



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN PSIQUIATRÍA FORENSE

TESIS
SERVICIO PSIQUIÁTRICO FORENSE EN UN HOSPITAL GENERAL

Maestrando
JORGE J. ARELLANO
Médico Psiquiatra

Director de tesis
PROFESOR DR. JORGE FOLINO

LA PLATA- ARGENTINA

2007



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS / LISTADO DE AUTORIDADES

Señor Decano

Prof. Dr. Jorge Guillermo MARTINEZ

Señor Vicedecano

Prof. Dr. Enrique PEREZ ALBIZÚ

Señora Secretaria Académica

Prof. Dra. Ana Lía ERRECALDE

Señor Secretario de Extensión Universitaria

Prof. Dr. Jorge FOLINO

Señor Secretario de Asuntos Estudiantiles

Dr. Guillermo PRAT

Señor Secretario Docente Asistencial

Prof. Dr. Fernando CURCIO

Señor Secretario de Supervisión Administrativa

Alfredo Ricardo GILES

Señora Secretaria Administrativa

Norma FORTUNATO

Prosecretario de Ciencia y Técnica

Prof. Dr. Gustavo Juan RINALDI

Director del Departamento de Graduados

Prof. Dr. Eduardo RODRIGUEZ

Director del Hospital Universitario Integrado

Prof. Dr. Rodolfo Eduardo HERNÁNDEZ

Señor Asesor de Gestión

Dr. Felipe COMPOAMOR

Director de la Escuela Universitaria de Recursos Humanos del Equipo de Salud

Prof. Dr. Alberto FONTANA

CONSEJEROS SUPERIORES

CLAUSTRO DE PROFESORES

Titular

Prof. Dr. Horacio Luis BARRAGAN

Suplente

Prof. Dra. Blanca M. Campostrini

CLAUSTRO DE GRADUADOS

Titular

Dr. Raul Alfredo SEMPER

Suplente

Dr. Daniel César CORSIGLIA

CLAUSTRO ESTUDIANTIL

Titular

Sr. BERDESEGAR, Ramiro

Suplente

Sr. MACIEL, Pablo

CONSEJEROS ACADÉMICOS

CLAUSTRO DE PROFESORES

Titulares

Prof. Dr. Jorge C. Ramondi

Prof. Dr. Alberto M. Fontana

Prof. Dr. Gabriel H. Luppi

Prof. Dra. Graciela S. Etchegoyen

Prof. Dr. Julio C. Hijano

Prof. Dra. Liliana R. Gómez

CLAUSTRO DE GRADUADOS

Titulares

Dra. Marisa M. Cobos

Dr. Franciso J. Terrier

AGRADECIMIENTO

A la Cátedra de Psiquiatría y Subsección Bernal de la Universidad Nacional de La Plata por brindar la posibilidad de desarrollar la formación académica, humanística y científica.

A la Facultad de Ciencias Médicas de la U.N.L.P. que ofreció y permitió mi capacitación en el saber de la medicina.

A la Dirección del Hospital “Mi Pueblo” y equipo asistencial que intervinieron y participaron colaborando con sus actuaciones específicas.

A los pacientes del hospital y de la comunidad que confiaron y aceptaron asistirlos.

A la Profesora Silvia Inés Acuña por su inestimable predisposición de colaboración en la evaluación estadística y epidemiológica del trabajo presente.

A los profesores de la Maestría en Psiquiatría Forense de la U.N.L.P., con quienes vivenció la calidez de sus enseñanzas y el deseo de seguir aprendiendo.

Al Centro Psicoanalítico “Dr Celes Cárcamo” y Centro de Estudios Psicoanalíticos de Quilmes, por acceder a sus estudios de formación.

Y un especial y profundo agradecimiento al Doctor Profesor Jorge Oscar Folino, por su infatigable don de docente de raza, humana y profesionalmente, que significó la guía permanente, motivadora y esclarecedora para dar a luz el presente trabajo de investigación.

A los que más quiero: mi familia; mi esposa, María del Carmen y a mis hijos, María Victoria, María Magdalena, María Mercedes y Sebastián por la comprensión y colaboración que me brindaron.

INDICE

1. RESUMEN	7
2. INTRODUCCIÓN.....	12
2.1. EL SERVICIO PSIQUIÁTRICO FORENSE EN ARGENTINA Y EN OTROS PAÍSES DE AMÉRICA	12
2.1.1. Historia de la Psicopatología y Psiquiatría Forense.	12
2.1.2 Historia de la Psicopatología y Psiquiatría Forense en la Argentina	14
2.1.3 Psiquiatría Forense y Salud Mental en América.....	16
2.1.3.a. Canadá	16
2.1.3.b. Brasil.....	18
3. EL HOSPITAL GENERAL Y EL SERVICIO A LA JUSTICIA.....	20
4. PLANTEO DEL PROBLEMA.....	22
5. JUSTIFICACIÓN	24
6. OBJETIVOS.....	25
6.1. Objetivo General	25
6.2. Objetivos Específicos	25
7. MATERIAL Y METODOLOGÍA.....	26
7.1. Criterios de inclusión y exclusión.....	26
7.2. Población.....	26
7.3. Recolección de la información y aspectos éticos	26
7.4. Calidad de los datos	27
7.5. Análisis estadístico	27
8. RESULTADOS	30
8.1. Fuentes de Pedidos Judiciales.....	30
8.2. Puntos de Pericia.....	30
8.3. Diagnósticos	33

8.4. Consideraciones Médico Legales.....	46
9. DISCUSIÓN	47
10. COROLARIO.....	60
11. BIBLIOGRAFÍA.....	63
11. ANEXOS	68

1. RESUMEN

El **objetivo** de este trabajo fue describir los informes psiquiátrico forenses, realizados y emitidos en el Hospital Zonal General de Agudos (HZGA) “Mi Pueblo”, de Florencio Varela, durante el período comprendido entre el 25 de julio de 2003 y el 23 de noviembre de 2004, enviados al Servicio de Salud Mental, por la Oficina de Asuntos Legales, remitidos por los Juzgados.

Los objetivos específicos fueron: evaluar y determinar las fuentes de los pedidos judiciales; conocer el número de casos psiquiátricos; identificar los puntos de pericia; describir las variables diagnósticas y evaluar la verosimilitud de los resultados.

Diseño: Estudio longitudinal, retrospectivo, observacional, descriptivo e inferencial de los informes elevados por el Servicio de Salud Mental del HZGA “Mi Pueblo” de Florencio Varela a autoridades judiciales en respuesta a Oficios librados por los Juzgados. Los resultados cuantitativos se emitieron en términos estadísticos y los comentarios cualitativos con absoluta reserva de la identidad, según normativa instituida. Los datos fueron sistematizados bajo EpiInfo en su versión 6.04a y analizados bajo el mismo programa. Para describir la población se utilizó la estadística tradicional: variables nominales y ordinales mediante porcentajes y variables cuantitativas por medidas de tendencia central y de dispersión; Para análisis inferencial se utilizó Test de Student para frecuencias de datos numéricos y cálculo de χ^2 para análisis multivariado. Los cálculos de inferenciabilidad de la diferencia entre dos proporciones, se desarrollaron bajo Epidat 2.1, con comparación frente a hipótesis nula.

Lugar: Hospital General Zonal de Agudos “Mi Pueblo”, Florencio Varela, Pcia. Buenos Aires.

Población de estudio: Fueron incluidos **81** casos consecutivos durante el período de estudio, constituidos por requerimiento judicial, independientemente de los puntos de pericia, sexo y jurisdicción, y sin criterios de exclusión.

Medición: La información fue registrada en un cuestionario impreso. Posteriormente, los datos fueron cargados en una base computarizada siguiendo codificación preestablecida. Se revisó la carga invirtiendo el rol entre dictante y escribiente. Para su estudio se segmentó a la población en tres grupos etáricos: Niños: < 16 años; Jóvenes: > 15 años y < 21 años; Adultos: > 20 años.

Resultados: Se evaluaron 81 informes, de los cuales 51 correspondieron a atención psicológica y 30 a informe psiquiátricos. Llamativamente, el 80.4% fue solicitado por Juzgados de Menores. La edad promedio de la muestra fue joven (23 años) y estuvo constituida en un 60% por mujeres. El 60% son jóvenes menores a 21 años de edad y el 40% adultos. Se encontró que había antecedentes de internación hospitalaria en el 37%. Los menores nunca habían estado internados. La diferencia etaria es significativa ($p < 0.0001$) entre los grupos con antecedentes y sin antecedentes de internación hospitalaria. Se diagnosticaron 79 casos de patologías psiquiátricas, correspondiendo el 85% a trastornos mentales y del comportamiento. El 30% correspondió a trastornos infanto-juveniles, siendo los más comunes trastornos de conducta, trastornos mixtos (conductas y emociones) y de adaptación. De los familiares o personas del entorno entrevistados, 25% necesitaban asistencia de Salud Mental. El 31.4% de los familiares de los niños y jóvenes (menores a 21 años) estaban necesitados de asistencia. De los 73 casos que requirieron asistencia profesional, el 41% recibió tratamiento por psiquiatría, y el 24% terapia Individual. El 16% de la muestra presentó antecedentes penales o judiciales con una media de edad de 21 años, y estando representados en un 46% por la población femenina. Se encontró un riesgo casi 4 veces mayor ($p < 0.02$) de presentar antecedentes policiales para el segmento de 11 a 20 años (76.9%). Los vínculos familiares entrevistados ($n=59$) estuvieron constituidos en un 52.5% por madres, 10.2% hermanos y el 8.5 % cónyuges y el 6.8% padres. El abordaje empleado para familiares de pacientes ($n=28$) fue una entrevista de orientación en el 75% y terapia individual en el 14.3% de los casos. Entre las principales problemáticas en los hogares ($n=81$) se detectaron: conflicto familiar 24%, violencia 11.1%, abuso sexual/violación 11.1% y alcoholismo 7%.

Conclusión: Los informes psiquiátricos fueron realizados integrando los modelos de la entrevista psiquiátrica forense y de la psiquiatría general, para adoptar particularidades propias en su desarrollo y de acuerdo a lo requerido, permitiendo por su dinámica, establecer un mecanismo de comunicación y entrar en una interrelación y contacto más fluido con el Poder Judicial. La entrevista psiquiátrica forense en el hospital general y la entrevista pericial psiquiátrica convencional, como también la entrevista clínica psiquiátrica de diagnóstico y tratamiento, tienen peculiaridades que las diferencian entre si. La entrevista psiquiátrica forense en el Hospital General tiene su fuente de referencia, en primer lugar, en el modelo básico y esencial de la entrevista clínica psiquiátrica general, que es diagnóstica y terapéutica. La técnica utilizada, por razones estratégicas y prácticas y para una mayor

eficacia, estuvo basada en el marco teórico sustentados en los modelos médicos, conductual y psicodinámico, sujetándose a los parámetros de datos, puntos de pericia solicitados por la autoridad judicial o requerimientos pertinentes ante emergentes del ámbito institucional hospitalario o derivaciones al hospital de organizaciones de la comunidad.

Lo solicitado generalmente está vinculado al tratamiento psicológico o psiquiátrico, informe psiquiátrico, asistencia, diagnóstico y evolución del tratamiento, estudio de evaluación neuropsiquiátrica, consulta e informe de resultado y estudio de psicodiagnóstico. Difícilmente se relacione con puntos de pericia retrospectivos, como por ejemplo, estado mental al momento del delito, pues esas cuestiones suelen ser preguntadas a los servicios periciales oficiales. Independientemente de ello, puede considerarse que todo lo que se escribe acerca de los pacientes en las historias clínicas puede, eventualmente, ser de utilidad para evaluaciones periciales de múltiples aspectos; por lo tanto, el asesoramiento del Servicio Psiquiátrico Forense resulta útil en todos aquellos casos que están bajo tratamiento y han tenido conductas delictivas o han sido víctimas de las mismas o tienen que ejercer la disposición de algún bien o se encuentran en situación de litigio. Las causas de estos Oficios Judiciales están caratuladas: sobre intervención, investigación de situación, víctima de abuso sexual, protección de persona, denuncia, guarda, daños y perjuicios, o víctima de robo y violación, robo calificado, internación, custodia infantil, denuncia, etc. Sin embargo, cabe destacar que la falta de un área establecida y especializada en el ámbito de hospital general, trae consigo importantes dificultades y genera consecuencias de diversas magnitudes, como la precariedad organizativa y carencia de base de datos para seguimiento; y las propias del encausado, falta de motivación y abandono de entrevistas y tratamiento. Por lo tanto, las consecuencias están ligadas directamente a las complicaciones de los motivos que originaron la causa y el no disponer de un equipo asistencial acorde a los requerimientos. Tomando en cuenta estos aspectos, se ha observado que en la confección de informes, si bien lo realizan profesionales, el 62% aproximadamente adoleció de criterios vinculados a su no capacitación forense; es decir, no responden metodológicamente al modelo de informe médico forense, presentando escasez de datos y una forma rutinaria de informes que no refleja la disposición, capacitación ni la experiencia clínica, y en consecuencia, no aporta el suficiente esclarecimiento a los fines solicitados para el ámbito judicial. Así mismo, es notable la diferencia, representativa y relevante, cuando el informe es realizado por el profesional capacitado en medicina forense y desarrollado conforme a la estructura del modelo de informe psiquiátrico forense, reuniendo

características generales y particulares. Generales, porque cumple con pautas básicas y ordenamiento que debe obedecer, y características particulares, en razón de situaciones especiales que requiere estructurarse el modelo adecuándose a las peculiaridades del espacio donde se desenvuelve. Estas diferencias se hicieron mas notables en el ítem Consideraciones Médico-legales, que permite fundamentar y reflexionar sobre la condición actual del encausado, historia personal y referencia genealógica trigeneracional; datos que permiten formular hipótesis diagnóstica, y con argumentos basados en teorías científicas que favorezcan su mejor y más clara comprensión. Teorías científicas en las que se fundamenta la psiquiátrica general como rama clínica de la medicina encargada de diagnosticar, tratar, cuidar y rehabilitar a aquellas personas afectadas por trastornos mentales de cualquier índole (51). Así mismo, la psiquiatría infantil, según Kaplan (35), investiga la psicopatología del niño y del adolescente, definiendo a esta como la alteración en una o más de las siguientes áreas: conducta, estado emocional, relaciones interpersonales y actividad cognoscitiva. El mismo autor propone como modelo empírico para estudiar esta psicopatología varios dominios, a saber, la fenomenología clínica, factores psicosociales, demográficos, biológicos, genético-familiares y ambientales-familiares; historia natural y respuesta a la intervención. Dentro de este marco, el modelo psicodinámico facilita con sus aportes teóricos una mayor clarificación y entendimiento de la complejidad en el suceder del ser humano, sus vicisitudes y el hecho psiquiátrico.

El otro ítem destacable del Informe Psiquiátrico forense, en el que se observaron las diferencias es el de Conclusiones, que está basado en la invocación de las razones fundadas en Consideraciones Médico-legales, y sintetiza la información, como por ejemplo, en la enunciación de las respuestas en relación a los puntos de pericia solicitados o según el art. 631 del Código Procesal Civil y Comercial: 1. Diagnóstico. 2. Fecha aproximada en que la enfermedad se manifestó. 3. Pronóstico. 4. Régimen aconsejado para la protección y asistencia del presunto insano. 5. Necesidad de su internación; o formulando los diagnósticos según la evaluación del sistema multiaxial, cuyo uso facilita una evaluación completa y sistemática de los diferentes trastornos mentales y enfermedades médicas, de los problemas psicosociales y ambientales, y del nivel general de actividad del sujeto; permitiendo captar la complejidad de las situaciones clínicas.

Por lo tanto, el informe psiquiátrico forense del Hospital General tiene validez de documento científico, de investigación y legal, cuya compilación de datos son adaptados,

adecuados y confeccionados tomando en cuenta, generalmente, en referencia a los protocolos psiquiátricos forenses. En el procedimiento de la realización del informe psiquiátrico forense, es menester estar compenetrado que lo esencial del mismo es esclarecer, guiar, comunicar, testimoniar a la justicia, es decir ilustrando y asesorando sobre los puntos concernientes de la competencia específica. Finalmente, el informe psiquiátrico forense solicitado está ligado y dirigido directamente a la justicia. Es un documento médico legal. Es un acto cumplido en virtud de orden judicial o administrativa, y analiza un hecho determinado, establece características y extrae conclusiones.

Independientemente de las acciones que sobre determinados sujetos solicitan las autoridades judiciales, sanitarias o simplemente la atención cotidiana, el Servicio de Salud Mental debe asistir en forma personalizada al entorno y/o grupo conviviente de aquellos sujetos a fin de aportarle concretas posibilidades de desarrollar saludable y correctamente su rol en la sociedad; principalmente al de sujetos jóvenes, quienes evidencian mayor vulnerabilidad. Deberían diseñarse, en los hospitales del Sector Público, Servicios Psiquiátricos Forenses que procuren conocimientos para la orientación e implementación de acciones político-sanitarias, que permitan la planificación de nuevos estudios con basamento científico y que cuenten con estructura técnico-administrativa entrenada en las tareas de vinculación médico-judicial.

2. INTRODUCCIÓN

La Psiquiatría Forense en Argentina fue ejercida tradicionalmente por psiquiatras y médicos legistas cuyos ámbitos laborales se concentraban en el propio Poder Judicial y en instituciones estrechamente vinculadas con el mismo, tales como los servicios penitenciarios y las policías provinciales y federales. Asimismo, por diversas razones relacionadas con la derivación de pacientes e internaciones prolongadas, los psiquiatras de los hospitales monovalentes neuropsiquiátricos han venido asesorando a la justicia en respuesta a demandas no sistemáticas.

Novedosamente, los servicios de salud mental de los hospitales generales paulatinamente han visto crecer la demanda de informes judiciales. Esta tendencia resulta creciente a pesar que no existe sistematización sobre qué tipos de requerimientos podrían ser eficientemente respondidos desde los hospitales generales ni sobre los recursos humanos que la tarea moviliza. En el mismo sentido, se destaca que no existen estudios que describan las preguntas que suelen hacerse y cómo suelen responder los psiquiatras.

Este estudio se propuso contribuir con la búsqueda del conocimiento necesario que permita planificar adecuadamente el servicio psiquiátrico que se brinda desde los hospitales generales; a través de un estudio descriptivo de la tarea específica realizada en el Hospital Zonal General de Agudos “Mi Pueblo”, de Florencio Varela, desde el 25 de Julio del 2003 al 23 de Noviembre del 2004.

2.1. EL SERVICIO PSIQUIÁTRICO FORENSE EN ARGENTINA Y EN OTROS PAÍSES DE AMÉRICA

2.1.1. Historia de la Psicopatología y Psiquiatría Forense.

Lo histórico permite obtener una visión de conjunto de los personajes y de sus obras y pocos son los autores que se han ocupado de los aspectos históricos de la psicopatología y de la psiquiatría forense. Así, según Bonnet (6) en la historia de la psicopatología y psiquiatría forense en el viejo mundo, menciona a Loignel Lavastine, quien distingue la psiquiatría médicolegal en dos períodos: antes y después de Zacchia. Sin embargo, Heuyer considera cuatro etapas: 1. Prelombrosiana, 2. Lombrosiana, 3. De reacción antilombrosiana, 4. Contemporánea.

