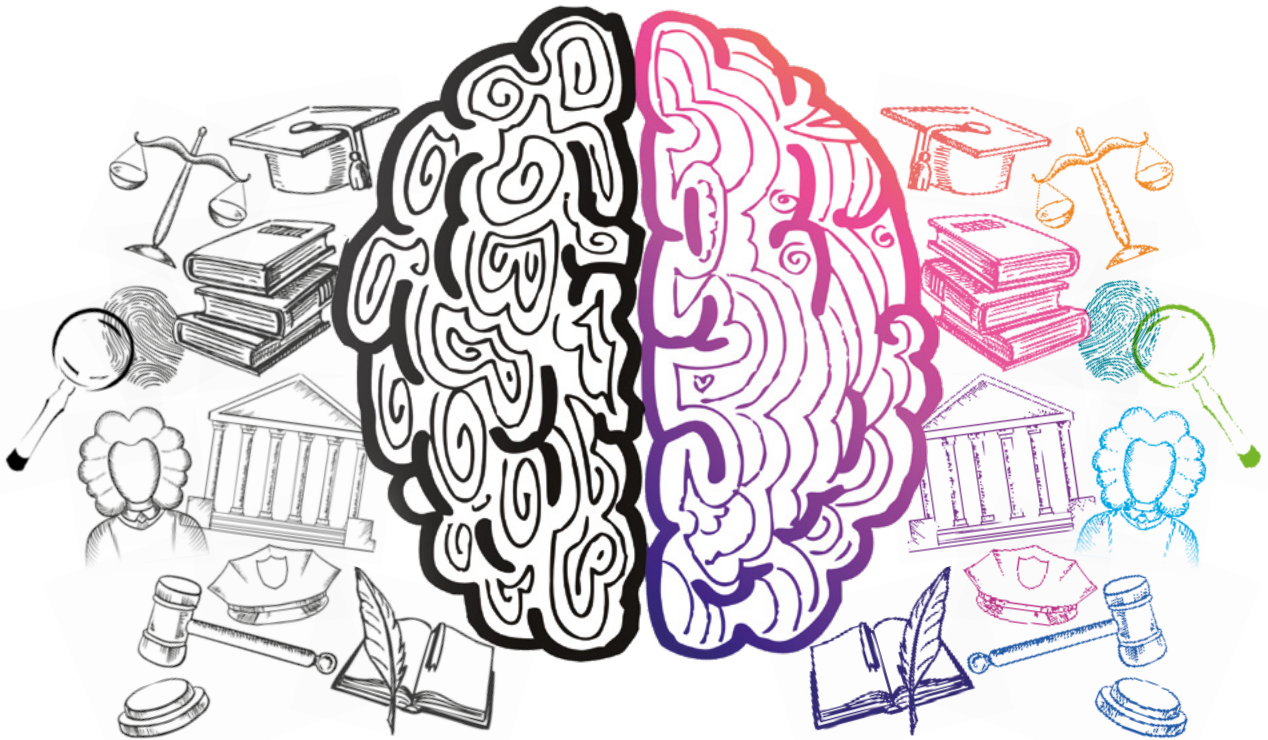


CURSO ONLINE

psiquiatría

DERECHO



ASPECTOS LEGALES EN EL EJERCICIO DE LA PSIQUIATRÍA

## MÓDULO II

Documentos y  
procedimientos relevantes  
en el ejercicio del psiquiatra

Isabel Marín Moral  
Licenciada en Derecho  
Doctora en Derecho (UNED)

Dr. Fuertes Rocañini  
Doctor en Medicina  
Especialista en Psiquiatría



# MÓDULO II

## Documentos y procedimientos relevantes en el ejercicio del psiquiatra

### 1. El consentimiento informado

#### A. MARCO NORMATIVO

Ley 14/1986, General de Sanidad.

Ley 41/2002, Ley de Autonomía del Paciente

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

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

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

#### B. SENTENCIAS RELEVANTES

STC 132/1989, de 18 junio

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

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

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

#### C. DOCTRINA

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

#### D. CONCEPTO

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

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

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

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

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

## 1.1. Elementos del consentimiento

### INFORMACIÓN

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

La información no es coacción, ni engaño.

#### La información tiene los siguientes requisitos:

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

#### Contenido de la información:

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

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

### Quién debe informar:

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

### La forma entrega de la información

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

### ¿Se debe dar la información al paciente incapacitado?

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

### Cuando debe darse la información y recibir el consentimiento

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

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

## VOLUNTARIEDAD

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

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

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

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

## CAPACIDAD

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

### 1.2. Especialidades relevantes

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

### 1.3. Prestación del consentimiento por representación

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

#### a) Menores de edad, sin juicio suficiente

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

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

### **b) Mayores incapacitados**

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

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

### **c) Mayores de edad que sufran una incapacidad real**

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

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

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

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

Finalmente, debe destacarse que:

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

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

## 2. La historia clínica: la confidencialidad

### A. MARCO NORMATIVO

Ley Nacional 26.529

### B. SENTENCIAS RELEVANTES

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

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

### C. DOCTRINA

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

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

### D. CONCEPTO

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

### 2.1. Contenido de historia clínica

#### La historia clínica comprende

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

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

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

**Dónde se obtiene y dónde se guarda**

Cada centro archivará las historias clínicas de sus pacientes.

