

LO INESPERADO EN LA CONDUCTA DE NUESTROS PACIENTES: UNA VISIÓN PRÁCTICA, JURÍDICA Y MÉDICA

Aspectos destacados del Simposio realizado en el marco del XXXI
Congreso Argentino de Psiquiatría (APSA)

Prof. Dr. Andrés Mega
Dr. Horacio E. Barberis

29 de Abril de 2016, Mar del Plata

INVESTI

VISDON

Vilazodona



"Vemos las cosas no como son, sino como somos nosotros."
(Immanuel Kant)

INVESTI



LO INESPERADO EN LA CONDUCTA DE NUESTROS PACIENTES: UNA VISIÓN PRÁCTICA, JURÍDICA Y MÉDICA

Simposio realizado en el marco del XXXI Congreso Argentino de Psiquiatría (APSA)

INTRODUCCIÓN

Este Simposio se realizó el 29 de abril de 2016 en el marco del XXXI Congreso Argentino de Psiquiatría, organizado por la Asociación de Psiquiatras Argentinos en la ciudad de Mar del Plata. La disertación estuvo a cargo del doctor Andrés Mega, médico psiquiatra, legista y psiquiatra forense de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, y del Juez Dr. Horacio Ernesto Barberis, Presidente del Tribunal Oral en lo Criminal N° 19 del Poder Judicial de la Nación.

En su discurso de apertura, el Dr. Mega observó que la sociedad en general considera que psiquiatras y psicólogos deberían prever las conductas de sus pacientes a futuro y que, por lo tanto, suele considerarse inaceptable cuando el profesional no puede anticipar, por ejemplo, que el paciente se va a suicidar o que adoptará actitudes violentas con miembros de su familia o terceros. "Esto es un mito muy arraigado en la población ya que el especialista no está en condiciones de prever situaciones semejantes. El problema es que muchas veces llegan al estrado de la justicia y algunos jueces están imbuidos de este concepto erróneo", recalcó Mega.

Por eso, la idea del simposio fue abarcar lo imprevisible: situaciones que pueden ocurrirle al especialista y para las cuales debe estar preparado. Para ello, la exposición se dividió en dos partes: la primera se abocó a las consideraciones jurídicas y médicas con una conferencia del doctor Barberis

y la segunda abordó lo inesperado en la conducta de los pacientes y contó con la organización del doctor Mega.

APRECIACIONES JURÍDICAS

"Resulta extraño que un juez se encuentre entre tantos psiquiatras; además, el cuerpo de magistrados nacionales, entre los que me incluyo, difícilmente pasaría los exámenes psiquiátricos", comentó irónicamente Barberis en la apertura de la primera parte del encuentro. Luego planteó que así como existen situaciones impensadas y de difícil resolución entre los médicos, ocurre lo mismo en los tribunales, donde los jueces tienen que decidir sobre el acusado. También observó que, aunque en muchos casos los jueces tienen la obligación de conocer el estado mental de esa persona, en general no saben preguntar a los médicos aquello para lo que necesitan respuestas.

"Después de las pericias psicológicas a una persona, lo más difícil es determinar si es culpable y si debe ser condenada o se encuentra ante una situación de inimputabilidad", concluyó el especialista.

¿Qué esperan los jueces de los médicos?

- Deber de cuidado por la relación terapéutica.
- Deber de no desviarse de la obligación de cuidado.
- Deber de no dañar.
- Obligación de medios y nunca de resultados.

ATENEO Y DRAMATIZACIÓN DE CASOS REALES

En este bloque se presentaron tres casos verídicos de situaciones atípicas entre el profesional y el paciente. Luego, se analizaron los modos más adecuados para resolver cada una. Mega fue el coordinador y tuvo una participación activa en las dramatizaciones de cada caso al representar el papel de

los pacientes. Además, se contó con la colaboración de voluntarios del público. Al término de cada teatralización se exhibió en pantalla una placa con cuatro opciones de conducta para el profesional. Después, el público –provisto de pulsadores–, realizó la votación y se analizaron las opciones elegidas y los posibles riesgos.

CASO 1: EL RIESGO DEL PACIENTE DESCONOCIDO

Descripción.

“En el último turno se presenta un paciente que se atiende por primera vez, quien manifiesta haber sido derivado por otro médico, aunque no recuerda su nombre. La doctora está agotada después de una tarde extenuante y, en ausencia de su secretaria, lo hace pasar.”