Cabe señalar que hasta muy entrado el siglo XIX, la psiquiatría forense resultó ser, en la mayoría de las ocasiones, un simple apéndice de lo psiquiátrico clínico. Es sólo a partir de Lombroso y de Krafft Ebing que puede comenzarse a hablar de lo psicopatológico forense (7-10).

Según Bonnet (6), durante el período precientífico, fue en España, en 1410, donde por primera vez se estableció un “hospital psiquiátrico” y, por primera vez también, se consideró al loco ni poseso ni endemoniado, sino un enfermo. Ya en el período científico, Pablo Zacchia (1584 -1659) sostiene que para juzgar el estado mental de un individuo, el único capacitado es el médico (6).

Posteriormente, en 1789, la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano, proclamó los tres derechos inalienables del hombre: libertad, igualdad y fraternidad, basados en el principio de “*nullum crimen, nulla poena sine lege*” (6).

Philippe Pinel (1745 - 1826) fue el primer clínico que mereció el nombre de psiquiatra ya que se preocupó por rehabilitar al demente, devolviéndole su condición de ser humano enfermo, acreedor a la atención y al tratamiento médico, y no a la persecución, al escarnio y la tortura (6).

Jean E. D. Esquirol (1772 - 1840), discípulo de Pinel, se preocupó por el aspecto legal del alienado en relación con su internación hospitalaria, propició y obtuvo que su país, Francia, fuera el primero en sancionar, en 1838, una ley de alienados (6).

Ambrosio Auguste Tardieu (1818 - 1879), en 1872 publica sus “Etudes médico-legales sur la Folie”, en los que previene a los médicos en trance de actuar como peritos ante la justicia, que es condición indispensable para expedirse respecto de la capacidad penal o civil de una persona, un examen clínico psiquiátrico minucioso respecto de sus antecedentes familiares y personales, su juicio crítico y su conducta social y familiar (6).

Henri Legrand du Saulle (1830-1886) señala la conveniencia de que los médicos tengan conocimientos firmes de legislación, y que “la intervención de los médicos en los problemas jurídicos, debe ser la consecuencia de una científica necesidad de asesoramiento y no del simple cumplimiento burocrático de un precepto legal” (6).

Del pensamiento de Lombroso (1836 -1909) poco queda hoy. Su mérito imperecedero es haber puesto énfasis en que el hombre que delinque es una unidad somatopsíquica que requiere un análisis exhaustivo para diagnóstico de la psicogénesis delictiva (6).

Richard von Krafft Ebing (1840 - 1903) con su obra “Medicina Legal de los Alienados”, marca el comienzo de la psiquiatría forense, como disciplina organizada (6).

Antonio Vallejo Nágera (1889 - 1960) en “Symposium de Psiquiatría Forense” (56), trata en especial el peritaje psiquiátrico, destacando que debe reprocharse a no pocos peritos pseudopsiquiatras, la ignorancia en la ciencia psiquiátrica y la absoluta falta de experiencia clínica; que la finalidad del peritaje forense psiquiátrico consiste en demostrar en forma objetiva, la existencia o no de una alteración psíquica; explicar clara y concisamente la psicogénesis del hecho, motivo de la peritación.

En síntesis, en los antecedentes históricos se vislumbra un proceso que fue desarrollándose a lo largo de algo más de un par de siglos, pasando de un lugar secundario de la clínica a un espacio con propia importancia, delimitación de objetivos y corrientes de autocrítica.

2.1.2. Historia de la Psicopatología y Psiquiatría Forense en la Argentina

La historia de la Psicopatología y Psiquiatría forense nace a partir de que se establece que la Facultad de Medicina estaría compuesta de cinco Cátedras (3 de mayo de 1826), figurando como número cuatro “Teoría y práctica de partos, enfermedades de niños y recién paridas y medicina legal”, puesto que en esta última disciplina ingresaron en un principio todas las inquietudes médicas con proyección jurídica (6).

En la segunda mitad del siglo XIX, con la creación de las cátedras de Psiquiatría y Neurología y con la difusión de las ideas de Lombroso y de Garófalo, juntamente con Ferri, surgen interrogantes científicos y docentes, se constituye el definido y definitivo nacimiento de la psiquiatría forense, integrada por la criminología que en su esencia y su fondo pertenece a la Medicina y no al Derecho (6).

Bonnet (6) resalta como valiosos los siguientes trabajos en el desarrollo del conocimiento científico clínicopsiquiátrico: Lucas Ayarragaray (1877) escribe las emociones y las pasiones como causas de enfermedad; Fernando Raffo (1899), sobre la Locura puerperal; Arturo Lapuente, perseguidos amorosos; Alberto Rossi, tesis sobre Psicosis puerperal; los peligros del alienado en el seno familiar, (1927); J.T. Borda (1922), “Clasificación de las enfermedades mentales”; Alberto Bonhour, Placas seniles; Estadísticas sobre alienados delincuentes según la forma clínica y el delito (1941), publicada en colaboración con el Dr. Roberto Cifardo. Braulio Moyano (1932) efectuó el mayor aporte nacional a la histopatología de las psicosis involutivas, con su Tesis “Demencias seniles y preseniles”.

El iniciador de los estudios de corriente jurídica en relación con la psicopatología y la psiquiatría forense, es quizás el médico Noberto Maglione, quien en 1879 publica su tesis: Los manicomios. En ese mismo año, el médico Emilio Conti, publica su Código Médico Argentino, que consta de 3 partes: 1. Higiene médica; 2. Medicina legal; 3. Ética médica (12,32,33).

Ya en 1896, Domingo Cabred, en el Congreso Internacional de Antropología Criminal realizado en Ginebra, propuso una moción aprobada por unanimidad: que “los alienados delincuentes fuesen asistidos en los asilos psiquiátricos y no en los establecimientos carcelarios” (6). En este contexto, el 4 de febrero de 1899 inaugura en el Hospicio de las Mercedes (hoy Hospital Neuropsiquiátrico Dr. J.T. Borda) un edificio al que llamó “Lucio Meléndez”. Además son sus obras: Colonia Nacional de Alienados Open Door (1899), Asilo Regional Mixto de Retardados de Oliva (1908), Asilo Regional Mixto de Retardados de Luján (1908) (6).

En relación a Gabinetes e Institutos, hay una serie de organismos médico-penitenciarios o médico-frenocomiales, destinados al estudio psicológico, psicopatológico y psiquiátrico de los procesados de los diversos establecimientos carcelarios nacionales, si bien la bibliografía al respecto es muy escasa, en su tiempo representaron los máximos exponentes de investigación científica, reconocidos en el ámbito internacional. Así, el pabellón de alienados delincuentes “Lucio Meléndez”, que dependía directamente del Director del Hospicio de las Mercedes, luego pasa a constituir la “Unidad 20” del Servicio Penitenciario Nacional. El Servicio de Observación de Alienados del “Depósito de Contraventores” 24 de Noviembre, que al año siguiente, 1900, se denominó “Clínica Psiquiátrica y Criminológica de la Policía de la Capital Federal. Por ese mismo tiempo, el doctor De Veyga propuso la creación de un “Servicio Policial para Asistencia de Alcohólicos” detenidos.

La función esencial del Servicio de Observación de Alienados y de la Clínica Psiquiátrica y Criminológica, era “observar a los supuestos dementes que remitan de las comisarías a fin de informar si lo son o no, y luego de su examen aconsejar al alcalde, su libertad, internación o vigilancia” (6).

En 1905 se crea la “Oficina de estudios médico legales”. Sus funciones eran expedir informes sobre los menores de 15 años detenidos, y examinar a los encausados de toda edad (6).

En 1907 se creó la Oficina de Psicología y Antropología Criminal, que luego se llamó Instituto de Criminología, que por su obra talentosa alcanzó renombre mundial (6).

En 1928, Osvaldo Loudet habilitó una “Sala de Alienados y de Observación de Alienados” en la Penitenciaría Nacional, “anexo” al Instituto de Criminología, para prestar atención a los condenados con psicosis agudas o crisis psicopáticas y para descubrir a los simuladores de alienación (42,49).

2.1.3. Psiquiatría Forense y Salud Mental en América

2.1.3.a. Canadá

Según Folino (26), Canadá vivió en las dos últimas décadas un proceso de notables reformas en la interfase entre el sistema de salud mental, el sistema judicial y la legislación. El autor menciona que se jerarquizan los derechos y libertades individuales, la protección a las personas vulnerables y la seguridad pública. Que para tal finalidad existen instituciones con características peculiares para delincuentes especiales o vinculados a enfermedad mental. Estas instituciones son carcelarias y hospitales especiales. La población carcelaria en Canadá está distribuida en prisiones provinciales y prisiones federales.

Los Hospitales Especiales en Canadá son instituciones operadas por el Servicio Correccional Federal acreditadas como hospitales de salud mental bajo el Acta de Salud Mental provincial respectiva. Constituyen una red de cuatro hospitales denominados *Regional Treatment Psychiatric Centres*. Un quinto hospital suministra, bajo contrato, servicios psiquiátricos a quienes se encuentran bajo jurisdicción federal en Québec: *Institute Philippe Pinel*.

Fue en 1972 cuando en el informe *Chalke Report* se fundamentó la necesidad de regionalizar los centros psiquiátricos (*Regional Psychiatric Centers*), con los objetivos de diseñar programas para tratar diferentes enfermedades mentales. El papel de estos centros evolucionó desde la provisión de servicios “curativos” hacia el enfoque preventivo incluyendo servicios ambulatorios, el establecimiento de programas de investigación y el desarrollo de relaciones con universidades para asegurar el entrenamiento y desarrollo profesional (3,4).

Organización de los Servicios: En cada servicio se identifican medidas correctoras y planes para encauzar los desajustes. La experiencia y las estadísticas muestran que los problemas no son solamente mentales y que acusarles y procesarles judicialmente no respondería a sus reales necesidades sociales y psiquiátricas. Se diseñaron estrategias múltiples para coordinar el manejo de los casos basándose en agencias comunitarias que suministraran a los pacientes su lugar y protegieran a la comunidad de sus conductas inapropiadas. El

pensamiento era que el focalizar en la prevención del crimen y en las alternativas al procesamiento, ofrecería un mejoramiento en la calidad de vida de los pacientes.

Son los servicios de Ontario, en British Columbia y en Alberta importantes ejemplos de estos esfuerzos realizados.

Organización en Ontario: Los pacientes podían ser movilizados a través de las diferentes partes del sistema hospitalario, y no eran dados de alta hasta que el Comité Consejero los considerara seguros como para estar en comunidad. Pero, los servicios comunitarios y hospitales psiquiátricos abiertos eran remisos a aceptar los pacientes forenses.

En 1992, el Ministro de Salud anunció reformas del sistema de salud mental. Se designaron trece hospitales para servir pacientes bajo el Código Penal, de los cuales diez son hospitales provinciales, dos hospitales especiales comunitarios y uno regional (*Regional Treatment Center*) para delincuentes juveniles. Se desarrollaron protocolos para guiar la coordinación interministerial de los servicios destinados a enfermos mentales o discapacitados mentales involucrados con el sistema judicial (*Inter-Ministry Comité on Protocols and Guidelines*).

En Febrero de 1994, fue establecido con representantes de cada ministerio, un grupo consejero para mejorar la coordinación de servicios a los enfermos mentales que cometían actos delictivos (*Advisory Group on Mental Disorder and the Justice System, 1994*).

Una de las instituciones principales del sistema es el *Metropolitan Toronto Forensic Service* (METFORS). Este servicio fue establecido en 1977 para reducir el atraso en el suministro a la Corte de las evaluaciones de la condición mental de los acusados. Su mandato contempla la observación, evaluación y tratamiento de los acusados que son enviados desde el Distrito Judicial de York y otras instituciones judiciales y correccionales, el suministro de servicio de consultas a diversas agencias y al desarrollo de actividades educativas y de investigación.

El METFORS consta de una *Brief Assessment Unit* dedicada a las evaluaciones ambulatorias y de una *Inpatient Unit* en la que se realizan evaluaciones bajo internaciones breves.

Organización en British Columbia: British Columbia cuenta con el *Regional Psychiatric Centre-Pacific*. Los servicios están organizados en diferentes programas de tratamiento: educacionales, ocupacionales, de desarrollo personal y de recreación (*Regional Psychiatric Centre-Pacific, 1991*).

Otro sistema de British Columbia lo constituye la *Forensic Psychiatric Services*, Comisión que fue establecida por ley en 1974 y, organizativamente, es parte del Ministerio de Salud.

La Comisión de British Columbia tiene la responsabilidad de: suministrar servicios psiquiátricos forenses al Poder Judicial de la Provincia. Suministrar servicios psiquiátricos forenses incluyendo tratamiento ambulatorio y bajo internación, a los acusados que están detenidos para evaluación, sobreseídos y otros casos con orden judicial. Planificar, organizar y realizar programas de investigación y educación respecto a diagnóstico, tratamiento y cuidado para los pacientes psiquiátricos forenses. Consultar con todos los niveles gubernamentales, centros de salud mental y agencias relacionadas en pro de los objetivos de la comisión.

Organización en Alberta: la ciudad de Calgary ofrece la posibilidad de reconocer y asegurar que otros sistemas son posibles y efectivos: el suministro de servicios forenses desde una unidad psiquiátrico-forense ubicada en hospital general. Este sistema ha sido desarrollado en la Unidad Forense del Hospital General de Calgary.

A mediados de la década del 70 se estableció el programa de la Unidad Forense del Hospital de Calgary. Esta Unidad Forense tiene el mandato de aceptar personas acusadas de delitos, que requieren evaluación acerca de la capacidad para actuar en el juicio en lo criminal y otros tipos de evaluaciones psiquiátricas de importancia legal, además de tratamiento. El programa de tratamiento ambulatorio está diseñado como para poder seguir al paciente a lo largo de las diferentes instituciones que transita y en la comunidad. El sistema de internación se caracteriza por ser un sistema de seguridad; también ofrece servicios de emergencia. Tiene una capacidad de 20 camas. Cada paciente tiene una historia clínica y otra legal. Es de destacar que si bien con problemas que solucionar, los servicios canadienses muestran un panorama general promisorio.

Como se puede apreciar, el vocabulario del cuidado de la salud ha girado desde aquel basado en el tratamiento de las enfermedades hacia otro basado en los conceptos de bienestar, promoción de salud y prevención de las enfermedades (31).

2.1.3.b. Brasil

Según Taborda, la Historia de la Psiquiatría Forense en Brasil pasó por cuatro grandes fases (53,54,55):

1. El Nacimiento (1830-1920): El Código Penal de 1830 afirma por primera vez la necesidad de la intervención médica, determinando, respecto de homicidios, que el “mal se juzgará a juicio de los facultativos”.

2. El Desarrollo (1821-1961). Este período se inicia con la creación del primer manicomio judicial de Brasil, en la ciudad de Río de Janeiro (1921). En Río Grande do Sul, en 1925, se inaugura el segundo establecimiento.

3. La Decadencia (1962-1994). Este período está caracterizado por un número reducido de trabajos publicados de actividad científica en psiquiatría forense. Paradójicamente en los principales países del mundo sucedía un verdadero revuelo en la interfase psiquiatría y ley.

4. El Renacimiento (a partir de 1995). Tuvo como punto de partida el movimiento de la reforma psiquiátrica, con leyes que reglamentaban la internación psiquiátrica involuntaria, a las que sumó un fortalecimiento del Poder Judicial y una mayor integración entre profesionales del derecho y psiquiatras forenses, observándose una creciente necesidad de desarrollo de la psiquiatría legal.

En el ámbito de la Asociación Brasileira de Psiquiatría, se funda el Departamento de Ética y Psiquiatría legal (1995) (44). Estableciéndose la creación del Título de Especialista en Psiquiatría: Área de Actuación en Psiquiatría Forense, concedido por la Asociación Médica Brasileira y la Sociedad Brasileira de Medicina Legal, a los psiquiatras que ya poseen “Título de Especialista en Psiquiatría”. De esa manera identifica a los profesionales que tienen competencia técnica para actuar en el área forense. Se observó un refuerzo en la importancia de la ética en la práctica profesional, en la defensa de los derechos de los pacientes y un posicionamiento contra la injusticia, y una ampliación de la actividad pericial propiamente dicha.

En referencia a la organización de manicomios judiciales y psiquiatría forense en Brasil, Ruben de Souza Menezes (15), dice que en Brasil, de acuerdo a los datos del Departamento Penitenciario Nacional del Ministerio de Justicia, existen actualmente veintiocho instituciones psiquiátrico-forenses. De éstas, veinticinco pueden ser consideradas como hospitales de custodia y tratamiento, y tres son comisarías de policía, donde los individuos con trastornos mentales quedan presos. Hay tres mil cuatrocientas veinte plazas en los hospitales de custodia y tratamiento (2001), las que están ocupadas por tres mil novecientas cincuenta y nueve personas.

3. EL HOSPITAL GENERAL Y EL SERVICIO A LA JUSTICIA

Según la revisión bibliográfica, no existen antecedentes suficientes en la articulación entre un Servicio de Salud Mental de un Hospital general de Agudos con el Poder Judicial a través de la Psiquiatría Forense. En nuestro país no hay antecedentes que en forma articulada, sistemática y organizada, vinculen las solicitudes del Poder Judicial con los Servicios de Salud Mental. Ante esas carencias, este trabajo intenta explorar la necesidad de instaurar maneras rápidas, sistemáticas y efectivas, de generación de los informes psiquiátricos solicitados por los Jueces y de funcionamiento el Servicio de Salud Mental de un Hospital General de Agudos.

La psiquiatría del hospital público está de hecho vinculada con el sistema judicial y guarda una especial relación con las tres ramas de derecho: penal, civil y laboral (57). A los Servicios de Salud Mental de los hospitales generales suelen recurrir los jueces requiriendo informes sobre sujetos, relacionados con evaluación neuropsiquiátrica, pronóstico, diagnóstico y tratamiento; decidir si es necesario internación; si presenta aptitud para responsabilizarse; si es demente, jurídicamente; si reviste peligrosidad para sí o terceros, y pericia psiquiátrica a menores y evaluación del contexto familiar.

La importancia del informe psiquiátrico forense radica en brindar asesoramiento sobre aspectos médico-legales al juez, quien determinará la conducta legal correspondiente. Esta evaluación se diferencia sustancialmente de la actividad asistencial, ya que en ésta la intención es terapéutica. En cambio, en la psiquiatría forense mediante un proceso metodológico de relevamiento de datos, finalmente se llega a conclusiones con base científicas destinadas a ser de utilidad esclarecedora al administrador de justicia (7,8,48). Este aporte de conocimientos, sustentado desde la medicina en general y desde la psiquiatría general en particular, a través de la elaboración del informe psiquiátrico forense, permite el asesoramiento frente al caso acerca de las implicaciones que podría tener el sujeto en cuestión, ya sea desde su condición biopsicológica y su accionar inherente al campo de la ley (14,43), o como persona, familia y en relación consigo, su mundo circundante y la sociedad. Lamentablemente, los servicios suelen no tener la preparación óptima para elaborar una evaluación técnico-científica multidisciplinaria, vinculada al asesoramiento a la justicia; además, por la infraestructura hospitalaria no puede dar respuesta satisfactoria a ciertos casos psiquiátricos al no contar con área especializada para su internación, suficiente personal o capacitación exponiéndose el

profesional y el establecimiento a riesgos de formas de mala praxis. Esto ocurre con pacientes internados o egresados con o sin orden judicial, que por su patología psiquiátrica revestirían peligrosidad, o por falta de seguridad, o carecer de contención familiar, con más la posibilidad de tornarse peligrosos imprevistamente generando complicaciones de índole, importancia y magnitud difícilmente predecibles.