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

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

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

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

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

**2.2. Cuestiones básicas**

**La historia clínica comprende**

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

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

### 2.3. Derecho del paciente

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

### 2.4. Obligaciones en las consultas

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

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

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

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

### 3. El informe psiquiátrico

#### A. MARCO NORMATIVO

Código de Ética y Deontología Médica

#### B. SENTENCIAS RELEVANTES

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

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

#### C. DOCTRINA

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

#### D. CONCEPTO

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

#### 3.1. Características principales

##### Características principales

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

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

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

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

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

### 3.2. Tipos de informes periciales

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

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

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

### 3.3. Cuestiones relevantes. Contenido

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

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

*¿Cuál es el contenido de un informe psiquiátrico?*

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

#### 1. Introducción:

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

#### 2. Evaluación:

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

#### 3. Diagnóstico

#### 4. Consideraciones médico-legales

#### 5. Conclusiones

### ¿Tiene el paciente derecho a conocer el informe?

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

### ¿Cuál es la función del perito psiquiatra?

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

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

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

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

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

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

### 3.4. Ámbitos de realización del informe

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

#### Obligaciones del perito psiquiatra

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

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

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

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

## 4. Internamientos voluntarios e involuntarios. Procedimiento

### A. MARCO NORMATIVO

Ley de Enjuiciamiento Civil: art. 763

Código Civil

Código Penal

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

### B. SENTENCIAS RELEVANTES

Tribunal Supremo (Sala de lo Civil, Sección 1ª): Auto de 11 diciembre 2008. RJ 2009\288

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

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

### C. DOCTRINA

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

### D. CONCEPTO

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

### 4.1. Internamiento voluntario

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

Características
El paciente puede abandonar el tratamiento.
Puede pedir el alta voluntariamente.
No se puede retener al paciente en contra de su voluntad sin previa autorización judicial.
Si durante su permanencia en el centro psiquiátrico el paciente empeora y éste anulara su voluntad previa de ingreso, el médico responsable podría considerar imprescindible continuar su hospitalización en cuyo caso deberá comunicárselo al Juez en menos de 24 horas.

### 4.2. Internamiento involuntario: Tipos

Los internamientos involuntarios o internamientos psiquiátricos forzosos.

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

Distinguimos dos tipos:

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

### 4.3. Procedimiento en internamiento Civil

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

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

### 4.4. Procedimiento en internamiento Penal

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

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

## 5. Contenciones mecánicas: formas de actuación

### A. MARCO NORMATIVO

Código Civil

Ley de Enjuiciamiento Civil

Ley General de Sanidad

Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente.

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

### B. SENTENCIAS RELEVANTES

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

### C. DOCTRINA

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

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

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

### D. CONCEPTO

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

## 5.1. Necesidad de un protocolo y su aplicación

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

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

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

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

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

### Competencias del psiquiatra

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

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

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

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

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

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

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

## 5.3. Información al paciente

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

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

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

### 5.4. Consentimiento informado

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

### 5.5. Papel del juzgado

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

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

### 5.6. Actuación en la inmovilización de un paciente

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

## 6. La participación del médico en procedimientos judiciales

### A. MARCO NORMATIVO

Ley de Enjuiciamiento Civil

Real Decreto 1148/2015, de 18 de diciembre

### B. SENTENCIAS RELEVANTES

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

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

### C. PALABRAS CLAVE

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

### D. CONTENIDO

#### LA PARTICIPACION DEL MÉDICO EN PROCEDIMIENTOS JUDICIALES

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

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

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

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

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

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

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

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

### TAREAS PERICIALES DE LA PSIQUIATRÍA FORENSE

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

## Casos Prácticos

*Dr. Jose Carlos Fuertes Rocañin.*

*Médico psiquiatra. Especializado en psiquiatría forense.*

### CASO 1º

#### CONSENTIMIENTO Y CONFIDENCIALIDAD EN EL MENOR DE EDAD

##### MOTIVO DE LA CONSULTA

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

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

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

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

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

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

##### EXPLORACIÓN PSILOPATOLÓGICA

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

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

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

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

## ANTECEDENTES PERSONALES

### Psiquiátricos:

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

**Somáticos:** Intervenido de apendicitis hace 4 años sin complicaciones.

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

## ANTECEDENTES FAMILIARES

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

## EVOLUCIÓN

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

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

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

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

## CONSIDERACIONES FINALES

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

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

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

## ADENDUM

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

#### Disposición final segunda

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

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

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

## CASO 2º

### SOLICITUD DE INFORME PARA LA “NO” INCAPACITACIÓN JUDICIAL

#### ANTECEDENTES GENERALES DEL CASO

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

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

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

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

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

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

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

#### ANTECEDENTES CLÍNICOS PERSONALES Y FAMILIARES ESPECÍFICOS

##### 1. Familiares:

Padres fallecidos, no sabe precisar la causa.