Representación. Mega hizo de paciente y tomó asiento frente a una voluntaria de la audiencia que actuó de psiquiatra. Comenzó el diálogo:

Paciente (P): –Buenas tardes doctora, lamento llegar a último momento, pero tenía necesidad de que alguien me escuchara.

Doctora (D): –Cuénteme, ¿cuál es su problema?

P: –Estoy nervioso, me siento mal y deprimido y en el trabajo no me va muy bien. (El hombre aproxima su silla varios centímetros hacia la doctora).

D: –Explíqueme un poco mejor por qué se siente mal.

P: –La vengo a ver porque usted es una profesional muy conocida y me dijeron algo de bipolar, pero no entendí muy bien. (El hombre acerca un poco más la silla).

D: –¿Está en pareja? ¿Tiene familia? ¿Con quién vive?

P: –Me siento muy solo, las mujeres me rechazan, no tengo hijos, no duermo bien, me despierto cansado y sin ganas de ir al trabajo. (Se aproxima otro poco a la doctora). –Me gusta mucho esa remera tipo tigre que se puso. ¡Tiene un rico perfume usted! (El hombre nuevamente aproxima su silla hacia la doctora).

D: –¡Hágame el favor de quedarse donde está y no se acerque más!

P: –Es que yo necesito contacto humano. (Se aproxima más aún). Usted doctora es muy agradable y me gusta mucho.

En este punto se detuvo la representación de la escena y Mega subrayó cómo el profesional puede estar en riesgo ante un perfecto desconocido que lo toma de sorpresa.

¿Qué hubiera hecho usted en esta situación?

Las cuatro opciones fueron las siguientes:

- A. Apenas avanza el paciente, me levanto, interrumpo la entrevista y le pido que se retire.
- B. Me levanto con la excusa de ir al baño y llamo al 911.
- C. Me abrazo al paciente y hago el amor con él.
- D. Empiezo a gritar y a pedir ayuda.

Por amplia votación ganó la opción A. Mega marcó que, ante una situación de esta índole, si un profesional tiene una actitud complaciente y sonríe, el paciente podría interpretarlo como una invitación; asimismo, destacó que la falta de reacción a tiempo puso en alto riesgo a la doctora del ejemplo analizado.

Entre los comentarios del público se destacaron dos: “Yo no le abro la puerta a un desconocido que no me trae el dato preciso acerca de quién lo derivó” y “A mí me pasó algo similar y, afortunadamente, lo pude resolver con la excusa de estar muy cansada; le pedí el teléfono para darle una nueva cita que nunca concreté”.

En la audiencia hubo consenso general en la necesidad de que el profesional adopte un porte autoritario y enérgico con el paciente, sin darle oportunidad a una etapa discursiva, y ordenándole que se retire inmediatamente. También, que el profesional no debe permanecer sentado en su silla sino que debe enfrentar al paciente de pie, ya que eso ejerce un componente dominante sobre la situación.

CASO 2: UN PEDIDO DE INTERNACIÓN INSISTENTE

Descripción.

"Sábado, 23 horas. Llegan dos personas a la guardia psiquiátrica en la que se desempeña el profesional: un padre junto a su hijo mayor de edad, a quien quiere internar. El joven ya tuvo dos internaciones en la misma institución y, previamente, el profesional había evaluado al paciente a solas corroborando que no existen situaciones de riesgo cierto inminente."

Representación. Mega invitó al juez a descender de la tarima y desempeñar el papel de padre, mientras que él hizo del hijo y un asistente del auditorio actuó como psiquiatra.

Padre (P): –Doctor, con este joven tengo un problema serio, realmente no acepta ninguna de las condiciones que... (Lo interrumpe el hijo).

Hijo (H): –¡Papá, no me molestes más! ¿Otra vez me vas a internar?

P: –¿Se da cuenta doctor por qué insisto en internar a este chico? Yo... (Nuevamente el hijo interrumpe).

El hijo se levanta para retirarse, pero el padre le ordena con severidad que permanezca sentado.

P: –No quiero ser violento pero las circunstancias me obligan. ¿Qué me aconseja que haga doctor?

Doctor (D): –De acuerdo con la evaluación que le hice... (Nuevamente el hijo interrumpe).

H: –¿Por qué tenemos que llevarle el apunte a este médico? (El padre le ordena que se comporte debidamente o traerá a la madre).

D: –Como decía, de acuerdo con la evaluación que hice, no veo motivo para internar a su hijo y recomiendo que siga con el tratamiento ambulatorio. (El chico se levanta para irse, pero el padre le ordena que permanezca sentado y le dice al psiquiatra que se retirará, dejándole al hijo para que lo contenga y lo trate).