El presente estudio tiene como meta contribuir al conocimiento del funcionamiento del servicio de salud mental en su rol de asesoramiento a la justicia, a partir del concepto de la psiquiatría forense como sub-especialidad médica que incluye el trabajo clínico y el estudio científico en las múltiples áreas en que se interrelacionan cuestiones legales y de salud mental (51).

4. PLANTEO DEL PROBLEMA

El municipio de Florencio Varela de la Provincia de Buenos Aires, se encuentra ubicado a 24 Km. de Capital Federal y a 30 Km. de la Capital de la Provincia. Tiene una población aproximada de 440.000 habitantes, correspondiendo un 47 % a menores de 20 años; el 31 % de la población presenta NBI; el 33% vive en hacinamiento (22). Es una población joven y sumergida en el flagelo de la pobreza. Dispone de un hospital provincial zonal general de agudos denominado “Mi Pueblo”, con doscientas camas de internación.

Una población con estas características presenta riesgo de serio detrimento de la función de ley en la célula de la sociedad, la familia y sus integrantes. En consecuencia, se observa la ruptura de lazos sociales, de derechos y el incremento de carencia de límites, desprotección de ley, delincuencia, maltrato, abandono familiar, abuso sexual, trastornos adictivos, abandono educacional.

En el partido de Florencio Varela no hay Departamento Judicial. Los recursos judiciales con los que cuenta son dependientes del Poder Judicial del Departamento Judicial de Quilmes, departamento que debe atender las necesidades de las Municipalidades de Quilmes, Florencio Varela y Berazategui. Por lo tanto, en Florencio Varela existen delegaciones de dicho Departamento y cuenta con Tribunal de Menores, de Familia y el Juzgado de Paz, quienes solicitan informes e intervención desde el punto de vista médico legal para los habitantes de la localidad.

Este hospital cuenta con una Oficina de Asuntos Legales para dar curso a los requerimientos judiciales y con la finalidad de asesoramiento en los aspectos relacionados con el Derecho. Precisamente en este campo, el de las ciencias médicas dando respuestas a cuestiones jurídicas (43), el Servicio de Salud Mental se ve ante distintos problemas psiquiátrico-forenses que llegan desde diferentes ámbitos: Poder Judicial de la zona, casos particulares o los que surgen en los servicios médicos y paramédicos intrahospitalarios. Sin embargo, a pesar de la existencia real de los problemas médico legales y de la creación de la Oficina de Asuntos Legales, no existe específicamente un área de psiquiatría forense, que funcione dando respuesta pertinente y adecuada a tales requerimientos, lo cual sería de trascendental importancia para las necesidades de asesoramiento psiquiátrico forense que surgen en el hospital.

Cabe resaltar que a principios del año 2003, las vías de gestión que el hospital estaba obligado a mantener para recibir y enviar información desde y hacia autoridades judiciales

colapsó. A partir de abril del 2003, la Oficina de Asuntos Legales del hospital comenzó a normalizar la correspondencia oficial pendiente en oficios y expedientes. Diseñó una estructura operativo- administrativa adecuada. Identificadas las misiones y funciones inherentes, delimitó y normalizó en cuatro áreas los oficios, en concordancia con normas vigentes a nivel municipal, provincial y nacional:

1. Entrada y salida de documentación.
2. Unidad de identificación.
3. Asesoría Legal.
4. Apoyo de Seguridad Hospitalaria.

Se ha observado que dos años después, el volumen operativo de la Oficina de Asuntos Legales, se ha multiplicado varias veces, coincidentemente con un aumento de la pobreza, la delincuencia juvenil, el maltrato, la violencia familiar, etc., temáticas ligadas especialmente con la psiquiatría forense, comprendiendo, también, problemáticas vinculadas a trastornos mentales y del comportamiento, así como otras patologías agregadas.

Cabe mencionar que el Sistema de Salud Pública, que garantiza la asistencia a través de los hospitales, está conectado de esta manera con el sistema psiquiátrico forense a través del requerimiento de un juez. En general este sistema opera de una manera paternalista ya que ofrece tratamiento y protección a los pacientes sin recursos económicos o familiares. Este tipo de asistencia se ofrece en grandes hospitales neuropsiquiátricos (51). Sin embargo fuera de los hospitales neuropsiquiátricos no funcionan los servicios de psiquiatría forense en hospitales generales de agudos de la Provincia que puedan atender los oficios librados por el juez. Dada las distancias, así como los pocos hospitales neuropsiquiátricos de adultos y la carencia total de hospitales infantojuveniles dentro de la Provincia de Buenos Aires, los Tribunales de Familia y Tribunales de Menores libran los oficios a los servicios de Salud Mental de los hospitales generales. Por lo tanto, es necesaria y muy conveniente la creación de un servicio de psiquiatría forense en los hospitales generales ya que facilitaría la pronta resolución del pedido del juez y favorecería a la persona involucrada, en su traslado al centro hospitalario más cercano para tales efectos.

5. JUSTIFICACIÓN

En razón de la creciente demanda y necesidad de la intervención especializada de la psiquiatría forense en el hospital general de agudos, el estudio pretendió obtener material de decisión para la organización del Servicio y planificación de la comunicación con los Juzgados, generando una vinculación directa. Buscó conocer las necesidades de la zona; la magnitud de los requerimientos legales a psiquiatría en el hospital general, y las características de los mismos, de manera tal de propender a evitar consecuencias y complicaciones de gravedad, así como de responsabilidad tanto en el ámbito de la institución hospitalaria, como en los servicios médicos, comunidad y grupo familiar. Así mismo, esta investigación buscó ser útil para diseñar un futuro servicio psiquiátrico forense que procure conocimientos para la orientación e implementación de acciones políticas sanitarias, que dé lugar a la planificación de nuevos estudios y mayor basamento científico para las funciones de prevención.

6. OBJETIVOS

6.1. Objetivo general

El objetivo de este trabajo fue describir los informes emitidos por el servicio psiquiátrico forense, realizados en el Hospital Zonal General de Agudos “Mi Pueblo”, de Florencio Varela, durante el período comprendido entre el 25 de julio de 2003 y el 23 de noviembre de 2004, enviados al Servicio de Salud Mental, por la Oficina de Asuntos Legales, remitidos por los Juzgados.

6.2. Objetivos específicos

Evaluar y determinar las fuentes de los pedidos judiciales.

1. Conocer el número de casos psiquiátricos.
2. Identificar los puntos de pericia.
3. Describir las variables diagnósticas.
4. Evaluar la verosimilitud de los resultados.

7. MATERIAL Y METODOLOGÍA

El estudio realizado fue longitudinal, retrospectivo, observacional, descriptivo e inferencial de los informes elevados por el Servicio de Salud Mental del HZGA “Mi Pueblo” de Florencio Varela a autoridades judiciales en respuesta a Oficios librados por Juzgados, recibidos por la Oficina de Asuntos Legales y remitidos al Servicio de Salud Mental, durante el período comprendido entre el veinticinco de julio de 2003 y el veintitrés de noviembre de 2004. Fueron utilizados como fuente de datos, los contenidos en los oficios librados y en los informes emitidos.

7.1. Criterios de inclusión y exclusión:

Fueron incluidos todos los casos constituidos por requerimiento judicial, independientemente de los puntos de pericia, sexo y jurisdicción, durante el período de estudio, sin criterios de exclusión.

7.2. Población:

Se tomó como unidad de análisis cada caso de intervención psiquiátrico forense. Cada caso se constituyó con el documento judicial y el informe psiquiátrico forense que incluyó las conclusiones del psiquiatra forense luego del estudio clínico y la colección de otros datos provenientes del expediente, historia clínicas, entrevistas colaterales y métodos auxiliares.

7.3. Recolección de la información y aspectos éticos:

A las dependencias del Hospital Zonal General de Agudos “Mi Pueblo”, son remitidas solicitudes de juzgados de menores, Dirección del Hospital, tribunales de familia, asesoría de incapaces, juzgados de primera instancia civil y comercial, con el objeto de solicitar asesoramiento sobre diversos puntos de pericia que incluye pericia psiquiátrica, evaluación del estado de salud, diagnóstico, pronóstico, internación, etc. Después de verificar el envío por escrito de los Juzgados, la Oficina de Asuntos Legales del Hospital, por intermedio del profesional a cargo registra y procede a la remisión del oficio al Servicio de Salud Mental. La secretaria del Servicio, registra los datos de identificación del caso y, luego de su atención, profesionales del área de psicología y psiquiatría emiten sus informes. El autor del presente estudio procede al estudio psiquiátrico forense, realiza además, entrevistas colaterales y requiere estudios auxiliares, todo en el marco de una orden judicial

y su vehiculación a través de la autoridad hospitalaria; dicho de otro modo actúa realizando su función orgánicamente legitimada y por orden judicial. Después de obtenida la información necesaria realiza el dictamen psiquiátrico forense que es enviado a las autoridades que remitieron el requerimiento y se esclarece la situación con los evaluados en la medida que lo posibilite su capacidad. Esos informes quedan en archivo del Servicio de Salud Mental. Toda la información, por lo tanto, es movilizada dentro de los límites razonables de confidencialidad y generada a partir del requerimiento judicial.

Para el desarrollo de este estudio, se contó con autorización de la Dirección del Hospital (Anexo 1).

7.4 Calidad de los datos:

La información fue registrada en un cuestionario impreso (Anexo 2). Posteriormente, los datos fueron cargados en una base computarizada siguiendo codificación preestablecida. Se revisó la carga invirtiendo el rol entre dictante y escribiente.

7.5. Análisis estadístico:

Para su estudio se segmentó a la población en los siguientes grupos:

1. Niños: < 16 años.
2. Jóvenes: > 15 años y < 21 años.
3. Adultos: > 20 años.

Los resultados cuantitativos se emitieron en términos estadísticos y los comentarios cualitativos con absoluta reserva de la identidad, según normativa instituida. Los datos fueron sistematizados bajo EpiInfo en su versión 6.04a y analizados bajo el mismo programa. Para describir la población se utilizó la estadística tradicional: variables nominales y ordinales mediante porcentajes y variables cuantitativas por medidas de tendencia central y de dispersión; Para análisis inferencial se utilizó Test de Student para frecuencias de datos numéricos y cálculo de χ^2 para análisis multivariado.

Los cálculos de inferenciabilidad de la diferencia entre dos proporciones, se desarrollaron bajo Epidat 2.1, con comparación frente a hipótesis nula.

Variables

Fueron estudiadas las siguientes variables:

Variables independientes:

Variable observada	Descripción de contenido	Tipo de variable	Dato
Paciente	Apellido y nombre	Nominal / alfabética	Campo abierto
Sexos	Sexo genérico	Nominal / alfabética Dicotómica	Masculino Femenino
Edad	Edad del paciente en años	Numérica / discreta	Campo abierto
Pericia	Tipo de pericia solicitada	Nominal / alfabética	Campo abierto
Tribunal	Tribunal emisor de la solicitud de pericia	Nominal / alfabética	Campo abierto
Departamento	Dpto. judicial de dependencia del Tribunal emisor.	Nominal / alfabética	Campo abierto
Número de pericia	Núm. de pericia solicitada al mismo sujeto.	Numérico / ordinal	Campo abierto
Concurrencia	Respuesta del sujeto a la citación	Nominal / dicotómica lógica / existencial	Sí / no
Internaciones	Antecedentes de internación en el Hospital	Nominal / dicotómica lógica / existencial	Sí / no
Antecedentes	Presencia de antecedentes policiales	Nominal / dicotómica lógica / existencial	Sí / no
Fecha	La de la ejecución de la pericia	Fecha con expresión europea	dd/mm/aa

Variables dependientes:

Variable observada	Descripción de contenido	Tipo de variable	Dato
Diagnóstico (hasta cuatro)	El / los que surjan de la pericia	Nominal / alfabética	Según CIE10
Abordaje	El que en la pericia se determine para el tratamiento	Nominal / alfabética	Campo abierto
Derivación	Presencia de derivación a otra Institución	Nominal / dicotómica lógica / existencial	Sí / no
Comentario	El que surja de la observación del sujeto y no esté previsto en la base de datos diseñada	Nominal / alfanumérica	Campo abierto
Entrevistado (hasta dos)	Concurrencia de familiar o persona del entorno del sujeto, en respuesta a llamado del Servicio	Nominal / dicotómica lógica / existencial	Sí / no
Vínculo	El que lo una al sujeto	Nominal / alfanumérica	Campo abierto
Antecedentes del entrevistado	Presencia de antecedentes policiales	Nominal / dicotómica lógica / existencial	Sí / no
Tratamiento	Presencia de necesidad de tratamiento del entrevistado	Nominal / dicotómica lógica / existencial	Sí / no
Abordaje del entrevistado	El que se determine para el tratamiento	Nominal / alfabética	Campo abierto
Derivación del entrevistado	Resolución de derivación a otra Institución	Nominal / dicotómica lógica / existencial	Sí / no

8. RESULTADOS

Nº muestral = 81 informes.

Nº informes psicológicos = 51

Nº informes psiquiátricos = 30

8.1. Fuentes de pedidos judiciales

Nº Juzgados de Menores = 65 (80.4%)

Nº Dirección del Hospital = 5 (6.3%)

Nº Tribunales de Familia = 5 (6.3%)

Nº Asesoría de Incapaces = 2 (2.5%)

Nº Primera Instancia Civil y Comercial = 2 (2.5%)

Nº Unidad Fiscalía de Instrucción (UFI) = 2 (2.5%)

8.2. Puntos de pericia

Nº Solicitud de tratamiento psicológico o psiquiátrico = 30 (37.0%)

Nº Solicitud de Informe Psiquiátrico = 22 (27.2%)

Nº Asistencia, diagnóstico y evolución de tratamiento = 17 (21.0%)

Nº Solicitud de estudio psicodiagnóstico = 4 (4.9%)

Nº Evaluación infectológica y solicitud de tratamiento psiquiátrico = 3 (3.7%)

Nº Evaluación neuropsiquiátrica = 2 (2.5%)

Nº Solicitud de consulta e informe de su resultado = 1 (1.2%)

Nº Visita a domicilio para informe psiquiátrico = 1 (1.2%)

Número de informes por paciente

Nº pacientes con un informe elevado = 76 (93.8%)

Nº pacientes con dos informes elevados = 5 (6.2%)

Sexos

Nº pacientes femeninos = 46 (56.8%)

Edad (Expresada en años.meses)

Media edad muestral = **23.3 ± 16.3**. Error estándar de la media = 1.96. (**p<0.0001**).

Rango = 4 – 77.

Media edad pacientes femeninos (subr: 15.2%) = **22.1 ± 12.4**, rango = 4 – 50

Media edad pacientes masculinos (subr: 14.3%) = **24.8 ± 20.4**, rango = 4 – 77.

Diferencia de media de edad entre sexos = 2.7 años (sin significación).

Población menor a 21 años = 60.9%

Población niños = 42.0%

Población jóvenes = 18.9%

Población adultos = 39.1%

Sobre los casos de menores a 21 años:

Media edad del segmento = **12.9 ± 4.3**, rango = 4 – 20.

Media edad mujeres = **13.4 ± 4.2**, rango = 4 – 19.

Media edad hombres = **12.5 ± 4.4**, rango = 4 – 20.

Diferencia de media de edad entre sexos = 10 meses (sin significación).

Sobre los casos de niños:

Media edad del segmento = **10.9 ± 3.5**, rango = 4 – 15.

Media edad niñas = **11.1 ± 3.5**, rango = 4 – 14.

Media edad varones = **10.7 ± 3.5**, rango = 4 – 15.

Diferencia de media de edad entre sexos = 4 meses (sin significación).

Sobre los casos de adultos:

Media edad del segmento = 39.4 ± 14.9 , rango = 21 – 77.

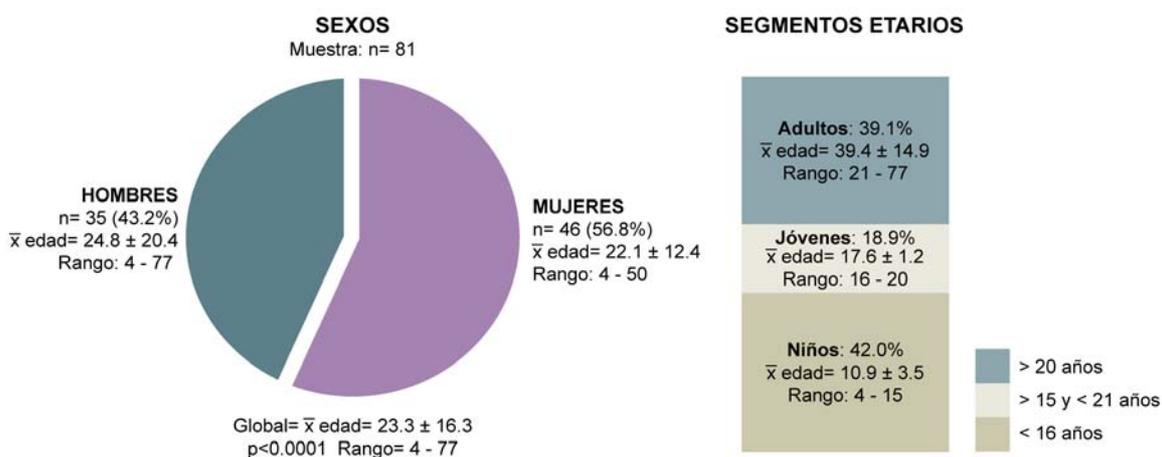
Media edad mujeres = 33.5 ± 9.9 , rango = 21 – 50.

Media edad hombres = 49.5 ± 17.1 , rango = 24-77.

Diferencia de media de edad entre sexos = **16.0 años** $p < 0.02$.

Gráfico 1

DISTRIBUCIÓN POR SEXOS Y SEGMENTOS ETARIOS



Concurrencia (respuesta a la citación):

De los 51 informes de atención psicológica:

Nº casos sin concurrencia = **15** (29.4%)

Media edad del segmento = 13.7 ± 5.0 , rango = 4 – 21.

Nº casos sin concurrencia pero con entrevista a una persona del entorno del paciente = **7** (46.7% de los 15 casos y 13.7% de los 51 informes).

Media edad del segmento = 11.2 ± 4.9 , rango = 4 – 17.

Nº casos con abandono de concurrencia: **1** (1.9%) (mujer, 24 años).

