

Responsabilidad profesional en el psicoanálisis

Delito imprudente

Marco Aurelio Real, *abogado especialista en praxis médica*

Tanto el consentimiento informado como una historia clínica adecuada son obligaciones del profesional de la salud, entre los que están incluidos psicólogos y psiquiatras.

Para hablar de delito imprudente tenemos que hablar del concepto de culpa como hecho de resultado imprevisto, que debió haberse previsto. La culpa en su sentido clásico y general no es más que un acto que pudo y debió ser previsto y que por falta de previsión produce un efecto dañoso en las personas.

Hay dos clases de culpa: la consciente y la inconsciente. Esto trae aparejado la impericia, la imprudencia, la negligencia o la inobservancia de los reglamentos. En nuestro Código Penal, en los artículos 84 y 94, están normados el “homicidio culposo” y las lesiones culposas.

La imprudencia supone un obrar que puede causar un efecto dañoso.

La negligencia estriba en no tomar las debidas precauciones, sean actos excepcionales o de la vida ordinaria.

La impericia tiene que ver con una profesión, un oficio o un arte. Por ejemplo, un cirujano puede ser un gran experto pero ser a la vez imprudente. Con toda su pericia, puede ser negligente si en una operación descuida las precauciones debidas y si el sujeto no conoce o ignora las reglas del arte de curar. Entonces es imperito.

La inobservancia de los reglamentos o del mandato de la autoridad no puede originar incriminaciones culposas. La culpa requiere negligencia e impericia. No negamos que cuando la acción reglamentaria es ajena a la conducta no constituye, por sí, título culposo más allá de los casos, aún cuando el sujeto infringe el reglamento y falta a las ordenanzas porque con ello puede provocar la falta de precaución.

La transferencia en el psicoanálisis

La transferencia es un fenómeno universal y casi permanente, por el cual sentimos aquí, ahora y con una persona, afectos que se originaron antes, en otro contexto, y con otra persona. La mayoría de las primeras impresiones que tenemos de una persona poco conocida por nosotros responde a este fenómeno: transferimos sobre ella sentimientos que originalmente corresponden a otras experiencias. Esto es posible por las leyes que producen el funcionamiento de lo inconsciente (condensación, ausencia del principio de negación, desplazamiento, atemporalidad).

Es importante saber que el desarrollo de una así llamada neurosis de transferencia es casi imprescindible para el desarrollo del tratamiento psicoanalítico. En todas las técnicas terapéuticas surgen transferencias porque estas son inherentes a los vínculos interpersonales. Y todo acto en el psicoanálisis en general suscita un tipo específico de transferencia (positiva, sublimada), que es

lo que da al profesional la “autoridad” ante su paciente. Pero el tratamiento psicoanalítico halla su fundamento y esencia en el análisis de la transferencia.

Sin saberlo, el paciente repetirá en su relación con su analista sus mejores y sus peores experiencias anteriores, en particular las infantiles. Y el analista permitirá y facilitará que eso ocurra.

Así, amores, frustraciones, idealizaciones, decepciones, odios, rencores, sentimientos destructivos, caídas, esperanzas, fracasos, desencantos, serán revividos transferencialmente en el curso del análisis. El analista se convierte en el depositario de los fantasmas liberados por el levantamiento de las represiones.

Generalmente, el Yo del paciente se desdobra en una parte que vive el acontecer transferencial, y otra parte que observa el proceso. Esta última, mediante el ejercicio del juicio de realidad, irá llevando cada cosa a su sitio, y elaborando conflictos y sufrimientos. Sin embargo en bastantes casos, ya sea porque el analista no ha podido interpretar eficazmente la transferencia o porque el paciente no puede lograr ese desdoblamiento (disociación operativa), no hay (o no se mantiene) en el paciente la parte que puede operar mediante el juicio de realidad.

Entonces el paciente, convencido de que todos sus males y pesares son responsabilidad de su analista, lo incrimina. Si el analista no ha podido (por sus limitaciones o por la severidad de la patología del paciente) manejar hasta entonces los procesos transferenciales, menos podrá manejar ahora esta transferencia negativa y hostil y, en medio de argumentos acusatorios y defensivos, el proceso analítico se precipitará hacia un triste final.