H: –¿Pero qué puede saber este psiquiatra que no debe tener más de 3 meses de recibido?

En este momento, el Dr. Mega interrumpe la escena.

¿Qué hubiera hecho usted en esta situación?

- A. Me mantengo en mi posición, no considero que haya riesgo y no se interna.

- B. No quiero problemas, ante la insistencia del padre acepto internar al hijo.
- C. Consulto el caso con otros colegas.
- D. Los dejo esperando, me comunico con el director de la institución, con la policía, convoco a otros colegas y recurro a mi terapeuta.

La votación resultó en un empate entre las opciones A y B. Quienes eligieron el plan B, proponían internar al hijo para poder realizar una mejor evaluación y, si el segundo examen descartaba situaciones de peligro, suicidio o violencia, darlo de alta y citarlo para un nuevo estudio. Este grupo sostuvo que dejarlo ir implicaba el riesgo de que cualquier conducta con consecuencias graves podría generar un problema legal para el profesional. Los defensores de esta opción consideraron que la internación durante uno o dos días permitiría disponer de más tiempo para evaluar mejor la situación.

Por otra parte, los que optaron por A consideraron que si el examen previo fue exhaustivo y permitió descartar la posibilidad de conductas con consecuencias graves para el paciente o para terceros, la actitud adecuada era obviar la internación, porque así lo señala la ley 26.657 para pacientes mayores de edad en contra de su voluntad. La ley agrega que no cuentan los antecedentes sino la evaluación previa inmediata del paciente por el psiquiatra.

Hubo acuerdo general en medicarlo si no recibía tratamiento alguno y, en caso necesario, modificar el tratamiento. Además, y ésta fue la estrategia que se consideró más acertada, se debía citar al paciente en fecha muy próxima para seguir su evolución. Predominó la tendencia de citarlo sin la compañía del padre. También se evaluó la posibilidad de una consulta individual con el padre.

CASO 3: ¿CELOS O DELIRIOS?

Descripción.

“Acude al consultorio Agustín, un paciente al que la psiquiatra trata desde hace tiempo por un comportamiento celotípico aún no resuelto. Su relación con la médica es excelente y el único problema es su esposa María.”

Representación. Mega convocó a una mujer de la audiencia para representar a la psiquiatra y él hizo de paciente. El paciente se anuncia en la portería. La doctora, que lo conoce perfectamente, lo hace ingresar. Agustín trae consigo su habitual maletín.

Agustín (A): –Estoy contento doctora.

Psiquiatra (P): –Me alegro Agustín, ¿y a qué se debe su buen estado de ánimo?

A: –Por fin lo entendí todo, yo estaba mal, ¿se acuerda?, y usted siempre tuvo conmigo mucha paciencia. Desde hace tiempo venimos trabajando el tema de que María me mete los cuernos. Usted con paciencia profesional, y en eso la admiro, trató de quitarme esa idea de la mente que yo tenía, ¿cómo es que se llama?

P: –Delirio.

A: –Eso mismo, delirio. Pero hoy entendí todo y por eso es que estoy contento y esta es mi última sesión.

P: –¿Su última sesión?

A: –Sí, le cuento, yo siempre vengo un poco antes de la hora, le compro un pancho al del kiosco de la plaza que está frente a su consultorio y lo como sentado en uno de los bancos junto a mi maletín en el que tengo una 38 con carga completa, porque yo practico tiro y he ganado varias copas. Doctora, ¿usted sabe que tiene un hotel alojamiento aquí a la vuelta?

P: –Sí, lo sabía.

A: –Mientras estaba haciendo tiempo, veo pasar un Mercedes Benz descapotable con un canoso al volante y a su lado María. Yo le agradezco su esfuerzo durante estos años, doctora, y ahora le vengo a pagar, porque como ya le dije es mi última consulta. Ahora me voy, espero a María a la salida y el primer tiro va a ser entre los ojos, porque hay que terminar con el mal y esta persona hace daño. Doctora, le agradezco infinitamente su atención para conmigo.

¿Qué hubiera hecho usted en esta situación?

- A. Trato de seguir dialogando y convencerlo de la inutilidad y las consecuencias de su decisión.
- B. Disimuladamente trato de ir al baño, llamo al 911 y denuncio la situación.
- C. Considero que no hay justa causa para revelar el secreto profesional y seguiremos trabajando.
- D. Corro a la recepción del hotel alojamiento para que avisen a la policía y así evitar el crimen.