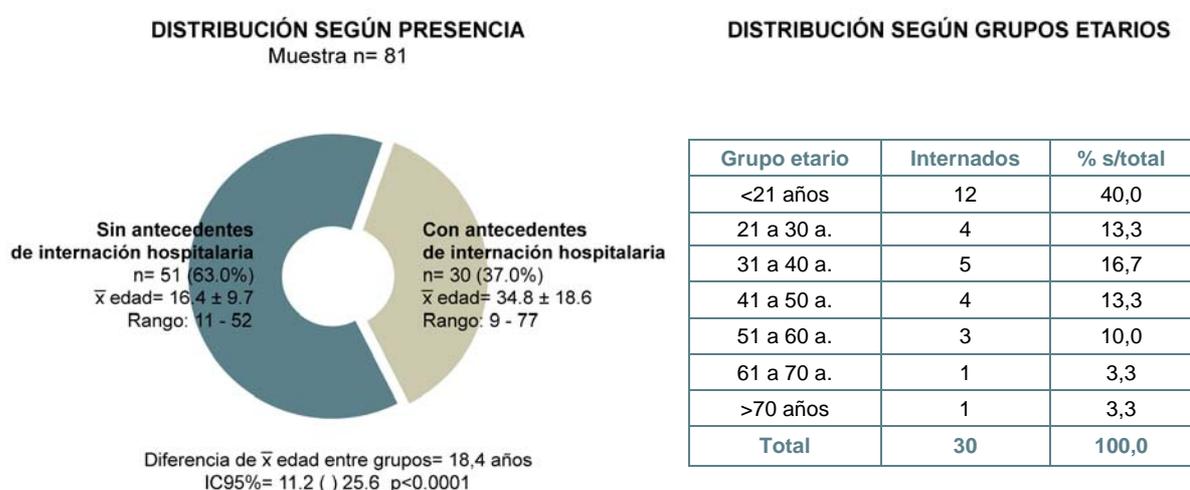
ANTECEDENTES DE INTERNACIÓN:

Nº casos con antecedente de internación en el hospital = **30** (37.0%).

Antecedentes de internación distribuidos según grupos etarios:

Gráfico 2

ANTECEDENTES DE INTERNACIÓN



Sin diferencias significativas entre sexos.

Media edad del segmento = **21.0** ± 11.5, rango = 11 – 54

Media edad mujeres = **17.5** ± 5.2, rango = 13 – 17.

Media edad hombres = **24.0** ± 14.7, rango = 11 – 54.

Diferencia de media de edad entre sexos = 6,5 años (sin significación).

Nº casos **menores a 21 años** = **10** (76.9%).

Nº casos **adultos** = **3** (23.1%).

Sin diferencias significativas entre grupos.

Sobre los casos de menores a 21 años:

Media edad del segmento = **16.0** ± 2.9, rango = 11 – 20.

Media edad mujeres = 15.6 ± 2.7 , rango = 15 - 19.

Media edad hombres = 16.4 ± 3.5 , rango = 11 - 20.

Diferencia de media de edad entre sexos = 7 meses (sin significación).

Sobre los casos de adultos:

Media edad del segmento = 37.7 ± 14.4 , rango = 27 - 54.

Media edad mujeres = **27.0**.

Media edad hombres = **43.0**.

Sin diferencias significativas entre sexos.

Tabla 1

Antecedentes penales o policiales según distribución etaria:

Grupos etarios	Con antecedentes	% s/total
<21 años.	10	76,9
21 a 30 a.	1	7,7
31 a 40 a.	1	7,7
41 a 50 a.	0	0,0
51 a 60 a.	1	7,7
61 a 70 a.	0	0,0
>70 años.	0	0,0
Total	13	100,0

Sin diferencias significativas entre grupos.

Tabla 2

Antecedentes penales o policiales en menores de 21 años.

Distribución según sexos y grupos etarios.

Edad	Nº Femeninos	Nº Masculinos	Total
11	0	1	1
13	1	0	1
14	2	0	2
16	0	1	1
18	1	2	3
19	1	0	1
20	0	1	1
Total	5	5	10

Gráfico 3

ANTECEDENTES PENALES O JUDICIALES

DISTRIBUCIÓN SEGÚN PRESENCIA
Muestra n= 81

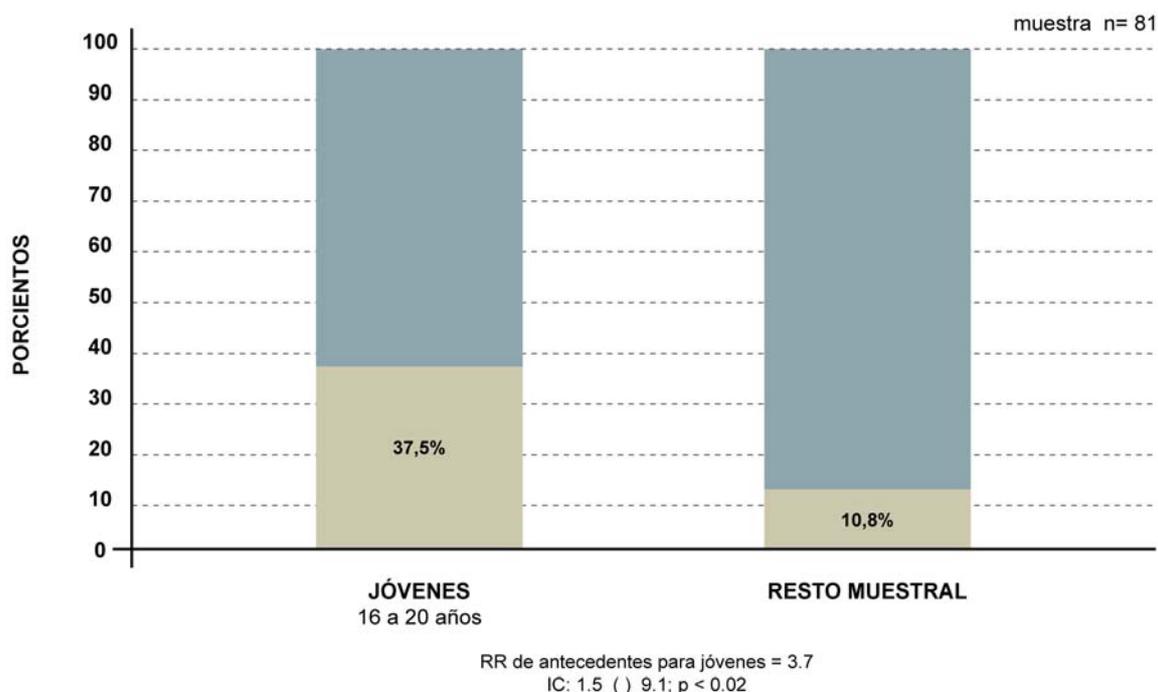


DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRUPOS ETARIOS

Grupo etario	Antecedentes	% s/total
<21 años	10	76,9
21 a 30 a.	1	7,7
31 a 40 a.	1	7,7
41 a 50 a.	0	0
51 a 60 a.	1	7,7
61 a 70 a.	0	0
>70 años	0	0
Total	13	100,0

Gráfico 4

ANTECEDENTES PENALES O JUDICIALES



8.3. DIAGNÓSTICOS

Tabla 3

PATOLOGÍAS DIAGNOSTICADAS (expresadas en el informe)	Cantidad de diagnósticos	% sobre el total de diagnósticos
Patologías diagnosticadas	79	100.0
Trastornos mentales y del comportamiento	66	84.8
Demencia, no especificada	1	1.2
Delirio	1	1.2
Trastorno delirante orgánico	2	2.4
Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral	6	7.2
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol	4	4.8
Esquizofrenia	1	1.2
Esquizofrenia paranoide	1	1.2
Trastornos psicóticos agudos y transitorios	3	3.6

PATOLOGÍAS DIAGNOSTICADAS (expresadas en el informe)	Cantidad de diagnósticos	% sobre el total de diagnósticos
Trastornos psicóticos agudos esquizofrénicos	3	3.6
Depresión	2	2.4
Trastorno depresivo recurrente	1	1.2
Trastorno del humor [afectivo], no especificado	1	1.2
Trastornos de ansiedad	1	1.2
Trastorno de estrés post-traumático	1	1.2
Trastorno de adaptación	3	3.6
Trastornos disociativos	1	1.2
Trastornos específicos de la personalidad	3	3.6
Trastornos de la personalidad dependiente	1	1.2
Retraso mental leve	3	3.6
Retraso mental moderado	1	1.2
Trastornos específicos del desarrollo de las habilidades escolares	1	1.2
Trastornos hiperquinéticos	1	1.2
Trastornos de la conducta	16	19.3
Trastornos mixtos de la conducta y de las emociones	6	7.2
Trastornos del comportamiento social de comienzo específico en la niñez y en la adolescencia	1	1.2
Otros diagnósticos (patologías agregadas)	13	15.2
Intento de autoeliminación por ahorcamiento	1	1.2
Secuelas de lesiones auto-inflingidas intencionalmente	1	1.2
Problemas relacionados con el uso del alcohol	1	1.2
Tumor maligno de la piel	2	2.4
Tumor maligno de la mama del hombre	1	1.2
Diabetes	2	2.4
Infección por VIH	2	2.4
Síndrome de repercusión general	3	3.6
Diagnóstico a evaluar	2	
Paciente normal	1	

Nº patologías diagnosticadas = 79

Nº informes con dato = 51 Media de diagnósticos por caso = 1.5 diagnósticos.

Gráfico 5

PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS DIAGNOSTICADAS

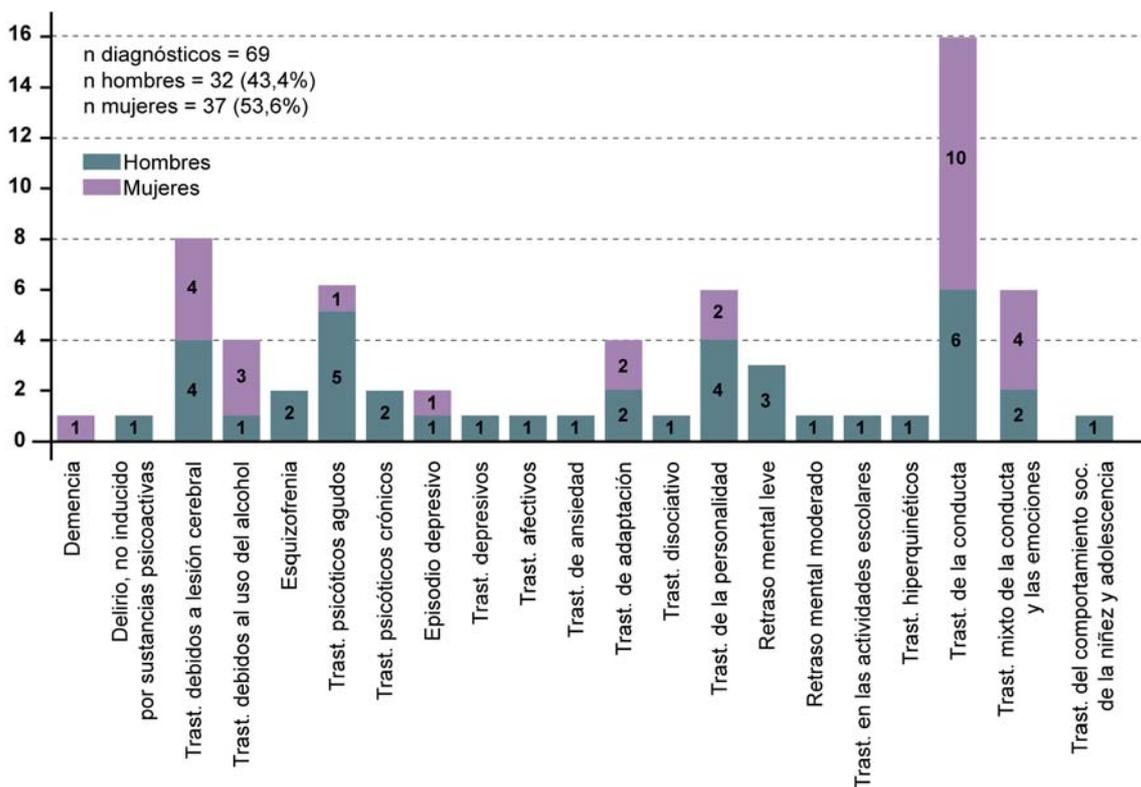


Tabla 4

ABORDAJE:

TÉCNICA DE ABORDAJE A PACIENTES	Cantidad de pacientes	% sobre el total de las técnicas
Abordaje (casos con dato).	73	100.0
Tratamiento por psiquiatría	30	41.1
Terapia individual	18	24.7
Control y seguimiento	6	8.2
Charlas de orientación	5	6.8
Terapia individual más tratamiento por psiquiatría	4	5.5
Derivado a UCEFF (violencia familiar)	3	4.1
Interconsulta previa con neurología	3	4.1
Orientación a la madre	2	2.7
Sesión de juegos diagnósticos	1	1.4
Terapia individual fuera del hospital	1	1.4

DERIVACIÓN:

Nº pacientes derivados a otras instituciones: **6** (7.4%).

Cuatro pacientes derivados a UCEFF y dos a una institución especializada en psiquiatría (Hospital A. Korn. Melchor Romero).

De las personas entrevistadas del grupo familiar o el entorno del paciente:

Nº casos de pacientes con entrevista a personas del grupo familiar o su entorno = **50** (61.7%).

Nº casos de pacientes con entrevista a **una** persona del grupo familiar o su entorno = **39** (78.0% del segmento y 48.1% de la muestra).

Nº casos de pacientes con entrevista a **más de una** persona del grupo familiar o su entorno = **11** (22.0% del segmento y 13.6% de la muestra).

Media edad de los pacientes del segmento = **22.0** ± 16.2, rango = 4 – 77.

Tabla 5

Vínculo de los entrevistados con el paciente:

Vínculo con el paciente	Nº entrevistados	% sobre el total de entrevistados
Total de entrevistados	59	100.0
Madre (una, adoptiva)	31	52.5
Hermano	6	10.2
Cónyuge, compañero o concubino	5	8.5
Padre	4	6.8
Abuela	3	5.1
Hijo	3	5.1
Tía	2	3.4
Vecino, conocido.	2	3.4
Madrina	1	1.7
Varios familiares	2	3.4

Tabla 6

Entrevistados del grupo familiar o el entorno del paciente según grupos etarios:

Grupos etarios	Entrevistados	% sobre el total de entrevistados
<21 años.	35	70,0
21 a 30 a.	4	8,0
31 a 40 a.	5	10,0
41 a 50 a.	3	6,0
51 a 60 a.	2	4,0
61 a 70 a.	0	0,0
>70 años.	1	2,0
Total	50	100,0

PRESENCIA DE ANTECEDENTES PENALES O POLICIALES EN FAMILIARES DE PACIENTES:

Nº **familiares** de pacientes **con antecedentes** penales o policiales = **1** (1.69% de los entrevistados y 1.23% de la muestra).

El familiar con antecedentes corresponde al grupo etario de entre 16 y 20 años.

NECESIDAD DE TRATAMIENTO:

Nº **familiares** de pacientes con **necesidad de tratamiento** = **14** (25.4% de los entrevistados y 18.5% de la muestra).

Tabla 7

Grupos etarios	Familiares con necesidad de tratamiento	% sobre total
<21 años.	11	78,6
21 a 30 a.	1	7,1
31 a 40 a.	2	14,3
41 a 50 a.	0	0,0
51 a 60 a.	0	0,0
61 a 70 a.	0	0,0
>70 años.	0	0,0
Total	14	100,0

Gráfico 6

FAMILIARES O PERSONAS DEL ENTORNO DEL PACIENTE, ENTREVISTADOS.

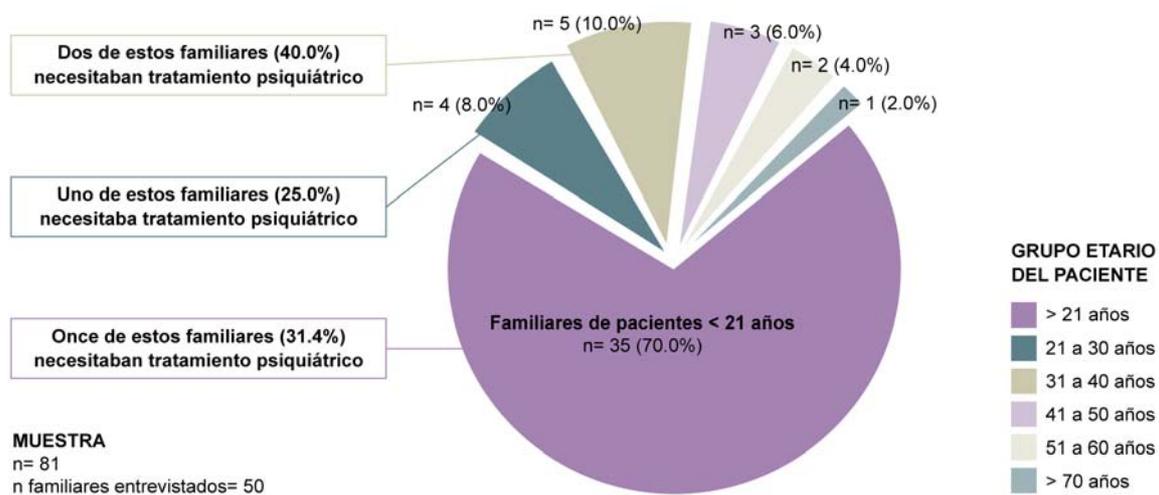


Tabla 8

ABORDAJE:

TÉCNICA DE ABORDAJE A FAMILIARES DE PACIENTES	Cantidad de familiares	% sobre el total de las técnicas
Abordaje (casos con dato).	28	100.0
Entrevistas de orientación	21	75.0
Terapia individual	4	14.3
Control y seguimiento	1	3.6
Derivación a UCEFF	1	3.6
Tratamiento fuera del hospital	1	3.6

DERIVACIÓN:

Nº **familiares** de pacientes derivados = **3** (5.1%). Uno derivado a UCEFF, otro a psicoterapeuta externo ya tratante y, el tercero, al servicio de psiquiatría para evaluación.

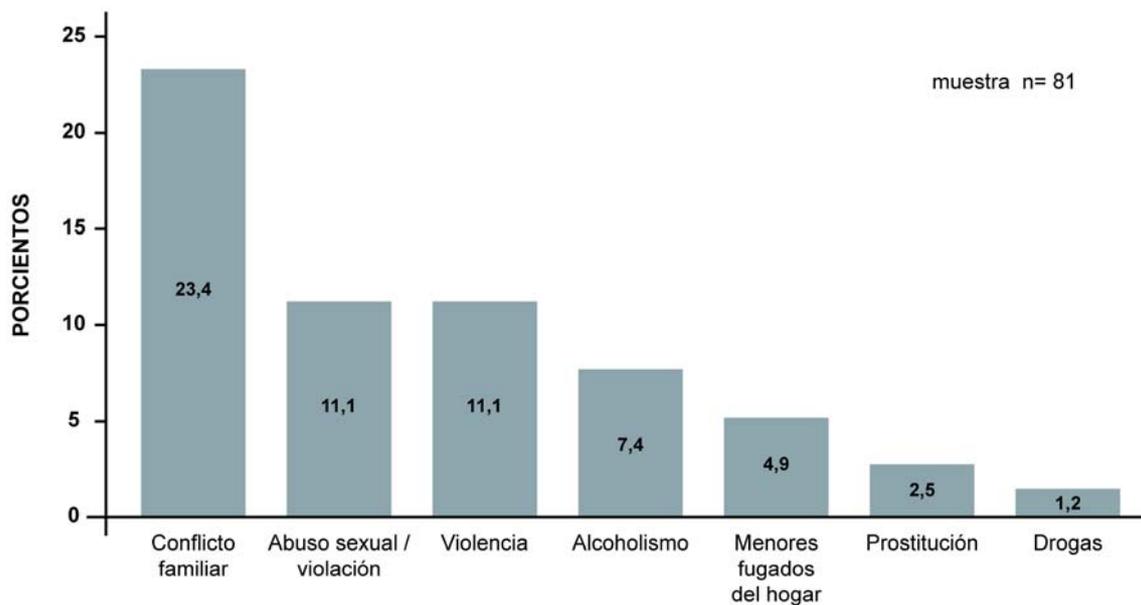
A partir de **referencias del paciente o sus familiares**, se detectaron hogares en donde estaba presente la siguiente problemática, en situaciones, más de una:

Tabla 9

PROBLEMÁTICA PRESENTE	Nº hogares	% sobre 81 hogares
Conflicto familiar	15	18.5
Grave	4	4.9
Violencia	9	11,1
Abuso sexual / violación	9	11,1
Menores fugados del hogar	4	4,9
Alcohol	3	3,7
Alcoholismo familiar	3	3,7
Prostitución	2	2,5
Drogas	1	1,2

Gráfico 7

PROBLEMÁTICA DETECTADA EN LOS HOGARES



RELACIONES ENTRE LAS SIGUIENTES VARIABLES:

- pacientes,
- grupo etario de pertenencia,
- sus antecedentes penales o policiales,
- casos en que los familiares se presentaron a entrevista,
- necesidad de tratamiento en los familiares.