En algunos casos la experiencia queda como una frustración para ambos. En otros, el paciente se convierte en un refutador del análisis y de los analistas ante quien quiera escucharlo. En los menos, se suscita algún conflicto judicial, ya sea civil o penal.

Contratransferencia

Luego de hablar de la transferencia es importante decir qué es la contratransferencia. Para ello, debemos de tener en cuenta que desde el comienzo de la elaboración de la noción de transferencia todo lo que en el analista representa su inconsciente, en cuanto -diremos nosotros- no analizado, ha sido considerado nocivo para su función y su operar como analista.

Si algo se convierte en la fuente de respuestas no controladas y, sobre todo, respuestas a ciegas, es porque algo ha permanecido en la sombra.

Por tal motivo, no debemos de dejar de tener en cuenta que “si se descuidara cierto rincón del inconsciente del analista, de ello resultarían verdaderas manchas ciegas”.

Consentimiento informado

En un sistema republicano es importantísimo hacerle saber al paciente el tratamiento que se le va a realizar, habida cuenta de que el paciente tiene el derecho a conocerlo, como también a conocer los riesgos antes de someterse a dicho tratamiento.

Este consentimiento debe ser transmitido y redactado con palabras de entendimiento común, es decir, con un lenguaje coloquial.

Detallamos cómo puede ser el consentimiento informado:

1. Luego de las entrevistas preliminares, el paciente. ha decidido iniciar una psicoterapia psicoanalítica. Es importante que esté en conocimiento de algunas características de este método.
2. Es un tratamiento basado en la búsqueda de causas psicológicas de su malestar.
3. Por lo tanto, es un tratamiento que privilegia la palabra y la comunicación en la relación del paciente con su analista como forma de abordaje de los conflictos.
4. En consecuencia, la administración de psicofármacos tiene sólo una importancia relativa en esta modalidad terapéutica.
5. El psicoanalista no está obligado a medicar al paciente; más aun, tratará de no hacerlo.
6. En caso de que resulte indispensable o muy conveniente, y si está habilitado para hacerlo por ser médico, puede prescribirle los psicofármacos que considere adecuados. También puede abstenerse de hacerlo e indicarle la consulta con un médico psiquiatra.
7. En este punto, el paciente no tiene un deber de fidelidad con el criterio de su analista. Tiene la libertad de negarse a recibir psicofármacos y también de recurrir por su cuenta a un médico psiquiatra para que evalúe la necesidad de medicarlo, si piensa que es útil o conveniente para él.
8. El psicoanalista no llevará una historia clínica convencional donde se describa pormenorizadamente el curso del tratamiento. Esto será así porque la historia clínica es un documento que puede ser requerido por autoridades administrativas o judiciales, lo que comprometería la confidencialidad.
9. Con el fin de ayudarlo mejor, el psicoanalista podrá hacer anotaciones o registrar las sesiones, pero sobre este material el analista deberá mantener un secreto profesional absoluto.
10. El tratamiento finaliza cuando el paciente, unilateralmente o de común acuerdo, así lo decide. El paciente se asume como una persona en uso de razón y discernimiento, es decir, con capacidad para decidir su permanencia en tratamiento o su interrupción, según lo crea conveniente. Por su parte, el analista también conservará su derecho a continuar el tratamiento o a interrumpirlo si considera que las condiciones en que el mismo se está desarrollando son desfavorables o inviables para lograr fines terapéuticos.
11. El paciente debe saber que el Psicoanálisis propone un tratamiento que, en general, es largo, de final impreciso y de resultados inciertos. La ley prohíbe a los profesionales prometer o asegurar la curación, la mejoría o el mantenimiento de su estado actual. El analista trabajará para el bienestar mental de sus pacientes, sin garantizarles logros al respecto.

El suicidio

La máxima incidencia de suicidios consumados se da en las mujeres de 55 años y en los hombres de 45. El 40% de los suicidios concretados se da en hombres a partir de 65 años (cada 100.000 personas). Mientras que los ancianos intentan suicidarse más que las personas jóvenes, éstos consuman el acto del suicidio con mayor frecuencia.

Los ancianos representan el 25% de los suicidios consumados, aunque este estrato representa el 10% de la población. La tercer causa de muerte en el mundo

por suicidio se produce en varones situados al final de la adolescencia. La segunda causa de muerte por suicidio consumado es detenida por la población estudiantil a nivel universitario.

Índice de suicidio según estado civil calculado sobre 100.000 casos

Hombre divorciado: 47%

Persona casada: 8%

Persona soltera: 15%

Persona viuda: 17%

Mujer divorciada: 13%

Fuente: Organización Mundial de la Salud.

Suicidio y drogas

Continuando con el tema del suicidio, dentro de este campo tenemos un componente que es la cocaína y el comportamiento suicida de los adictos. Un aspecto poco estudiado derivado de la adicción a la cocaína es el comportamiento suicida de los pacientes. El doctor Alex Roy del Servicio de Psiquiatría de Sistemas de Cuidado de la Salud de Nueva Jersey, EE.UU., dirigió un estudio de casos y controles con 84 adictos y 130 pacientes de control, con el propósito de cubrir determinantes dentro del cuadro clínico, incluyendo aspectos físicos, psicológicos y psiquiátricos especialmente asociados con riesgo de suicidio. En este estudio se demostró que corrían mayor riesgo de suicidio aquellos pacientes de sexo femenino con estudios familiares de comportamientos autodestructivos o con antecedentes de personalidad infantil, introversión y rasgos neuróticos. Por otra parte, el 39% de los pacientes ya había intentado suicidarse, especialmente aquellos que tenían antecedentes de abuso de alcohol y opiáceos, el 60% de los encuestados tenían 2,7 veces mayor riesgo de suicidio que los que no tenían adicciones.

Además de los efectos de la cocaína sobre la psiquis y el corazón, los adictos a la cocaína presentan un riesgo catorce veces mayor de sufrir eventos cerebrales isquémicos, ocho de cada diez casos comprometen el territorio anvascular de la arteria cerebral media. Estos acontecimientos pueden ocurrir en forma asintomática y pueden persistir hasta seis meses después de suspensión del consumo de la droga, tal como ha sido establecido en los estudios de imagenología y tomografía de emisión de positrones de alta resolución. En dichos análisis de imagenología, han sido detectados signos tales como vasoespasmos, trombosis, y destrucción de vasos cerebrales.

El suicidio y los adolescentes

Este es un tema importante para tratar porque generalmente los adolescentes atraviesan una crisis existencial bastante severa, y si a esto se le agregan otros factores como una deficiente comunicación con los padres y la desintegración intrafamiliar, la experiencia negativa de algunos amigos, la falta de oportunidad para estudiar y trabajar, la decadencia de valores, los enamoramientos poco sensatos, etc., se conforma una mezcla verdaderamente fulminante que, al no tener los elementos necesarios para enfrentarla, es casi lógico que culmine en un intento de suicidio que afortunadamente en un alto porcentaje no se concreta.

Realidades que tiene el suicidio

De cada diez personas que se suicidan, ocho han advertido en algún momento, de forma clara sus intenciones. Los estudios realizados revelan que las personas

suicidas proporcionan indicios y advertencias sobre sus intenciones. Lo que hacen es apostar por la muerte dejando que sean los otros los que los salven. Los individuos se suicidan sin que los otros sepan cómo se sienten. Son muchos los suicidios cometidos luego de tres meses de haberse registrado una mejoría, cuando la persona tiene energía suficiente para poner sus ideas y sentimientos mórbidos en práctica. Este es un acto representado en todos los estratos sociales, es un patrón individual.

En cambio, es un mito en los que hablan de suicidarse y no lo llevan a cabo. El suicidio se produce sin previo aviso, los suicidas están decididos a morir; una persona que está en estado suicida lo está siempre. La mejoría después de un intento de suicidio quiere decir que el riesgo de suicidio se ha superado; es frecuente entre ricos o, a la inversa, sólo se presenta entre los pobres, se hereda o está en la familia. Acá vemos qué es realidad y qué es mito.

© Asociación de Médicos Municipales

DRAFT