La votación del público dio 83% para la opción B al considerar que se trataba de un delirio sistematizado y, por lo tanto, irreductible, ya que el paciente llevaba largo tiempo de tratamiento. Como tenía la decisión tomada, tratar de convencerlo era prácticamente inútil. Y si bien al denunciarlo se viola el secreto profesional, prima la vida de otra persona.

CIERRE

Todas las representaciones fueron ágiles, coloquiales y llenas de humor. El Simposio finalizó con el aplauso de la sala

llena. El público se manifestó agradecido: no son frecuentes las capacitaciones prácticas para enfrentar este tipo de situaciones y evitar males mayores.

La presente obra tiene como objetivo informar a los profesionales de la salud sobre los aspectos destacados del Simposio a cargo de los Dres. Andrés Mega y Horacio Barberis. Agradecemos a todos los que, de una forma u otra, han colaborado para que este material, de indudable interés científico y didáctico pueda ser difundido.

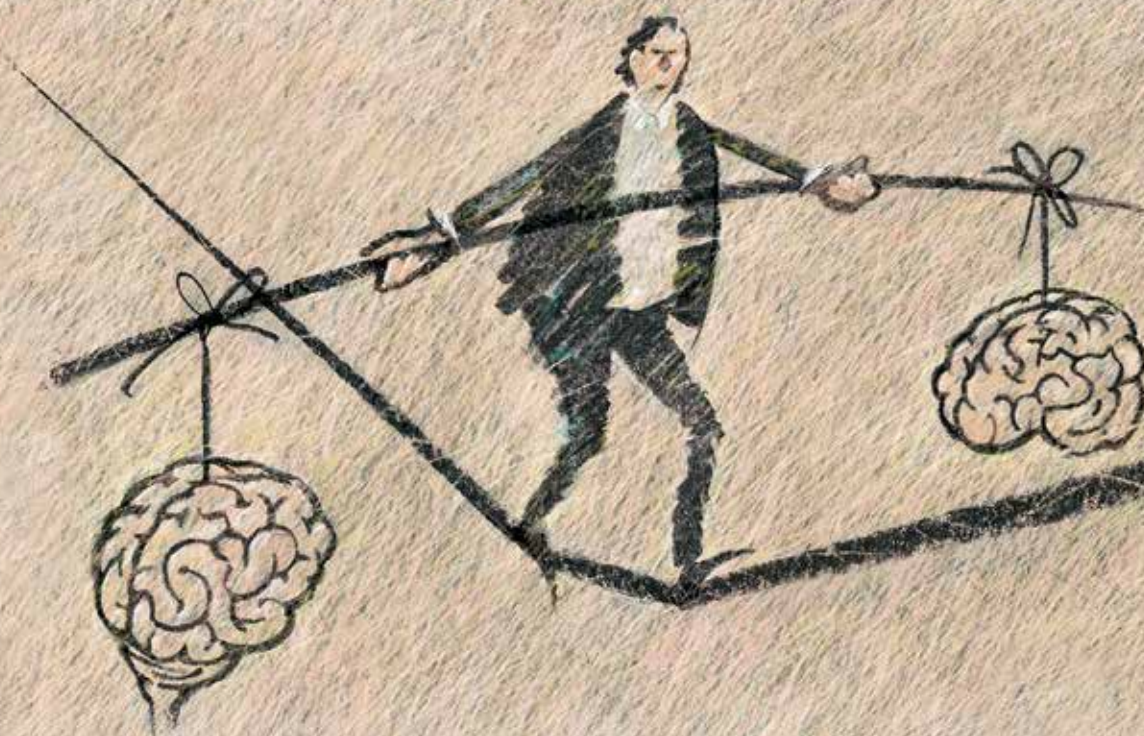
Producción científica y editorial de EC-t Ediciones Científico-técnicas SRL.

© 2016 Derechos reservados. Maza 100, 1º C (C1206ACB) Ciudad de Buenos Aires. www.ect-ediciones.com

LURap

Lurasidona

El equilibrio es posible.



INVESTI

VISDON

NUEVA PRESENTACIÓN 10 MG

Vilazodona



Presentaciones

VISDON 10 comprimidos recubiertos: Envase conteniendo 15 comprimidos recubiertos.

VISDON 20 comprimidos recubiertos: Envases conteniendo 15 y 30 comprimidos recubiertos.

VISDON 40 comprimidos recubiertos: Envase conteniendo 30 comprimidos recubiertos.

INVESTI