Tabla 10

Relaciones distribuidas según grupos etarios

Grupo etario	PACIENTES			ENTREVISTADOS			
	N pacientes	Con antecedentes	% con antecedentes	n	%	N neces. tratamien.	% neces. tratamien.
<21 años.	54	10	18,5	35	64,8	11	20,4
21 a 30 a.	9	1	11,1	4	44,4	1	11,1
31 a 40 a.	8	1	12,5	5	62,5	2	25,0
41 a 50 a.	4	0	0,0	3	75,0	0	0,0
51 a 60 a.	4	1	25,0	2	50,0	0	0,0
61 a 70 a.	1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
>70 años.	1	0	0,0	1	100,0	0	0,0
Total	81	13	16,0	50	61,7	14	17,3

Tabla 11

Relaciones distribuidas según grupos etarios. **Comparación entre menores y adultos.**

Grupo etario	PACIENTES			ENTREVISTADOS			
	N pacientes	Con antecedentes	% con antecedentes	n	%	N neces. tratamien.	% neces. tratamien.
< 21 años.	54	10	18,5	35	64,8	11	20,4
Adultos.	27	3	11,1	15	55,6	3	11,1
Total	81	13	16,0	50	61,7	14	17,3

Tabla 12

Relaciones distribuidas según grupos etarios. **Comparación entre niños y jóvenes.**

Grupo etario	PACIENTES			ENTREVISTADOS			
	N pacientes	Con antecedentes	% con antecedentes	n	%	N neces. tratamien.	% neces. tratamien.
<16 años.	38	4	10,5	24	63,2	7	18,4
16 a 20 a.	16	6	37,5	11	68,8	4	25,0
Total	54	10	18,5	35	64,8	11	20,4

Presencia de antecedentes en **niños menores de 15 años** = 10.5%

Presencia de antecedentes en **jóvenes menores de 21 años** = 37.5%

Diferencia entre proporciones = **27.0%** IC = 3.0% () 57.0% **p<0.02**

Relaciones distribuidas según grupos etarios.

Tabla 13

Comparación entre jóvenes y adultos.

PACIENTES				ENTREVISTADOS			
Grupo etario	N pacientes	Con antecedentes	% con antecedentes	n	%	N neces. tratamien.	% neces. tratamien.
16 a 20 a.	16	6	37,5	11	68,8	4	25,0
Adultos.	27	3	11,1	15	55,6	3	11,1
Total	43	9	20,9	26	60,5	7	16,3

Presencia de antecedentes en **jóvenes** menores de 21 años = 37.5%

Presencia de antecedentes en **adultos** = 11.5%

Diferencia entre proporciones = **26.4%** IC = 5.0% () 57.8% **p<0.03**

Tabla 14

Relaciones distribuidas según grupos etarios. **Comparación entre jóvenes y el resto de la muestra.**

PACIENTES				ENTREVISTADOS			
Grupo etario	N pacientes	Con antecedentes	% con antecedentes	n	%	N neces. tratamien.	% neces. tratamien.
16 a 20 a.	16	6	37,5	11	68,8	4	25,0
Resto de muestra	65	7	10,8	39	60,0	10	15,4
Total	81	13	16,0	50	61,7	14	17,3

Presencia de antecedentes en **jóvenes** de entre 16 y 20 años = 37.5%

Presencia de antecedentes en **resto de muestra** = 10.8%

Diferencia entre proporciones = **26.7%** IC = 2.0% () 55.0% **p<0.02**

RR de presentar **antecedentes** penales o policiales para **jóvenes** de entre 16 y 20 años = **3.7**; IC: 1.5 () 9.1; **p<0.02**.

8.4 CONSIDERACIONES MEDICO LEGALES

Sobre el total de los 81 casos evaluados, se incluyen en el **Anexo 3** los casos relevantes para el análisis de las consideraciones médico legales. En ellas se fundamenta y reflexiona sobre la condición actual del encausado, historia personal y referencia genealógica trigeneracional; datos que permiten formular la hipótesis diagnóstica con argumentos basados en teorías científicas que favorezcan su mejor y más clara comprensión.

Es en este punto del análisis de los datos obtenidos donde se refleja claramente la capacitación en los aspectos medicolegales fundamentales tanto para la praxis médica, como el aporte científico hacia quien ha solicitado el informe, sea este un juzgado, autoridades hospitalarias, como ante emergentes de familiares que requieren la intervención de la instancia judicial para la determinación pertinente. Es en este punto del informe donde se debe recurrir en consulta a autores y bibliografía científica que permitan avalar y explicitar de una manera sencilla, clara y categórica, los datos obtenidos como resultado de exhaustivos exámenes, y posibilitando el planteo de diagnósticos diferenciales expresados con la mayor objetividad posible y aporte de datos de interés para la finalidad requerida. Este procedimiento es ampliamente beneficioso para realizar la síntesis, que se traduce en el ítem de conclusiones del informe.

9. DISCUSIÓN

Los vínculos entre el derecho y los sistemas sanitarios se formalizan diferentemente en los distintos países, y aun varían en un mismo país, según las regiones. El derecho va, en general, a la zaga de los cambios en la asistencia psiquiátrica, tratamiento de los pacientes, ideas relativas a la locura, asignación de recursos públicos- tanto de elementos materiales como de personal-, disponibilidad de centros comunitarios, tendencia a mantener –o no- el modelo hospitalario o manicomial, situación del enfermo mental en lo que hace a la protección constitucional (qué clase de derecho es el derecho a la salud mental), legislación civil (capacidad, internación, discriminación, etc.) y penal (inimputabilidad, peligrosidad, medidas de seguridad): en última instancia, grado de equiparación entre las personas con dolencias mentales y las demás personas (idea de ciudadanía) (39). El producto de esa interacción, la vinculación entre la psiquiatría y el sistema judicial, ha constituido un corpus de teoría y práctica. La rama de la psiquiatría que profundiza en ese corpus es la psiquiatría forense. Esta se constituye como una sub-especialidad médica que incluye el trabajo clínico y el estudio científico en áreas que interrelacionan las cuestiones legales y de salud mental (52).

La psiquiatría forense también es llamada psicopatología medicolegal, psicopatología forense, psiquiatría medicolegal, psiquiatría jurídica (9,10). El adjetivo forense, como lo indica el diccionario de la lengua Castellana, implica claramente y en primera acepción, aquello perteneciente al Foro o sea, *sitio en donde los tribunales oyen y determinan las causas* (11).

Los servicios psiquiátricos forenses en un Hospital General tienen que ver con los informes psiquiátricos solicitados por el juez al Servicio de Salud Mental del Hospital o pedido de la Oficina de la Oficina de Asuntos Legales y por la Dirección del Hospital. También se podría concebir como una especie de Psiquiatría Forense de Enlace: el Servicio de Psiquiatría Forense del Hospital puede estar disponible para los diferentes servicios médicos, paramédicos y servicio social, para responder a interconsultas vinculadas con peligrosidad, responsabilidad profesional, situaciones problemáticas que involucran a menores, temas de capacidad mental, rechazo al tratamiento, etc.

La actividad en la realización de las entrevistas, recolección de datos, preparación, proceso de investigación y elaboración del Informe, suele tener sus dificultades inherentes a su situación. Debemos tomar en cuenta que el entrevistado no concurre espontáneamente, es una decisión judicial, y tampoco puede escoger al especialista, en consecuencia la actitud de colaboración podría verse resentida; sin embargo, esta apertura dependerá además del

arte y ciencia del entrevistador, propia de las ciencias médicas en pos del objetivo buscado. Esta situación estaría en igualdad de condiciones que los pacientes en general respecto del turno, día, lugar y hora, que luego de la primera entrevista se combinan turnos en forma especial y oportuna a los efectos que conciernen para una pronta respuesta, mediante la elaboración del informe psiquiátrico forense y determinación de conducta a seguir. Aunque en ocasiones, determinados plazos procesales pueden hacer necesario una acción más acelerada o la disponibilidad de horario extra para satisfacer la urgencia.

Cada entrevista en forma individual, pareja, familia, niño, adolescente, adulto o senil presentan sus características particulares. He aquí la importancia de ofrecer y realizar el examen dentro del marco adecuado para la obtención de datos, favoreciendo la relación medico-paciente y empatía. La entrevista es el elemento fundamental e imprescindible para la evaluación psicopatológica (57,58).

Es necesario partir desde la esencia de la actuación del experto en salud mental, determinada porque a quien se entrevista y evalúa es una persona; si bien está ligada a una situación judicial, pero es legitimidad del proceder de la praxis médico-legal el que no juzgamos y no acusamos. En ese sentido y en primer lugar, todo ciudadano que ha recibido gracias a la sociedad los conocimientos del arte de curar, y que se especifica por su función social de médico, debe a la sociedad su colaboración técnica (46). Y además, debe aplicar los principios deontológicos a la práctica de la peritación psiquiátrica (21).

Así, en oportunidad del sujeto encausado requerido de evaluación y traído por agentes de la fuerza pública esposado o no, y no revistiendo peligrosidad, se realiza la entrevista sin custodio y desposado y por supuesto, siempre que no ponga en peligro la integridad del personal, pues, en ese caso, primero debería ser asistido por la urgencia y luego, recién cuando esté en condiciones, ser evaluado pericialmente. Este procedimiento posibilita la exteriorización de la subjetividad, más ostensiblemente y sin ocultamientos. La información previa que se recibe del encausado, es simplemente la que consta en el oficio judicial: carátula, N° de causa y procedencia del juzgado y lo solicitado por el magistrado o áreas concernientes.

En situaciones especiales de relevancia, es de práctica frecuente acceder personalmente al juzgado correspondiente para la ampliación de datos que han obtenido mediante sus propios recursos humanos (trabajadores sociales, psicólogos, médicos,

abogados) o requerirlo por oficio para que sea remitido. Por lo tanto, las entrevistas psiquiátricas forenses en el Hospital General comprenden aspectos asistenciales y periciales.

Aspecto Asistencial: Por su rol en la sociedad, el médico de hospital no puede cancelar su prioridad asistencial, pero, con los debidos recaudos éticos, ante la necesidad puede combinar su actividad respondiendo pericialmente a la justicia. De todas maneras, no suele estar en condiciones de responder a todos los aspectos periciales en tanto mantenga algún rol asistencial. Ello resulta así porque hay aspectos de la confidencialidad que, por rol asistencial, posiblemente le impidan responder a determinados puntos periciales. A modo de ejemplo, imaginemos un caso de un varón capaz, con conflictos familiares que terminan en violencia de mediana gravedad y que consulta al psiquiatra para intentar mejorar su estado emocional y relación matrimonial; en el marco de la relación terapéutica ese paciente puede ser que exponga algún episodio en el que agredió a su esposa. El médico, en principio, estaría motivado para guardar secreto pues lo vertido ocurrió en la relación terapéutica, debería estar protegido por la confidencialidad y, además, el médico no le habría adelantado que no existiría confidencialidad ni que informaría a la justicia en caso de enterarse de ese tipo de conducta. Además, de proceder de otra manera, surgiría la evitación del tratamiento por parte del paciente, la negación de los hechos, y, en todo caso, el impedimento del real tratamiento. Muy probablemente, el psiquiatra en este caso, debería excusarse de informar “pericialmente”. En la medida que el rol asistencial y el pericial se superponen más, más conflictos éticos se presentarán. Lo ideal es que en la medida de lo posible se independicen uno de otro. Esto es imprescindible para los peritos oficiales o de parte y es menos lograble en los hospitales generales. Es de norma informar al encausado y al grupo familiar cuando corresponde, que la información que se aporta será suministrada al Juzgado de acuerdo a lo solicitado.

Comprende aspectos asistenciales, por cuanto requiere de los instrumentos propios para la recolección de datos y conformación de la historia clínica general y al mismo tiempo es terapéutica, partiendo del establecer una buena relación medico-paciente, historización del sujeto, diagnóstico y determinación del tratamiento y continuidad del mismo. En la elaboración de la historización es de utilidad relevante el enfoque biopsicosocial, procurando una dimensión holística. Posibilita una mayor comprensión del ser humano desde sus perspectivas psicodinámicas y procesos psicoevolutivos; sus acontecimientos y sus circunstancias. En cuya comprensión son evidentemente significativos los aportes

psicoanalíticos. Los principios originales marcados por Freud continúan siendo de gran valor para comprender y tratar los trastornos psiquiátricos y para ayudar a las personas enfermas (34).

Es en el propio proceso de relevamiento de datos que se va produciendo una urdimbre asistencial diagnóstica, terapéutica y pericial.

Aspecto Pericial: Es pericial porque el perito asesora a la justicia: lo es por su papel y por el sentido gramatical del término (7). Del latín *peritus*: docto, experimentado, práctico en una ciencia o arte, designa a la persona que, poseyendo determinados conocimientos científicos, artísticos o simplemente prácticos, es llamada por un individuo o por una junta, o por la justicia, para dictaminar sobre hechos cuya apreciación no puede ser llevada a cabo por cualquiera, sino precisamente por aquellos que, como él, son poseedores de tales nociones muy especializadas (10,14).

Es una forma de asesorar al juez mediante conocimientos especializados para mejor comprensión del asunto en cuestión y constituyendo al mismo tiempo un medio de prueba y de investigación (2,5). Estas circunstancias y su condición forman un proceso que entraña compromisos propios. La efectivización de este proceso, en el que se implica la experiencia de extender las aptitudes clínicas a la arena legal, puede ser una experiencia enriquecedora pero el proceso puede tener ciertas dificultades.

El médico al ingresar al ámbito forense, que representa la interfase entre la psiquiatría y la ley, debe comprender que puede estar al servicio de dos responsabilidades y que deberá encontrar la justa medida sin renunciar a lo nuclear de cada una. Siendo necesario y como norma general que el médico por obligación ética tiene que informar al paciente desde el comienzo del examen y así mismo asegurarse de que lo comprende (35).

Se destaca que es fundamental que el perito frente a la justicia debe afirmar su independencia, y ante el sujeto, no debe traicionar las confidencias que haya recibido durante la evaluación, o se utilizaran que no lo perjudiquen (29,46,47).

En la práctica y metodológicamente, la tarea se mediatiza intentando acceder al conocimiento de su historia vital, historia familiar, trigeracional (genograma), grupo de convivencia actual, la historia con aspectos que comprenden desde tiempos gestacionales, aspecto psicoevolutivos, tiempo de crisis vitales, desarrollo de actividad escolar o grado de instrucción, vida social y laboral, vínculos afectivos, antecedentes personales y familiares,

antecedentes familiares, historia vital, enfermedades, estructura y dinámica familiar. Estos informes psiquiátricos son realizados tomando como modelo la entrevista psiquiátrica forense y la psiquiatría general, para adoptar particularidades propias en su desarrollo y de acuerdo a lo requerido, permitiendo por su dinámica, establecer un mecanismo de comunicación y entrar en una interrelación y contacto más fluido con el Poder Judicial. Los médicos, y la psiquiatría como rama de la medicina, tienen obligaciones y derechos que están especificados en el Código Civil, Código Penal, Código de Procedimientos en lo Criminal, Ley 17.132 que regula el ejercicio de la profesión, y en el Código de Ética.

La entrevista psiquiátrica forense en el hospital general y la entrevista pericial psiquiátrica convencional, como también la entrevista clínica psiquiátrica de diagnóstico y tratamiento, tienen peculiaridades que las diferencian entre sí. Así, la entrevista psiquiátrica forense en el Hospital General tiene su fuente de referencia, en primer lugar, en el modelo básico y esencial de la entrevista clínica psiquiátrica general, que es diagnóstica y terapéutica.

La técnica que se utiliza en la Entrevista, por razones estratégicas y prácticas y para una mayor eficacia, son los modelos con marco teórico sustentados en los modelos médicos, conductual y psicodinámico. Según Suárez Richards (52) los propósitos de la entrevista psiquiátrica deberían converger en armonizar objetivos: Fundamentar un vínculo personal significativo entre el presunto enfermo y su psiquiatra; recolectar información (semiología) de la patología actual y sus antecedentes (historia); formular precozmente una hipótesis diagnóstica y pronóstica provisionales; realizar la atención inmediata de urgencias (psíquicas, somáticas, del ambiente); indicar estudios adicionales (interconsultas médicas, estudio psicológico, asistencia social, pruebas de laboratorio, etc.); formular y poner en marcha un plan global de tratamiento, incluyendo a la familia. La entrevista psiquiátrica es, en sí misma, un acto terapéutico.

En segundo lugar, la entrevista psiquiátrica forense, se sujeta a los parámetros de datos, puntos de pericia solicitados por la autoridad judicial o requerimientos pertinentes ante emergencias del ámbito institucional hospitalario o derivaciones al hospital de organizaciones de la comunidad.

Lo solicitado generalmente está vinculado al tratamiento psicológico o psiquiátrico, informe psiquiátrico, asistencia, diagnóstico y evolución del tratamiento, estudio de evaluación neuropsiquiátrica, consulta e informe de resultado y estudio de psicodiagnóstico. Difícilmente se relacione con puntos de pericia retrospectivos, como por ejemplo, estado

mental al momento del delito, pues esas cuestiones suelen ser preguntadas a los servicios periciales oficiales. Independientemente de ello, puede considerarse que todo lo que se escribe acerca de los pacientes en las historias clínicas puede, eventualmente, ser de utilidad para evaluaciones periciales de múltiples aspectos; por lo tanto, el asesoramiento del Servicio Psiquiátrico Forense resulta útil en todos aquellos casos que están bajo tratamiento y han tenido conductas delictivas o han sido víctimas de las mismas o tienen que ejercer la disposición de algún bien. Las causas de estos Oficios Judiciales están caratuladas: sobre intervención, investigación de situación, víctima de abuso sexual, protección de persona, denuncia, guarda, daños y perjuicios, o víctima de robo y violación, robo calificado, internación, custodia infantil, denuncia, etc.

