerido en un caso como este, pero se deberá contar con un buen argumento luego de ponderar los beneficios y riesgos de un paciente a esta edad, solo en el mundo y carente de cualquier cosa o persona que haya dado significado a su vida.

Caso Reportado Nº 25

Tópico: Tratamiento forzoso

Víctor es un hombre de 78 años, jubilado, que tiene un historial de esquizofrenia por el que sin embargo no recibió tratamiento durante muchos años. Su cumplimiento con la medicación ha sido errático. Existen dudas acerca de si también sufre demencia (Alzheimer). Tiene varios problemas médicos, especialmente dolor artrítico.

No tiene un médico de cabecera, pero visita a varios médicos en diferentes partes de la ciudad. Uno de ellos le colocó múltiples inyecciones de testosterona y le administró cantidades peligrosas de otras medicaciones. Esto condujo a una obstrucción urinaria aguda que requirió una cirugía de próstata de emergencia, cuya gravedad no fue entendida por el paciente ni por su familia. Fue transferido a la unidad psico-geriátrica.

Víctor vive en su casa con su esposa y su hijo mayor. Sus otros dos hijos viven de forma independiente. Su relación con su esposa es complicada debido a su comportamiento verbal abusivo hacia ella y sus acusaciones de que es una prostituta y que tiene relaciones con otros hombres. Su conducta se ha tornado cada vez más violenta. Recientemente puso diluyente de pintura en una taza donde su mujer guarda la dentadura postiza e introdujo lana de acero en su comida. También amenazó a su hijo con un cuchillo de cocina y, en numerosas ocasiones ha dejado el gas encendido después de cocinar.

Más recientemente, dejó la sala de urgencias de un hospital cuando le aconsejaron que necesitaba una cirugía para la retención urinaria aguda.

Su mujer le tiene miedo y siente que ya no puede cuidarlo en su casa. Ella considera que no es seguro, que resulta riesgoso y necesita tratamiento. Su hijo la apoya, pero otros miembros de la familia están en contra y creen que ella y su hijo tienen sus propias razones, por lo que presionan al hijo para protestar en contra de cualquier intervención por parte del equipo psico-geriátrico. El equipo considera que Víctor no es capaz de cuidar de sí mismo debido a la disminución de la cognición, especialmente en relación a la toma de decisiones de tipo ejecutivas. Víctor siente que ha sido indebidamente internado en contra de su voluntad. Constantemente se comunica con su familia para que ayuden a "rescatarlo". Por otra parte, además de su esposa y su hijo, el resto de la familia no piensa que él está en riesgo. Ellos no parecen comprender la gravedad de su enfermedad y su alteración en la capacidad para tomar decisiones racionales.

La decisión del equipo es que Víctor necesita tratamiento y han solicitado exitosamente un tutor.

S. Bloch (Australia)

Pregunta

¿Se debería internar al paciente en el hospital?

1. NO. En primer lugar, es adecuado darle tanta consideración como sea posible al deseo del paciente. En segundo lugar, no hay evidencia de que el paciente podría lesionarse. En tercer lugar, no debemos descartar la posibilidad de que la esposa del paciente y el hijo solicitan la hospitalización por su propia conveniencia personal; y, por último, no se ha dado suficiente consideración a la pregunta de si algún familiar del hijo mayor y la hija estarían dispuestos a llevarlo al hospital.
2. Sí, el tratamiento del paciente justifica su internación en el hospital, especialmente porque el equipo de salud se mantiene en

contacto con el tutor, quien había sido designado para cuidar del bienestar del paciente.

Comentarios

Este paciente padece de esquizofrenia y, probablemente también de Alzheimer. Su riesgosa perturbación en la conducta, como ha sido indicado por su esposa e hijo, hacen necesario que se lo trate en un hospital por un cierto período de tiempo, y que le sea designado un tutor.

Sin embargo, el hecho de que otros miembros de la familia no crean que él pueda ser peligroso para sí o para otros (dejó la hornalla encendida luego de cocinar, amenazó con un cuchillo, por ejemplo), debería conducir a la siguiente pregunta: ¿Existe algún conflicto específico con su esposa e hijo, con quienes convive? Esto no necesariamente modificará en esencia la decisión que se tome, pero podría ayudar a que se maneje mejor el alta del paciente luego de finalizado el tratamiento en el hospital.

El paciente tiene una enfermedad médico-quirúrgica aguda, retención urinaria, que si no es tratada traerá mayores complicaciones y podría conducir a la muerte en cuestión de días. Más aún, él tiene una enfermedad mental no diagnosticada que, más allá de su causa o características, es lo suficientemente seria ya que lleva a conductas que resultan riesgosas para sí y para los demás. Bajo estas circunstancias, en muchos países, él sería internado (hospitalización involuntaria). La autonomía personal y la libertad deberán ser sacrificadas por su bien o por la protección de terceros.

Cuando una persona requiere tratamiento en una institución de salud mental se debe realizar todo esfuerzo posible para evitar la admisión involuntaria. "Admisión involuntaria" significa la admisión o internación con fines de tratamiento, en un hospital u otro establecimiento similar,

de una persona que padece una enfermedad mental, pero que no solicita ni consiente tal internación. Un paciente podría ser ingresado en una institución tal únicamente cuando, a causa de su enfermedad mental, él represente un serio riesgo para sí o para terceros. Un elemento importante es el requisito de que el paciente no sea competente para decidir por sí mismo sobre su tratamiento psiquiátrico.

