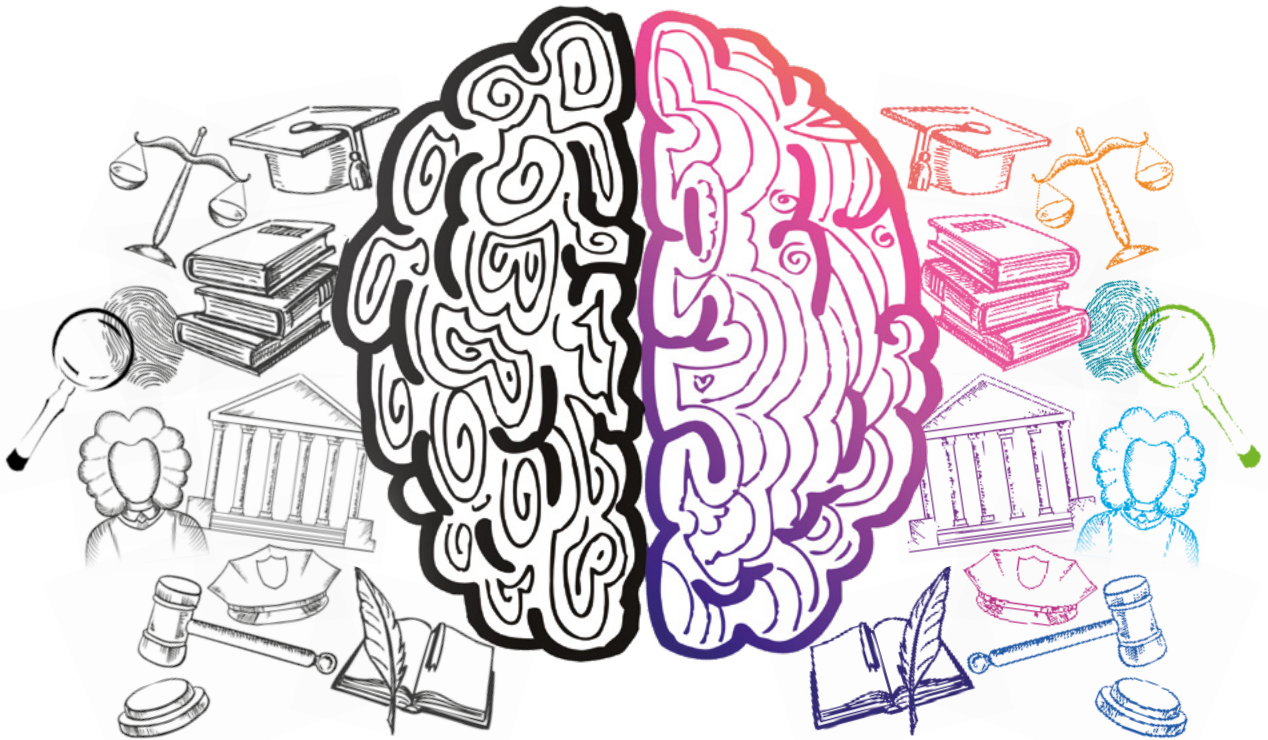


CURSO ONLINE

psiquiatría

DERECHO



ASPECTOS LEGALES EN EL EJERCICIO DE LA PSIQUIATRÍA

MÓDULO I

La condición del paciente y
cómo interviene el médico
psiquiatra

Isabel Marín Moral

Licenciada en Derecho
Doctora en Derecho (UNED)

Dr. Fuertes Rocañini

Doctor en Medicina
Especialista en Psiquiatría



MÓDULO I

La condición del paciente y cómo interviene el médico psiquiatra

1. La capacidad jurídica y capacidad de obrar del paciente

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

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

A. MARCO NORMATIVO

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

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

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

B. SENTENCIAS RELEVANTES

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

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

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

C. BIBLIOGRAFÍA

Legislación sobre salud mental y derecho humanos

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

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

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

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

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

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

1.1. Diferencias entre capacidad jurídica y capacidad de obrar

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

PREGUNTAS

¿Qué son los actos jurídicos?