Un aspecto peculiar es el ejercicio que tiene que hacer el psiquiatra para lograr un adecuado equilibrio entre su rol asistencial y el pericial que circunstancialmente asume. En primer lugar, debe mantener sus esfuerzos por la objetividad, dado que ello es requisito para su práctica común. En segundo lugar, tendrá que encontrar la apropiada compensación entre su compromiso con la confidencialidad y el requerimiento de información de la justicia que le motiva para levantarla, por lo menos, en alguna medida. La toma de decisiones, en primer lugar, debería sustentarse en el consentimiento. En tanto el psiquiatra esclarezca adecuadamente la situación al paciente y éste brinde el consentimiento para que sea informada la justicia, la decisión resultará sencilla y no habrá falla en el levantamiento de la confidencialidad. En el caso que no haya consentimiento, el psiquiatra se encuentra ante el dilema; en alguna ocasión, dada la legitimidad que suele tener el requerimiento de información por parte de la justicia, la solución al dilema será brindar información que no incluya aspectos que el paciente eventualmente quiera mantener en la confidencialidad y que pueda servir a la justicia. Un ejemplo puede ilustrar la situación, el dilema y la solución. Un joven ingresa herido por arma blanca al hospital y entabla la relación médico paciente con el psiquiatra, además de hacerlo con el resto del equipo terapéutico. El caso, debido a la herida de arma blanca, es informado a la justicia. El psiquiatra se entera de información respecto a la circunstancia en que fue herido que el paciente, en estado de lucidez, le pide mantenga en secreto profesional. Al día siguiente, el fiscal o juez de turno requiere al médico información sobre su paciente y el paciente está cursando un síndrome de delirium por lo que no puede solicitar su consentimiento. El psiquiatra se siente comprometido con su paciente por lo que le solicitó en estado de capacidad psíquica; actualmente no puede replantear la situación pues el paciente está

obnubilado; por otra parte, se siente compelido a satisfacer la información requerida por la justicia pues, además de ser requerimiento judicial a un funcionario público (médico hospitalario), tal vez lo que sabe pudiera ayudar a que se logre justicia. Ante esas circunstancias, el psiquiatra podría decidir mantener la confidencialidad y brindar información minuciosa a la justicia respecto al estado actual y pronóstico de tal manera que, a la vez que cumple con el precepto de su relación con el paciente, colabora con la investigación judicial. De esa manera, evita quebrar la confidencialidad en aspectos tan importantes para el paciente no sólo porque aquel se lo haya expresado, sino porque alguna parte de esa información puede estar vinculada con un delito propio y el psiquiatra no puede permitirse utilizar su ciencia y arte para obtener una confesión. También, de esa manera, cumple con su rol guiado por el principio de justicia al colaborar con la justicia brindando información que pudiera permitir, respetando los correspondientes derechos y los pasos del proceso judicial, conocer cuándo se le podría tomar una declaración.

Dado que, como es esperable, el ejemplo no abarca todas las posibilidades, el psiquiatra deberá siempre tener presente que hay aspectos que no puede mantener en confidencialidad y, en esos casos, exponerlo claramente en el marco de la relación médico paciente. Así debería ocurrir si se entera que su paciente es un abusador de menores o de un enfermo mental incapacitado. En esas ocasiones la preeminencia del compromiso ético para con la seguridad del enfermo mental incapacitado y del menor es la que determina el curso de acción.

Por otra parte, en todos aquellos informes que se realizan en trámites judiciales motivados por alguna necesidad de protección del enfermo (juicios de insania, necesidad de tratamiento o internación, etc.) la decisión suele ser más sencilla pues se atenúan los aspectos contradictorios que suelen encontrarse en una investigación en el fuero en lo penal. Brindar información a la justicia suele coincidir en la motivación del médico basada en el principio de beneficencia como en la motivación basada en el principio de justicia y autonomía.

La falta de un área establecida y especializada en el ámbito de hospital general, trae consigo importantes dificultades y genera consecuencias de diversas magnitudes.

Entre las dificultades cabe mencionar las propias de la situación, falta de espacio y tiempo para la tarea específica, y carencia de base de datos para seguimiento; y las propias del encausado, falta de motivación y abandono de entrevistas y tratamiento.

Las consecuencias están ligadas directamente a las complicaciones de los motivos que originaron la causa y el no disponer de un equipo asistencial acorde a los requerimientos.

Los resultados obtenidos durante esta investigación muestran que el 60% de los informes solicitados correspondieron a causas femeninas. A pesar del amplio rango de edad (4-77 años), la media de la edad poblacional fue baja, lo que indica que en la composición de los informes abundan muy significativamente los jóvenes. Aún en los adultos la media de edad es baja y un porcentaje cercano al 20 está compuesta por jóvenes entre 16 y 20 años. Llamativamente, los menores de 16 años conformaron el 42 % de la muestra. Estos resultados sugerirían fuertemente que la población más vulnerable y en riesgo es la infanto-juvenil y/o que los jueces tienen particulares circunstancias que les motivan a solicitar, fuera del ámbito judicial, asesoramiento específico. Este hecho podría deberse a la desestructuración familiar observada en esta muestra, caracterizada por los antecedentes familiares donde imperó la carencia de función rectora, socio-económicas, laborales, bajo nivel educativo y familias con una dinámica disfuncional con ruptura de lazos vinculares afectivos.

Solamente el 37% de la muestra presentó antecedentes de internación hospitalaria. A pesar de los diferentes rangos de edad de los internados frente a los no internados, y la significación ofrecida para la diferencia entre ellos, la media de edad de aquellas personas con antecedentes de internación se acercó mucho a la edad media muestral. Este hecho sugeriría que la variable internación no es dependiente de la variable edad. Un 16% de la muestra presentó antecedentes penales o judiciales, que analizado globalmente no presentó diferencia asociada a la edad. Sin embargo, dado los extremos de edades evaluadas (4 y 77 años) se puede interpretar que dichos extremos estarían desviando el valor medio. Efectivamente, al segmentar la muestra distribuyéndola en grupos etarios, se encontró un Riesgo casi 4 veces mayor de presentar antecedentes penales o judiciales en el segmento de 16 a 20 años. Es de destacar que ese segmento de jóvenes conformaron solamente el 18.9% de la población y, aún así, el riesgo presentado estuvo respaldado significativamente. Dentro de las patologías detectadas y diagnosticadas entre los encausados infanto-juveniles (30%) los diagnósticos más frecuentes fueron: trastornos en la actividad escolar (n=1), trastornos hiperquinéticos (n=1), trastornos de conducta (n=16), trastornos mixto de la conducta y emociones (n=6), trastornos de comportamiento socializado niños y adolescentes (n=1). Del total de la muestra de pacientes, 73 casos recibieron asistencia

profesional psiquiátrica y/o terapia individual. Estos hechos reforzarían la hipótesis sobre la existencia en estos grupos familiares de falta de función real y simbólica, de cuidado, protección y de ley por parte de las figuras parentales o responsables de los mismos.

Los aspectos sobre familia disfuncional se pusieron de manifiesto en las entrevistas de los familiares o del entorno del paciente encausado. De los 81 casos se realizaron entrevistas a 50 familiares y, llamativamente un 25% de ellos necesitó asistencia de Salud Mental. De ellos, casi la tercera parte de familiares ligados a causas de niños y jóvenes estaban necesitados de asistencia. Los mayores problemas detectados en los hogares a los que pertenecían los pacientes han estado vinculados con conflicto familiar grave, abuso sexual, violación, violencia y alcoholismo. Estos hallazgos confirmarían la incidencia significativa de las características familiares de los trastornos en los integrantes.

Es destacable la observación realizada en el desarrollo de la confección de los informes y el aporte de datos suministrados, importantes y necesarios para clarificar, asesorar y fundamentar científicamente lo solicitado. Si bien lo realizaron profesionales, aproximadamente el 62% adoleció de criterios vinculados a su no capacitación forense; es decir, no responden metodológicamente al modelo de informe médico forense y presentan escasez de datos y una forma rutinaria de informar que no refleja la disposición, capacitación ni la experiencia clínica, y en consecuencia no aporta el suficiente esclarecimiento a los fines solicitados para el ámbito judicial, como se apreció en el informe del caso 50 de la casuística con causa caratulada “...S/ Víctima de Abuso Sexual”, “ que habiendo padecido abuso sexual, comienza a manifestar agresividad e intolerancia hacia los niños varones en el ámbito escolar. Que se realiza una entrevista de admisión con la madre (1/06/04) y se deriva a la niña a tratamiento psicoterapéutico y citada para averiguar por turno para el 12/07/04”. De lo que surge, en razón de la lejana posibilidad de iniciar tratamiento por la lista de espera y tratándose el caso de una menor de siete años de edad, que cursa con sintomatología de grave trauma psíquico (20), está expuesta a potenciar su daño y sufrimiento emocional.

En contraste, es notable la diferencia, representativa y relevante, cuando el informe es realizado por el profesional capacitado en medicina forense y desarrollado conforme a la estructura del modelo de informe psiquiátrico forense, reuniendo características generales y particulares. Generales porque cumple con pautas básicas y ordenamiento que debe

obedecer, y características particulares en razón de situaciones especiales que requiere estructurarse el modelo adecuándose a las peculiaridades del espacio donde se desenvuelve.

El modelo de estructura del informe psiquiátrico forense que se ha confeccionado e implementado (Anexo 2) está constituido y referenciado por diferentes ítems. Así, en la primera parte del informe pericial, en el preámbulo, se identifica a la persona que va a realizar el informe. Posteriormente se toman en cuenta los datos identificatorios del sujeto pericial, datos obtenidos de historia clínica, entrevista con familiar responsable, cuyos datos contribuyen a confrontar con los obtenidos del encausado mediante anamnesis, y examen psíquico. En este aspecto refiere H. Ey (21), que para comprender la vida psíquica en su complejidad dinámica como articulación viviente del pensamiento, de la acción y de la afectividad, es necesario recurrir a un corte transversal de la vida psíquica en cada momento de su actualidad, y a un corte longitudinal de la persona que constituye el eje de sus modalidades permanentes de adaptación a los acontecimientos de la existencia.

Es de trascendental importancia el ítem Consideraciones Médico-legales, que permite fundamentar y reflexionar sobre la condición actual del encausado, historia personal y referencia genealógica trigeneracional; datos que permiten formular hipótesis diagnóstica, y con argumentos basados en teorías científicas que favorezcan su mejor y más clara comprensión. Teorías científicas en las que se fundamenta la ciencia médica psiquiátrica desde la perspectiva bio-psico-social; además, a los fines de ampliar el entendimiento y clarificación de la complejidad en el suceder del ser humano y sus vicisitudes, se consideran los aportes teóricos pertinentes del modelo psicodinámico. El modelo psicodinámico es aplicable a cualquier trastorno psíquico u orgánico, pero con la idea clara de que en estos su intervención no se produce sino como complemento de otros enfoques y modelos (58). En ese sentido, Vidal (59), nos dice que el psicoanálisis ha enriquecido extraordinariamente a todas las ciencias de la conducta, sobre todo a la psicología clínica, infantil y social. Su mayor contribución a la medicina fue el haber introducido al sujeto como historia; desde Freud es claro que cada ser humano enferma de acuerdo con su propio estilo personal, y que muchas manifestaciones patológicas corporales obedecen a conflictos psíquicos enraizados en la infancia. Otto Fenichel (23) resalta que lo característico del psicoanálisis consiste en qué se considera como estructura biológica, cuales son las influencias ambientales que reconoce como formativas y de qué modo relaciona entre sí las influencias estructurales y las ambientales. Es precisamente en el ítem de Consideraciones médico-

legales donde se pone de manifiesto la importancia que el informe sea realizado por profesional capacitado tanto en medicina forense como experiencia clínica en la actividad hospitalaria (Anexo 3). Además, nos permite destacar la incidencia gravitante de la dinámica familiar en el sujeto tomando en cuenta el enfoque trigeracional. En este contexto, y a modo de ejemplo, comentaré las consideraciones médico-legales de algunos casos relevantes descriptos en el Anexo 3. Así, en el caso 54, se hace hincapié de la importancia que aporta la historización del sujeto en la comprensión de la incidencia de factores psicoambientales traumáticos, por carencias afectivas, para la estructuración psíquica que interfirieron en el sano desarrollo y en el afianzamiento de la personalidad. Con esta escasez de recursos, la paciente se incorporó a la sociedad, cuyos aspectos psicoevolutivos dieron lugar a un modo de funcionar y comportamental con excesiva demanda y necesidad de dependencia extrema de los demás. En consecuencia, de estos antecedentes historiales explicitados en estas condiciones surgió la necesidad de justicia para proveer los recursos adecuados en la recuperación de su autonomía personal. Por otro lado, en el caso 77, se pone de manifiesto la imbricación significativa de los aspectos biológicos, psicológicos, socio-culturales y familiares (28), así como, la repercusión en el sistema asistencial poniendo en riesgo aspectos ligados a la relación médico-paciente, responsabilidad profesional e institucional. Así, se resalta la carencia de una red asistencial, institucionalizada, para dar lugar a acceder a acciones de salud, de prevención, tratamiento y recuperación. En este sentido, surgieron planteos referentes a los dispositivos asistenciales o dificultades personales y/o familiares para acceder a los cuidados de salud. Dicha paciente presentaba riesgo y peligrosidad para sí y terceros, sumado a la negativa familiar al tratamiento médico por sus creencias evangélicas y de curaciones milagrosas. Estas carencias y trastornos derivados podrían haber expuesto al equipo de salud, presuntamente, a actos de negligencia, impericia o imprudencia y/o poner en riesgo el bien superior, según reza la Constitución Provincial, el derecho a la salud y a la vida.

Otro ítem destacable del Informe Psiquiátrico forense es el de Conclusiones. Está basado en la invocación de las razones fundadas en Consideraciones Médico-legales, y sintetiza la información limitada a la enunciación de las respuestas en relación a los puntos de pericia solicitados o según el art. 631 del Código Procesal Civil y Comercial: 1. Diagnóstico. 2. Fecha aproximada en que la enfermedad se manifestó. 3. Pronóstico. 4. Régimen aconsejado para la protección y asistencia del presunto insano. 5. Necesidad de su internación; o formulando los diagnósticos según la evaluación del sistema multiaxial, cuyo

uso facilita una evaluación completa y sistemática de los diferentes trastornos mentales y enfermedades médicas, de los problemas psicosociales y ambientales, y del nivel general de actividad del sujeto. Permite captar la complejidad de las situaciones clínicas.

Así por ejemplo, en el caso 54 de la casuística se concluye con: Eje 1.- Trastorno Adaptativo Crónico con síntomas de Ansiedad y Depresión. Eje 2.- Trastorno de Personalidad de Dependencia y con mecanismos manipulativos. Eje 3.- Asma bronquial crónica severa. Eje 4.- Abandono familiar, carencia de apoyo social, desempleada, falta de vivienda, carencia de recursos económicos. Eje 5.- Escala de Evaluación de Actividad Global: 68 puntos en puntaje de 100. En el caso 76 de la casuística se concluye con: Eje 1.- Trastorno Delirante tipo Persecutorio. Eje 2.- Trastorno Grave de Personalidad con mecanismos de defensa de proyección. Eje 3.- Cáncer Dérmico. Diabetes. Hipertensión arterial. Síndrome de Repercusión General. Eje 4.- Carencia de recursos económicos y dificultad de acceso a servicios asistenciales. Continencia familiar insuficiente. Incumplimiento terapéutico. Eje 5.- Escala de Evaluación de la Actividad Global, puntuación entre 21 y 30 de 100 puntos.

Así mismo, en el caso 77 se enuncia en Conclusiones: Eje 1.- Trastorno Esquizofrénico tipo desorganizado. Intento agresivo de autoeliminación por ahorcamiento. Eje 2.- Trastorno de Personalidad, Conducta desadaptativa. Retraimiento social. Eje 3.- Período de puerperio inmediato. Eje 4.- Problemas relativos al grupo primario de apoyo. Perturbación familiar por conflictos de pareja; familia disfuncional, rígida. Separaciones episódicas de padres. No registran señales de alarma por la salud de la hija y no acceso a servicios asistenciales. Apoyo social inadecuado. Eje 5.- Escala de Evaluación de Actividad Global: de 10 a 20 puntos en puntaje de 100.

Por lo tanto, el informe psiquiátrico forense del Hospital General tiene validez de documento científico, de investigación y legal, cuya compilación de datos son adaptados, adecuados y confeccionados tomando en cuenta, generalmente, como referencia a los protocolos psiquiátricos forenses.

La práctica de la psiquiatría moderna esta rodeada por disposiciones legales, jurisprudenciales y estatutos. La falta de conocimiento continúa siendo peligrosa.... la práctica de la medicina genera abundantes problemas por si mismo para añadirle la práctica aficionada de la ley.....”Los psiquiatras que intentan pensar o actuar como abogados se hacen un gran daño a si mismos y a su profesión” (35).

La asistencia psiquiátrica privilegia la relación médico-paciente, siendo la alianza terapéutica el requerimiento principal del tratamiento y constituye un recurso significativo en función de prevención de demandas por responsabilidad médica. Sin embargo se observa con frecuencia en el ejercicio de la medicina, ante situaciones judiciales o vinculadas con lo legal, una tendencia defensiva en el accionar médico.

La prevención de la mala praxis se practica mediante el empleo de la alianza terapéutica sumando al conocimiento de los temas medicolegales (35). En el procedimiento de la realización del informe psiquiátrico forense, es menester estar compenetrado que lo esencial del mismo es esclarecer, guiar, comunicar, testimoniar a la justicia, es decir ilustrando y asesorando sobre los puntos concernientes de la competencia específica.

El informe psiquiátrico forense solicitado está ligado y dirigido directamente a la justicia. Es un documento médico legal. Es un acto cumplido en virtud de orden judicial o administrativa, y analiza un hecho determinado, establece características y extrae conclusiones. Es de resaltar que dentro de la información médico legal éste es diferente a un Certificado médico. El Certificado Médico (6), es un documento pericial, sencillo, simple, elemental que testimonia respecto de un hecho médico y sus consecuencias, consigna una enfermedad o un suceso clínico relacionado con la salud de un determinado individuo. Según Calabuig (30), el rasgo que más lo caracteriza es el de no ir dirigido a nadie en particular, pudiendo ser exhibido en cualquier sitio y que se extiende siempre a petición de parte interesada, que así releva al médico de la obligación del secreto profesional.

Independientemente de las acciones que sobre determinados sujetos solicitan las autoridades judiciales, sanitarias o simplemente la atención cotidiana, el Servicio de Salud Mental debe asistir en forma personalizada al entorno y/o grupo conviviente de aquellos sujetos a fin de aportarle concretas posibilidades de desarrollar saludable y correctamente su rol en la sociedad; principalmente al de sujetos jóvenes, quienes evidencian mayor vulnerabilidad. Deberían diseñarse, en los hospitales del Sector Público, Servicios Psiquiátricos Forenses que procuren conocimientos para la orientación e implementación de acciones político-sanitarias, que permitan la planificación de nuevos estudios con basamento científico y que cuenten con estructura técnico-administrativa entrenada en las tareas de vinculación médico-judicial.

10. COROLARIO

Se ha realizado la investigación de acuerdo al material y metodología propuesta. Se realizó un estudio longitudinal, retrospectivo, observacional, descriptivo e inferencial. Se fundamentó la importancia del informe psiquiátrico forense en un hospital general asesorando en aspectos médico-legales a quien lo solicitara. El informe psiquiátrico forense es un trabajo clínico, un estudio científico, interrelacionado con aspectos legales y salud mental. Dicho informe debe ser efectuado por un experto. Es una pericia psiquiátrica por sus características, condiciones y peculiaridades. Requiere de entrevista basada en el modelo de la psiquiatría general. Existe relación médico-paciente; necesita de intervención especializada; está sujeto a consentimiento informado; reglas éticas y deontológicas propias de la praxis médica.

El Hospital “Mi Pueblo” de Florencio Varela, por su capacidad de camas y con perfil de equipamiento para cubrir funciones de pediatría, obstetricia, ginecología, clínica quirúrgica y clínica médica, además de especialidades que de ellas deriven, es un hospital Zonal. De acuerdo a la categoría e indicadores que contempla las áreas de clasificación hospitalaria que determina el Ministerio de Salud, es hospital de Agudos.

Estamos en tiempos que se perciben aires de Reforma Psiquiátrica en la provincia de Buenos Aires, y surgen reclamos y síntomas de disconformidad del sector de salud al poder judicial y de éste a salud, velando por los derechos humanos y por la implementación de dispositivos que den asistencia integral del enfermo mental en el hospital general.

La autoridad judicial debe velar por los derechos individuales. El sistema asistencial sanitario debe garantizar la total igualdad de atención y asistencia de la persona con sufrimiento mental a las demás personas.

Los pacientes mentales, como otros enfermos crónicos, necesitan una buena red de asistencia que asegure la continuación de un tratamiento de calidad, pero también una cobertura suficiente de servicios sociales que garantice el apoyo para resolver las dificultades cotidianas de alguien que padece una enfermedad potencialmente discapacitante un alojamiento que se parezca a un hogar, dinero para subsistir dignamente y algún soporte social que le permita sentirse alguien en su comunidad (16).

La psiquiatría, como el conjunto de las disciplinas médicas, tiene una clara servidumbre, curar o procurar la salud...la primera función del profesional de la salud es

dominar los rudimentos de su oficio, para intentar cumplir con la función que la sociedad le ha delegado: mitigar o sanar o evitar la enfermedad. (17).

Los que sentimos enraizadas nuestra experiencia médico-clínica al ámbito hospitalario y comunitario, creemos que sin ley no hay derechos y no hay salud: El Servicio Psiquiátrico Forense es también una forma de acceder a la salud mediante la ley; es prevención, promoción y protección de la salud mental. Implica una actitud prospectiva en salud mental.

La Entrevista y el Informe Psiquiátrico Forense en hospital general es experiencia, humana y médicamente, enriquecedora; es praxis de ciencia y conciencia. Es proceso que implica compromisos propios. En última instancia, es seguir respondiendo a la esencia del objetivo y funciones del hospital público: Promoción y fomento de la salud; prevención y restitución de la salud, mediante el cumplimiento del saber y deber médico.

Es CURAR, como CUIDAR, pero con la ley y por la ley.

Contribuye a dar pronta y eficaz respuesta a las estructuras judiciales.

Colabora y facilita activamente en la integración, interacción e intervención multidisciplinar (Anexo 4).

Propende elevar el nivel científico en el ejercer esta función mediante la especialización de la misma.

Permite reflexionar acerca de una diversidad de factores, sea desde el punto de vista médico psiquiátrico, psicológico, sociofamiliar, asistencia médicolegal.

Derecho y medicina son ciencias condicionadas a entenderse en momentos donde el principio de justicia está presente en la medicina (62).

Se considera un imperativo moral se le otorgue un lugar de importancia en la función asistencial hospitalaria como sería la creación del área especializada de Psiquiatría forense. Que en razón de la magnitud de las implicaciones puestas de manifiesto en cada servicio psiquiátrico efectuado, surge la necesidad para proteger en forma efectiva la salud individual, familiar y de la comunidad. Urge la articulación y convergencia pragmática ante requerimientos mutuos de salud y justicia y sean soluciones dignificadoras para los conflictos emergentes.

Después del trabajo realizado y la bibliografía consultada, se puede llegar a la conclusión de que la conformación de un Servicio Psiquiátrico Forense en un Hospital

General, mediante los informes respectivos, podría prestar utilidad no solamente a la justicia, sino, a los servicios encargados de la salud pública en general. Efectivamente, a través de este trabajo se ha demostrado que constituyen una herramienta necesaria e importante, y deberían ser tomados en cuenta por las gestiones de salud ante la exigencia creciente y necesidad de justicia por los graves conflictos familiares y sociales que dejan su impronta en la estructura del sujeto y en la comunidad, por causas de diferente naturaleza.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Aberasturi A, Knobel M. La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico. Editorial Paidós. 13ª reimpresión, 1987.
2. Achával A. Psiquiatría médicolegal y forense. Ed. Astrea, 2003.
3. Arboleda-Flores J. Forensic Psychiatry Services in Canada-Strengths and Weaknesses. Int. J. of Law and Psychiatry 4:391-399, 1981.
4. Arboleda-Flores J. General Hospital Forensic Units: A New Approach To Forensic Psychiatry. Int. J. of Ofender Ther. and Comp. Criminology 31:, 1987.
5. Bocchino S. Anales de las Segundas Jornadas Uruguayas de Criminología. Tl. El Peritaje Psiquiátrico. Montevideo. Uruguay, 1992.
6. Bonnet EFP. Psicopatología y Psiquiatría Forense. Parte General. Libreros Lopez Editores- 1983.
7. Bonnet E. F. P. Psicopatología y Psiquiatría Forenses. Tomo I. López Libreros Editores, 1983.
8. Bonnet EFP. Psicopatología y Psiquiatría Forenses. Tomo II. López Libreros Editores, 1984.
9. Bonnet EFP. Medicina Legal. Libro I. Introducción al estudio de la medicina legal. Libro II. Deontología médicolegal. Libro III. Jurisprudencia médica. López Libreros Editores, 1993.
10. Bonnet EFP. Medicina Legal. Psicopatología y Psiquiatría Forense. Libro XI. Segunda Edición. 2ª Reimpresión, 1993. López Libreros Editores.
11. Castex M. Hacia una nueva psicopsiquiatría forense. AAP 5 (1): 21-27, 2005.
12. Ciafardo R. Psicopatología Forense. Ed. El Ateneo. Buenos Aires, 1972.
13. De Ajuriaguerra J. Manual de Psiquiatría Infantil. Capítulo XXII. El niño y su familia. Capítulo XXIII. El niño y la escuela. Capítulo XXV. El niño, El adolescente y la sociedad. Editorial Masson, 1984.
14. De Miguel Herrán I. La Psiquiatría como Instrumento de Apoyo en la Administración de Justicia. Eguzkilore. Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología. San Sebastián, N°10-1996.

15. de Souza Menezes R. Esquizofrenia e Liberdade. Manicomios judiciais, Reforma Psiquiátrica e a Era da Saúde Mental. Ed. Armazém Digital, Porto Alegre, 2005.
16. Desviat M, Bravo MF, Guinea R. Asoc. Española de Neuropsiquiatría, Diario Médico del 6 de Abril del 2001.
17. Desviat M.: Epistemología y práctica psiquiátrica. Editorial MARIAR, Madrid. 1990.
18. Dorado Montero P.: Los peritos médicos y la justicia criminal. Ed. Reus, Madrid, 1905.
19. Doti JR., Ferrara CR., Fortunez RS, Moyano BA. Anales de las Segundas Jornadas Uruguayas de Criminología. Tl. La Familia Alcohólica. La Recuperación. Montevideo. Uruguay, 1992.
20. Echeburua OE. Repercusiones Psicológicas en las Víctimas de Agresiones Sexuales. Eguzkilore. Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología. San Sebastián, N°6-1992.
21. Ey H. Bernard P, Brisset Ch. Tratado de Psiquiatría. Editorial Toray Masson. 2ª edición, reimpresión, 1971.
22. Fuente: Elaborado por el Área de Información Sistematizada de la Secretaría de Salud de Florencio Varela, con datos del INDEC, 2001.
23. Fenichel O. Teoría psicoanalítica de las neurosis. Capítulo XIII. Organo- neurosis. Editorial Paidós. 1ª Reimpresión Mexico, 1986.
24. Ferrater Mora J. Diccionario de Filosofía. Ed. Sudamericana, Buenos Aires, 1969.
25. Folino JO, Montero Vázquez J, Sarmiento D. Forensic Psychiatric System in the Province of Buenos Aires. Int. J. of Law and Psychiatry 23: 567-577, 2000.
26. Folino JO. Salud Mental y Derecho en Canadá. Biblioteca Norte Sur, 1996.
27. Folino J.O. La Psiquiatría y el Sistema Judicial, en Suárez Richards M.: Introducción a la Psiquiatría, Tercera Edición. Ed. Polemos, Buenos Aires, 2006.
28. Freud S. Obras Completas. Tomo III. Capítulo CXCIV. Escisión del “yo” en el proceso de defensa. Capítulo CXCVI. Compendio del Psicoanálisis. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid (España.) 4ª Edición, 1981.
29. García-Campayo J, Sanz CC. Transmisión de los conocimientos psiquiátricos a los nuevos jurados populares. Eguzkilore. Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología. San Sebastián, N°10-1996.

30. Gisbert Calabuig J.A. *Psiquiatría Forense*. Ed. Masson, S.A. Barcelona. Quinta edición. 1998.
31. Hylton J. Care or Control: Helth or Criminal Justice Options for the Long-Term Seriously Mentally ill in a Canadian Province. *Int. J. of Law and Psichiary* 18: 45-59, 1995.
32. Ingenieros, J. *La Locura en la Argentina*. Ed. Agencia Gen. De Libr. y Pub. Buenos Aires, 1920.
33. Ingenieros J: *Los Asilos para Alienados de la Argentina*. *Rev. de Crim. Psiq. y Med. Legal (Buenos Aires)*. Año Vii. 129-156, 1920.
34. Kaplan HI, Sadock BJ. *Sinopsis de psiquiatría*, 8ª Edición, Ed.Panamericana, 1999.
35. Kaplan HI, Sadock BJ. *Tratado de psiquiatría*, 6ª Edición, Ed InterMédica, 1997.
36. Kernberg OF. *Trastornos Graves de la Personalidad. Estrategias psicoterapéuticas*. Editorial El Manual Moderno. México, 1987.
37. Kernberg OF. *Desordenes Fronterizos y Narcisimo patológico*. Editorial Paidós. 2ª Reimpresión. México, 1988.
38. Kraut AJ. *Responsabilidad profesional de los psiquiatras. Deberes y derechos emergentes de la práctica psiquiátrica*. Ediciones La Rocca, 1991.
39. Kraut AJ. *Salud Mental. Tutela Jurídica*. Rubinzal-Culzoni Editores, 2006.
40. Laín Entralgo P. *Historia de la Medicina*. Barcelona. Salvat, 1978.
41. Laplanche J, Pontalis J. *Diccionario de psicoanálisis*. Editorial Labor,
42. Loudet O, Loudet OE. *Historia de la Psiquiatría Argentina*. Ed. Troquel. Buenos Aires. 1971.
43. Marchant N, Monchablón Espinoza A . *Tratado de Psiquiatría. Capítulo 99 Psiquiatría forense*. Editor Grupo Guía S.A. 2005.
44. Paim I. *Desarrollo de la psiquiatría forense en Brasil*. En: Paim I.: *Estudios psiquiátricos*. Campo Grande. Solivios, 1998.
45. Piera Alaugnier. *Un intérprete en busca de sentido. 3ª parte. El conflicto psicótico*. Siglo XXI Editores. Primera Edición 1994.
46. Porot A. *Diccionario de Psiquiatría. Clínica y Terapéutica*. Editorial Labor. Tercera edición, 1977.

47. Portero Lazcano G. Valoración Médico Forense de la Enfermedad Mental. Eguzkilore. Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología. San Sebastián, N°10-1996.
48. Riu–Tavella. Psiquiatría Forense. Ediciones Héctor A. Macchi. 2ª edición, 1994.
49. Rojas N. Psiquiatría Forense. Ed. El Ateneo. Buenos Aires, 1932.
50. Suarez Richards M. Introducción a la Psiquiatría. Cap. 24 Una subespecialización psiquiátrica: La psiquiatría forense. 2ª Edición. Editorial Salerno, 2000.
51. Suarez Richards M. Introducción a la Psiquiatría, 2ª Edición, Ed. Salerno, Bs As, 2000.
52. Suarez Richards M. Introducción a la Psiquiatría. Capítulo 30, La psiquiatría y el sistema judicial. Ed. Polemos, 2006.
53. Taborda JG, Chalub M., Abdala-Filho E. Psiquiatría Forense. Capítulo 7. Principios éticos aplicáveis na prática da psiquiatria forense. Editorial Artmed. Porto Alegre. 2004.
54. Taborda JG, Chalub M, Abdala-Filho E. Psiquiatria Forense. Editorial Artmed. Porto Alegre. 2004.
55. Taborda JGV, Chalub M, Abdala E. Psiquiatria Forense. Apuntes históricos sobre la psiquiatría forense en Brasil. Capítulo 2. ARTMET EDITORA S.A., São Paulo, 2004.
56. Vallejo Nágera, A.: Symposium de Psiquiatría Forense. Ed. Inv. Psiq. Madrid, 1958.
57. Vallejo Ruiloba J. Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. Capítulo 48 Psiquiatría jurídica. Editorial Masson. 4ª edición.
58. Vallejo Ruiloba J.: Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría. Ed. Masson S.A.: Barcelona, 1998.
59. Vidal G, Alarcón RD, Lolas F. Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría. Tl Micropedia. Editorial Médica Panamericana, 1995.
60. Vidal G, Alarcón RD, Lolas F. Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría. Tll Macropedia. Editorial Médica Panamericana, 1995.
61. Vidal G, Alarcón RD, Lolas F. Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría. T III Macropedia. Editorial Médica Panamericana, 1995.
62. Yadeum Angulo S. La Relación entre Derecho y Psiquiatría. Revista Mexicana de Prevención y Readaptación Social. Editorial Nueva Época, N°4,1999.

ANEXO 1

AUTORIZACION

Florencio Varela, 10 de Noviembre, 2005

Al señor

Doctor Armando Medina

Director Ejecutivo del Hospital Mi Pueblo

S / D

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. Con la finalidad de solicitar su autorización para realizar un proyecto de investigación, cuyo estudio tendrá como objetivo, en primer lugar, describir y sistematizar los servicios psiquiátricos forenses para ayudar al hospital y evitar asuntos legales, y en segundo lugar, de proyecto de Tesis de Mestría de psiquiatría forense de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata.

Sin otro particular, saludo a Ud. muy atentamente

Jorge J. Arellano
Jefe Servicio Salud Mental

ANEXO 2

El Informe Psiquiátrico Forense en Hospital General mediante la cumplimentación especializada de su cometido con consideraciones medicolegales y conclusiones valorativas y fundamentadas, desempeña servicio de ilustración, orientación y esclarecimiento ante la autoridad judicial y es indispensable recurso para tal dispositivo.

Es un procedimiento diferente, pero que reúne valor de documento legal, de investigación, asistencial y pericial; puede ser medio de prueba; es una declaración científica y un saber que permitiría una mejor y mayor administración de la justicia y salud.

La conformación de la estructura del informe o servicio psiquiátrico forense que se ha implementado está constituida y referenciada por los ítems siguientes:

- **A: Preámbulo**
- **B. Datos identificatorios**
- **C. Entrevistas a familiares o responsables:**
 - datos del estado actual
 - datos biográficos
 - historia familiar
 - genograma trigeracionala
 - antecedentes médico psiquiátricos y medicolegales
 - grupo de convivencia
 - desarrollo psicoevolutivo.
- **D. Datos obtenidos del examen psiquiátrico:**
 - estado actual
 - historia personal
 - antecedentes medico clínico-quirúrgicos y psiquiátrico
 - antecedentes medicolegales
 - datos obtenidos de Historia Clínica
- **E. Consideraciones medicolegales (reflexiones y diagnóstico diferencial)**
- **F. Conclusión: Diagnóstico (DSM IV – CIE X)**

ANEXO 3

Ejemplos de casos relevantes analizados

Caso 54, solicitud de evaluación psiquiátrica, diagnóstico y tratamiento remitido por la Dirección del Hospital. Paciente de 51 años de edad, internada por reagudización severa de asma bronquial crónica, y psiquiátricamente con características clínicas de depresión ansiosa reactiva vinculada a problemas psicosociales y ambientales, problemas relacionados al grupo primario, problemas de vivienda y problemas económicos, presenta reagudizaciones asmáticas severas y requiriendo asistencia respiratoria mecánica en oportunidades de encontrarse en condiciones de indicación de alta médica de internación. Le implica vivenciar situación de soledad, abandono e imaginarse vivir en la calle, generándole ideas con intención autolítica. En las consideraciones médico-legales se describe que se trata de un sujeto con un perfil personal y peculiaridades psicológicas y aspectos histórico vitales, psicoambientales y psicoevolutivos con vínculos parentales insuficientes y carencias afectivas infantiles, no favorecieron el afianzamiento de su personalidad y la confianza en si misma; y habrían generado, psíquicamente, la necesidad excesiva que los demás se preocupen de sus dificultades y se le proporcione el cuidado y apoyo que necesita por el miedo al abandono y al cuidado de si misma. Aspectos que podrían explicar la conformación de personalidad con alteraciones básicas, y la vulnerabilidad a estresores psicoambientales sin saber procesar sus conflictos emocionales y derivándolos al campo somático, reagudizando sus síntomas clínicos del trastorno respiratorio; que significarían intento de solución, reclamo y defensa frente a la realidad vivenciada riesgosa, exigente y peligrosa. Es aquí por ejemplo, que presta gran utilidad en la comprensión psicopatológica los conceptos de Otto Fenichel (23) sobre la organoneurosis, ya que el asma bronquial es especialmente un anhelo (pasivo-receptivo) de la madre lo que expresan las alteraciones patológicas de la función respiratoria. El ataque asmático es ante todo, un equivalente de angustia. Es un grito en procura de ayuda, dirigido a la madre, a quien el paciente trata de introyectar por la respiración, a objeto de estar permanentemente protegido.

Caso 58, Causa N° 12199, caratulada “...S/ Víctima de Abuso Deshonesto”, y el Juzgado solicita diagnóstico, evaluación y evolución del padre de la víctima. Se explicita que el enfoque biológico, psicológico y social posibilita configurar un perfil de características muy peculiares del paciente, quien ha padecido un tramo importante de su vida

entrampado en un trastorno de adicción al alcohol. Que desde tiempos fundantes de su psiquismo, se ha desarrollado en un medio psicoambiental donde la referencia de modelo a introyectar y posibilidades de identificación, han estado constituidas, precisamente, por las figuras más significativas, época de su más tierna infancia, como es la de padre y madre, quienes eran enfermos alcohólicos. Familiares muy cercanos también padecían el mismo trastorno adictivo, abuelo materno y tíos. Por cuanto que, habría caracterizado a este grupo familiar la carencia normativa de funcionamiento, la falta de ley; familia numerosa, eran once hermanos; pérdida de roles, dinámica disfuncional; vínculos afectivos ligados por la violencia (19). Inmerso en este ambiente pudo llegar a los nueve años de edad, a partir del cual ya empezó a desempeñar actividades laborales propias del adulto, por la exigencia, esfuerzo y responsabilidad. Que su adicción empezó desde los 14 años hasta los 50 años de edad, con implicancias y deterioros en lo bio-psico-social, familiar y laboral, y generándole causas legales, inclusive.

Caso 59, con causa N° A-4805 "...S/ Averiguación de Situación", solicita el Juzgado en carácter de urgente informe sobre diagnóstico, evolución y tratamiento. Se trata de una menor de 14 años de edad, diagnosticada en Conclusiones de Trastorno esquizofreniforme, con síntomas de buen pronóstico. Se explicita en Consideraciones Medicolegales lo importante a destacar sus aspectos psicoevolutivos y el medio psicoambiental en el que vino desarrollándose, tiempos fundamentales por su incidencia gravitante en la construcción del sujeto, en su aspecto biológico, psicológico y social (1). Que procede de padres que convivieron durante 15 años, cuyo camino recorrido constituyó proceso sembrado de dificultades y carencias materiales y afectivas, y una dinámica familiar disfuncional con modo de relación mediante la violencia. Hubo tres intentos de separación y hace tres años se concretó. Que estas experiencias vividas en la niñez, podrían dejar huellas de daño en el desarrollo del ser. Que tal vez, aspectos vinculados con características del modo de funcionamiento, del modo de ser, tengan una íntima relación como ser la tendencia al retraimiento, ensimismamiento, poco comunicativa, sin lograr su nivel madurativo propio a su edad; como también el rendimiento escolar siendo repitente en dos oportunidades. Es así, que derivada desde el ámbito escolar por conductas de aislamiento, falta de comunicación con pares y adultos, imposibilidad de verbalizar conflictos, situación familiar conflictiva, mediante el examen psiquiátrico se detectan peculiaridades en el

aspecto intelectual, volitivo y afectivo; lo cual permitiría formular hipótesis de diagnóstico diferencial. Es decir, que en razón de presentar ideación referida a ser víctima de abuso sexual por el padre, acompañada de sintomatología emocional, distanciamiento de los demás, conductas evitativas, alteraciones en el comportamiento e insomnio, podría inferirse un trastorno por estrés postraumático; pero no hay evidencias del trauma, no se detectan evocaciones repetitivas e intrusivas del supuesto acontecimiento en forma de recuerdos, imágenes durante la vigilia o en el sueño. Entonces, tomando en cuenta los antecedentes y forma de instalación del cuadro, según anamnesis, caracterizado por etapa de vivencia de algo malo, raro e inminente que va a ocurrir; acompañada de cambios del carácter y conductas, y luego, lo que podría implicar vivencia de despersonalización y de extrañeza, observando cambios en el cuerpo y su imagen desfigurada en el espejo y actitud psíquica de perplejidad, proyecta sus vivencias subjetivas en el entorno y sostenidas por una ideación errónea, patológica e irreductible, ingresa en el escenario de los trastornos psicóticos, conformada por ideas delirantes de influencia y de perjuicio; alteraciones sensorio-perceptivas cualitativas, alucinaciones auditivas, desorganización del pensamiento, trastorno del lenguaje, alogia, mutismo; negativismo; perplejidad, embotamiento afectivo y apatía. Además, se destaca que este trastorno psiquiátrico tuvo un curso evolutivo favorable, habiendo logrado remisión completa de la sintomatología en el término aproximadamente de un mes de tratamiento.

Caso 63, cumplimentando lo solicitado por la Oficina de Asuntos Legales y la Dirección del Hospital, respecto de pacientes que puedan tener implicancias legales, que pongan en peligro la seguridad, la salud física o psíquica o la moralidad de menores o del grupo familiar, mediante malos tratamientos, ejemplos perniciosos, conducta notoria o delincuencia. Se destaca en Consideraciones Médico-legales, que una persona no es solo lo que es hoy, sino que es necesario para comprender su presente, acceder al conocimiento de su historia personal, implicando aspectos psicoevolutivos, desde lo individual, contexto familiar y sociocultural, que como fuentes moldeadoras de lo constitucional y como modelos de funcionamiento a introyectar psíquicamente, convergen en un conjunto de características que hacen a la impronta de un modo de ser y de estar, consigo misma y en relación a los demás. Lo que se pretende es que a través del estudio clínico realizado, fuentes de información y aportes científicos de referencia, proveer una información simple

que acerque a la realidad global biopsicosocial de la paciente. Nació de parto complicado por peso y tamaño, y no recibir asistencia médica oportuna. Antecedentes que asociados a no recibir cuidados y controles necesarios durante el embarazo, tengan que ver con el electroencefalograma patológico. Su niñez se desarrolló inmersa en un medio psicoambiental impregnado de violencia; el padre enfermo alcohólico y golpeador de todo el grupo familiar, conceptualizando esta etapa como muy triste; y que durante la etapa escolar y adolescencia, expuesta a riesgo de abuso sexual por el padre, su conducta se ha caracterizado por desesperanza, depresión, nerviosismo, intranquilidad, miedo, irritabilidad, peleas con compañeros, desobediencia, rebeldía y agresividad, síntomas por la que bien podría inferirse que padecía un Trastorno Adaptativo con alteración mixta de las emociones y el comportamiento. Su adolescencia continuó con experiencias vinculares familiares traumáticas, padre violento, madre pasiva y dependiente; vivencias de desvalimiento, desvalorización, abandono y sometida a trabajos no apropiados para su edad. La adolescencia, normalmente implica tiempo de búsqueda de identidad y afianzamiento en sí mismo; la superación de esta etapa psicoevolutiva será consolidada por el soporte afectivo, adulto y maduro de los padres. Pero, la paciente a los 18 años se casa y su situación y circunstancias se constituyen como repetición de lo aprendido, esposo enfermo alcohólico y violento, ella permisiva, sometida y dependiente. A los 2 años de casamiento es víctima de violación. Con el esposo llega a tener 5 hijos. El 2º de los hijos, quien abusa de consumo de alcohol y presuntamente de drogas, intentó en reiteradas oportunidades abusar sexualmente de los hermanos menores. Los hijos registran antecedentes de trastornos de conducta, expulsados de los colegios y repetidores. Es un grupo familiar con carencias de recursos económicos, esposo desocupado; viven en hacinamiento. Familia con dinámica disarmónica, ambiente y relación vincular violenta. Familia disfuncional y en riesgo social. La paciente desde hace 7 años padece de angustia, tristeza sin motivo, desgano, anhedonia, sentimientos de inutilidad, alteraciones del sueño, ideación de minusvalía personal y culpa inapropiada; sintomatología que a partir del fallecimiento de la madre se incrementa en intensidad y frecuencia. Características clínicas que responderían al diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor, recidivante. Desde su adolescencia hay un continuum en el modo de operar psíquicamente; modo anormal de percibir, pensar, sentir y relacionarse consigo misma y con los demás. Cursa con sintomatología que se imbrica con sus conflictos y generando más conflictos aun. Teniendo en cuenta sus antecedentes de graves traumas psíquicos en su relación familiar y repetición en su actual grupo familiar; su

sentimiento de vacío crónico, el no tolerar la soledad, desmesuradas reacciones impulsivas e irreflexivas; autoestima empobrecida y tendencia al acto como los reiterados intentos de suicidio fallidos; hacen a un modo de ser inflexible, persistente y desadaptativo, permanente inestabilidad emocional, rabia e ira, respondería a los criterios diagnósticos de Trastorno Limite de la Personalidad.

Caso 66, causa N° A-4509 Caratulada: "...S/ Intervención", solicitando evaluación de funciones mentales; establecer si existen indicios de actividad psicótica e ideaciones autoagresivas y si jurídicamente es demente; evaluación del contexto familiar; interconsulta neurológica y determinar posibles efectos nocivos de medicación en relación al embarazo en curso; y evaluación tocoginecológica de riesgos posibles sobre la vida de la menor de continuar el embarazo. Se trata de una menor de 13 años de edad, que cursa embarazo de 15 semanas de gestación, y se describe en Consideraciones Médicolegales que mediante metodología clínica y a través de distintas intervenciones de especialistas, psiquiátricamente permite formular disquisiciones científicas para un conocimiento, comprensión y evaluación lo más integral posible. Se rescatan aspectos históricos vitales, contexto sociocultural, psicoambiental y evolutivos, peculiaridades neuropsicológicas y psiquiátricas a los fines pertinentes. Que según el relato, la reacción emocional inmediata al hecho fue de temor y dificultad para conciliar el sueño. Sus características clínicas no conformarían un diagnóstico de Trastorno Adaptativo. Que si la menor ha sido víctima de acontecimiento traumático, haber experimentado hecho de violación, sin embargo, clínicamente no reúne criterios clínicos para diagnóstico de Trastorno por Estrés Posttraumático. Que la menor no presenta alteraciones sensorio-perceptivas cualitativas tipo alucinatorias ni alteraciones del contenido del pensamiento como ser ideas delirantes ni capacidad judicativa desviada, es decir apartada de la realidad, por lo que no se trataría de una psicosis. Que los elementos clínicos que se encuentran, estarían relacionados con estado de disminución de facultades mentales; no alcanzó a desarrollar capacidades mentales acorde a edad cronológica; hay fallas deficitarias en el nivel de inteligencia; incapacidad para elaboración de pensamientos y de abstracción. Escasez de razonamiento y precaria capacidad judicativa; lenguaje con trastornos gramaticales y de pronunciación; trastornos de lectura, escritura y comprensión deficitaria. No logra determinar relaciones entre objetos, sean de semejanza o de oposición. Es decir, habría pobreza en capital ideativo, juicio, dificultades para la abstracción y

acompañada de retraso madurativo y resonancia afectiva disminuida ante sus circunstancias y realidad actual; o sea, funciones mentales globalmente retrasadas en su desarrollo, pero no se trataría de una Idiocia o de Demencia, si podría ser, clínicamente, un cuadro de Débil Mental Leve. Que a pesar de la peculiar configuración del perfil personal, la precariedad social, económica y cultural, con todo lo que implica provenir de insuficiencia de cuidados prenatales y medidas de prevención natales y de desarrollo psicoevolutivo, padeciendo de Epilepsia desde los cuatro años de edad y no cumpliendo tratamiento médico indicado, no alcanzaría a explicar, clínicamente, la actitud y conducta de la paciente. Que quizás, la disfunción familiar, el hacinamiento, el abandono infantil, las carencias afectivas, la pasividad de la madre, la ausencia simbólica de la función de ley del padre, el aglutinamiento epileptoideo de convivencia; la práctica de colecho por parte del padre alternando con las hijas, según expresa, y el antecedente de abuso sexual perpetrado por un vecino, y sin que los padres asumieran la responsabilidad de protección y cuidado de la hija y de las hijas, sean los factores más altamente significativos que puedan dar respuesta a los interrogantes, ya que se trataría de una gravedad que compromete el presente y futuro, no solo de una hija sino de las hijas. Que normalmente los cambios puberales afectan al yo, la autoestima y la salud mental. La gestación representa una etapa importante de cambios biológicos y psíquicos. En consecuencia, la vulnerabilidad estaría muy incrementada. No tiene continencia familiar. Sería conveniente su asistencia en un Centro adecuado y la utilización de recursos terapéuticos necesarios que la capaciten para la vida.

Caso 75, con causa N° A-432, "...S/ PROTECCION DE PERSONA", se observa que se trata de un adolescente de 15 años de edad, que no presenta patologías orgánicas evidentes, y diagnosticado de Trastorno Disocial de inicio en la adolescencia. Dada la perturbación del comportamiento y del carácter asociado a una múltiple vulnerabilidad a la que está expuesto en forma individual, familiar y social, son muy importantes los aportes teóricos desarrollados por Ajuriaguerra (13), en la fundamentación y comprensión del caso que permitió argumentar las Consideraciones Médico-legales. En este contexto, se explicita tratarse de un sujeto signado por la conformación de un grupo familiar disfuncional, con ausencia de figura paterna en función de ley, el mismo que presentaba trastornos graves de personalidad con conductas violentas hacia los integrantes de la familia, y asociado a abuso de sustancias y registrando causas penales. El menor tenía 6 años cuando los padres se

separaron; recibió tratamiento psicológico por problemas escolares y de comportamiento; perturbaciones conductuales que fueron severas desde 6° grado y repitió 8°. Desde los 11 años, precedido de experiencias traumáticas en su psicodesarrollo, registra internaciones judiciales en distintos hogares de menores. En el presente año no es aceptado su ingreso en el colegio por persistentes perturbaciones de comportamiento, reiteradas riñas entre pares, fugas del hogar, agresión física entre hermanos, continuas desobediencias y actitudes desafiantes a la autoridad.

Caso 76, en los autos caratulados "...S/ Internación", el Tribunal de Familia del Departamento Judicial de Quilmes solicita evaluación médica del estado de salud en domicilio del causante de autos. En Consideraciones Médico-legales se describe que se trata de un paciente de 59 años de edad, que padece un proceso orgánico de neoformación en estadio terminal, hipertensión arterial, diabetes y síndrome de repercusión general, trastornos clínicos al que se asoció un trastorno psiquiátrico sin conciencia de enfermedad, conductas fuera de la realidad y con episodios de tipo impulsivo generando circunstancias violentas y riesgosas, sostenidas por una ideación errónea, patológica e irreductible, con mecanismos de defensa de proyección y objetivada en figuras del grupo familiar, como quienes tienen fines de perjuicio hacia su persona. Estas caracterizaciones sintomáticas psiquiátricas y con juicio desviado, conforman síndrome clínico y neuropsiquiátrico que deteriora, aun más, severamente la gravedad de su estado general. Por lo tanto, si bien se trata de un proceso orgánico invasivo, avanzado, casi terminal e irreversible, se debería realizarle estudios clínicos pertinentes en establecimiento hospitalario y para lo cual requiere su internación y reciba tratamiento apropiado, clínico, oncológico y psiquiátrico.

Caso 77, causa N° A-3520, caratulada "...S/ Protección de Persona", el Tribunal de Menores del Departamento Judicial de Quilmes solicita, habiendo autorizado el traslado de la menor al Hospital Neuropsiquiátrico de Melchor Romero para su estudio y tratamiento, remitir informe respecto del tratamiento brindado a la encartada. En Consideraciones Médico-legales se describe que el caso permite configurar situación compleja, complicada y concreta. Compleja en relación a aspectos de índole personal y familiar; complicada por las condiciones de infraestructura y sistema asistencial, y situación concreta por las características psicopatológicas y trastorno psiquiátrico. Que los aspectos personales están

imbricados con su historia personal y desarrollo psicoevolutivo (45). Precedidas por contingencias y etapas del cual fue producto; embarazo rechazado por el padre; la madre en proceso de duelo y asociado a trastorno depresivo, relacionado con el fallecimiento del padre y cursando el 7º mes de gestación; que tampoco acepta su embarazo. La paciente tuvo dificultades de aprendizaje escolar. Repitente en dos oportunidades. Que en la adolescencia, etapa propia de cambios biológicos, psicológicos y sociales, presentó sintomatología que podría corresponder a productividad psicótica y que se incrementó durante el embarazo y hasta su internación. Que la familia caracterizada por disfuncional; padres no referentes de figuras adultas; padre inafectivo, ausente y violento, y una madre narcisista, depresiva, con episodios de síntomas psicóticos y con la convicción de ser curada por la iglesia pentecostal, siendo sus deseos de someterla al mismo procedimiento curativo a la hija. Estos padres no registraron la enfermedad y gravedad de la salud de la hija, ya que nunca le posibilitaron atención y asistencia especializada. Que el aspecto asistencial habría incidido en la detección de situaciones de riesgo e intervenir privilegiando la salud como un bien social. La Constitución de la Provincia garantiza el acceso a la salud en lo preventivo, asistencial y terapéutico; en este caso ¿habría falencia en la no detección temprana? Que desde el procedimiento asistencial hospitalario, ante un proceso mórbido con más de un año de evolución y detectado en el trabajo de parto por comportamiento y actitudes extrañas ante las circunstancias, fue asistida por el especialista. ¿Se tendría que haber trasladado la paciente? Psiquiátricamente, según lo registrado, no justificaba. Luego, se privilegió la evolución y evaluación clínica frecuente, con acompañamiento permanente; conducta consensuada con el Servicio de Maternidad. Un hospital general de agudos debe estar capacitado para dar esta respuesta. En el convencimiento de estas condiciones se procedió de tal manera. Además, tomando en cuenta la edad de la paciente, se evaluó en forma conjunta con Neonatología respecto del vínculo madre-hijo, el que fue progresivamente mostrando señales de cambios favorables pero no suficientes. Que psiquiátricamente la actitud fue ir disminuyendo los efectos sedativos psicofarmacológicos, y posibilitar entrevista, anamnesis y examen psiquiátrico. Se observa más colaboradora, sin productividad psicótica y cumpliendo lo indicado; sin signosintomatología de peligrosidad. ¿Se tendría que haber trasladado a la paciente?. El día 06/10/04, se detecta ideación delirante de persecución y perjuicio y alucinaciones auditivas. Se reajusta neuroléptico en dosis incisivas y sedativas y acompañamiento permanente, lográndose los efectos buscados. Pero, el día 07-10-04.- hs 15:15 realiza intento de ahorcamiento con fines autolíticos, en

circunstancias en que la madre, previamente, no permitió la aplicación de medicamentos y dejándola sola a la paciente, no cumpliendo lo pactado de acompañamiento permanente. El día 08-10-04.- se solicita al Juzgado autorización de derivación a establecimiento especializado. Y con lo que emerge la situación complicada ante la carencia de una red asistencial de complejidad pertinente, que dé satisfacción a necesidades imperiosas. Ni aun con autorización judicial se logró tal objetivo. ¿Es posible que sólo mediante influencias de reciprocidad se concretara la aceptación del traslado?. ¿En el proceder psiquiátrico, hubo, acaso, negligencia, impericia o imprudencia?, o las complicaciones a las que se está expuesto y también el equipo de salud, respondería a otros factores?. Porque desde la situación concreta, las características clínica psiquiátricas fueron detectadas claramente y a través de la continuidad del seguimiento: sin conciencia de enfermedad ni de realidad, conductas pueriles, negativista y reticente, luego con ideas delirantes y alucinaciones auditivas, comportamiento insidioso con episodio de excitación e impulsividad autoagresiva, siendo peligrosa para si. Juicio desviado.

ATENEO MULTIDISCIPLINARIO



Encrucijada ante el "Degüello, Castración y Harakiri" Sus implicancias.

Viernes 14 de Mayo de 2004 de 10 a 12 hs. Salón Auditorio

PARTICIPANTES (*Equipo de Salud*)

- SUME
- Servicio de Emergencias
- Unidad de Terapia Intensiva
- Servicio de Cirugía
- Departamento de Enfermería
- Servicio de Salud Mental

ATENEO MULTIDISCIPLINARIO



Caso Clínico: "Internación y Desorden Mental" (*Sala de Maternidad*)

Contingencias Asistenciales y Responsabilidad
Consideraciones Médico-Legales

Viernes 12 de Noviembre de 2004 de 10.30 a 12.30 hs. Salón Auditorio

PARTICIPANTES (*Equipo de Salud*)

- Servicio de Maternidad
- Servicio Social
- Departamento de Enfermería
- Servicio de Emergencias
- Oficina de Asuntos Legales
- Servicio de Salud Mental