Caso Reportado N° 26

Tópico: Tratamiento forzoso

Tim es un hombre de 63 años de edad que vive con su esposa. No tiene hijos y está siendo tratado con quimioterapia paliativa para cáncer de colon metastásico. Parece estar respondiendo bien al tratamiento, pero tuvo que ser internado en psiquiatría cuatro meses antes, debido a una depresión severa que se caracteriza por un estado de ánimo decaído, anhedonia, falta de sueño, ansiedad e ideas cercanas al delirio. Ha mostrado alguna mejoría, pero toma sus medicamentos de mala gana necesitando de mucha persuasión, afirmando que "no tiene sentido", a pesar de la evidencia y las opiniones médicas. Su negativa se asocia claramente con sus episodios depresivos, pero su mujer parece estar de acuerdo con él ya que ella cree en la medicina alternativa y se sospecha que no le está administrando la medicación.

S. Bloch (Australia)

Pregunta

¿Debería el psiquiatra llevar a cabo un tratamiento médico o psicológico en contra de la voluntad del paciente?

1. Sí, el paciente tiene depresión melancólica, lo que le está impidiendo dar su consentimiento para un tratamiento que podría prolongar su vida.
2. NO, el paciente no está incapacitado mentalmente y puede asumir la responsabilidad de su propia vida.

Comentarios

A menudo la depresión está asociada al cáncer, lo que no ayuda en el cumplimiento del tratamiento contra este. Si el paciente presenta

actualmente un episodio depresivo grave, se podría considerar llevar adelante un tratamiento forzado.

Sin embargo, el paciente colabora y toma su medicación, aunque de mala gana, a pesar del recelo de su esposa. Sus dudas pueden estar relacionadas con su depresión, pero nada parece indicar que él no es competente. Por este motivo no puede ser obligado a aceptar el tratamiento, aunque los profesionales podrían instarlo a ello, haciendo todo lo posible para obtener la ayuda de su esposa y otros miembros de su familia. Él todavía es capaz de tomar decisiones autónomas y esto tendrá que ser respetado.

Caso Reportado Nº 27

Tópico: Tratamiento forzoso

Arnold es un hombre de 24 años, desempleado, que solía vivir de manera independiente en una casa adyacente a la propiedad de sus padres. Estaba vinculado en gran medida a grupos “alternativos” y “ecologistas”. Fue remitido a los servicios psiquiátricos por los trabajadores de extensión comunitaria que se encontraban preocupados por su estado físico y mental. Había estado comiendo muy poco y se encontraba desnutrido y raquítico. Apenas podía caminar y había tenido desvanecimientos en varias oportunidades. Había estado subsistiendo a base de una dieta vegetariana muy restrictiva. Puesto que mide 1,84 cm y tenía un peso de 44 kg, su índice de masa corporal era de 13. Su madre informó que comenzó a perder peso hace aproximadamente 4 años, cuando empezó a interesarse en dietas y medicina alternativa. Había leído material sobre nutrición y estaba convencido de que las personas que comían frutas eran más felices. Consideraba que las comidas no orgánicas eran tóxicas para los órganos vitales y que éstas, junto con las drogas, eran fabricadas como parte de una “conspiración”. Afirmaba que los productos lácteos formaban una mucosidad alrededor de su garganta, la cual dificultaba su absorción. También creía que comer las hortalizas de raíz significaba matar los vegetales y que su ayuno lo haría vivir más tiempo. Tres años atrás, se mudó a una camioneta, aislándose completamente. Estaba desalineado y caminaba alrededor de la ciudad vistiendo sólo una manta, llegando a ser agresivo cuando era confrontado. Con el tiempo comenzó a sufrir de incontinencia urinaria. En la admisión, a pesar de que su vida estaba en peligro por los cambios fisiológicos, insistía que su peso era adecuado y sostenía que, si había sobrevivido con su dieta hasta el momento, era porque debía ser la adecuada. Él sentía que las personas tenían diferentes formas y tamaños y se argumentaba que no había razón para

internarlo, cuando esto no se hacía con las personas obesas. No aceptaba los resultados anormales de sus radiografías, análisis de sangre, electrocardiograma, etc. No tenía ningún interés por el tratamiento psiquiátrico y generalmente desconfiaba de los médicos.

Arnold representaba una dificultad para el diagnóstico y el tratamiento. Él requirió de nutrición por vía nasogástrica de manera urgente contra su voluntad. Durante dicho tratamiento, él sintió que los médicos eran “fascistas” y que, como ciudadano libre, tenía el derecho de comer lo que quisiera y no tener que adherir a los ideales convencionales de Occidente. Él no se veía como un paciente psiquiátrico y acusaba al sistema de ser intolerante con creencias y estilos de vida alternativos.

S. Bloch (Australia)

Pregunta

¿Debería el paciente ser alimentado contra su voluntad?

1. SÍ, el estado físico del paciente se encuentra deteriorado a un grado que constituye un riesgo real para su vida. En beneficio del paciente y la preservación de su salud y vida, está permitido forzar su alimentación.
2. NO, el paciente tiene derecho a elegir su propia filosofía de vida y actuar en consecuencia. Él no ha perdido su cordura y tiene derecho a que se respeten sus deseos, mientras no infrinja los derechos de los demás.

Comentarios

Un gran número de creencias delirantes está nublando el juicio de este paciente, haciendo que su decisión autónoma se vea seriamente comprometida.

El paciente estaba claramente en riesgo de morir, tarde o temprano, si los profesionales no hacían nada. Su modo delirante de manejar la ingesta de alimentos y su aislamiento fueron probablemente parte de un trastorno esquizofrénico. Dejar al paciente sin tratamiento lo hubiera

llevado sin ninguna duda a la muerte. Algunos casos de este tipo, aunque de menor gravedad, resultan mucho más problemáticos; cuando existe un evidente manejo delirante de la ingesta de alimentos, con severa pérdida de peso, lo cual pone en peligro la salud del paciente (por ejemplo, la predisposición a infecciones, deficiencia de vitaminas), pero sin amenazar directa e inmediatamente su vida. La intervención de los médicos resulta allí mucho más difícil.

Caso Reportado N° 28

Tópico: Tratamiento forzoso

Un paciente de 43 años de edad, sufre de esquizofrenia desde los 20 años. Actualmente, se trata de una forma de esquizofrenia con déficit crónico, predominancia de síntomas negativos y presencia constante de ideas delirantes.

Esto se conoce a partir de los dichos de la madre, ya que él se rehúsa a ponerse en contacto con un médico. Nunca ha sido agresivo con los demás ni ha cumplido con los criterios para la hospitalización forzada. Recientemente, su madre ha notado un desmejoramiento de su estado de salud, intensificado con síntomas que perjudican su funcionamiento social. Ella pidió un tratamiento obligatorio; pero considerando el mayor beneficio para el paciente, el psiquiatra prescribió Risperidona en forma líquida, para que la madre añada a la sopa. Esto produjo buenos resultados –el paciente comenzó a pasear a su perro por primera vez en seis años.

C. Hoschl (República Checa)

Pregunta

¿Está permitido que el psiquiatra colabore con la madre al asistirle para que administre el medicamento al paciente sin su conocimiento?

1. Sí, el beneficio para la salud del paciente justifica esta acción.
2. Sí, el psiquiatra estaba autorizado para brindar la prescripción del fármaco para el paciente. Las acciones posteriores de la madre no conciernen al médico.

3. NO, el paciente y sólo él está siendo tratado por el psiquiatra, quien es el único que tiene responsabilidad operativa. Al médico no le está permitido intervenir para privar al paciente de su propia autonomía.

Comentarios

En principio el paciente tiene derecho a acceder a la información concerniente a su salud. Por lo general, el tratamiento de un paciente sin su conocimiento no se considera ético.

Más aun, no es aceptable prescribir un medicamento a un paciente sin haberlo examinado antes, porque en caso de manifestarse efectos secundarios graves esa prescripción conllevaría la responsabilidad legal del profesional.

Aplicar un tratamiento sin examen previo y sin pleno conocimiento del paciente es una premisa equivocada, pues no se le ha proporcionado al paciente la oportunidad de saber sobre su estado, ni de participar activamente en su tratamiento, lo cual atenta contra su autonomía, sin importar cuán bien intencionados sean el médico y la madre del paciente. El argumento utilitario, según el cual efectivamente se ha producido una mejoría en el paciente, no modifica el hecho de que desde el punto de vista deontológico ninguna acción debe basarse en el engaño.

Sin embargo, en determinadas situaciones es posible considerar esta solución; por ejemplo, si el paciente no es competente o si vive en una zona remota sin acceso a profesionales de la salud, tal como ocurre en muchas regiones en los países en desarrollo. El derecho del paciente a ser informado puede estar sujeto a restricciones cuando de esa manera se evita un daño grave para su salud. Sin embargo, esta excepción podría conducir a grandes abusos, y los psiquiatras deberían hacer uso de ella sólo en circunstancias extremas.

Caso Reportado Nº 29

Tópico: Tratamiento innecesario

Una mujer de 26 años de edad, contacta a un psiquiatra ya que se encuentra paralizada por una situación que no sabe cómo manejar.

Sus padres son inmigrantes turcos y ha crecido en un país de Europa Occidental. Con respecto a las normas y valores en relación a los hábitos de las mujeres, ella siente que su personalidad está dividida entre dos culturas. Ha tenido relaciones sexuales sin el conocimiento de sus padres, quienes están realizando un acuerdo para su matrimonio con un joven de Turquía. Ella sabe que los padres de su futuro novio son conservadores y sólo aceptarán como nuera a alguien virgen.

A regañadientes, contacta a su médico de cabecera para asesorarse con respecto a la restauración de su virginidad. Ella se encontró con una negativa, ya que él no adscribe a que se mantenga una tradición que no provee a una mujer la libertad de escoger a su pareja.

La joven está angustiada por el hecho de que la fecha del matrimonio se está acercando y ella cree que su familia caerá en la deshonra y ella se convertirá en objeto de desprecio.

Autor anónimo

Pregunta

¿Estaba justificada la negativa del médico para operar a la paciente?

1. Sí, los pacientes no pueden indicar su tratamiento a sus médicos, en especial en el caso de cirugías médicamente innecesarias.
2. Sí, el resultado de considerar el interés de la paciente estaría en contra de las creencias culturales de su comunidad.

3. NO, proveer el tratamiento solicitado podría beneficiar a la mujer y mejorar su salud mental.

4. NO. Si se niega el tratamiento, el daño potencial que ello generaría en la mujer sería enormemente mayor que un insulto arbitrario al supuesto novio o a su familia. En cualquier caso, debería proveerse el tratamiento en secreto.

Comentarios

Muchas intervenciones médicas o quirúrgicas son innecesarias. Casos testigo son la prescripción de dietas y la mayoría de las cirugías cosméticas. La vanidad no es una enfermedad, pero millones de personas buscan tratamiento para mantenerla intacta. Esta petición de restauración del himen puede interpretarse como un mantenimiento cosmético, aunque matizado por las tradiciones culturales y, agravado por algunas consecuencias potencialmente desastrosas. Este es un caso típico de falta de sensibilidad cultural. El médico debería, al menos, haber consultado con un colega de la misma nacionalidad o de la misma región de la paciente. Habría sabido entonces que este tipo de operación quirúrgica se realiza frecuentemente, a fines de salvar la imagen de la joven y de la familia.