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

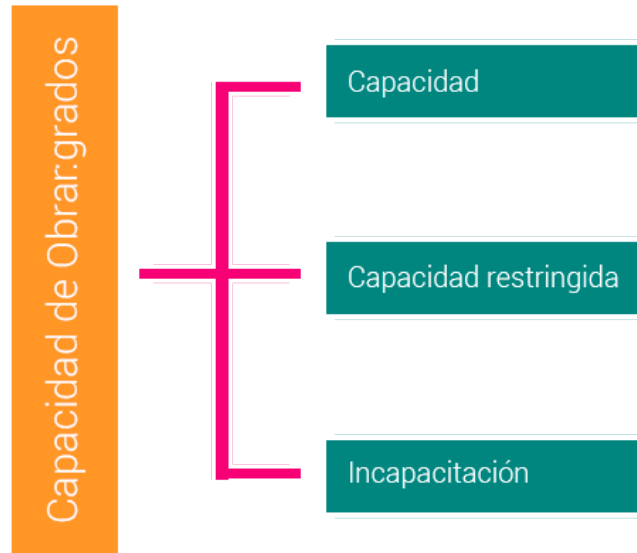
¿Lo importante es la capacidad de obrar?

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

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

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

1.2. Diferentes grados de la capacidad de obrar



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

2. La incapacitación civil

2.1. Características. Papel del psiquiatra

INCAPACIDAD:DECLARACIÓN

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

Quién puede ser declarado incapaz

Cualquier persona capaz puede ser privada de su capacidad

Cuáles son las causas

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

Quién inicia el procedimiento de incapacitación

La facultad de promoverla corresponde:

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

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

Quién puede privar de capacidad al enfermo

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

Cuáles son los trámites en el juicio

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

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

Qué valor tiene la sentencia

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

Qué debe constar en la sentencia

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

QUÉ MÁS DEBE SABERSE: PAPEL DE PSIQUIATRA

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

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

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

La intervención de la Psiquiatría será necesaria en tres situaciones

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2. La curatela

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

2.3. La tutela

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

PREGUNTA

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

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

3. La responsabilidad penal

A. MARCO NORMATIVO

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

B. SENTENCIAS RELEVANTES

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

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

STS 2 de noviembre 2011 (RJ 2012/1380)

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

C. BIBLIOGRAFÍA

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

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

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

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

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

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

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



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

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

3.1. Imputabilidad

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

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

Requisitos de la imputabilidad	
Capacidad de comprender el carácter antijurídico del hecho  Inteligencia	Capacidad de dirigir la actuación conforme a dicho entendimiento  Voluntad

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

3.1. Grados de imputabilidad

De conformidad con la jurisprudencia existen diferentes grados de imputabilidad.

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

PREGUNTAS

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

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

¿Todo enfermo mental es inimputable?

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

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

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

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

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

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

PREGUNTAS

¿Es inimputable quien tiene trastorno mental transitorio?

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

¿Qué es el trastorno mental transitorio para el juez?

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

3.4. Atenuantes de responsabilidad que pueden afectar al enfermo mental

Atenuantes (art. 21 CP)

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

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

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

3.5. Cuándo interviene el médico psiquiatra

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

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

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

Sobre los informes psiquiátricos hablaremos en el módulo siguiente.