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

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

No se refieren alteraciones psicopatológicas relevantes en el medio familiar.

##### 2.- Personales:

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

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

**Tóxicos:** Sin interés

#### EVOLUCIÓN

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

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

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

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

## CONSIDERACIONES FINALES

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

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

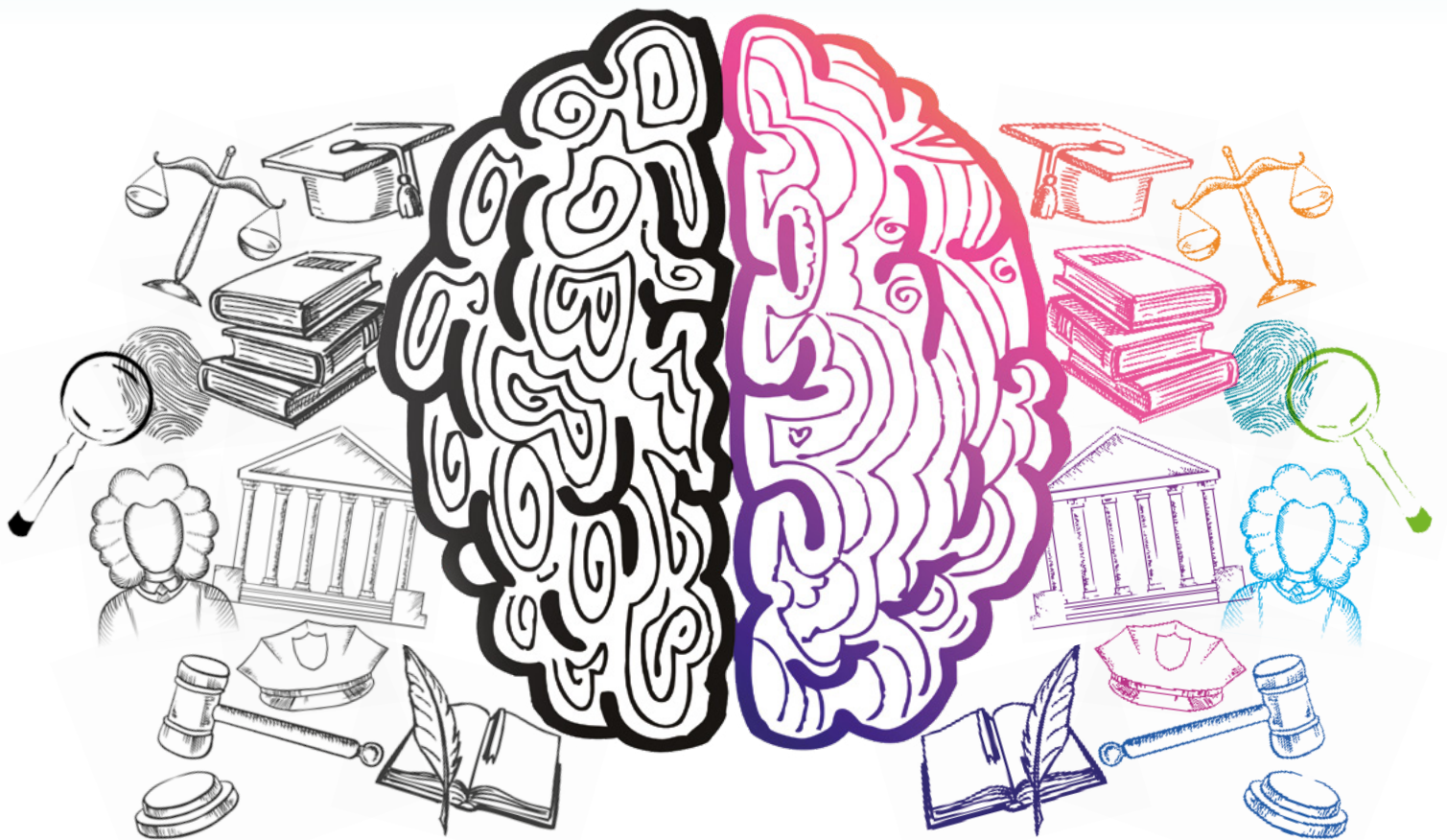
Resuelta la cuestión previa, si el profesional decide realizar el informe podría obviamente hacerlo, teniendo en cuenta que en este tipo de situaciones los criterios determinantes para la incapacitación, según expresa literalmente el art. 200 del Código Civil: **son causas de incapacitación las enfermedades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

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

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

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

**El juez no declaró la incapacidad de la paciente.**



Material destinado al profesional sanitario



**Apaloz**  
ARIPIPRAZOL



**Heipram**

Escitalopram EFG 10/15/20mg



**Gática**  
pregabalina

Patrocinado por:

**ALTER** MÉDICA®  
Garantía de Marca