Es hipócrita, pero podría salvar la vida de una joven que no es virgen, incluso si ella vive en un país de Europa occidental. El peso de las tradiciones es muy fuerte, la presencia de la familia y parientes es muy importante, y la dependencia de las personas, especialmente de las mujeres, hacia su comunidad es crucial, al punto tal que una transgresión como esta daría lugar a la exclusión permanente de dicha comunidad, y a veces hasta su asesinato. Pero si la chica está dispuesta a asumir una mayor autonomía de su familia y su tradición, la tarea del médico es ayudar en esta difícil tarea.

Caso Reportado Nº 30

Tópico: Hospitalización forzada

Una mujer casada, de 37 años de edad, con estudios de medicina y madre de gemelos de 4 años, obtuvo una designación en una organización gubernamental. Desde los primeros días ella tomó distancia del personal. Obedecía las órdenes de la administración, pero con frecuencia parecía estar distraída en sus tareas. Luego de cuatro semanas, algunos colegas notaron que su comportamiento era extraño: hablaba en voz muy alta, criticaba a los demás, se pintaba las uñas con esmaltes extravagantes y bebía café continuamente. Sus compañeros trataron de hablarle, pero ella se dirigió a la ventana de su oficina del piso 13. Afirmaba que huellas dactilares desconocidas la rodeaban mientras ella trataba de transmitir la información al jefe de seguridad del país. El gerente se contactó con el marido, quien le dijo que se conocieron hace cinco años y que no tenía conocimiento de que alguna vez hubiera consultado con un psiquiatra, pero que había habido un "trastorno mental no significativo" luego del nacimiento de los gemelos. El marido fue a la oficina, pero la mujer no permitió que se acercase a ella. Ella intentó arrojararse por la ventana, pero la policía con el apoyo de un equipo de urgencia la llevó al hospital psiquiátrico. En la guardia, la mujer, el marido y su hermano se negaron a permanecer en el hospital. El psiquiatra de guardia dejó que se fuera a su casa bajo la supervisión de la familia.

G. Naneishvili (Georgia)

Pregunta

¿Debía la paciente ser dada de alta del hospital?

1. Sí, todos, incluyendo a los pacientes con padecimiento mental, tienen derecho a la autonomía personal y sus deseos deben respetarse. Era obligatorio respetar la intención de la mujer de volver a su casa, especialmente si estaba acompañada por familiares.
2. NO, la sala de emergencias del hospital recibió información sobre el comportamiento patológico de la mujer en su trabajo. También estaban al tanto del intento de suicidio. De hecho, era obligatorio asesorar y/o persuadir a la mujer para que se sometiera a un corto período de hospitalización con el propósito de diagnosticarla y tratarla. De lo contrario, deberían haber solicitado a una autoridad competente una orden judicial con respecto a esta opción.

Comentarios

Es importante recordar que muchas mujeres desarrollan una depresión posparto. Este parece haber sido el caso de esta señora hace cuatro años. Otro episodio patológico, probablemente de naturaleza afectiva (depresión delirante, episodio maníaco o estado mixto), pudo haber sido desencadenado por la designación de un cargo gubernamental.

Lo que interesa es saber si la paciente podría ser tratada en su casa o no. La respuesta a esta pregunta depende de la calidad de los vínculos familiares y comunitarios. El único problema es la aparente minimización del marido hacia el episodio de depresión posparto de la paciente, lo que puede conducir a la falta de cumplimiento del tratamiento, en caso de que el estado patológico continúe siendo de gravedad moderada y durante un largo periodo de tiempo.

El informe del caso supone que esta persona tenía un problema mental previo y su comportamiento en el trabajo era claramente anormal, posiblemente psicótico. Negarse a investigar los factores determinantes de su comportamiento y luego amenazar con suicidarse, arrojándose por la ventana delante de su marido y compañeros de trabajo, requiriendo la intervención policial y paramédica, son signos

claros de que esta persona necesita ayuda. Toda persona que no sea internada de forma involuntaria tiene derecho a abandonar el centro de salud mental en cualquier momento. Sin embargo, la autonomía personal en la toma de decisiones en cuanto al tratamiento no atribuye a terceros el deber de soportar comportamientos disruptivos, ni a un empleador a tolerar interrupciones laborales que puedan crear un clima de inseguridad en el lugar de trabajo. Así como la paciente puede tomar la decisión de aceptar el tratamiento, el empleador puede tomar la decisión de rescindir su contrato laboral, teniendo en cuenta que la mujer había comenzado hacía poco tiempo y probablemente se encontraba en período de prueba. La otra cuestión se refiere a la responsabilidad de los profesionales de guardia en dejarla ir. Si su comportamiento es lo suficientemente disruptivo en su trabajo como para ser considerado psicótico, es poco probable que esto se modifique en su casa, donde se suma la complicación de cuidar a sus hijos, quienes podrían estar expuestos a riesgos. Por más que el sistema familiar fuera muy bueno, el comportamiento psicótico y disruptivo sin tratamiento sería una carga excepcional para que sea impuesto a una familia. El Estado, representado por el sistema de salud, no está a la altura de sus responsabilidades con esta persona y su familia, y pone en una situación de riesgo a ella y a terceros, como por ejemplo a sus hijos.

Caso Reportado N° 31

Tópico: Hospitalización innecesaria

Un hombre de 58 años de edad, diagnosticado con esquizofrenia paranoide en completa remisión, es llevado a un hospital psiquiátrico donde permanece durante ocho meses ya que no tiene un domicilio fijo donde ir. Tampoco tiene un representante legal que cuide de él. Su hermano, quien ha vendido la casa del paciente sin su permiso, rechaza la idea de sacarlo del hospital y hacerse cargo. El paciente tiene que permanecer en el hospital, donde sólo tiene cubiertas las necesidades básicas para vivir.

G. Naneishvili (Georgia)

Pregunta

¿Debería el paciente ser dado de alta?

1. NO, se supone que el establecimiento psiquiátrico debe dedicarse a la salud mental, independientemente de si el paciente está o no internado en la institución. En este caso, dar de alta al paciente podría provocar que su estado vuelva a empeorar.
2. Sí, la función de la institución es indicar tratamiento sólo a pacientes que necesiten un entorno apartado, recluso.
3. Sí, pero sólo después de que los directivos de la institución hayan verificado que existan autoridades calificadas para que se puedan hacer cargo del paciente de manera permanente.

Comentarios

Muy a menudo los pabellones psiquiátricos se vuelven refugio para problemas sociales, lo cual resulta un problema mundial. Es evidente la frecuencia con que las personas que tienen grandes dificultades sociales tienden a tener también trastornos psiquiátricos. Un círculo vicioso agrava cada uno de estos problemas, los cuales se retroalimentan. En

países en vías de desarrollo, donde la familia es el elemento de apoyo social principal, su desaparición causa a los pacientes frágiles el corte de toda clase de lazo social y conduce a la falta de hogar. El dilema reside en el hecho de que, al dar de alta al paciente, se lo estaría dejando morir en la calle al cabo de unas pocas semanas o meses. Pero, por otro lado, al ocupar todas las camas con tales casos sociales se estaría impidiendo la hospitalización de aquellos que realmente necesitan de la atención institucional, especialmente las emergencias psiquiátricas. Una solución posible, si es que la hay, sería proponer a las autoridades locales crear centros sociales para dichos casos, en los que haya asistencia psiquiátrica, una o dos veces a la semana para aquellos que la necesiten. En este caso puntual, es extraño que el hermano vendiera la casa del paciente sin su permiso; por otra parte, el paciente no fue asistido por un trabajador social de la institución psiquiátrica. Este problema específico amerita buscar una solución judicial. En el núcleo de este problema la temática en cuestión es la de los derechos humanos. ¿Tiene el Estado derecho a internar a un enfermo mental bajo el disfraz de un tratamiento, cuando en realidad el paciente no requiere de una hospitalización? La internación en una institución mental es una forma de privación de la libertad, de hecho, es, con otro nombre, encarcelamiento. Aparte de la pérdida de libertad y de oportunidades en la sociedad, este paciente también se expone a otra restricción en su vida como es habitual en instituciones mentales, aun siendo posibles las situaciones de abuso, lo cual es común en ellas. Por consiguiente, están abusando de sus derechos civiles y humanos, siendo el caso un ejemplo claro de estigmatización y discriminación. El paciente se encuentra en la necesidad de recibir servicios de apoyo y el Estado debería tener la obligación de proporcionárselos en diferentes niveles y lugares, de acuerdo a su necesidad. La asignación de recursos para la salud debería incluir una parte proporcional para este tipo de necesidad. Todo paciente tiene derecho a una seguridad económica y calidad de vida digna. El paciente tiene derecho a recibir tratamiento y cuidado adecuado, y a poder trabajar en la comunidad en que vive.

Caso Reportado Nº 32

Tópico: Hospitalización innecesaria

A los 47 años de edad, una mujer desempleada, diagnosticada con esquizofrenia en reiteradas oportunidades, fue tratada en un hospital psiquiátrico. Ella había vivido con su esposo y había perdido todo contacto con otros familiares. Durante las remisiones, solía trabajar como lavandera en una casa de campo. Durante los últimos años, vivió sola ya que su marido la abandonó.

Durante dos años escuchó voces que le daban órdenes. Bajo su influencia incendió su propia casa, destruyéndola, y fue arrestada por la policía y hospitalizada. Después de algunos años su estado mental se estabilizó; ahora se arrepiente sinceramente de lo que hizo. Por otro lado, no tiene lugar donde vivir luego del alta. No hay residencia asistida en el país, por lo que aún se encuentra en el hospital. No tiene perspectivas de mejorar su situación domiciliaria en el futuro previsible.

G. Naneishvili (Georgia)

Pregunta

¿Debería la paciente ser dada de alta del hospital?

1. NO, se supone que el establecimiento psiquiátrico está orientado a la salud mental, independientemente de si el paciente reside dentro o fuera de la institución. En este caso la exclusión de la paciente de la institución conduciría a agravar su condición de salud.

2. Sí, la función de la institución es indicar tratamiento sólo para los pacientes que así lo requieren en un ambiente cerrado.
3. Sí, pero sólo después de que la administración de la institución verificara que autoridades externas calificadas podrán hacerse cargo del paciente de manera permanente.

Comentarios

Comentarios similares a los del caso anterior se aplican aquí.

Caso Reportado Nº 33

Tópico: Hospitalización

Por la noche, una mujer de 26 años fue llevada por la policía a la guardia de un gran hospital psiquiátrico. El día anterior fue arrestada bajo sospecha de un robo y puesta bajo custodia. Durante la misma, de forma repentina presentó agitación, si bien ella nunca había tenido problemas mentales. La policía consideró que se trataba de una paciente psiquiátrica a quien ellos no podían manejar, por lo cual la enviaron a esta institución, la única que trabaja 24 horas al día y mayormente trata con pacientes psiquiátricos severos. El psiquiatra de guardia descubrió que la mujer era de otra ciudad y estaba embarazada de 3 meses, por lo cual tenía prescripción médica regular indicada por el obstetra.

Sin embargo, el área de ginecología se rehusó previamente a admitirla debido a su problema mental agudo, explicando que estaba fuera de su incumbencia profesional y que no había indicaciones ginecológicas para su admisión.

Durante la entrevista la mujer no mostró ningún síntoma o desorden psiquiátrico, a excepción de una leve ansiedad propiciada por la situación.

Sin embargo, ella quería permanecer en el hospital porque no tenía dinero ni lugar donde pasar la noche. La policía también insistió en que ella no podía ser llevada nuevamente bajo custodia. De acuerdo a las normas del hospital psiquiátrico sólo pacientes psicóticos y aquellos que presentan riesgos para sí mismos o para otros pueden ser admitidos en la guardia de emergencia psiquiátrica.

Además, estar rodeada de pacientes psiquiátricos podría ser desfavorable para una mujer embarazada.

T. Cavic y D. Lecic-Tosevski (Serbia y Montenegro)

Pregunta

¿Debería la mujer ser dada de alta del hospital?

1. NO. Sacarla en mitad de la noche incrementaría su agitación y ansiedad ya que no tenía dinero ni lugar donde pasar la noche.
2. Sí. Ya que sólo los pacientes psiquiátricos y aquellos que presentan riesgos para sí mismos u otros tendrían derecho a permanecer en una guardia de emergencia.

Comentarios

Es evidente que esta persona tiene necesidades básicas que deben tenerse en cuenta: alimentación, vivienda, conducción del embarazo y del parto. La hospitalización en una institución psiquiátrica cerrada, donde los pacientes pueden estar excitados y a veces ser violentos, no es aceptable en ausencia de trastornos mentales, principalmente para una mujer embarazada. En este caso se trata de un problema social y no psiquiátrico.

Básicamente, el problema es la falta de una red social adecuada que pueda proporcionar ayuda en lo inmediato, en una emergencia, durante un corto período de tiempo hasta que otros asuntos se resuelvan. Definitivamente, el Estado no puede enviar a esta persona a la calle en medio de la noche, especialmente estando embarazada.

Caso Reportado Nº 34

Tópico: Hospitalización de prisioneros

Un sujeto de 52 años de edad, que permanecía detenido en una cárcel, luego de sufrir durante varias semanas ansiedad, depresión y pensamientos suicidas, fue enviado a la sala psiquiátrica de un hospital, para tratamiento. Condenado por fraude, se le había impuesto una sentencia de dos años de prisión, habiendo completado ya la mitad de su condena.

Después de unos días en el hospital, mejoró notablemente. Se comportó de manera correcta en la sala y fue visitado por familiares y amigos. Después de un mes de hospitalización se decidió que debería ser dado de alta del hospital y volver a prisión. Al enterarse de la decisión, sufrió de una recaída e intentó suicidarse nuevamente. Al cabo de quince días más de hospitalización, su salud mejoró muy rápido, pero sufrió otra recaída dos días antes de volver a prisión.

M. El Yazaji (Marruecos)

Pregunta

¿Cuál debería ser la decisión en relación con el prisionero?

1. El prisionero debería ser llevado inmediatamente de regreso a prisión. La función del proceso terapéutico es ayudar a esta persona a madurar y asumir responsabilidad ante la sociedad.
2. La hospitalización debería continuar porque es sabido que las cárceles son entornos patológicos y esta persona no tiene los recursos psíquicos para sobrevivir en prisión.

Comentarios

Desafortunadamente, en todo el mundo las cárceles se han convertido en depósitos de enfermos mentales. Es una obligación del

Estado proveer tratamiento en las cárceles, en forma de un anexo psiquiátrico o en clínicas psiquiátricas regulares, al igual que se atiende a otros prisioneros con otras condiciones médicas.

Muchos prisioneros sufren de algún tipo de trastorno mental, en su mayoría ansiedad y depresión. Otros sufren de esquizofrenia, trastornos bipolares y de abuso de sustancias.

El problema aquí es que la depresión y las ideas suicidas fueron genuinas al principio. Luego, el paciente descubrió que su psicopatología era la llave para escapar de la sanción en prisión, y lo usó como una forma de obtener beneficios de su enfermedad, además del genuino sufrimiento generado por la idea de regresar al entorno de la cárcel.

La pregunta es cuánto hay de manipulación en los síntomas que él presenta al profesional. El paciente tiene que aceptar su responsabilidad por su acción delictiva y el hospital no puede alojarlo durante el resto de su encarcelamiento, ni transmitir el mensaje a los prisioneros de que está bien permanecer en el hospital bajo estas circunstancias.

La preocupación del equipo de tratamiento es la ocurrencia de un suicidio efectivo de este paciente si regresa a prisión. Una posible solución podría ser que el médico tratante organice consultas regulares con el paciente en la prisión. Las obligaciones morales y profesionales incluyen un análisis exhaustivo y objetivo de los elementos de diagnóstico sobre la base de los cuales tomar las decisiones de gestión y tratamiento.

Caso Reportado N° 35

Tópico: Hospitalización de prisioneros

Un paciente de 45 años de edad, quien lideraba una gran empresa, cometió un delito financiero diez años atrás y como consecuencia de ello fue enviado a prisión durante los meses siguientes. Sus empleados son quienes dirigen la empresa actualmente. Él mismo pidió ser confinado a un hospital psiquiátrico. De acuerdo a su esposa, su estado mental ha cambiado durante los últimos seis años, puesto que ha desarrollado delirios persecutorios. El último año, durante un período en el cual sus síntomas empeoraron, le diagnosticaron síndrome paranoico y también tuvo un serio intento de suicidio. Fue tratado en un hospital psiquiátrico con Risperidona, con buenos resultados. Durante el examen psiquiátrico, se registró un trastorno depresivo y un diagnóstico de esquizofrenia dudoso. No hay criterios de hospitalización. Sin embargo, el paciente demanda una derivación a un hospital, si bien se rehúsa a aceptar tratamiento farmacológico. Él afirma que no está enfermo; simplemente quiere evitar el encarcelamiento.

C. Hoschl (República Checa)

Pregunta

¿Debería el acusado ser admitido en un hospital psiquiátrico?

1. Sí, el acusado es un enfermo mental, quien ha estado hospitalizado en el pasado, y por razones clínicas debería ser hospitalizado ahora. Él afirma que no está enfermo, que su solicitud se debe a su deseo de evitar el encarcelamiento, lo cual puede ser considerado como parte de su desorden psiquiátrico. Es de esperar que durante la hospitalización acepte recibir un tratamiento similar al que recibió

anteriormente. La admisión debe ser para una evaluación psiquiátrica.

2. NO, el acusado fue sentenciado a prisión y de acuerdo a sus propias palabras su solicitud para ser hospitalizado no fue hecha para obtener tratamiento curativo, sino para eludir su castigo.

Comentarios

La responsabilidad personal y la aceptación de las consecuencias de las acciones de cada individuo es parte de un ser maduro y capaz de formar parte de cualquier grupo social.

Este paciente no puede pedir ser hospitalizado por su enfermedad en lugar de ir a prisión y luego negarse a ser tratado. Esta discrepancia puede deberse a su enfermedad, por lo tanto, se propone una internación para él, al menos para una evaluación psiquiátrica.

La pregunta usual del juez a un experto es: “¿Estaba el acusado mentalmente enfermo y era competente cuando cometió la infracción o delito?” En caso de que la respuesta sea positiva, el tribunal sanciona a la persona, incluso si más adelante desarrolla una patología mental. Ser un prisionero con esquizofrenia paranoide o con un trastorno depresivo no es inusual. El tratamiento podría empezar en el hospital y continuar en prisión.

La enfermedad mental puede ser a veces usada como excusa para algunas acciones y cada país tiene sus parámetros para regular estas excepciones. Este no es el caso, ya que la enfermedad mental no estaba en juego en el momento del delito ni en el de la sentencia. Las consideraciones sobre la asignación de recursos exigen que estos se utilicen sólo para aquellos que lo necesitan, no para quienes lo desean. Sólo a través de una cuidadosa evaluación puede determinarse la necesidad de tratamiento. La obligación ética del profesional en este caso es llevar a cabo la evaluación que le permita tomar las decisiones adecuadas y pertinentes.

Caso Reportado Nº 36

Tópico: Testimonio experto

Un trabajador turco de 29 años de edad, quien ha llegado a Alemania hace cuatro años, apuñaló a su esposa y la hirió severamente. Salvó su vida sólo porque él rápidamente la llevó al hospital para una cirugía de emergencia.

En la Corte, ambos declararon que habían estado discutiendo en su auto antes de que él la apuñalara. Ella lo acusó de adulterio y le dijo que iba a tener relaciones sexuales con su mejor amigo, y que este seguramente tendría un mejor desempeño en la cama. Las palabras con las cuales concluyó fueron: “voy a ser follada por un mejor amante y espero que aquellas que te follaron hayan hecho un buen trabajo también”.

El acusado recordó que la apuñaló una vez, aunque la víctima fue herida dos veces, además tenía recuerdos borrosos que podrían ser signo de una profunda perturbación de la conciencia, razón para mitigar la pena, según la ley alemana. Mientras tanto, ellos se estaban reconciliando, queriendo continuar con el matrimonio.

Luego del examen psiquiátrico, el cual no reveló perturbaciones, el acusado quiso hablar con el psiquiatra bajo el derecho de confidencialidad, el cual fue denegado. En ese momento el acusado comenzó a temblar, llorar, sudar, hasta casi colapsar. Luego declaró que había sido víctima de abuso sexual en Turquía y que había ido a ver a un doctor en aquel momento, pero que no le había contado acerca de su abuso. Las únicas personas que lo sabían eran su hermano, quien lo había convencido de no dispararle al agresor, y ahora, el psiquiatra. Si alguien de la comunidad en Turquía se enterase de esto, él perdería toda su autoestima; y su esposa lo dejaría porque él no podría ser el hombre de la casa.

Esta opinión fue legitimada por un experto en cultura oriental. El acusado prefirió una sentencia más fuerte en lugar de revelar su secreto en la corte.

N. Neopil (Alemania)

Pregunta

¿Era esperable que el psiquiatra notificara a la Corte sobre la historia del paciente?

1. Sí, la función del profesional testigo es asistir a la corte en la investigación y determinar la verdad y ubicar correctamente el grado de responsabilidad del acusado por sus acciones. El derecho de la comunidad a un veredicto correcto es superior al interés del acusado.
2. Sí, el acusado no estaba en condición de paciente del psiquiatra. Éste fue examinado para establecer su estado mental para poder llevar adelante el juicio, y no para establecer una relación médico-paciente. Además, cuando solicitó permiso del psiquiatra para informarle sobre su pasado, éste se negó a darle el permiso y oyó la historia del acusado como un testigo casual y no como parte de su deber como profesional.
3. NO, cuando el acusado le contó el secreto al psiquiatra, él confiaba en el secreto profesional. Es un hecho que él nunca reveló esta información a nadie excepto a su hermano y al psiquiatra.
4. NO, el acusado como adulto sano tiene el derecho de conducir sus acciones como crea necesario, y el profesional no tiene derecho a interferir.

Comentarios

Hablar de su abuso sexual con el profesional es una jugada ambivalente del acusado, aunque haya denegado su confidencialidad en términos claros. Hay un aspecto legal y uno psicológico en esta confesión. Desde el punto de vista legal, el profesional es contratado por la corte y tiene que reportar cada uno de los detalles, para esclarecerlos, y de esta forma llegar a una decisión justa para este caso.

Desde el punto de vista psicológico, uno se puede preguntar si el hecho de que el marido haya testificado en una catarsis emocional lo sucedido en el pasado a un psiquiatra que no estaba obligado a guardar el secreto profesional, no podría ser una forma de pedirle que cuente lo sucedido, incluso expresando lo contrario.

Una solución técnica podría ser informarle al juez en privado, “a puerta cerrada”, acerca de todo el material recabado, especialmente los recuerdos borrosos y la profunda perturbación de conciencia, que responde a la experiencia de violación que tuvo el hombre en el pasado.

Los profesionales no son los encargados del cuidado de personas derivadas a ellos para una evaluación, sino que son llamados por la Corte para proveer una opinión y tienen la obligación de revelar todo lo descubierto en la evaluación que sea pertinente al caso, sean estos descubrimientos en relación a su culpabilidad o para cualquier propósito de sentencia. El profesional falla en su obligación si oculta a la Corte información pertinente.

Caso Reportado N° 37

Tópico: Certificado médico

Un paciente fallece en un hospital psiquiátrico, como resultado de una complicación de HIV/SIDA, no habiendo estado en condiciones de dar su consentimiento para la revelación de su diagnóstico primario.

Es una práctica común de los miembros de su grupo étnico realizar aportes desde temprana edad a un “Plan de Seguro de Sepelio”. Este proporciona la organización del funeral, obligatorio según la tradición familiar, para el cual de otra manera la familia debería hacer considerables gastos financieros.

Sin embargo, el “Plan de Seguro de Sepelio” inhabilita a una persona a acceder a cualquier beneficio si el fallecimiento está relacionado al HIV/SIDA. La normativa y el procedimiento normales fueron cumplidos por el médico. En el certificado de defunción emitido a la familia no se requería exponer el estado de inmunodepresión de quien había fallecido.

Sin embargo, en un cuestionario entregado al médico para que este lo complete, surge la necesidad de divulgar el dato, ya que es el profesional quien debe certificar la causa de la muerte. Si él no se aviene a completar el cuestionario, los beneficios de la póliza no podrán ser acreditados a la familia del fallecido. Y por cierto, la negativa a completar el formulario indicará que el diagnóstico requerido se mantiene en reserva deliberadamente. La familia no se beneficiará y el diagnóstico será obvio.

T. Zabow (Sudáfrica)

Pregunta

¿Debería el médico dar a conocer la causa de muerte en este caso?

1. NO, el paciente no lo autorizó a revelar su secreto.
2. NO, el médico no tiene que proporcionar datos en beneficio de los intereses económicos de la compañía de seguro.
3. Sí, la opinión profesional de un médico siempre debe ser completa, exacta y verdadera.

Comentarios

El médico no tiene otra alternativa que decir la verdad sobre la enfermedad de la persona fallecida. La necesidad operativa de tener registros fidedignos es mayor, y por lo tanto debería anteponerse a la aflicción personal en este caso. El dilema no es deontológico, sino que se trata de un caso de cumplimiento y exactitud de la información que debe proporcionarse.

Caso Reportado N° 38

Tópico: Testimonio experto

Una prostituta fue asesinada en circunstancias extremadamente violentas. No hay testigos del crimen, pero un mes después la policía arresta a un hombre de 25 años de edad, que admite responsabilidad sobre el hecho. Confirma que tomó cuatro tabletas de éxtasis una hora antes del crimen y no puede explicar la razón de sus actos. No se realizaron pruebas biológicas en el momento de los hechos y estas ya no se pueden realizar al momento del arresto.

El joven ya había sido internado en un hospital psiquiátrico un año antes, luego de un episodio agudo de psicosis, tras haber consumido narcóticos. La investigación del crimen demuestra que efectivamente el sujeto había comprado éxtasis una semana antes del asesinato y que a la vez no tenía ningún motivo para cometer el crimen. Si los expertos consideran que él actuó bajo la influencia de esta droga, entonces el joven podría ser sentenciado a un período breve en la cárcel, con la obligación de buscar tratamiento. No obstante, si el experto no reconoce la influencia del narcótico, entonces el joven podría ser sentenciado a reclusión perpetua.

G. Niveau (Suiza)

Pregunta

¿Debería el perito dejarse influenciar por la repercusión que su dictamen podría tener en la condición médica que presenta el acusado?

1. NO, todo lo que el perito debe hacer es responder a la pregunta médica o científica que le realizan en la Corte. Las consecuencias, sin importar si son críticas o triviales, son irrelevantes en este caso.

2. Sí, cuanto mayor importancia tenga las consecuencias de la opinión que el experto presenta en la corte, mayor es la responsabilidad que pesa sobre él, por lo cual debe trabajar más y con mayor cuidado.

Comentarios

El experto tiene el deber de informar a la Corte sobre todos los aspectos de sus hallazgos. Como testigo técnico, no debe prejuzgar al acusado ni en una dirección ni en la otra. Está claro que cada experto tiene su opinión sobre el caso, pero eso no debe interferir con el informe técnico, el cual debe informar a la corte de la manera más objetiva y completa posible.