4. Deberes y derechos de los pacientes

A. MARCO NORMATIVO

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

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

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

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

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

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

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

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

B. SENTENCIAS RELEVANTES

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

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

C. BIBLIOGRAFÍA

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

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

SITUACIÓN GENERAL

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

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

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

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

Derechos de los pacientes

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

A rehusar a un determinado tratamiento

Al tratamiento menos agresivo

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

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

Al debido control de su tratamiento

A un costo razonable de su tratamiento

A que su tratamiento no sea interrumpido intempestivamente sin causa justa

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

Negarse a participar como sujeto de investigación científica

A la interconsulta

A no ser internado involuntariamente o en forma abusiva

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

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

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

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

A ser protegidos contra toda explotación, abuso o trato degradante

A un debido proceso de internación y rehabilitación

Recibir asistencia religiosa, si así lo desean

A la vida privada

Deberes de los pacientes

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

Ir a las consultas fijadas con el médico

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

Ser sincero en la información que da al médico

Tomar la medicación y no abandonar el tratamiento prescrito

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

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

Interrogantes que se pueden plantear:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A. NORMATIVA REGULADORA

Ley General de la Seguridad Social

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

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

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

Código Civil (art. 200 y siguientes)

B. SENTENCIAS RELEVANTES

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

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

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

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

C. BIBLIOGRAFÍA

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

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

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

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

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

5.1. El derecho al trabajo del paciente psiquiátrico

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

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

El paciente psiquiátrico puede trabajar

Si no ha sido declarado incapaz

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

Si no hay declaración de invalidez laboral

Si no hay declaración de incapacidad laboral

5.2 El acceso al trabajo

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

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

Límites del empleador

No puede solicitar un informe médico, ni la historia clínica

No puede preguntar si el trabajador tiene una enfermedad mental

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

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

5.3. Incapacidad civil vs incapacidad laboral

Debemos distinguir entre:

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

5.4. Tipos de incapacitación laboral

Debemos distinguir entre:

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

5.4.1. Tipos de incapacidad laboral

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

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

6. Empresas de inserción laboral

A. MARCO NORMATIVO

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

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

B. SENTENCIAS RELEVANTES

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

C. BIBLIOGRAFÍA

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

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

Los programas de empleo para personas con trastorno mental grave

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

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

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

6.1. Concepto

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

Requisitos mínimos

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

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

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

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

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

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

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

PREGUNTAS

¿Cómo se sabe si una empresa es de inserción?

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

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

¿Se deben registrar?

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

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

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

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

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

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

¿Aplican al enfermo mental el Estatuto de los Trabajadores?

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

Casos Prácticos

Dr. Jose Carlos Fuertes Rocañin.

Médico psiquiatra. Especializado en psiquiatría forense.

CASO 1º

Trastorno bipolar como causa nulidad de contratos de compras

MOTIVO DE LA CONSULTA

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

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

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

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

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

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

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

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

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

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

ANTECEDENTES PERSONALES

Psiquiátricos:

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

Somáticos:

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

Hábitos Tóxicos:

- Fumador de un paquete al día.

ANTECEDENTES FAMILIARES

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

EVOLUCIÓN

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

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

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

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

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

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

CONSIDERACIONES FINALES

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

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

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

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

CASO 2º

Determinación imputabilidad en un caso de trastorno delirante

RELATO DE LOS HECHOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ANTECEDENTES CLÍNICOS PERSONALES Y FAMILIARES

Familiares:

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

Personales:

Somaticos: Sin interés.

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

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

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

CONSIDERACIONES CLÍNICAS

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

F22.0 Trastorno de ideas delirantes

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

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

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

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

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

Pautas para el diagnóstico

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

Incluye:

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

Excluye:

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

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

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

CONSIDERACIONES PSIQUIÁTRICO-LEGALES

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

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

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

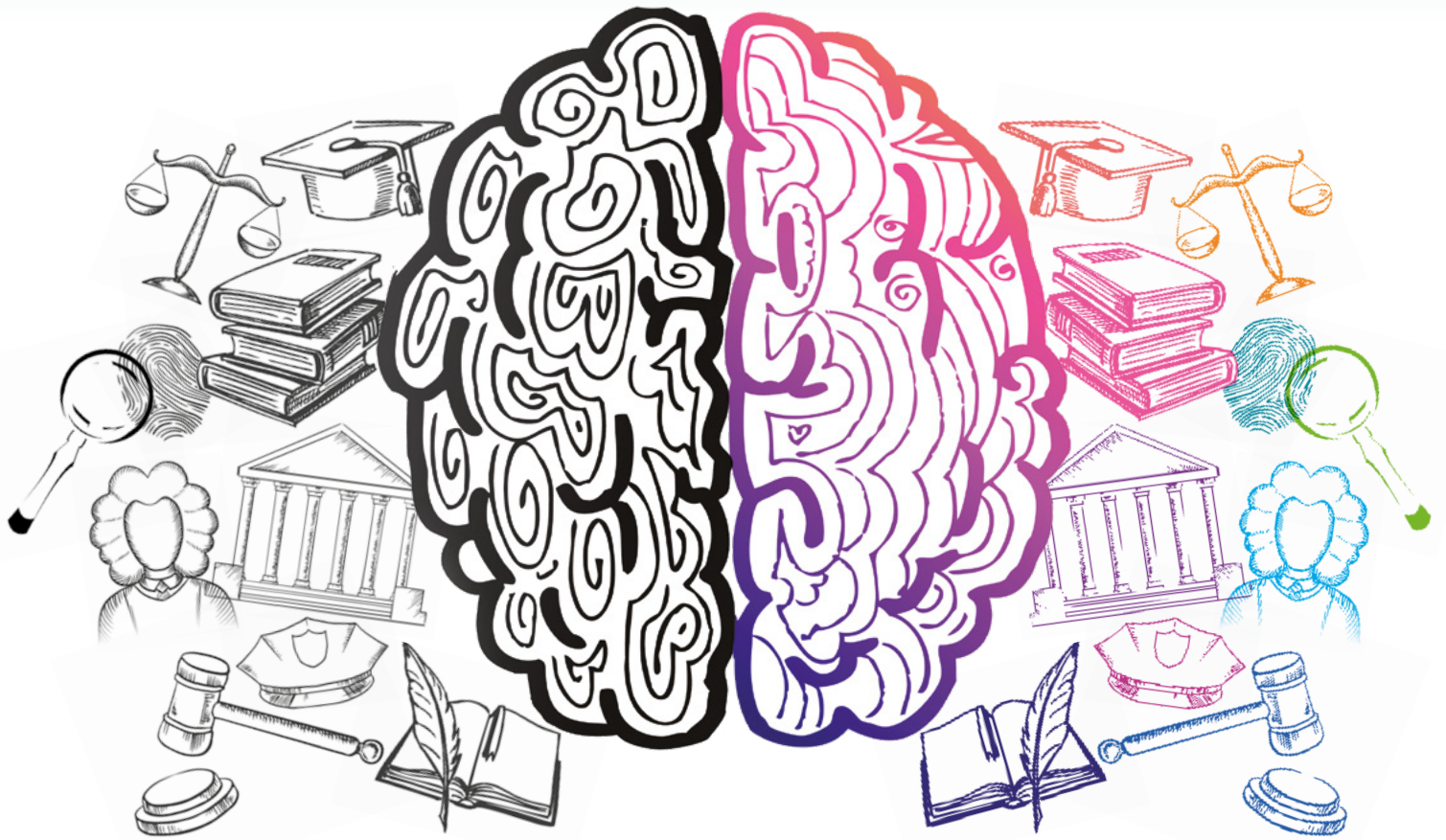
Debemos significar al Tribunal, en suma, que la paciente **carece de aptitud para comprender el alcance de las conductas**, y por consiguiente, **carece de capacidad para comprender el sentido de cualquier medida punitiva**, ya que en su lógica delirante, la paciente busca, a través de su conducta, auxilio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

CONCLUSIONES

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

REFLEXIONES FINALES DEL CASO

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



Material destinado al profesional sanitario



Patrocinado por:

