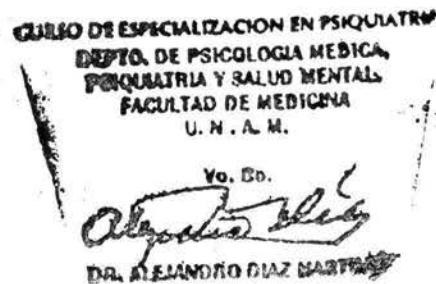


11241

**“ACTITUD HACIA LA CONFIDENCIALIDAD
EN PSIQUIATRAS
DE LA CIUDAD DE MÉXICO
Y
LA CIUDAD DE MONTERREY”**

MEDINA TAPIA, ELIZABETH



2005

0350744

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	2
MARCO TEÓRICO.....	3
JUSTIFICACIÓN.....	19
ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.....	20
HIPÓTESIS.....	21
OBJETIVO.....	23
MATERIAL Y MÉTODO.....	24
RESULTADOS.....	26
DISCUSION.....	72
CONCLUSIONES.....	75
SUGERENCIAS.....	77
BIBLIOGRAFIA.....	79
ANEXOS.....	83

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

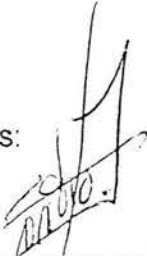
Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud mental

Dra. Claudia Fouilloux Morales
Coordinadora de cursos de Posgrado

TESIS DE POSGRADO EN PSIQUIATRIA

“ACTITUD HACIA LA CONFIDENCIALIDAD EN PSIQUIATRAS DE LA
CIUDAD DE MÉXICO Y LA CIUDAD DE MONTERREY”

Tutores de tesis:

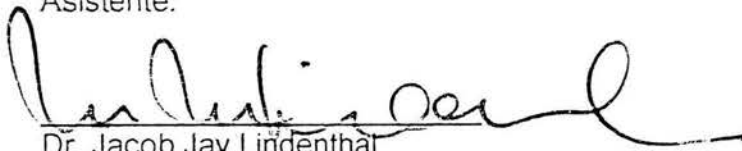


Dr. Fernando Corona Hernández
Tutor metodológico



Dr. Fernando López Munguía
Tutor teórico

Asistente:



Dr. Jacob Jay Lindenthal
UMDNJ – Profesor de la Escuela de Medicina
de la Universidad de New Jersey.

CURSO DE ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA
DEPTO. DE PSICOLOGIA MEDICA,
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL,
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

Vo. Bo.


DR. ALEJANDRO DIAZ MARTINEZ



Alumna: Elizabeth Medina Tapia
Médico residente de 4o. Año.
Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”

DIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

**“ACTITUD HACIA LA CONFIDENCIALIDAD EN
PSIQUIATRAS DE LA CIUDAD DE MÉXICO Y LA CIUDAD
DE MONTERREY”**

***No hay medicina sin confianza,
ni confianza sin confidencia,
ni confidencia sin secreto***

(Pr.Portés)

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos de manera especial al Dr. Jacob Jay Lindenthal, profesor de la Universidad de New Jersey, quién ha aportado gran parte del conocimiento, procedimiento y bases de esta investigación para llevar a cabo este estudio con su participación activa directa, trabajo realizado por primera vez en México y ya realizado en otros países como Estados Unidos, Israel, Egipto y Holanda.

El Dr. Lindenthal presentó en el Congreso de la Asociación Psiquiátrica Mexicana APM en septiembre del año pasado, en la Ciudad de Monterrey una conferencia sobre la Historia de la Confidencialidad, fue testigo de las dificultades y poca audiencia a estos temas en nuestro medio, ante los pocos psiquiatras interesados en el tema, por ser evidente el respaldo y promoción de ciertos discursos médicos por los laboratorios con importantes fines comerciales, pero el tema del secreto médico tiene una finalidad dirigida, el paciente y el médico nuestro principal compromiso, que cada vez cobra importancia sobre el manejo del tratamiento en el paciente, las necesidades sociales, las bases legales y el conocimiento cada vez más amplio del paciente sobre sus derechos de la atención a la salud.

Un agradecimiento especial a la Asociación Psiquiátrica Mexicana APM, quién proporcionó facilidades para poder acceder a los psiquiatras evaluados tanto de la Ciudad de Monterrey como de la Ciudad de México, dando a conocer la finalidad del estudio y su utilidad futura.

Sin duda este trabajo no hubiera sido logrado sin la iniciativa, motivación y conocimiento del Dr. Fernando López Munguía y el Dr. Fernando Corona Hernández pues hay que reconocer que debido al poco acceso de información sobre este tema, la falta de literatura reciente e investigación relacionadas, condicionaron múltiples reuniones, análisis y deducciones que llevaron su tiempo para lograr los objetivos propuestos de este trabajo de tesis, y que a su vez este tema creó un interés especial con el transcurso de la investigación, considerando que el manejo de la confidencialidad es trascendental en la actividad psiquiátrica, dada su complejidad y por sus diferentes formas de aplicación.

Así mismo nuestro agradecimiento a todos aquellos psiquiatras que participaron en este estudio por dar a conocer su visión sobre el manejo del secreto médico que sin duda da resultados interesantes que pueden dejar en víspera otros estudios relacionados al mismo y su repercusión en la relación médico-paciente.

Ante la investigación de este tema de confidencialidad es importante mencionar que a pesar de haberse estudiado años atrás en otros países, en México no lo ha sido tanto, ya que este estudio generó cuestionamientos en los psiquiatras sobre la utilización de la información. Enfatizamos la absoluta discreción para el manejo de la información, sin proporcionar en lo más mínimo datos de identificación de los psiquiatras evaluados, considerando aspectos éticos, legales y médicos, así como de investigación.

INTRODUCCIÓN

La psiquiatría considera la conciencia clara de los derechos a la intimidad y a la privacidad como temas actuales, la sensibilidad a estos temas aumenta y parece ser tomado más en cuenta en las dos últimas décadas quizá porque tenemos conciencia de que el derecho a la confidencialidad se halla hoy más amenazado que nunca.

El derecho a la intimidad y confidencialidad es una condición necesaria para el ejercicio de la libertad y el establecimiento de las relaciones interpersonales.

Sin duda uno de los ámbitos de la vida de una persona más íntimos y que pide una mayor respuesta de confidencialidad es la salud, pues en estas situaciones el hombre se muestra y se siente especialmente débil y vulnerable. La atención médica tiene como una de las principales tareas obtener información sobre el estado de salud y elaboración de la historia clínica (1).

El principio de confidencialidad es una de las más importantes obligaciones en la ética médica. La psiquiatría como las otras especialidades de la medicina, son reguladas por los mismos principios y normas éticas, válidas también para la medicina general (2).

La obtención de información, relacionada a la persona, como los antecedentes familiares, formas de ocio, vida sexual, alimentación, hábitos de vida, actividades de riesgo, creencias o antecedentes penales y por supuesto datos de salud, tanto pasados, presentes e incluso futuros toman importancia (3).

Los médicos y juristas conocen el tema, saben que el secreto médico es circunstancial en la práctica clínica y requiere de la Ética y del Derecho, para ser efectivos.

Dentro del secreto médico, el acceso a la historia clínica y la protección de datos sanitarios, en la práctica general y en la psiquiátrica, son aspectos interrelacionados y en constante evolución determinadas por aquellas intervenciones médicas necesarias en el paciente, las cuales han sido sometidas a transformaciones sociales y tecnológicas, que en un futuro declararán el modo en que se desarrollen y se formalicen los derechos de las personas en el ámbito sanitario, involucrados también por un sistema de libertades sociales, el poder del estado y por el desarrollo médico tecnológico (4)(5).

En la práctica los médicos no parecen observar la confidencialidad como una necesidad absoluta, se ha llegado incluso a decir que es un concepto decrepito y los esfuerzos por preservarla parecen destinados a fracasar, por la forma en que se aplica, a menudo provocando más problemas que soluciones (6).

MARCO TEORICO

CONCEPTOS Y DEFINICIONES.

Comenzaremos por definir que el *privilegio* es el derecho a mantener el secreto o la confidencialidad ante una citación legal. Las comunicaciones privilegiadas sin declaraciones hechas por personas en ciertas relaciones, por ejemplo, esposa-marido, sacerdote-feligrés o médico-paciente-, son protegidas por la justicia de la revelación forzada desde el punto de vista del testigo (7). El derecho de privilegio le pertenece al paciente, no al médico. Por lo que sólo el paciente, posee el privilegio de controlar la exposición de información confidencial. El privilegio se aplica solamente al ámbito judicial, denominado: *privilegio de testigo*. Solamente los casos graves del fuero común o los federales puros no disponen del privilegio psicoterapeuta-paciente (8).

La **confidencialidad** médica es el principio ético y jurídico que compromete y obliga al médico a mantener en secreto toda la información recibida del paciente (2).

La Confidencialidad es aplicable a poblaciones concretas, como el equipo médico inter y multidisciplinario, que es un grupo involucrado en el manejo de la confidencialidad ya que comparte información sin requerir permiso especial del paciente. Fuera de este tipo de intervención esta la familia del paciente, el abogado, el terapeuta previo y compartir la información con estas personas requiere el permiso del paciente, escrito o con permiso oral, que es suficiente (9).

La palabra **secreto** proviene de la raíz latina *secre*, que aparece en *secretar* (secuestrar: apartar una cosa de la comunicación con otros) y *secretum* (secreto: aquello que debe estar cuidadosamente reservado u oculto. Así lo secreto sería lo íntimo (del latín *intimus*=dentro. Desde la etimología es claro que debe ser aplicado el secreto en una profesión como la médica (10). Por supuesto, que el secreto como lo conocemos actualmente no ha sido siempre así, el concepto y la esencia han cambiado, con el paso de los siglos, al igual que el sentido y la razón de ser de ese secreto.

Por **secreto** entendemos las cosas que no deben revelarse, el compromiso moral de no manifestar datos obtenidos confidencialmente.

Hay cuatro clases de secreto:

Secreto natural, secreto prometido, secreto pactado y el secreto médico. Este último nace de la relación médico-paciente y/o con otras personas, ya que es un contrato silencioso, legitimizado con la receta expedida por el médico y con el expediente clínico médico considerado como una obligación ética y legal.

Cuando el secreto surge del ejercicio de una profesión, se habla de **secreto profesional**. Y si este surge del pacto o contrato explícito proveniente del ejercicio de la medicina su enfoque ético debe ser desde un aspecto general a uno particular. **El secreto profesional** es la obligación ética que tiene el médico de no divulgar ni

permitir que se conozca la información que directa o indirectamente obtenga durante el ejercicio profesional sobre la salud y vida del paciente o su familia (11).

El **secreto médico** se define como la obligación debida a las confidencias que el médico recibe de sus clientes, cuando funciona como médico, en cualquier ámbito de la práctica clínica, como psicoterapeuta, en la terapia de pareja o familiar y en la consulta psiquiátrica habitual (2). Se trata de un secreto pactado, profesional, entre los dos actuantes en la relación terapéutica, el médico y el enfermo. Debemos aclarar que también es aplicable a otras profesiones que involucran al secreto en su práctica, como lo es la Enfermería, Psicología, Trabajo Social, etc.

El **secreto profesional** tiene algunas características que lo hacen trascendente en la práctica médica ya que existe desde hace más de dos mil años, pues en su inicio estuvo involucrado en el rol médico de los sacerdotes, sin embargo su aplicación ha variado en los últimos siglos. Actualmente tiene un valor que es regulado por códigos éticos y jurídicos dentro de la relación terapéutica, donde están incluidos nuevos conceptos en torno al mismo y que hacen necesario conocer la evolución del secreto médico a través del tiempo.

Otros tipos de secreto profesional derivados son:

Secreto profesional absoluto: Aquél que no admite excepciones y debe aplicarse en toda situación.

Secreto relativo: Con excepciones a la obligación de reserva. Que incluye en su contenido la naturaleza de su enfermedad, las circunstancias que concurren en ella y todo lo que el médico haya visto, oído o comprendido en sus servicios profesionales. Esto mantiene la obligación del secreto que no se extingue con la muerte del paciente.

Por el creciente número de personas que intervienen en la asistencia, el secreto médico puede no ser asunto de dos, ya que involucra a otras personas con roles o actuaciones diversas que participan también en ella, es por eso que existe:

Secreto compartido: Señalado cuando implica a las diferentes personas que integran el equipo asistencial, médicos, enfermeras, trabajadores sociales, químicos, etc.

Secreto derivado: Cuando en el marco de la medicina institucional han de participar otras personas ajenas al campo médico, como personal administrativo, personal de archivo, de intendencia, mantenimiento, vigilancia etc (4).

HISTORIA DEL SECRETO MÉDICO

El secreto médico es un tema longevo, que inicia en el ámbito sacerdotal de quienes practicaron la medicina a lo largo del tiempo, comienza en la época mágica y religiosa de la medicina, siendo fundamentalmente el secreto de *"fabricación"* que protege y abarca las experiencias y conocimientos de la ciencia nueva, con la obligación sagrada a mantener el secreto como una cualidad religiosa y oculta, impidiendo el acceso a esta, de personas ajenas al círculo de los practicantes autorizados.

Más tarde, aparece un nuevo sentido del secreto, ya como una discreción que el médico otorga en beneficio del paciente, es el *Juramento Hipocrático*, un documento sacerdotal, redactado hace 2 200 años, que contiene una serie de mandatos de orientación beneficentista-paternalista, es decir que el juicio del médico es tomado en cuenta sin la participación del paciente, sin divulgar los contenidos de la relación, en la búsqueda del bienestar del paciente, sin otro tipo de consideración, actuando el médico como si el paciente no debería saber lo que le sucede, donde la enfermedad lo sitúa en una posición de incapacidad moral que hace que no deba recibir información de su proceso. Este juramento hace mención en lo siguiente:

"Lo que en el tratamiento, o incluso fuera de él, viere u oyere en relación con la vida de los hombres, aquello que jamás deba divulgarse, lo callaré teniéndolo por secreto".

Al parecer esta es la primera formulación del secreto médico en los términos que entendemos ahora, no obstante dista mucho de ser el exponente de la práctica típica de la medicina griega ya que solamente representaba a un grupo concreto, la Escuela Hipocrática, inspirada en la filosofía pitagórica. Y que coexiste con el *secreto de fabricación* (12).

Este juramento fue descubierto por personajes que regulaban los códigos éticos y médicos cristianos medievales el cual llegó a establecerse en la enseñanza de la medicina y en los primeros intentos de la regulación de su práctica en los siglos XI y XII, asentado desde entonces en la tradición médica y en su orientación beneficentista-paternalista (14). El médico hacía como si el paciente no debía saber lo que le sucedía, encontrándose el paciente con la incapacidad moral ante su enfermedad apareciendo una nueva dimensión del secreto *"El secreto de información"* del médico para con el paciente (13).

Posteriormente, al consolidarse las universidades, se regula el intrusismo profesional en la medicina, entendiéndose como la introducción de la ley a la práctica médica profesional, castigándose la divulgación de información como sucedió en España en el siglo XV, quedando garantizado así el secreto de los médicos. El poder del Estado y la Iglesia fue regulando el secreto médico, por aquello que lo que debía comunicarse ante la autoridad, como la divulgación del riesgo de contagio masivo y el delito o el riesgo de estos. Por lo que en España, la

Real Ordenanza en 1572, obligaba a los médicos a declarar ante la justicia, de las personas con enfermedades contagiosas después de su muerte, de igual manera la Novísima Recopilación de 1627 disponía que los cirujanos tenían que dar cuenta al Alcalde en las primeras 12 horas de todas las heridas curadas o muestras de sangre tomadas y la Real Orden y Bando de la Sala de Señores Alcaldes de Casa y Corte ordenaba que todos los cirujanos dieran tratamiento oportuno y declararlo posteriormente ante la justicia.

En Francia, en 1778 se decretó que los cirujanos estaban obligados a declarar al Comisario del Distrito los heridos cuidados en sus casas o fuera de ellas.

En el periodo de la ilustración hay cambios respecto a la orientación del secreto médico y de la relación terapéutica, como consecuencia del desarrollo de la medicina, la aparición de la salud pública y del pensamiento liberal, donde surgió un cambio iniciado por tres médicos, el norteamericano Benjamín Rush (1745-1813), el escocés John Gregory (1724-1773) y el inglés Thomas Percival (1740-1804). Quiénes sugirieron informar al paciente de su padecimiento. Con la idea de que un paciente informado se recuperaría mejor de su enfermedad. Considerándose entonces la información ya como un elemento terapéutico, evitándose las circunstancias desfavorables en las que el médico pueda sospechar sobre la reacción del enfermo, revelando al paciente una gravedad clínica, de esta manera se facilitaba la toma de decisiones financieras, convenientes para los intereses del paciente. Por lo que ahora el secreto de información se concibe ya como *terapéutico*, para el bien del enfermo.

Gregory hace alusión al secreto, al decir que el médico llega a conocer mucho sobre la personalidad y preocupaciones privadas de los pacientes y sus familias, quedando claro "Cuanto puede llegar a depender el carácter de los individuos y el crédito de las familias, la discreción, el secreto y el honor de un médico" aludiendo a su patrimonio, formando parte del secreto médico la actitud de velar por los intereses del paciente.

Mientras que Percival indica que la conversación entre médico y paciente debía hacerse en voz baja para evitar que fuera oída por otras personas.

Para John Gregory, el secreto médico es un deber del médico no un derecho del paciente. Es el propio médico quien anticipa las necesidades del paciente y lo que le es conveniente a su mayor bienestar y por considerar al secreto médico benéfico para el paciente, siente la obligación o el deber de respetarlo.

En el siglo XIX hay un cambio importante en el secreto médico, la medicina se vuelve una ciencia más abierta al permitir su desarrollo, con publicaciones libres y acceso pleno a los resultados de la investigación. Además surge la medicina social, la higiene pública, el tratamiento y comprensión de las enfermedades infecciosas, otros agentes implicados con la familia y la sociedad que se involucran más en la medicina, en esta época el secreto médico comienza a desvirtuarse, ya que en todos los países se les obliga a los médicos a comunicar o revelar, hechos que antes no salían de la relación médico-enfermo.

Sin embargo, continúa la relevancia del Juramento Hipocrático y los códigos éticos, que incluyen la obligación del secreto médico que se extienden hasta la nueva profesión de enfermería, con la obligación de guardar el secreto médico, como se observa en el Pledge for Nurses siguiendo las líneas del Juramento Hipocrático.

En los primeros años del siglo XIX, el secreto médico se hace evidente en los textos legales, dándole ya otra categoría, y pasando de un deber de beneficencia a una exigencia social. Apareciendo el Código Penal Napoleónico de 1810, que en su artículo 378 proclama que:

"Los médicos y los cirujanos y otros prácticos de la sanidad, así como los farmacéuticos, las comadronas y cualquiera otra persona depositaria, por el estado o profesión, de secretos que se le confien, que fuera de los casos que la ley les obligue a hacerse denunciadores de los mismos, revelen estos secretos, serán castigados con prisión de uno a seis meses y multa de ciento a quinientos francos".

Y en España, en 1822 en el Código Penal se reproduce la idea del castigo a la revelación del secreto médico:

"Los eclesiásticos, abogados, médicos cirujanos, boticarios, barberos, comadronas, matronas, cualesquiera que habiéndoseles confiado un secreto por razón de su estado, empleo o profesión, lo revelen fuera de los casos en que la ley los prescriba, sufrirá el reo, además de la multa expresada, la reclusión de uno o seis años. Si se probaré soborno, se impondrá además de la pena de infamia al sobornado, y no podrá volver a ejercer aquella profesión u oficio; el sobornado sufrirá arresto de un mes a un año".

La situación anterior, por su trascendencia y vigencia se retoma en el Código Penal Español de 1995.

En España la Ley de Enjuiciamiento Criminal imponía la obligación de denunciar delitos públicos que se pudieran haber conocido por razón de cargo, profesión u oficio, dándose por circunstancia de que la no denuncia por parte de un médico recibía un mayor castigo, mientras que abogados, procuradores y eclesiásticos quedaban eximidos de tal obligación.

Asimismo en Francia, el secreto médico en el código penal, se mantuvo la penalización de la ruptura del secreto. Lo contrario ocurría en su Ley de Enjuiciamiento Criminal donde obligaba a denunciar a la Justicia los atentados contra la salud pública o contra la vida de un individuo.

En 1832, en Francia sucedió la negativa de los médicos a facilitar al ministro de la policía información sobre los heridos a quienes habían atendido, señalando que esa exigencia suponía un atentado a sus prerrogativas profesionales y su honor, entre ellos se encontraba Dupuytren.

En 1890, Warren y Brandeis publicaron en el Harvard Law Review, un artículo titulado *The right to privacy*, que alentaba que los ciudadanos tenían el derecho general a la intimidad y podían defenderlo y asegurarlo mediante la denuncia de quienes lo violaran. Así surgió la introducción del derecho a la *intimidad*, que posteriormente generó cambios y la concepción del secreto médico pasó a ser de deber beneficentista del médico a un *derecho del paciente* (4).

En las últimas décadas nace el principio de *autonomía*, que se incluye en el derecho al consentimiento informado, el cuál ha hecho que se desvanezca el secreto de información a pesar de códigos éticos recientes como el francés que en 1979 establecía ocultarle al paciente del diagnóstico y tratamiento, o el italiano de 1989, que permitía ocultar la verdad al paciente y revelársela al familiar.

Posteriormente aparecen *terceras partes* a cargo de los aspectos financieros, como los sistemas nacionales de salud y compañías de seguros, que reclaman una información necesaria por razones administrativas o de control de gasto. Por otra parte, al crecer el equipo asistencial, con mayor número de médicos, otros especialistas en atención a la salud comparten información antigua que quedaba confinada sólo a la relación médico-paciente y a la que ahora tiene acceso un sin número de profesionales y asistenciales. De la misma manera la exigencia de la colaboración de los médicos en la lucha contra las enfermedades contagiosas o el crimen, han creado situaciones en las que se ve comprometido el secreto médico.

A este siglo también pertenece la concientización a los derechos humanos en general, los derechos a la salud y a la atención sanitaria, donde se amplía lo relacionado en materia de experimentación, todo lo anterior contribuyó para prevenir abusos y la utilización inadecuada de la medicina, y que ha quedado redactada en innumerables códigos éticos, dentro de los cuales se destaca el principio del secreto. La confidencialidad se sitúa entonces en los Códigos de Nuremberg o Helsinki, entre los requisitos éticos de toda experimentación (14).

El Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas que elaboró los requisitos de uniformidad para manuscritos, que fueron presentados para la publicación de revistas biomédicas, afirma que:

"Los pacientes tienen un derecho a la privacidad que no debe ser violado sin su consentimiento informado. No debe publicarse información de identificación en las descripciones a menos que den su consentimiento informado por escrito para la publicación. Deben omitirse los detalles identificadores si no son esenciales, pero no han de alterarse nunca los datos de los pacientes en un intento de conseguir el anonimato y debe obtenerse el consentimiento informado.

La revista *British Journal of Psychiatry* indica que si se describe a un paciente, habrá que obtener su consentimiento, además que el propio paciente debe leer el artículo antes de su remisión a la revista (15).

El Código Español de Deontología Médica, en su artículo 39.2 afirma: "El médico no podrá emplear en las presentaciones científicas escritas, orales o visuales, ningún nombre o detalle que permita la identificación del paciente o de la persona sobre la que se investiga".

Los médicos antiguos sabían bien lo importante que era obtener la confianza del enfermo, como es el caso de Maimónides que dijo "Haz que mis pacientes tengan confianza en mí y sigan mis consejos y prescripciones", y Arnau de Vilanova que recomendó al médico que "Sea cauto en guardar silencio de lo que no conviene divulgar y de esta manera se hará acreedor a que no le copien sus secretos". Lo que hace que la confianza del paciente en el médico tenga un fin social con utilidad moral que convertía al secreto médico en un requerimiento social (16).

Pero dicha confianza toma después otra dimensión, se torna menos utilitaria, como la define Laín *Entralgo*, siendo un elemento básico de la relación médico-enfermo, basada en la *amistad médica*, con sus elementos de benevolencia, beneficencia y confidencia. Por lo que la confianza viene siendo ya un elemento esencial en la relación terapéutica basada en el secreto: "No hay medicina sin confianza, ni confianza sin confidencia, ni confidencia sin secreto" (Pr.Portes).

A principios del siglo XIX se penaliza, desde otra perspectiva, la ruptura del secreto profesional, lo que hace pensar que la intimidad y la vida privada, alcanzan una nueva categoría. Tiempo después al desarrollarse la idea del derecho a la intimidad, el secreto médico toma el propósito de respetar el sentimiento de individualidad del paciente y salvaguardar la confianza. El sentimiento de individualidad es, relativamente, un valor reciente, y al explicar su fundamentación histórica dentro del secreto médico y que no puede atribuirsele la misma relevancia que tiene la confianza.

La vigencia del secreto médico también se ha puesto en duda, como lo fue en el caso del jurista francés EH Perreau en 1908, pues planteaba que el secreto médico era una institución anticuada y abocada a la desaparición. Es entonces cuando el secreto médico comenzó a ser *relativo*, precisándose ya en los Códigos Deontológicos españoles de 1978, 1991 y 1999. Las razones a favor del *secreto relativo*, se basaron en la necesidad de preservar intereses más elevados que los del individuo afectado. Es decir, el derecho individual cede, ante el colectivo; o en terminología de principios bioéticos, el principio de autonomía cede ante el de justicia. La ruptura del secreto médico es posible; para comunicar una epidemia o por un imperativo legal, orientado siempre al bien social, justificado así, con estos argumentos, como lo señaló Jiménez Asúa.

Otra situación de ruptura del secreto médico fue para evitar un perjuicio a otra persona y hoy día es una cuestión de actualidad. Tras la resolución del Tribunal Supremo de California sobre el caso Tarasoff, que imponía la ruptura en su primera decisión y que después declaró el deber de alertar a la víctima potencial sobre el riesgo posible de daño a terceros. Esta exigencia colocó al médico como *denunciante* (16).

Así mismo las asociaciones médicas estadounidenses y canadienses tomaron en cuenta la posibilidad de ruptura del secreto médico, con el fin de proteger a una tercera persona y más en el caso de parejas de personas con enfermedades de transmisión sexual. Existe ahora un argumento *moral* para la ruptura del secreto médico a favor de una tercera persona en peligro (33).

Posteriormente algunos códigos internacionales han tomado en cuenta la posibilidad o el deber de divulgar ciertos hechos con este fin, como la Declaración sobre Maltrato y Abandono del Niño, adoptada por la 36 Asamblea de la Asociación Médica Mundial (1984). La Declaración Provisional de la Asociación Médica Mundial sobre SIDA, adoptada por la 39 Asamblea de la Asociación Médica Mundial (1989), con el necesario respeto general a la confidencialidad (18).

Actualmente la regulación del secreto médico es externa, *extraprofesional* y basada en argumentaciones que se alejan de las ideas originales. Al médico ahora se le impone un deber de revelar secretos en función de intereses sociales, incorporándose al deber que imponen las leyes y los códigos deontológicos de la profesión, por lo que en los últimos años, los cambios que ha sufrido el secreto médico han participado en eliminar los restos sacerdotales de la práctica médica, como lo fue en un principio (20).

El secreto profesional obliga al médico aún después de que el paciente haya muerto y no se limita sólo a lo que éste comunique al médico sino lo que él vea y conozca, directa o indirectamente, sobre el proceso patológico y su vida, extendiéndose a su familia: Si el médico al tratar al paciente conoce sucesos íntimos que no deben ser conocidos, tiene la obligación de no revelarlos (21).

A los estudiantes de medicina y personas involucradas en la atención médica también los obliga al secreto profesional, pues es necesario asegurar al enfermo que todo lo relativo a su vida será guardado en reserva.

El ejercicio de la medicina actual plantea problemas de confidencialidad, hace algunos años todavía en el acto médico intervenían el médico y el paciente, pero dada la complejidad de la medicina moderna han hecho que muchas personas intervengan en la atención de un enfermo, por lo cual dificulta que se guarde el secreto médico o la confidencialidad (22).

Otro problema es el desarrollo de la informática en el ejercicio de la medicina, ya que los datos del paciente quedan expuestos a muchas personas y pueden ser conocidos, pudiendo revelarse con facilidad. La historia médica pertenece al paciente y no debe ser revelada su información, sin el consentimiento de este, por lo que enfermeras y demás personas paramédicas deben ser conscientes de que ellos también tienen esta obligación (23).

ASPECTOS LEGALES Y ÉTICOS EN MÉXICO

Respecto a las leyes conocidas en nuestro país estas son escasas con relación a otros países, en parte desconocidas por el personal médico y muy poco aplicadas en aspectos jurídicos.

Desde el punto de vista jurídico existe el Código Penal y la Ley General de Salud que se profundiza en la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994 Para la atención psiquiátrica integral. No obstante con los textos en el área jurídica es más conocida la confidencialidad desde el punto de vista ético.

En materia jurídica, debemos precisar que en el Código Penal, en su título décimo tercero. "De Delitos contra la intimidad personal y la inviolabilidad del secreto". En su capítulo I, Violación a la intimidad, estipula en su artículo 212. -

"Se impondrá de seis meses a tres años de prisión, al que sin consentimiento de quién esté legitimado para otorgarlo y, para conocer asuntos relacionados con la intimidad de la persona:

- I. Se apodere de documentos u objetos de cualquier clase; o
- II. Utilice medios técnicos para escuchar, observar, grabar la imagen o el sonido.

Este delito se perseguirá por querrela".

En su capítulo II, "De revelación de secretos", en su artículo 213, menciona:

"Al que sin consentimiento de quién tenga derecho a otorgarlo y en perjuicio de alguien, revele un secreto o comunicación reservada que por cualquier forma haya conocido o se le haya confiado, o lo emplee en provecho propio ajeno, se le impondrán prisión de seis meses a dos años y de veinticinco a cien días multa.

Si el agente conoció o recibió el secreto o comunicación reservada con motivo de su empleo, cargo, profesión, arte u oficio o si el secreto fuera de carácter científico o tecnológico, la prisión se aumentará en una mitad y se le suspenderá de seis meses a tres años en el ejercicio de la profesión, arte u oficio. Cuando el agente sea servidor público, se le impondrá además destitución e inhabilitación de seis meses a tres años" (24).

Otro instrumento legal, es la Ley General de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1987, en cuyo capítulo III, publica en algunos de sus artículos lo referente a secreto médico o confidencialidad.

Artículo 133.

"La información personal que el enfermo mental proporcione al médico psiquiatra o al personal especializado en salud mental durante su tratamiento será manejada con discreción, confidencialidad y será utilizada únicamente con fines científicos o terapéuticos. Sólo podrá ser dada a conocer a terceros mediante orden de la autoridad judicial o sanitaria".

La Norma Oficial Mexicana NOM- 025-SSA2-1994, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, que entró en vigencia a partir de noviembre del año 1995, refiere de la confidencialidad lo siguiente, en sus numerales.-

4. Disposiciones generales: Respecto a los servicios de atención hospitalaria médico-psiquiátrica, el ingreso será voluntario, involuntario u obligatorio, y agrega en el numeral 4.6.3 Confidencialidad en el manejo del diagnóstico y de la información.

8. De los derechos y de respeto a la dignidad de los usuarios:

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

8.10 Que la atención psiquiátrica o terapéutica que se le preste sea de conformidad con las normas éticas pertinentes que rigen a los profesionales de la salud mental.

8.12 Que la información, tanto la proporcionada por los propios enfermos o por sus familiares como la obtenida en sus expedientes clínicos, sea manejada bajo las normas del secreto profesional y de la confidencialidad.

En los apéndices, específicamente en el 12.2 B (Informativo) refiere:

Deberán observar la normatividad de las unidades, guardando reserva de la información que por sus funciones conozcan y el respeto a la confidencialidad del expediente clínico que es de acceso exclusivo del personal de las unidades. Podrán tener acceso a los expedientes clínicos los médicos de los comités ciudadanos de apoyo que hayan obtenido la autorización del paciente o de su representante legal y que, por tanto, queden legal y profesionalmente acreditados, siendo ellos, en lo personal, los responsables de la información que manejen en términos de la legislación sanitaria, penal y de profesiones vigente. Funciones de los comités ciudadanos de apoyo:

Tener acceso a la información relativa a programas de tratamiento, incluyendo los expedientes clínicos y los aspectos administrativos relacionados con la unidad, de conformidad con lo estipulado en la ley y en esta norma oficial (25).

Desde el punto de vista ético existe en Psiquiatría el Código Deontológico propuesto por la Asociación Psiquiátrica Mexicana, y recientemente se ha promovido un Código de Ética por la Secretaría de Salud, que fue distribuido a su personal.

Menciono a continuación los aspectos éticos que abarcan el manejo de la confidencialidad.

En México se protege el secreto médico estipulado a través del Código Deontológico, promulgado por la Asociación Psiquiátrica Mexicana desde 1996, que en su Sección I hace mención sobre la práctica profesional del psiquiatra que "Ha de estar dedicada a prestar, en forma competente, servicios de atención médica de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica".

En otros de sus apartados señala:

El paciente deberá poder confiar en el psiquiatra, sabiendo que la ética y la responsabilidad profesional de éste previenen toda posibilidad de que sea explotado o utilizado en función de la gratificación de las necesidades personales del psiquiatra.

El paciente deberá poder confiar en que su padecimiento y su estado mental va a ser entendido por el psiquiatra con respeto y compasión, y que la actitud que despertará en su médico será genuino interés por darle la debida asistencia y ayuda.

El psiquiatra deberá ser consciente de la naturaleza de la relación que se desarrolla con el paciente, que se caracteriza por ser esencialmente privada, altamente personal y, a veces, intensamente emocional. Así mismo, deberá percatarse del impacto que su conducta tiene sobre dicha relación y sobre el bienestar del paciente.

Es éticamente aceptable que el psiquiatra presente el material diagnóstico o terapéutico de pacientes privados o institucionales, con el propósito de recibir supervisión o de compartir y discutir el material con colegas que participen en la revisión del diagnóstico o del tratamiento que el psiquiatra lleva a cabo. Dichas presentaciones han de ser hechas con la debida discreción y respeto a la intimidad.

En lo relativo a pacientes de institución hospitalaria, cuando el caso de un paciente es presentado en sesión clínica, es de entenderse que el paciente va a ser identificado fácilmente aunque su nombre no sea revelado. En dicho caso, los involucrados en la prestación de servicios de salud, médicos y no médicos, deberán respetar la dignidad del paciente guardando sigilo y discreción, sin embargo, será el médico el principal responsable de salvaguardar los intereses del paciente.

En su sección II; refiere que el psiquiatra ofrecerá a los pacientes, colegas y otros proveedores de servicios de salud, un trato caracterizado por honestidad y respeto. Además, mantendrá sigilo en torno a la información obtenida del paciente y en relación a éste, de acuerdo a las obligaciones que señala la ley. Se esforzará por que sean expuestos los médicos que presenten deficiencias de carácter o de competencia, o que incurran en conductas fraudulentas.

Dentro de la misma refiere:

Se considerará aceptable desde el punto de vista ético, e incluso se alentará, que un psiquiatra interceda en situaciones en las que un colega, como consecuencia de

enfermedad, pone en riesgo el bienestar de un paciente o su propia reputación y práctica profesional.

No es aceptable, desde el punto de vista ético, que el psiquiatra busque información, recurriendo a fuentes o medios desconocidos por el paciente o utilice en el manejo terapéutico información que el paciente desconoce.

Considerando que la confidencia es esencial para el tratamiento psiquiátrico, los expedientes psiquiátricos, incluyendo la identificación de la persona como paciente y toda la información que en forma directa o indirecta se ha obtenido de él, deberá manejarse con extremo sigilo. El psiquiatra deberá tener presente los riesgos de infidencia inherentes a la utilización de expedientes electrónicos, copiadoras y banco de datos, los intereses del paciente han de mantenerse siempre como prioridad.

El psiquiatra sólo podrá dar a terceros una información confidencial cuando ha obtenido del paciente la respectiva autorización, o cuando es compelido por una autoridad judicial o sanitaria.

Estos mismos principios se apoyan para la información confiada a instituciones médicas privadas y oficiales y departamentos médicos de empresas privadas y oficiales, universidades, escuelas, etc.

Cuando, a juicio del psiquiatra, el paciente, un tercero, la sociedad o él mismo se encuentran en riesgo grave que puede ser remediado por la revelación de información confidencial, será éticamente aceptable que el psiquiatra proceda a tal revelación.

El secreto profesional no obliga cuando el objeto del secreto es ilícito.

Cualquier material clínico que vaya a ser utilizado en la enseñanza o en la elaboración de ensayos para la presentación en congresos o reuniones científicas o para publicación, deberá ser debidamente modificado para proteger el anonimato de los pacientes y sus familiares.

El psiquiatra deberá ejercer extremo y juicioso cuidado cuando incluye en la exploración o en el tratamiento, en forma apropiada, a un padre o tutor de un menor. En todo caso, el psiquiatra deberá garantizar al menor que guardará la adecuada confidencialidad.

Cuando la revelación de material confidencial esta justificada, el psiquiatra solamente ha de revelar la información relevante a la situación dada. La información relacionada con fantasmas sexuales o con la orientación sexual, por ejemplo, generalmente es innecesaria.

Cuando el psiquiatra ha de explorar a una persona con un propósito que no es estrictamente terapéutico (por ejemplo determinación de capacidad, habilidad

laboral, etc.), antes de iniciar el procedimiento deberá hacerle saber la naturaleza, el propósito de la exploración y las condiciones de falta de confidencialidad inherentes.

Se considera en contra de la ética cualquier utilización con fines personales que haga el psiquiatra de la información obtenida de un paciente.

Cuando el psiquiatra es compelido por la autoridad competente a revelar la información confidencial de un paciente, podrá o no ceder a la compulsión, siempre y cuando su aceptación o negativa se encuentren dentro del marco de la legalidad. Cuando se demuestra que la compulsión es procedente, él psiquiatra deberá tratar de que sólo la información relevante a la situación sea revelada.

Con el debido respeto a la dignidad e intimidad de un paciente y con el correspondiente consentimiento de éste, es aceptable desde el punto de vista ético presentar su caso en una reunión científica, si la responsabilidad al respecto al secreto profesional es entendida y aceptada por los participantes.

Cuando el psiquiatra participa en un proyecto de investigación, está obligado, desde el punto de vista ético, a hacer saber a todos los sujetos de investigación humanos la naturaleza del programa en que están participando, a obtener de ellos el correspondiente consentimiento informado por escrito, y a observar los lineamientos que para la protección de los pacientes establece el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (26).

Existe un Código de Ética proporcionado por la Secretaría de Salud, distribuido a su personal a partir año 2002, abalado por el Secretario de Salud en México Julio Frenk y otros médicos colaboradores donde se especifican estándares de comportamiento, que menciono a continuación:

Estándares de trato profesional. Conductas de los integrantes de los equipos de salud y de sus líderes ante situaciones de la práctica profesional y otras relacionadas:

Guardará con la mayor confidencialidad la información relativa a los pacientes la que sólo se divulgará con autorización expresa del paciente o su tutor, con excepción de las circunstancias previstas en la ley.

Solamente cuando se encuentre un familiar responsable en los casos de incapacidad temporal o permanente de un paciente, estando en peligro su vida, la función o la integridad corporal, el médico deberá tomar la decisión de actuar, solicitando la opinión de otro médico y anotar la justificación de su acción en el expediente clínico.

Estándares de trato social. Comportamiento de los profesionales de la salud en su relación con pacientes, familiares y responsables legales:

Los profesionales de la salud deberán evitar comentar en público aspectos médicos y sociales de los pacientes o de la institución resaltando su propia persona.

El personal de salud respetará profundamente el secreto profesional confiado al médico y no deberá comentar con ligereza o desdén, hechos de la vida de los pacientes, aunque aparentemente no tengan importancia, pero que para ellos tiene gran significación.

Estándares en la formación y desarrollo de personal y de investigación. Comportamiento de los equipos de salud, en actividades de formación de nuevo personal y actualización para el desarrollo y capacitación para el trabajo e investigación científica:

El profesor o tutor, o los alumnos mismos, no deberán discutir los casos clínicos frente a los pacientes o el personal administrativo, así como evitar comentarios que puedan dañar la sensibilidad de los propios pacientes o dar lugar a interpretaciones indebidas.

Los revisores de los protocolos de investigación y artículos para revistas deben respetar la confidencialidad de las nuevas ideas, no debiendo utilizar como suyo aquello de lo que tomaron conocimiento en las revisiones, ni presentar las ideas de otros como propias.

El consentimiento validamente informado que obtenga el médico de sus pacientes deberá ser por escrito y con testigos haciendo constar claramente los riesgos a los que se está expuesto, la privacidad y confidencialidad de los datos del paciente y los beneficios que se esperan obtener así como su libertad para retirarse del estudio (27).

RUPTURA DE LA CONFIDENCIALIDAD

En los últimos veinte años ha cambiado el fundamento ético de la relación médico-enfermo, pasando de la ética a la de la autonomía beneficentista, con la cual se refuerza la intimidad, sin embargo ha tenido hechos que obligan al médico a romper con el deber de confidencialidad.

Consideramos que hay tres circunstancias principales que hacen difícil el mantenimiento del secreto, por causas técnicas, circunstancias socio-sanitarias e imperativos legales.

1. Por razones técnicas:

Al intervenir en el manejo de la atención del paciente varias personas, entre personal de salud y otros profesionales, se hace difícil mantener la confidencialidad. El almacenamiento de expedientes clínicos, sin los adecuados medios de seguridad, el manejo de archivos médicos por profesionales no médicos casi siempre no bien calificado o debidamente entrenado.

Las marcas en solicitudes de análisis para algunas enfermedades, como el SIDA y la facilidad de obtener información sobre pacientes ingresados. Así también las situaciones de urgencia médica, donde el médico debe actuar rápidamente en beneficio del paciente y no puede contar con su consentimiento en ciertas ocasiones. O bien cuando peligra gravemente el enfermo y el médico requiere información, que le ayude a precisar el diagnóstico o si ocurre que otros médicos soliciten información determinada y no se ha podido obtener la autorización del paciente para este hecho. Siendo así, se recomienda actuar como lo haría una persona razonable en beneficio del paciente. En los casos en que se requiere contactar a los familiares, para orientarse a un determinado diagnóstico y tratar adecuadamente al paciente (28) (29) (31).

2. Por situaciones socio sanitarias:

Como las compañías de seguros las cuales solicitan información médica para evitar fraudes o abusos de los servicios que se prestan, por lo que si el médico informa sin autorización del paciente se rompe la confidencialidad, no obstante, desde el contrato que firma el paciente, ya tiene conocimiento de esa posibilidad, la cual ha aceptado. Lo que en psiquiatría es un problema ya que los diagnósticos pueden ser estigmatizantes. La utilización de pacientes para ensayos clínicos, el manejo de historias clínicas con fines epidemiológicos o de otro tipo y la publicación de casos clínicos puede ser otro ejemplo, a pesar que en general se exige el consentimiento por escrito de los pacientes o de algún familiar responsable (32).

En relación a la docencia, los estudiantes de medicina están obligados a guardar la confidencialidad, pero es necesario advertir al paciente esta situación y reservar ciertas confidencias al médico tratante.

3. Por situaciones legales:

Las de relevancia por su frecuencia, son: La obligatoriedad de informar a autoridades sanitarias de algunas enfermedades llamadas de "Notificación obligatoria" entre ellas el SIDA es la más conocida, ante lo cual se han regulado doce Derechos de las personas infectadas, derechos que han sido reconocidos por organismos internacionales entre los que se menciona el derecho a la intimidad y confidencialidad, que no es del todo estricto ya que se requiere notificación obligatoria (31).

El internamiento psiquiátrico en todas sus modalidades ha sido regulado a través de la promulgación de leyes que consideran al enfermo mental en toda su variedad, incluida la de incapaz o sujeto a la tutela, por lo que un Juez está capacitado para ordenar el ingreso del enfermo mental, así mismo tiene la autoridad de reclamar información psiquiátrica, lo que obliga a romper la confidencialidad, pues el Juez también está autorizado para obtener la historia clínica (32).

Los casos de tipo "Tarassoff", hecho conocido por la ruptura de la confidencialidad y los riesgos que esto implicó al comunicarle un estudiante diagnosticado como esquizofrénico de la Universidad de California a su terapeuta la intención de matar a su novia Tatiana Tarassoff, dejando en conocimiento el terapeuta a su superior y estableciendo contacto con la policía, prometiendo el paciente mantenerse alejado de su novia y negando la intención de atacarla, pero dos meses más tarde fue asesinada por este estudiante. Esto ha suscitado la promulgación de leyes de la obligatoriedad del "*Deber de protección*", lo que ha ocasionado múltiples debates, entre los cuales el tema de la confidencialidad tiene gran importancia, por lo que el deber de confidencialidad queda de alguna manera eliminado (33).

En línea con lo anterior, se mencionan más adelante situaciones surgidas a partir del caso "Tarassoff" en los que se debe informar a terceros, contando o no con el consentimiento del paciente, según Appelbaum y Gutheil (1991).

a) Hechos que deben ser tenidos en cuenta en caso de tener que informar a terceros con conocimiento del paciente. Con el menor número de datos posible que el paciente comprenda las posibles implicaciones que se derivan de la revelación de datos solicitados, obtener el consentimiento del paciente por escrito, si el paciente solicita falsear, la postura del psiquiatra deber ser la incorruptibilidad y discutirlo con el paciente.

b) Información a terceros sin el consentimiento del paciente: En situación de urgencia cuando se revelan algunos datos en beneficio del paciente, o cuando el paciente no es competente y carece de responsable legal válido. Cuando debe ser ingresado el paciente sin su consentimiento, con el fin de proteger a terceros o en los casos en que la ley lo pida. Informar siempre al paciente de que se procederá a revelar sus datos, informándoles bases legales para esto y fortalecer la alianza terapéutica.

JUSTIFICACIÓN

En la aplicación de la práctica psiquiátrica con los pacientes, se descubren múltiples patologías, confidencias que no son habituales ni escuchadas en la práctica de la medicina general y que pocas veces el paciente expresa en otro tipo de relaciones interpersonales, tal vez por la vulnerabilidad psíquica en la que se encuentra y lo que representa el psiquiatra, así como por el riesgo de que no se guarde el secreto de la información al exponerse ante otras personas (32).

Un paciente psiquiátrico logra la confianza suficiente para exponer su vida personal, sus conflictos o aliviar sus síntomas, en base a la confianza que deposita en su médico, y esté con su conocimiento, brinda un abordaje terapéutico, que depende de los límites y derechos que tiene el paciente hacia la confidencialidad.

Sin embargo la psiquiatría tiene obligaciones de tipo legal de evidenciar riesgos que afecten a la comunidad y una función con el paciente de dar un tratamiento, con cierto grado de confianza y respeto, de ello dependen de la continuidad, el conocimiento del padecimiento y el abordaje terapéutico correcto.

Hay diferentes opiniones ante el dilema de lo que involucra la confidencialidad y del manejo de esta, algunas consecuencias legales, que la cuestionan y sancionan. El psiquiatra queda desprotegido ante situaciones de divulgación obligatoria y ante leyes imprecisas y poco claras que no establecen objetivos definidos a las situaciones en las que entra en juego el manejo del secreto médico, tema ampliamente desconocido en el ámbito legal de nuestro país.

La influencia de la formación académica, experiencias personales de la práctica psiquiátrica así como el entorno cultural que vive el psiquiatra, son aspectos considerados en este trabajo de investigación.

Es evidente que el secreto médico tiene límites, más desarrollados y esclarecidos en otros países y poco en México así como la aplicación de estos. Ya que se presentan normas sociales, éticas y jurídicas mejor establecidas, por las repercusiones en las que la confidencialidad se ve implicada y que muchas veces en el aspecto médico y jurídico pasan desapercibidas en nuestro país.

En este trabajo de investigación, nació la inquietud de saber como en un medio como el nuestro se desarrolla la actitud y el manejo hacia el secreto médico donde podremos obtener un conocimiento si no nuevo, sí importante del cual pueden surgir muchas dudas que generen pautas aplicables para el manejo de la confidencialidad.

Sinceramente deseo que en la formación psiquiátrica de México se tome en cuenta este tema ya que puede brindar un conocimiento preciso del manejo de la confidencialidad en beneficio de nuestros pacientes en la práctica psiquiátrica.

ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

En 1980 el Dr. Jacob Jay Lindenthal realizó una investigación y análisis de la confidencialidad con la elaboración de una serie de viñetas que representan un conflicto que involucra la confidencialidad a 147 médicos internistas, 200 psiquiatras y 92 psicólogos con un total de 436.

Tales viñetas intervenían en temas como robo en tiendas, abandono familiar, conducción temeraria, desfalcos, alteración de datos, incesto, piromanía, violación y riesgo homicida, evaluadas por el Servicio de Educación de Pruebas de Princeton, New Jersey, la Escuela de Medicina de la Universidad de Connecticut y la Escuela de Medicina de la Universidad de Yale, consolidando su validación y consistencia.

Se realizó un análisis de multivarianza en las decisiones de confidencialidad, este análisis mostró significancia en el grupo completo. Con una Lambda = .87, $f = 10.77$ y $p = .001$, $df = 2.433$, indicando diferencias entre los internistas, psiquiatras y psicólogos, en sus decisiones respecto al manejo de la confidencialidad. Cada respuesta reflejo un valor que se menciona a continuación:

- Orientada al paciente
- Orientada a la sociedad
- Orientadas a ambos, paciente y sociedad.

Para realizar un procedimiento estadístico, se empleo una asignación arbitraria, con los valores siguientes:

Un valor de 10 a respuestas orientadas al paciente.

Un valor de 20 aquellas que preservan la confidencialidad y que van más allá de la relación medico paciente.

Un valor de 30 a respuestas que denotan ruptura de la confidencialidad.

La hipótesis fue comprobada con un nivel de significancia de 0.5. También se busco la correlación con una serie de variables sociodemográficas. No se encontró relación estadísticamente significativa con estas y los valores sobre la escala de confidencialidad, pero sí ciertas diferencias entre las mismas sobre todo en psicólogos e internistas Con diferencias significativas en las variables de sexo, edad, lugar de origen, raza, religión y ocupación del padre.

Un análisis de varianza se realizó, para obtener el valor de las viñetas individuales y encontrar las diferencias entre los tres grupos. Los médicos internistas obtuvieron la puntuación mayor de la aplicación de las viñetas, con un valor promedio de 182, con tendencia a romper la confidencialidad, los psicólogos con un valor promedio de 147.7, menos tendientes a romper la confidencialidad, y los psiquiatras con una valor promedio de 159.1, valor mayor a los psicólogos y menor a los médicos internistas, indicando la posibilidad de romper la confidencialidad ($f = 026.636$, $df = 2.406$ y $p = .001$)

Las distribuciones encontradas fueron estadísticamente significativas:

(Psiquiatras vs. psicólogos) $t = 2.52$, $df = 276$, $p = .02$
(Psiquiatras vs. internistas) $t = 5.45$, $df = 320$, $p = .001$
(Psicólogos vs. internistas) $t = 6.71$, $df = 216$, $p = .001$

Se encontró una relación clara entre los psicólogos que recibieron instrucción psicoanalítica, con mayor tendencia a proteger la confidencialidad: ($t = 3.460$, $df = 275$ y $p = .01$) y en los psiquiatras ($t = 3.210$, $df = 189$ y $p = .01$).

Así mismo en el tipo de abordaje predominante para tratamiento en los psicólogos, se encontró hacia la aplicación de la orientación psicoanalítica vs. sin orientación psicoanalítica (otras) ($t = 3.64$, $df = 276$ y $p = .001$) y en los psiquiatras ($t = 3.05$, $df = 188$ y $p = .003$) que fue estadísticamente significativa.

Los internistas son más tendientes a romper la confidencialidad, mientras que los psicólogos lo son menos. En los psiquiatras, se encontró una inclinación a la respuesta que indica orientar al paciente.

Con una correlación de Pearson para cada uno de los tres grupos que habían tenido alguna experiencia previa a los presentados en las viñetas que fue de la siguiente manera:

Psiquiatras: $r = .01$ $p = NS$
Psicólogos: $r = .22$ $p = .02$
Internistas: $r = .03$ $p = NS$
Total: $r = .19$ $p = .001$

Concluyendo que el cuidado de la salud conlleva al riesgo de violar las confidencias en la práctica clínica dependiendo de la orientación profesional en los psiquiatras, psicólogos o médicos internistas, otros factores que influyen son la orientación clínica de los psiquiatras y psicólogos que juegan este rol. Por lo que los pacientes en el futuro pueden empezar a elegir conscientemente la profesión clínica y orientación, que puede ser responsable en la ruptura de la confidencialidad (34) (35).

En 1982 el Dr. Jacob Jay Lindenthal y Thomas Claudewell realizaron un estudio comparativo en psiquiatras (n =192), pacientes psiquiátricos y no psiquiátricos en el manejo de la confidencialidad en la relación médico paciente (n =152) tomando en cuenta una serie de variables sociodemográficas y las viñetas ya antes mencionadas, así como versiones modificadas del cuestionario para su aplicación en los pacientes. Sus resultados mostraron que los pacientes psiquiátricos divulgan más las confidencias a sus amigos y familia, los que pertenecen a una clase social más alta y con mayor frecuencia en hombres, siendo menor la probabilidad de romper la confidencialidad en pacientes no psiquiátricos. Con menor probabilidad en los psiquiatras de romper la confidencialidad. Encontrando en los pacientes la creencia de que los psiquiatras pueden divulgar información que genera un temor a que su información sea evidenciada, con la imposibilidad en la búsqueda de tratamiento psiquiátrico (36).

El Dr. Lako, Huygen, Lindenthal y Persoon, describieron el manejo de la confidencialidad en médicos generales, con la aplicación de las mismas viñetas, en Holanda, encontrando que 27% nunca discuten la información a otros sin el consentimiento del paciente. Y quienes discuten menos la información de sus pacientes, son las médicos jóvenes, mujeres, y quienes involucran al paciente en la toma de decisiones, concluyendo que los médicos requieren una mejor educación acerca del manejo de la confidencialidad (37) (38).

También se realizó un estudio que comparo a tres países E.U.A, Egipto e Israel, sobre el manejo de la confidencialidad, realizado por el Dr. Ghali, Lindenthal y Thomas, ya que los códigos éticos, religiosos y legales podían tener un impacto en el manejo de la confidencialidad. Encontrando que los psiquiatras egipcios e israelitas tienden a romper más la confidencialidad, pero sin diferencias significativas entre estos dos grupos y sí en algunas respuestas a las viñetas aplicadas (39).

Otros estudios por el Dr. Lindenthal y el Dr. Lako en 1991, comparan el desarrollo de la confidencialidad en la práctica médica general en el Este de Holanda y E.U.A (New Jersey), con la aplicación de la escala antes mencionada y la consideración de leyes que rigen el manejo de la confidencialidad, encontrando que los médicos norteamericanos están menos dispuestos a discutir la información sin el consentimiento del paciente de manera verbal o escrita, pero lo hacen en mayor grado comparado con los médicos Holandeses debido a que las leyes son más específicas en el Estado de N. Jersey y son más inespecíficas en Holanda. Los médicos Holandeses tienden a discutir menos con el paciente e informan a terceras personas sin el consentimiento de este, pero rompen menos la confidencialidad. Y en ambos mantienen la tendencia a proteger la confidencialidad, en aquellos psiquiatras de mayor edad, con más años en la práctica médica y que conocen más al paciente (40). Encontrando en todos estos estudios una relación entre el tipo de profesión médica, formación académica, leyes que establecen el manejo de la confidencialidad y el contexto cultural que vive el psiquiatra.

HIPÓTESIS

La actitud hacia la confidencialidad en la práctica psiquiátrica, depende del contexto cultural que se vive para ejercerla lo que hace que se aplique de manera diferente y puede determinar una intervención psiquiátrica adecuada y los límites de esta.

OBJETIVO

Conocer la actitud hacia la confidencialidad en los psiquiatras en dos muestras dentro de la práctica clínica.

OBJETIVOS PARTICULARES

- 1.- Encontrar los casos más frecuentes en la práctica psiquiátrica clínica que ameritan reflexión profunda desde el concepto ético-legal de la Confidencialidad.
- 2.- Evaluar la actitud hacia la confidencialidad en psiquiatras en su práctica clínica.
- 3.- Definir factores que determinan diferencias para el manejo de la confidencialidad.
- 4.- Determinar la existencia de variables sociodemográficas que influyen en el manejo de la confidencialidad.
- 5.- Precisar si existen diferencias entre el manejo de la confidencialidad entre psiquiatras clínicos de dos ciudades diferentes.
- 6.- Encontrar la mayor frecuencia de respuestas elegidas respecto al manejo de la confidencialidad para ambas muestras.

MATERIAL Y MÉTODO

Se tomó en cuenta para el estudio la población de psiquiatras pertenecientes al Consejo Mexicano de Psiquiatría tanto de la Ciudad de México como de la Ciudad de Monterrey, Nuevo León, eligiéndose dos muestras respectivas, cada una formada por 26 sujetos a estudiar, obtenidos por asignación aleatoria del directorio de especialistas certificados del Consejo Mexicano de Psiquiatría, considerando como criterios de inclusión:

- Ejercer la práctica psiquiátrica en la Ciudad de Monterrey y la Ciudad de México.
- Haber sido certificado por el Consejo Mexicano de Psiquiatría.
- Participar de manera completa en el estudio.

El número de psiquiatras que completaron el estudio fue de 23 psiquiatras en la Ciudad de México, excluidos 3 y 24 de la Ciudad de Monterrey, excluidos 2. Los criterios de exclusión fueron los siguientes:

- 1.- Los no localizados por cambio de consultorio o número telefónico equivocado.
- 2.- Los que no cumplieron con los requisitos para llenar el tipo de estudio por aportar datos insuficientes, al no completar las tres partes del estudio.
- 3.- Participar fuera del límite de tiempo establecido.

La investigación consistió en tres partes.

- 1.- Recabar variables sociodemográficas.
- 2.- Realizar una entrevista verbal con el psiquiatra evaluado con el fin de conocer la problemática de mayor frecuencia en torno a la confidencialidad.
- 3.- Contestar una serie de viñetas que evalúan la actitud hacia el manejo de la confidencialidad.

A continuación se explica en que consistieron estas tres partes:

PARTE I .- El investigador entrevistó directamente a los 47 psiquiatras evaluados, utilizando un tiempo aproximado de 50 minutos con cada uno. Con la finalidad de conocer:

1.-Variables sociodemográficas: Que comprenden aspectos culturales, educacionales, de formación académica, tiempo y sitios para ejercer la practica psiquiátrica del psiquiatra evaluado, proporcionadas en un formato y contestadas de manera escrita. Tales como:

- 1) Sexo
- 2) Edad
- 3) Lugar de origen
- 4) Estado civil
- 5) Raza
- 6) Religión
- 7) País de origen del padre
- 8) Escolaridad del padre
- 9) Ocupación del padre
- 10) País de origen de la madre
- 11) Escolaridad de la madre
- 12) Ocupación de la madre
- 13) Formación académica
- 14) Bachillerato
- 15) Licenciatura en Medicina
- 16) Otra Licenciatura o educación Profesional
- 17) Internado de Pregrado
- 18) Servicio Social
- 19) Residencia en Psiquiatría
- 20) Orientación
- 21) Residencia no Psiquiátrica
- 22) Subespecialidad
- 23) Si ha tenido instrucción psicoanalítica
- 24) Términos que describen mejor el abordaje predominante para el tratamiento psiquiátrico
- 25) Proporción de tiempo profesional, que pasan en cada una de las siguientes actividades
 - Atención clínica: (Incluyendo la consulta al paciente)
 - Administración (incluyendo la elaboración de documentos)
 - Investigación
 - Enseñanza
 - Otras actividadesCubriendo un total del 100%.
- 26) Proporción de tiempo que pasan en la atención clínica para ocupar cada uno de los siguientes tipos de instituciones
 - Consultorio privado
 - Hospital privado
 - Hospital general público

- Hospital psiquiátrico del estado
 - Hospital de seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, etc)
 - Centro de salud mental
 - Centro de salud universitario
 - Hospital militar
 - Institución correccional
 - Otro tipo de institución
- Cubriendo un total del 100%

PARTE II .- Entrevista verbal con el psiquiatra evaluado. Cuyo fin fue conocer situaciones frecuentes y con diversos grados de dificultad para manejar la confidencialidad.

La entrevista fue solicitada a los psiquiatras bajo consentimiento verbal, se utilizó una grabadora, para guardar la información y poder mantener la idea precisa de su respuesta así como no omitir partes importantes de esta. Esta información fue exclusiva del entrevistador, no se compartió ningún dato de identificación tanto del psiquiatra evaluado como del caso del paciente.

Las preguntas fueron:

- a) ¿Cuáles problemas en confidencialidad ha tenido en su practica clínica con pacientes psiquiátricos?

A la pregunta se le hizo diversas precisiones como, si se ha encontrado en más de una situación, escoga la más reciente o la más clara que tenga en su mente. Descríbala con ejemplos.

Se tomó en cuenta el primer caso mencionado y más claramente explicado.

Los casos descritos se comentaron con los siguientes entrevistados de la misma muestra para saber si se han encontrado en una situación similar. Guardando estricta confidencialidad de los entrevistados, no se compartió ningún dato de identificación tanto del entrevistado, como del caso del paciente expuesto.

PARTE III .- A los psiquiatras evaluados, se les dió a conocer de manera verbal cada una de las viñetas clínicas cubriendo un total de 10, correspondientes a la escala que evalúa la actitud hacia el manejo de la confidencialidad con el objetivo de conocer la frecuencia de casos vividos similares a los mencionados. Respondiendo "si o no", entendiéndose que "si" al hecho haber tenido una experiencia similar a la viñeta mencionada y "no" al no haber tenido una experiencia similar.

Los temas expuestos en las viñetas fueron:

- 1) Robo en tiendas
- 2) Abandono familiar
- 3) Conducir a alta velocidad
- 4) Desfalcos
- 5) Alteración de datos

- 6) Incesto
- 7) Alcoholismo
- 8) Píromanía
- 9) Paidofilia
- 10) Riesgo homicida.

El paso final consistió en proporcionar al psiquiatra evaluado la escala correspondiente, contestada por escrito, diseñada originalmente para valorar las condiciones bajo las cuales los clínicos se pueden estimular a romper la confidencialidad psiquiatra-paciente, elaborada por el Dr. Jacob Jay Lindenthal.

Cada viñeta abarcó un caso clínico y una serie de respuestas, eligiéndose una o varias de acuerdo al criterio del evaluado. La escala se anexa al final de este trabajo.

No contestar dos o más viñetas, del total de 10 era un criterio de exclusión al estudio, sin embargo bajo esta consideración ninguno quedó excluido del mismo.

El puntaje a cada respuesta tuvo un valor determinado, desconocido por el entrevistado. Puntuación:

- 10: A respuestas que: - Orientan al paciente
- 20: A respuestas que: - Preservan la confidencialidad y
 - Que abarcan más allá de la relación psiquiatra-paciente.
- 30: A respuestas que: - Denotan la ruptura de la confidencialidad

Se realizó un estudio descriptivo, observacional descriptivo y transversal, el análisis estadístico utilizado para estudiar las variables fue la "t" de student y correlación de Pearson para encontrar la relación de las variables con los resultados de la escala y para poder comparar las dos muestras comprendidas entre la Ciudad de México y Monterrey.

RESULTADOS

PARTE I

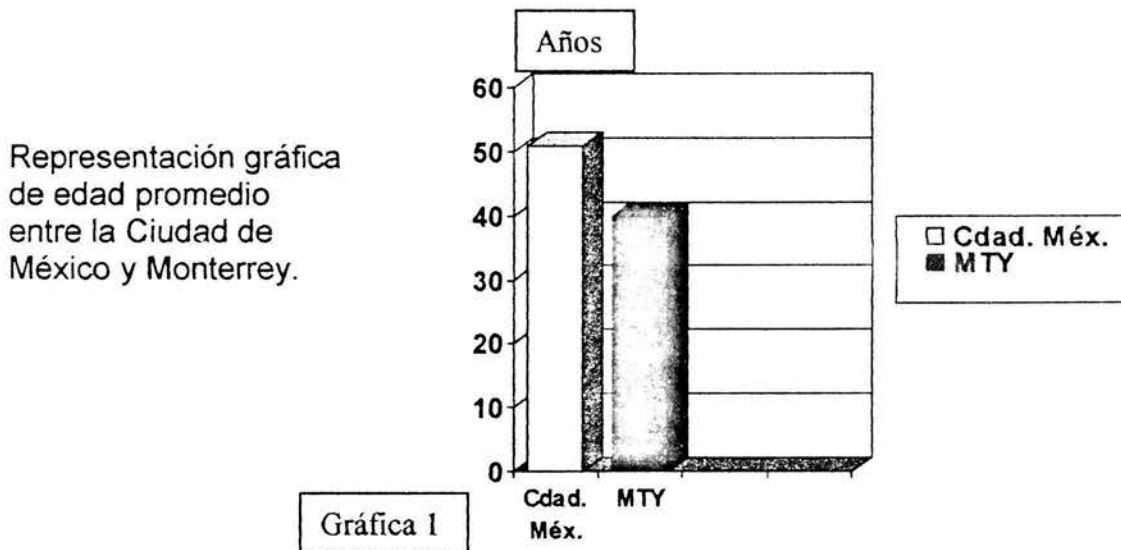
En relación a las variables principales, como la edad, se encontró una diferencia de casi 10 años entre una y otra muestra, mayor en la de la Ciudad de México (media de 51.04) con Monterrey que fue de (media 40.50 años).

Ninguna relación estadísticamente significativa fue encontrada en las variables sociodemográficas principales como edad, sexo, estado civil y religión, a excepción de lugar de origen.

Grupos estadísticos

	Procedencia	n	Media	Desviación estándar	Error estándar de la media
EDAD	1. Ciudad de México	23	51.04	9.72	2.03
	2. Monterrey	24	40.50	6.12	1.25

Cuadro 1. Edad de las muestras, desviación estándar y error estándar de la media.



Se encontró una diferencia entre la media de edad de las mujeres psiquiatras de la Ciudad de México y Monterrey de casi 10 años mientras que en la de hombres fue similar siendo mayor para ambos sexos en la Ciudad de México que en Monterrey.

Edad promedio	Ciudad de México	Ciudad de Monterrey
Total	50.04	40.5
Mujeres	49.75	39.55
Hombres	51.73	41.06

Cuadro 2. Edad promedio para ambas muestras

En relación al Lugar de origen. la muestra obtenida de la Ciudad de México se abarcaron 13 psiquiatras originarios de la Ciudad de México representando el 57% de la muestra, 1 de la Ciudad de Monterrey siendo el 4%, y 9 foráneos siendo el 39%.

Mientras que de la muestra obtenida de Monterrey, ninguno fue originario de la Ciudad de México, originarios de Monterrey 17 representando el 71% y foráneos 7 que correspondió al 29%. Con una chi2 significativa.

Variable		Lugar de Origen			Total
		Ciudad de México	Ciudad de Monterrey	Foráneos	
Procedencia	1. Ciudad de México	13	1	9	23
	2. Monterrey	0	17	7	24
Total		13	18	16	47

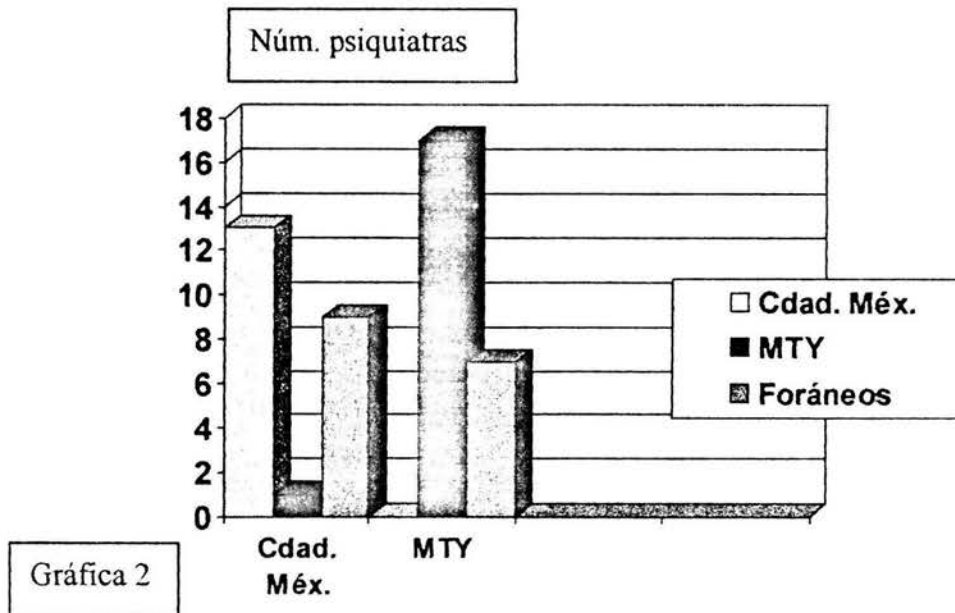
Cuadro 3.1. Frecuencia del lugar de origen para ambas muestras

Lugar de origen

Prueba de Chi 2

Cuadro 3.2 Valor de Chi para la variable: Lugar de origen

	Valor	df	p
Chi 2	27.463	2	.000



Resultaron en la muestra de la Ciudad de México 8 mujeres representando el 35% de la muestra y 15 hombres correspondiendo al 65%. Mientras que en la Ciudad de Monterrey resultaron 9 mujeres siendo el 37% y 15 hombres correspondiendo al 63%. En total 17 (36%) y 30 (64%). Con una Chi2 no significativa.

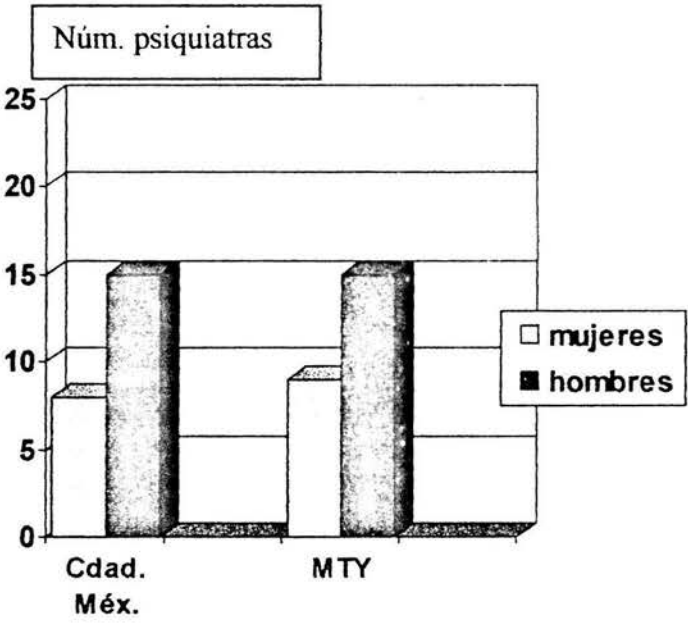
		SEXO		Total
		Mujeres	Hombres	
Procedencia	1. Cdad. de México	8	15	23
	2. Monterrey	9	15	24
Total		17	30	47

Cuadro 4. Frecuencia de hombres y mujeres para ambas muestras

Sexo

Cuadro 4.1. Valor de Chi para la variable: Sexo

Prueba de Chi 2			
	valor	df	p
Chi 2	.038	1	.846



En relación al estado civil se encontró un mayor número de psiquiatras casados en ambas muestras, en la Ciudad de México 13 (57%) y en Monterrey 18 (75%), seguido de los solteros 5 (22%) y 3 (13%) respectivamente, divorciados 4 (17%) y 2 (8%) respectivamente, otro estado civil que correspondió a unión libre, ninguno en la Ciudad de México y 1 (4%) en Monterrey. Una Chi2 no significativa.

Muestras		Estado civil				Total
		Casado	Soltero	Divorciado	Otro	
Procedencia	1. Ciudad de México	13	5	4	1	23
	2. Monterrey	18	3	2	1	24
Total		31	8	6	2	47

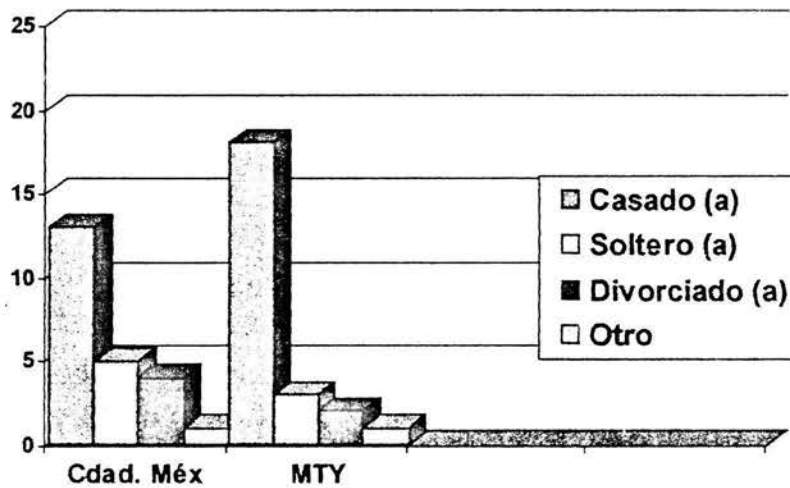
Cuadro 5. Frecuencia de la variable de estado civil para ambas muestras

Estado civil

Cuadro 5.1. Valor de Chi para la variable: Estado civil

Prueba de Chi 2			
Chi 2	valor	df	p
Chi 2	1.953	3	.582

Núm. de psiquiatras



Gráfica 4

En la distribución de los grupos religiosos entre los psiquiatras de ambas muestras predominó la religión católica en la Ciudad de México 13 (57%) y en Monterrey 19 (79%), le siguieron aquellos sin ninguna religión 7 (30%) y 2 (8%) respectivamente, seguidos de otras religiones que abarcaron la budista, judía y la agnóstica. 3 (13%) en la Ciudad de México y 3 (13%) en la Ciudad de Monterrey.

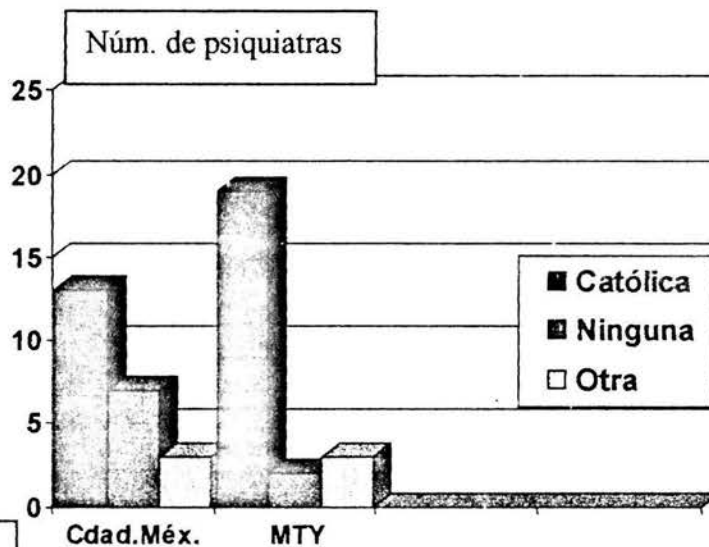
		Religión			Total
		Católica	Ninguna	Otra	
Procedencia	1. Ciudad de México	13	7	3	23
	2. Monterrey	19	2	3	24
Total		32	9	6	47

Cuadro 6. Frecuencia de la variable religión para ambas muestras

Religión

Cuadro 6.1 Valor de Chi Para la variable: Religión

Prueba de Chi 2			
	Valor	df	p
Chi 2	3.883(a)	2	.143



Gráfica 5

Las variables sociodemográficas significativas con el manejo de la confidencialidad que se encontraron fueron: Internado de Pregrado-Institución; Internado de Pregrado-Duración; Residencia Psiquiátrica-Institución; Residencia Psiquiátrica-Orientación y Subespecialidad-Tipo.

En el internado de pregrado, en la Ciudad de México sólo 2 (9%) lo hicieron en hospital privado, 9 (39%) en hospital general público, 1 (4%) en hospital psiquiátrico del estado, 11 (48%) en hospital de seguridad social y ninguno en centro de salud universitario. De la Ciudad de Monterrey 6 (25%) no realizaron internado de pregrado, ninguno en hospital privado, sólo 2 (8%) en hospital general público, ninguno en hospital psiquiátrico del estado, 2 (8%) en hospital de seguridad social y 14 (58%) en centro de salud universitario. A continuación se presenta el valor de esta variable, su valor de Ch2, df y p significativa así como su representación gráfica.

Falta página

N° 34

Otra variable significativa fue internado de Pregrado-Duración, donde se encontró que en la muestra de la Ciudad de México 22 (96%) lo hicieron en un año y sólo 1 (4%) en dos años. Mientras que en la Ciudad de Monterrey 6 (25%) no hicieron internado; 10 (42%) lo hicieron en un año y 8 (33%) en tres años.

Internado de Pregrado-Duración

		Años cursados				Total
		0 años	1 año	2 años	3 años	
Procedencia	1. Ciudad de México	0	22	1	0	23
	2. Monterrey	6	10		8	24
Total		6	32	1	8	47

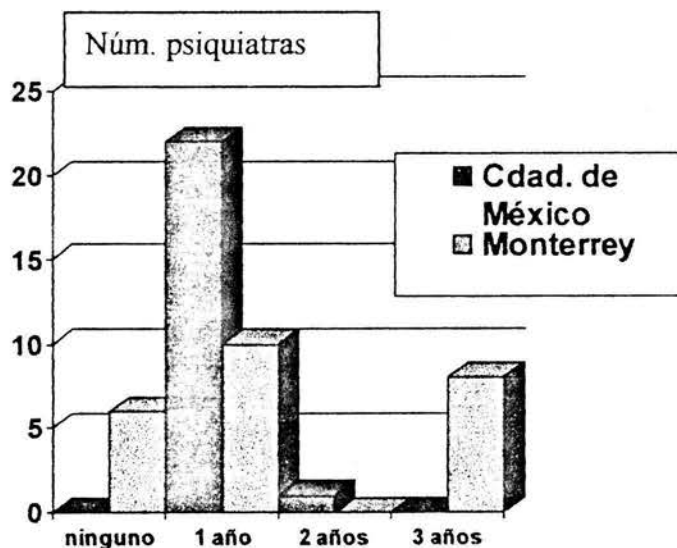
Cuadro 8. Frecuencia de la variable internado de Pregrado-Duración para ambas Muestras.

Internado de Pregrado Duración

Cuadro 8.1. Valor de Chi
Para la variable: Int.-Pregrado-Duración
-Duración

Prueba de Chi 2

	Valor	df	p
Chi 2	22.697	3	.000



En la variable Residencia Psiquiátrica-Institución, en la Ciudad de México sólo 1 (4%) la realizó en Hospital universitario, 1 (4%) en hospital de seguridad social, 5 (22%) en hospital privado y 16 (70%) en hospital psiquiátrico del estado. Mientras que en la Ciudad de Monterrey 17 (71%) la realizaron en hospital universitario, 1 (4%) en hospital de seguridad social, 2 (8%) en hospital privado y 4 (17%) en hospital psiquiátrico del estado.

Residencia Psiquiátrica- Institución

		Institución				Total
		Hosp. Universitario	Hosp. Seguridad social	Hosp. Privado	Hosp. psiq. estado	
Procedencia	1. Cdad. de México	1	1	5	16	23
	2. Monterrey	17	1	2	4	24
Total		18	2	7	20	47

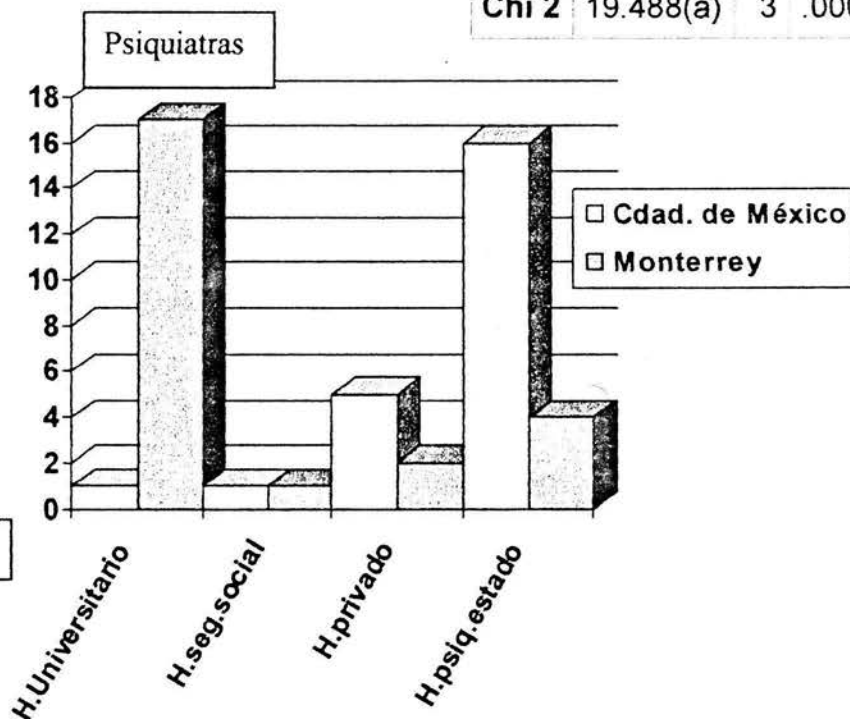
Cuadro 9. Frecuencia de la variable Residencia-Institución para ambas muestra

Residencia en Psiquiatría- Institución

Cuadro 9.1. Valor de Chi para la variable: Residencia Psiquiátrica-Institución

Prueba de Chi 2

	Valor	df	p
Chi 2	19.488(a)	3	.000



Gráfica 7

Otra variable significativa fue la Residencia Psiquiátrica-Orientación, se abarcaron la ecléctica, psicoanalítica, conductual y biológica. En la muestra de psiquiatras de la Ciudad de México 15 (60%) recibieron orientación ecléctica, 2 (9%) psicoanalítica y 6 (26%) biológica. Y en la Ciudad de Monterrey recibieron 5 (21%) orientación ecléctica, 18 (75%) psicoanalítica y 1 (4%) biológica. Con un valor de Chi 2 significativa.

Residencia en Psiquiatría-Orientación

		Tipo de orientación			Total
		Ecléctica	Psicoanalítica	Biológica	
Procedencia	1. Cdad. de México	15	2	6	23
	2. Monterrey	5	18	1	24
Total		20	20	7	47

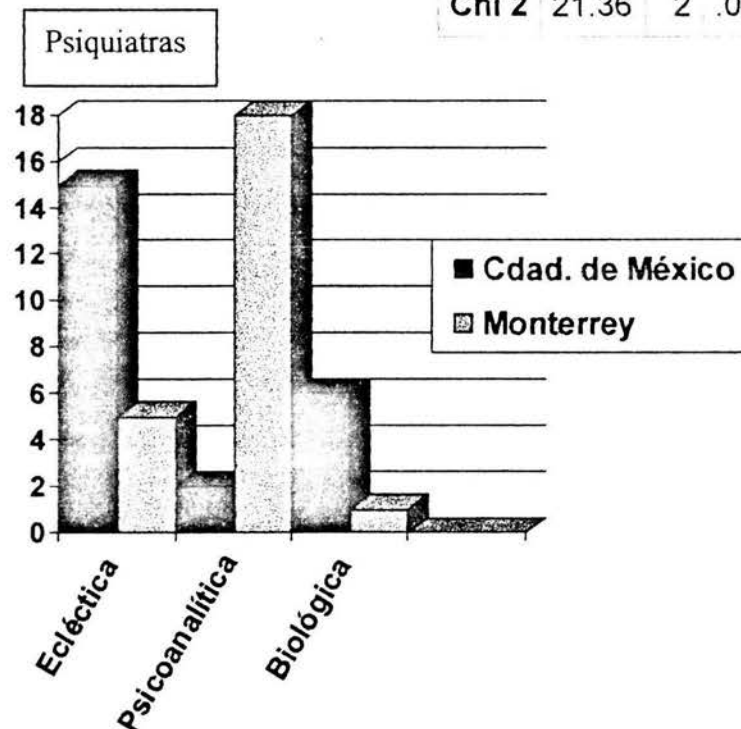
Cuadro 10. Frecuencia de la variable residencia en psiquiatría-orientación para ambas muestras.

Residencia en psiquiatría Orientación

Prueba de Chi 2

	Valor	Df	p
Chi 2	21.36	2	.000

Cuadro 10.1 Valor de Chi para la variable: Residencia en Psiquiatría-Orientación



Gráfica 8

La última variable significativa, fue la de Subespecialidad-Tipo, resultando en la muestra de psiquiatras de la Ciudad de México, 18 (78%) con una subespecialidad, mientras que en la Ciudad de Monterrey 11 (46%) con Subespecialidad.

El tipo de Subespecialidad en la Ciudad de México abarcó 5 (22%) psiquiatras con psiquiatría de enlace, 3 (13%) con psicoterapia médica, 3 (13%) con psicoanálisis, 2 (9%) con paidopsiquiatría, 1 (4%) con neurociencias, 1(4%) con sexología y 1 (4%) con adictología.

En la Ciudad de Monterrey se encontraron 2 (8%) psiquiatras con la Subespecialidad de psiquiatría de enlace, ninguno con psicoterapia médica, 5 (21%) con psicoterapia grupal, de familia y pareja, 2 (8%) con psicoanálisis, 1 (4%) con paidopsiquiatría y 1 (4%) con psicogeriatría, no se encontraron sexología, adictología, psicoterapia médica, ni neurociencias como las subespecialidades encontradas en la Ciudad de México.

Subespecialidad-Tipo

	Tipo										T O T A L
	Enla- ce	Psico. Méd.	T. grupal, fam. Y pareja	Psicoa- nálisis	Paido- psiquiatra	Neuro- ciencias	Sexo- logia	Adict- ologia	Psico- geriatr ia	Nin- guna	
1. C. Méx.	5	3	2	3	2	1	1	1	0	5	23
2. MTY	2	0	5	2	1	0	0	0	1	13	24
Total	7	3	7	5	3	1	1	1	1	18	47

Cuadro 11. Frecuencia de la variable Subespecialidad-Tipo para ambas muestras

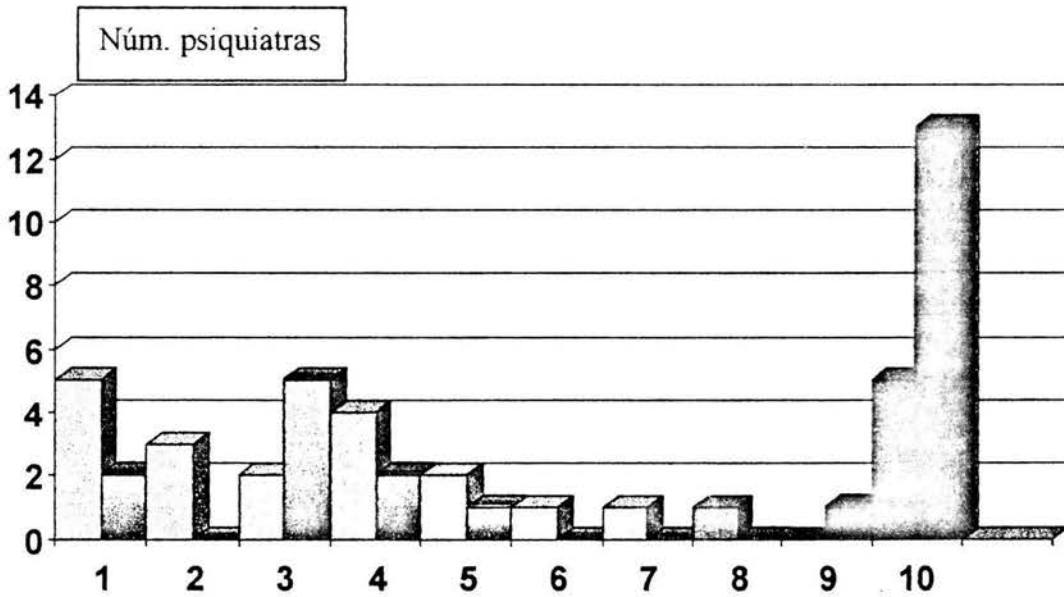
Subespecialidad Tipo

Cuadro 11.1. Valor de Chi para la variable

Prueba de Chi 2

Subespecialidad -Tipo

	Valor	df	p
Chi 2	29.811	10	.001



Gráfica 10

- 1. Psiquiatría de enlace 4. Psicoanálisis 7. Sexología
- 2. Psicoterapia médica 5. Paidopsiquiatría 8. Adictología
- 3. Terapia grupal, familia o pareja 6. Neurociencias 9. Psicogeriatría 10. Ninguna

Ninguna de las otras variables consideradas tuvo un valor significativo estadísticamente para la prueba Chi 2.

PARTE II

SITUACIONES ENCONTRADAS EN LA CIUDAD DE MÉXICO QUE OCURREN CON MAYOR FRECUENCIA A TRAVÉS DE LAS ENTREVISTAS CON LOS PSIQUIATRAS n =23

Se describe el primer caso mencionado por cada evaluado conforme se presentaron temas distintos y se presentan por orden de frecuencia.

PETICIÓN DE INFORMACION POR FAMILIARES

I. Un Hombre de 40 años, acude a psicoterapia con usted por adicción a sustancias. Las consultas son pagadas por su padre siempre. Usted se va dando cuenta que por su adicción ha tenido fracasos escolares, inadaptación social, problemas familiares y emocionales. Tiempo después su padre lo busca constantemente y le pregunta su aún se droga y si lo hace porque lo hace.

19 PSIQUIATRAS CONTESTARON HABER TENIDO UNA SITUACIÓN IGUAL O SIMILAR

RELACIONES SEXUALES CON EL TERAPÉUTA

II. Una mujer acude a psicoterapia por primera vez, le comenta que ella ya ha tenido tratamiento de psicoterapia con otro psiquiatra y que como parte de su tratamiento ella ha tenido relaciones sexuales con él, le menciona el nombre del psiquiatra y le pregunta cuanto cobra usted por dicho tratamiento, pues tiene la intención de continuar con ese mismo tipo de atención.

18 PSIQUIATRAS CONTESTARON HABER TENIDO UNA SITUACIÓN IGUAL O SIMILAR

NARCOTRÁFICO

III. Un hombre acude con usted por ayuda, pues presenta mucha ansiedad ya que consume cocaína y alcohol que han sido fruto de lo obtenido, al estar involucrado en una banda bien organizada que se dedica a robos y el comercio de drogas. Le comenta que se encuentra arrepentido y tiene el deseo de dejar su adicción, además de que ha formado una familia y acaba de tener a su bebé.

16 PSIQUIATRAS CONTESTARON HABER TENIDO UNA SITUACIÓN IGUAL O SIMILAR

RIESGO SUICIDA

IV. Un joven acude con usted, debido a que hace un año murió su padre, desde entonces se ha sentido triste y angustiado, durante la consulta le comenta que ya se ha lesionado en los brazos y piernas con una navaja, para sentir alivio, no le menciona que se va a lesionar nuevamente, pero a la siguiente consulta llega lastimado y se niega a que se le informe a su madre debido a que ella no lo sabe.

13 PSIQUIATRAS CONTESTARON HABER TENIDO UNA SITUACIÓN IGUAL O SIMILAR

DEUDAS ECONÓMICAS POR EL PADECIMIENTO ACTUAL

V. Un colega le pide a usted valorar a un paciente extranjero de 45 años, al comenzar la entrevista este se muestra reticente y usted se va dando cuenta que padece de un cuadro depresivo, motivo por el cual él no habría las cartas que llegaban a su domicilio en las que solicitaban pago de impuestos y otras cuentas o adquisiciones que el mismo había solicitado, esto ha generado múltiples deudas a lo largo de su padecimiento. Es notorio que tiene problemas sentimentales y se encuentra muy mal.

11 PSIQUIATRAS CONTESTARON HABER TENIDO UNA SITUACIÓN IGUAL O SIMILAR

INCESTO

VI. Una mujer acude para recibir atención, le comenta que hay una información que tiene que ver con su sexualidad y que no puede decir, lo identifica como un problema que necesita tratamiento. Durante la adolescencia fue víctima de violación en dos ocasiones, posteriormente desarrollo un trastorno psicótico, el cual usted identifica en ese momento. Además menciona que después desarrollo una relación incestuosa con su hija de 8 años y la paciente se cuestiona si esta información debe abrirse al padre de su hija y a la familia. Una vez controlada la psicosis, la paciente sostiene el mismo tema de la conversación con usted y le pide ayuda.

10 PSIQUIATRAS CONTESTARON HABER TENIDO UNA SITUACIÓN IGUAL O SIMILAR

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL POR TERCERAS PERSONAS

VII. Un paciente de 20 años con trastorno de personalidad es hospitalizado por haber tenido un intento suicida, durante la hospitalización usted se da cuenta que es homosexual y le realizan prueba de VIH, la cual resulta positiva, otro integrante del equipo médico le informa a un familiar del paciente sobre este resultado y este familiar se lo comunica al paciente, debido a esta noticia el paciente intenta lastimarse con un vidrio.

10 PSIQUIATRAS CONTESTARON HABER TENIDO UNA SITUACIÓN IGUAL O SIMILAR

ABORTO

VIII. Una paciente adolescente, acude a consulta debido a que tiene dificultades para tomar responsabilidades, ella es madre soltera. Le comenta que actualmente se encuentra embarazada y ha decidido abortar, se lo ha comentado a su novio y él está de acuerdo. Esta decisión es desconocida por su madre y desea no se entere sobre la situación, pues se molestaría demasiado.

9 PSIQUIATRAS CONTESTARON HABER TENIDO UNA SITUACIÓN IGUAL O SIMILAR

ESTAFAS ECONÓMICAS

IX. Un hombre acude con usted por tener sentimientos de soledad y la necesidad de mantener una imagen diferente de sí mismo ante los demás, durante la consulta le menciona que ha tenido varias historias de su vida en las cuales engaña a las personas mostrando una imagen falsa para obtener ciertos beneficios, aparentando ser una persona de mucho poder político o económico dedicándose a vender terrenos, proyectos de desarrollo u otras cosas como propietario o intermediario, sin serlo realmente o sin tener una verdadera relación con lo que ofrece o promueve, haciéndolo principalmente para obtener dinero.

7 PSIQUIATRAS CONTESTARON HABER TENIDO UNA SITUACIÓN IGUAL O SIMILAR

AMENAZA SEXUAL

X. Un hombre de 35 años, acude a consulta por tener problemas en su matrimonio, le refiere tener insomnio y sentirse devaluado en su trabajo. Comenta con interés su actividad sexual al decirle que acostumbra esperar en su coche a las parejas que salen de un hotel, las sigue en su auto y después se fija donde vive la mujer, para después decirle: Si usted no me complace sexualmente, yo le voy a decir a su marido o a su familia, donde estuvo usted- a lo cual algunas mujeres han accedido para no ser evidenciadas y tiene relaciones sexuales con ellas.

2 PSIQUIATRAS CONTESTARON HABER TENIDO UNA SITUACIÓN IGUAL O SIMILAR

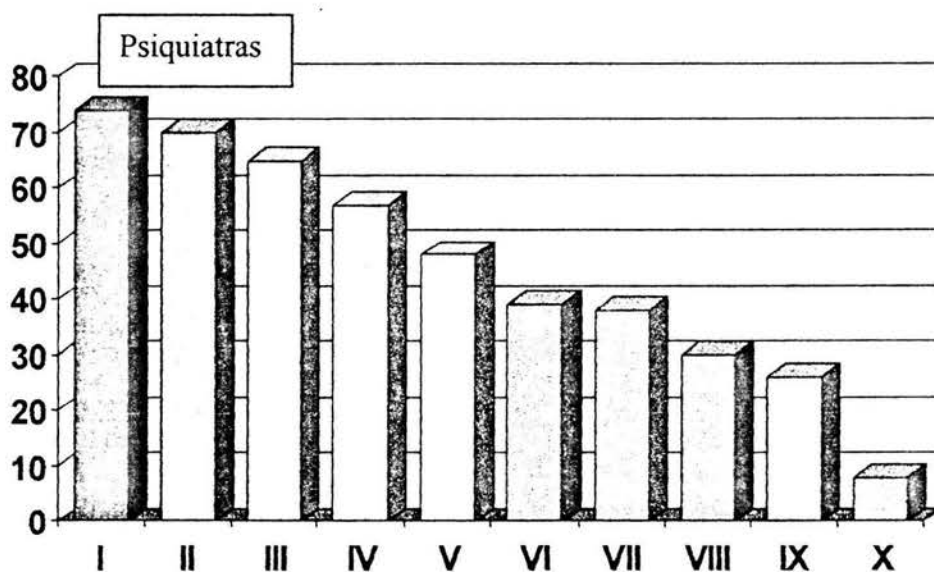
Se representan a continuación su puntuación y porcentaje cada uno de los casos similares, así como su representación gráfica.

CASOS ENCONTRADOS EN LA CIUDAD DE MÉXICO

ORDEN	PUNTUACION	PORCENTAJE 100%
I. Petición de información	17	74 %
II. Relaciones sexuales con el terapeuta	16	70 %
III. Narcotráfico	15	65 %
IV. Riesgo suicida	13	57 %
V. Deudas económicas	11	48 %
VI. Incesto	9	39%
VII. Información de terceras personas al paciente	8	38%
VIII. Aborto	7	30%
IX. Estafas económicas	6	26 %
X. Amenaza sexual	2	8 %

Cuadro 12. Frecuencia y porcentaje de las situaciones encontradas en la Ciudad de México.

A continuación se muestra la representación gráfica de las situaciones encontradas en la ciudad de México, por orden de frecuencia.



Gráfica 11

Situaciones encontradas en la Ciudad de México.

- | | |
|--|---|
| I. Petición de información | VII. Información de terceras personas al paciente |
| II. Relaciones sexuales con el terapeuta | VIII. Aborto |
| III. Narcotráfico | IX. Estafas económicas |
| IV. Riesgo suicida | X. Amenaza sexual |
| V. Deudas económicas | |
| VI. Incesto | |

SITUACIONES ENCONTRADAS EN LA CIUDAD DE MONTERREY QUE OCURREN CON MAYOR FRECUENCIA A TRAVÉS DE LAS ENTREVISTAS CON LOS PSIQUIATRAS. n =24

EXHIBICIONISMO

I. Es un paciente de 44 años que vive cerca de una escuela, ha tenido la conducta de exhibir sus genitales delante de los niños, más hacia las niñas, en las últimas semanas intentó tocar a una niña y ha deseado tocar a otras en esa misma situación.

19 PSIQUIATRAS CONTESTARON HABER TENIDO UNA SITUACION IGUAL O SIMILAR

PETICIÓN DE INFORMACIÓN POR FAMILIARES

II. Una paciente psicótica se encuentra hospitalizada en la institución u hospital donde usted labora, puede ser su paciente o no. Días después, un familiar de la paciente, que no es el familiar responsable de la misma (cuñada o prima) lo busca a usted, ya que desea saber si la paciente se encuentra hospitalizada, además le pregunta si su problema psiquiátrico es hereditario pues sospecha que otros de sus familiares tienen un problema similar al de la paciente.

16 PSIQUIATRAS CONTESTARON HABER TENIDO UNA SITUACION IGUAL O SIMILAR

RELACIONES SEXUALES CON EL TERAPÉUTA

III. Llega una paciente a su consultorio, le informa que ya ha tenido otros tratamientos de psicoterapia, le dice los nombres de los psiquiatras tratantes y le informa que algunos de ellos han abusado sexualmente, ha tenido relaciones sexuales con ellos y se encuentra angustiada por esta situación.

15 PSIQUIATRAS CONTESTARON HABER TENIDO UNA SITUACION IGUAL O SIMILAR

INCAPACIDAD PARA LABORAR

IV. Un paciente psicótico que se encuentra en tratamiento psiquiátrico le informa que ahora tiene un empleo de policía, como guardia de seguridad y porta su uniforme. El paciente le informa que lleva algunas semanas trabajando y que no informó a sus jefes inmediatos de su padecimiento psiquiátrico.

14 PSIQUIATRAS CONTESTARON HABER TENIDO UNA SITUACION IGUAL O SIMILAR

RELACIONES SEXUALES EXTRAMARITALES

V. Un paciente de 45 años, acude por síntomas depresivos, es un hombre que tiene un cargo público y es conocido en la sociedad, tiene esposa e hijos. Le informa que tiene relaciones sexuales con hombres que no conoce, a veces con mujeres que busca en las calles, dice que no usa preservativo y en algunas ocasiones también tiene relaciones sexuales con integrantes de su familia tíos o primos, agrega que también practica relaciones sexuales en grupo, su esposa no sabe esta información y el paciente continua con la misma conducta.

11 PSIQUIATRAS CONTESTARON HABER TENIDO UNA SITUACION IGUAL O SIMILAR

TRANSMISIÓN DE VIH

VI. Un paciente de 45 años, lo busca para apoyo psicológico, le comenta que pertenece a una asociación de personas con VIH, durante la entrevista le dice que es VIH positivo y que se controla con antivirales, toma además antidepresivos, le explica que mantiene vida sexual activa, es homosexual y no usa preservativo, tiene varias parejas sexuales y antes de tener un acto sexual comenta que él les dice a sus parejas sobre su padecimiento y que ellos aceptan tener la relación. Tiempo después usted se entera que una de sus parejas principales se encuentra infectada por VIH.

9 PSIQUIATRAS CONTESTARON HABER TENIDO UNA SITUACION IGUAL O SIMILAR

RIESGO SUICIDA

VII. Una joven mujer acude con usted ya que se encuentra muy triste porque tiene problemas con su familia y su novio, le comenta que ha decidido ahorcarse, ya consiguió un cable, piensa que la regadera no es un buen lugar para hacerlo y sería mejor colgarse de una viga del techo de su casa, ha elegido el día, la hora y lo hará cuando se encuentre sin gente.

8 PSIQUIATRAS CONTESTARON HABER TENIDO UNA SITUACION IGUAL O SIMILAR

RIESGO HOMICIDA

VIII. Un paciente llega a consulta y durante la entrevista le comenta que presenta crisis de pánico, puede ser un político, miembro de un sindicato o agente federal y trabaja en instituciones públicas, le informa sobre ciertas actividades ilegales poco claras de su trabajo y agrega que para mantener su empleo y mostrar una buena imagen en la institución donde labora ha tenido que participar en actos homicidas como autor intelectual o autor material y es a partir de entonces que inicia con crisis de pánico ante el temor de ser descubierto.

8 PSIQUIATRAS CONTESTARON HABER TENIDO UNA SITUACION IGUAL O SIMILAR

INFORMACIÓN ÍNTIMA DE SUS COLEGAS

IX. Una mujer de 24 años, estudiante de psicología (u otra profesión), lleva dos años de psicoterapia con usted y durante la cual se han detectado rasgos de un determinado trastorno de personalidad. En una consulta, le informa que una amiga(o) tiene relaciones íntimas con su esposo(a), además de que otra amiga de ella tiene relaciones íntimas con el esposo de una psiquiatra conocida por usted, quién es su compañera de trabajo y una de sus mejores amigas.

-amiga(o) y esposo(o) dependen del sexo del terapeuta que recibe la información.

8 PSIQUIATRAS CONTESTARON HABER TENIDO UNA SITUACION IGUAL O SIMILAR

NARCOTRÁFICO

X. Un hombre joven acude con usted buscando ayuda, le comenta que lleva tiempo con un consumo frecuente de cocaína (U otras sustancias), desea abandonar su adicción, porque no puede por sí mismo y por su trabajo ha robado o asaltado a mano armada y ha sido testigo de actos homicidas. Agrega que su trabajo es dedicarse a la venta y distribución de droga y es su empleo para poder mantenerse.

7 PSIQUIATRAS CONTESTARON HABER TENIDO UNA SITUACION IGUAL O SIMILAR

SIMULACIÓN DE UNA ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA

XI. Le refieren un paciente de 43 años para internamiento al lugar donde usted trabaja, con documento en el cual diagnostican psicosis y síntomas depresivos, durante la entrevista usted detecta que no está psicótico ni tiene síntomas depresivos. Usted se da cuenta que el paciente miente sobre los síntomas psicóticos y se muestra impulsivo e irritable, tiene antecedentes penales como robo a mano armada con violencia y actualmente le confirma que tiene problemas legales y se encuentra en juicio. Amenaza con matar a su esposa e hijos si no es hospitalizado y se niega a que usted les informe a sus familiares sobre su condición.

6 PSIQUIATRAS CONTESTARON HABER TENIDO UNA SITUACION IGUAL O SIMILAR

INCESTO

XII. Una paciente solicita su ayuda, pues se encuentra muy angustiada y triste ya que cuando llega a su casa., su hermano la busca constantemente pues desde hace algunos años, él se ha acercado demasiado a ella y ha tenido relaciones sexuales, ella se encuentra confundida pues no sabe que hacer, en algunas ocasiones accede a pesar de que lo considera inapropiado, pues dice que nadie de su familia creerá que su hermano tiene estas conductas, pero quisiera dejar de hacerlo.

5 PSQUIATRAS CONTESTARON HABER TENIDO UNA SITUACION IGUAL O SIMILAR

INFORMACIÓN DOCUMENTADA A PETICIÓN DE FAMILIARES

XIII. Una paciente se encuentra en psicoterapia, usted sabe que ella tiene antecedentes suicidas y episodios disociativos, sale por las noches y se involucra íntimamente con hombres desconocidos. Tiempo después el esposo de la paciente lo busca para solicitarle una carta, a petición de él mismo que describa la situación de la paciente para justificar su padecimiento en una institución determinada.

2 PSQUIATRAS CONTESTARON HABER TENIDO UNA SITUACION IGUAL O SIMILAR

AMENAZA DE AGRESIÓN

XIV. Llega a su consultorio una mujer sin familiar, que tiempo atrás fue su alumna de clases (o conocida), en esta ocasión se encuentra sumamente psicótica, con ideas delirantes de grandeza, de daño y persecución, solicita su ayuda para protegerse, pues teme ser dañada por la gente, ya que publicó una información en el periódico de personajes importantes que la compromete. Viene acompañada por un hombre armado que la cuida y ella amenaza agredirle a usted dentro del consultorio, si alguien más se entera de su situación y de que se encuentra con usted en consulta.

SÓLO 1 PSQUIATRA CONTESTÓ HABER TENIDO UNA SITUACION IGUAL SIMILAR

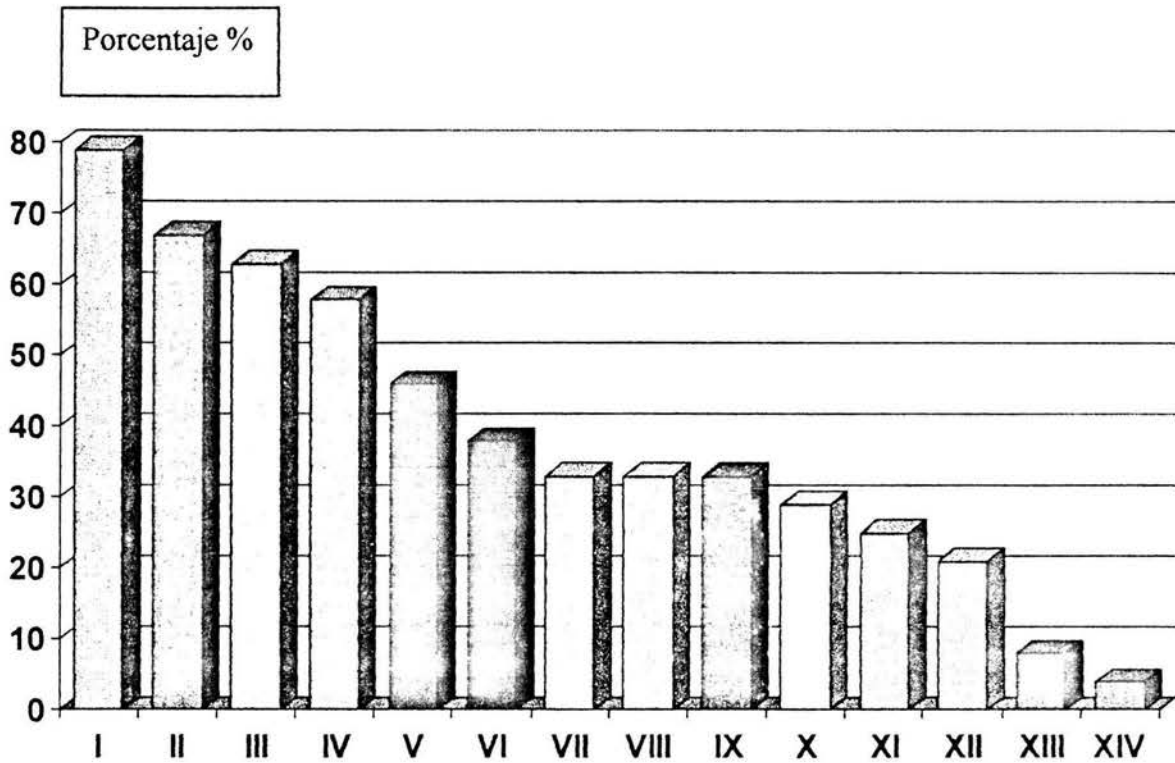
Se encontraron más situaciones en los psiquiatras de la Ciudad de Monterrey, en total 14, algunas diferentes a las encontradas en la Ciudad de México como exhibicionismo, incapacidad para laborar, relaciones sexuales extramaritales, transmisión de VIH, riesgo homicida, información íntima de sus colegas, simulación de una enfermedad, información documentada y amenaza de agresión.

Se presenta a continuación la puntuación y porcentaje por frecuencia.

CASOS ENCONTRADOS EN LA CIUDAD DE MONTERREY

ORDEN	PUNTUACIÓN	PORCENTAJE 100%
I. Exhibicionismo	19	79
II. Petición de información	16	67
III. Relaciones sexuales con el terapeuta	15	63
IV. Incapacidad para laborar	14	58
V. Relaciones sexuales extramaritales	11	46
VI. Transmisión de VIH	9	38
VII. Riesgo suicida	8	33
VIII. Riesgo homicida	8	33
IX. Información íntima de sus colegas	8	33
X. Narcotráfico	7	29
XI. Simulación de enfermedad	6	25
XII. Incesto	5	21
XIII. Información documentada	2	8
XIV. Amenaza de agresión	1	4

Cuadro 13. Frecuencia y porcentaje de las situaciones encontradas en la Ciudad de Monterrey.



Gráfica 12

- | | |
|---|---------------------------------------|
| I. Exhibicionismo | IX. Información íntima de sus colegas |
| II. Petición de información | |
| III. Relaciones sexuales con el terapeuta | X. Narcotráfico |
| IV. Incapacidad para laborar | XI. Simulación de una Enfermedad |
| V. Relaciones extramaritales | XII. Incesto |
| VI. Transmisión de VIH | |
| VII. Riesgo suicida | XIII. Información documentada |
| VIII. Riesgo homicida | XIV. Amenaza de agresión sexual |

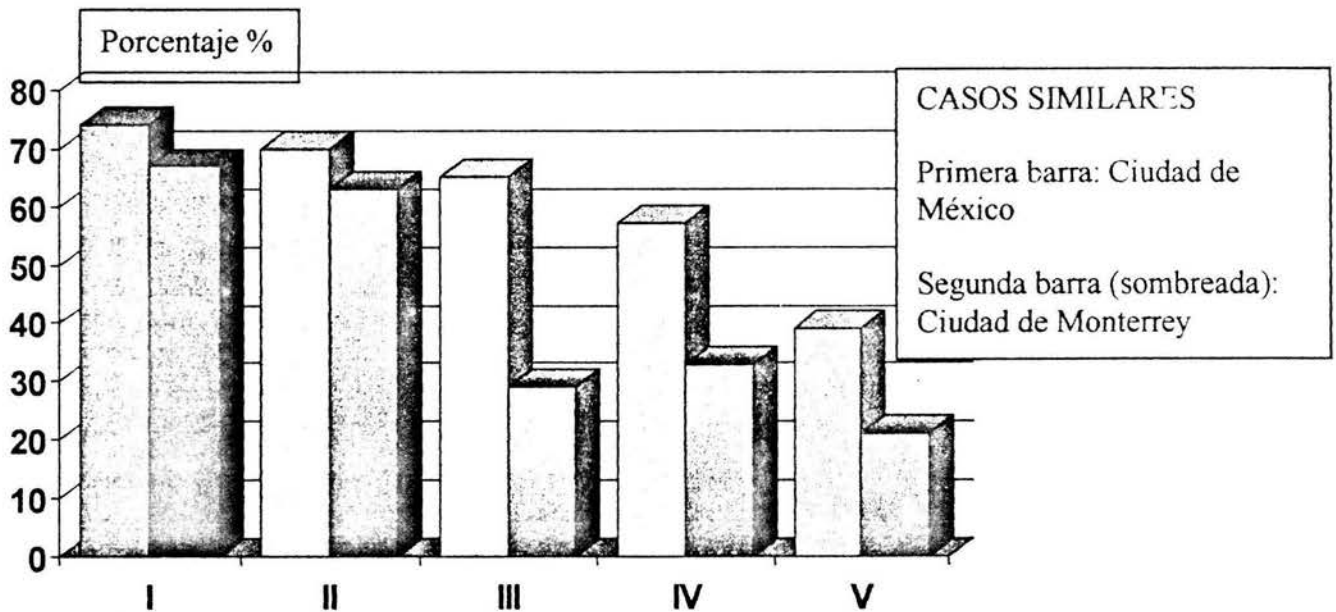
CASOS SIMILARES ENTRE LA CIUDAD DE MEXICO Y MONTERREY

Se presentan a continuación los casos similares entre la Ciudad de México y la Ciudad de Monterrey, que son 5, todos en mayor proporción en la Ciudad de México que en la Ciudad de Monterrey.

Caso	Cdad.México n=23	Porcentaje 100 %	Monterrey n=24	Porcentaje 100 %
I. Petición de información	17	74	16	67
II. Relaciones sexuales con el terapeuta	16	70	15	63
III. Narcotráfico	15	65	7	29
IV. Riesgo suicida	13	57	8	33
V. Incesto	9	39	5	21

Cuadro 14. Casos similares entre la Ciudad de México y Monterrey.

En la gráfica siguiente se representan los casos similares de ambas muestras en porcentaje. Cada caso tiene un color similar.



Gráfica 13

I. Petición de información
III. Narcotráfico

II. Relaciones sexuales con el terapeuta
IV. Riesgo suicida
V. Incesto

Casos diferentes encontrados entre la ciudad de México y Monterrey

Casos diferentes de la Ciudad de México	n=23	Porcentaje 100 %
I. Deudas económicas	11	48
II. Información a terceras personas	8	38
III. Aborto	7	30
IV. Estafas económicas	6	26
V. Amenaza sexual	2	8

Cuadro 15. Casos diferentes encontrados entre la ciudad de México.

Casos diferentes en la Ciudad de Monterrey	n=24	Porcentaje 100%
I. Exhibicionismo	19	79
II. Incapacidad para laborar	14	58
III. Relaciones sexuales extramaritales	11	46
IV. Transmisión de VIH	9	38
V. Información de sus colegas	8	33
VI. Simulación de enfermedad	6	25
VII. Información documentada	2	8
VIII. Amenaza de agresión	1	4

Cuadro 16. Casos diferentes encontrados entre la ciudad de Monterrey.

Hay 5 casos diferentes encontrados en la Ciudad de México, mientras que en la Ciudad de Monterrey 8, con tendencia a presentarse en mayor porcentaje en la Ciudad de Monterrey.

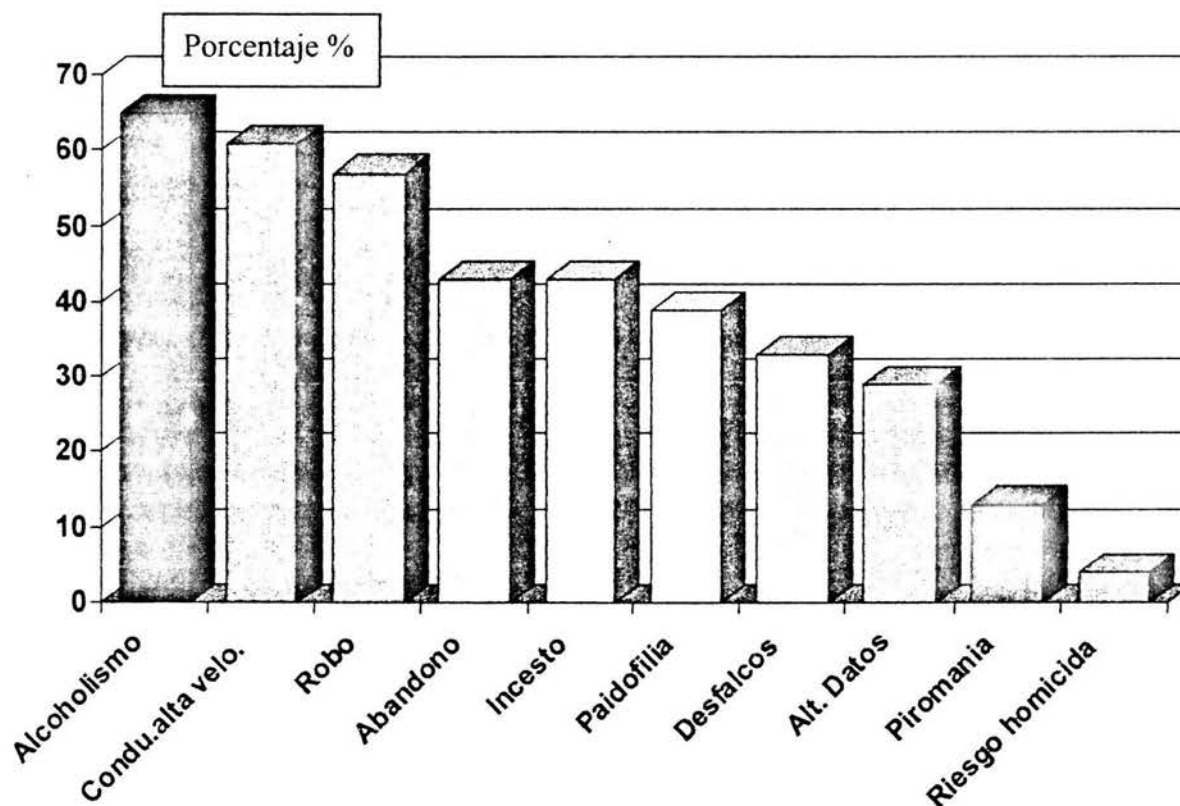
PARTE III

Los resultados obtenidos, con la finalidad de saber con que frecuencia se presentaron experiencias similares a los presentados en las viñetas, se presentan a continuación, los encontrados en los psiquiatras de la Ciudad de México, destacando temas como el alcoholismo (65%), conducción a alta velocidad (61%) y robo en tiendas (57%).

Viñeta	Casos similares Cdad. de México frecuencia n =23	Porcentaje 100%
1. Alcoholismo	15	65
2. Conducir a alta velocidad	14	61
3. Robo en tiendas	13	57
4. Abandono familiar	10	43
5. Incesto	10	43
6. Paidofilia	9	39
7. Desfalcos	8	33
8. Alteración de datos	5	29
9. Piromania	3	13
10. Riesgo homicida	1	4

Cuadro 17. Frecuencia de experiencias similares en los psiquiatras con las viñetas de la escala que evalúa la actitud hacia la confidencialidad.

Se representan de manera gráfica, en orden descendente, los casos similares a las viñetas en los psiquiatras de la Ciudad de México.



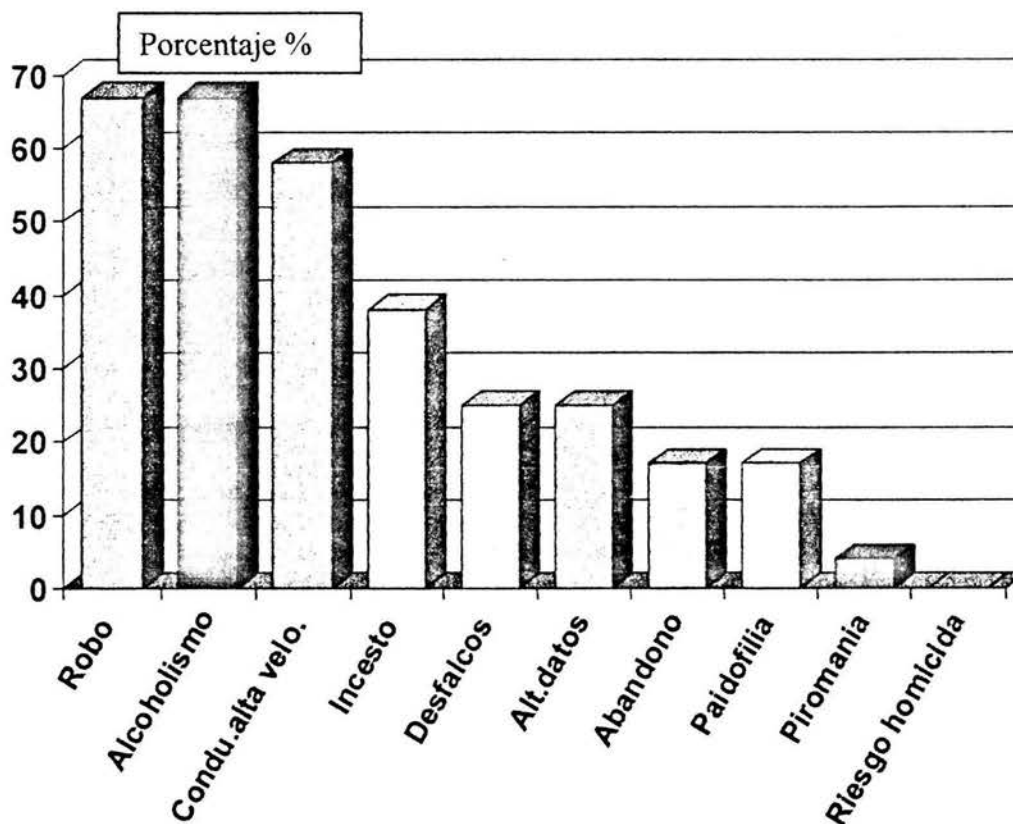
Gráfica 14

En los psiquiatras de la Ciudad de Monterrey se encontraron con mayor frecuencia los mismos casos que en la Ciudad de México, pero con orden distinto, destacó el robo en tiendas (67%), seguido de alcoholismo (67%) y conducción a alta velocidad (58%).

Viñeta	Casos similares frecuencia n=24	Porcentaje 100%
1. Robo en tiendas	16	67
2. Alcoholismo	16	67
3. Conducir a alta velocidad	14	58
4. Incesto	9	38
5. Desfalcos	6	25
6. Alteración de datos	6	25
7. Abandono familiar	4	17
8. Paidofilia	4	17
9. Piromania	1	4
10. Riesgo homicida	0	0

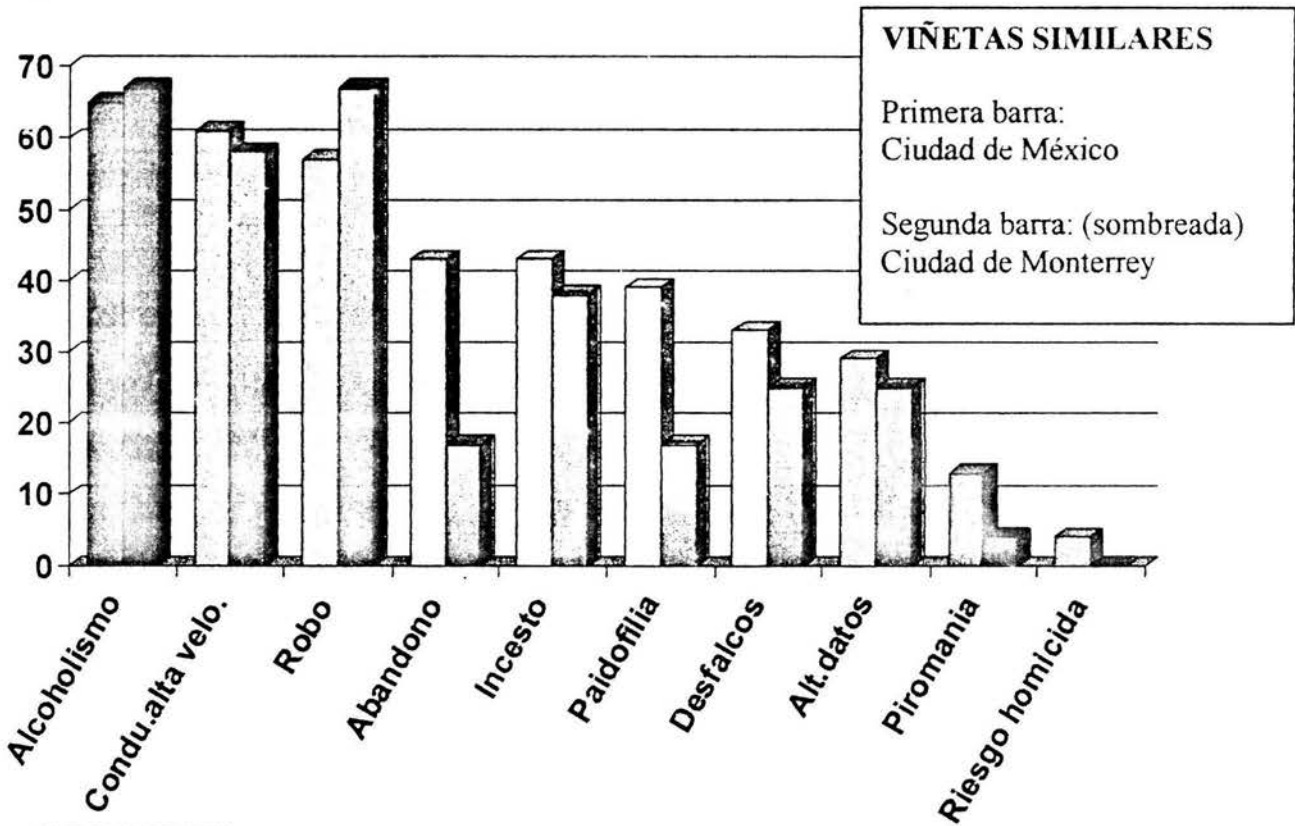
Cuadro 18. Frecuencia de experiencias similares en los psiquiatras con las viñetas de la escala que evalúa la actitud hacia la confidencialidad.

Se presentan en forma gráfica por orden descendente, el tema de robo y alcoholismo tuvo valores mayores a los encontrados en los psiquiatras de la Ciudad de México.



Gráfica 15

Se presenta a continuación el porcentaje de ambas muestras de cada tema de las viñetas similares a las experiencias de los psiquiatras. Se puede observar que es poca la diferencia entre una muestra y otra, teniendo un mayor porcentaje las barras pertenecientes a la Ciudad de México y menor en las barras que corresponden a la Ciudad de Monterrey, en mucha menor proporción el abandono y Paidofilia en la Ciudad de Monterrey.



Gráfica 16

Los valores de la escala en cada psiquiatra se presentan en la gráfica siguiente, así como los rangos obtenidos que abarcaron desde 150 puntos hasta 750 puntos, es de hacer notar que los valores son similares en ambas muestras, pero los valores obtenidos de la Ciudad de Monterrey se acercan más al rango mayor. No se obtuvo una Chi2 significativa y se presenta abajo.

Valor de Chi 2 para la escala

Cuadro 19. Valor de Chi Para la escala

Prueba de Chi 2			
	Valor	df	p
Chi 2	33.661	28	.212

Además se da a conocer la media, desviación estándar y error estándar de la media. Se obtuvo una puntuación media menor en la Ciudad de México y mayor en la Ciudad de Monterrey.

A continuación se muestra el valor y rangos de la escala que evalúa la actitud hacia la confidencialidad.

Puntuación total de cada evaluado				
Rangos	150-300	301-600	601-750	total
Ciudad de México	10	12	1	23
Ciudad de Monterrey	3	19	2	24
Total	13	31	3	47

Cuadro 20. Rango de puntuación para la escala que evalúa la actitud hacia la confidencialidad para ambas muestras de psiquiatras

Para conocer el grado de correlación entre las variables sociodemográficas del estudio y la escala que evalúa la actitud hacia la confidencialidad, se utilizaron pruebas no paramétricas: Correlación de Pearson.

Se diseñó una base de datos utilizando el programa SPSS 10, para el análisis estadístico.

Ninguna relación estadísticamente significativa fue encontrada con las variables sociodemográficas en la correlación de Pearson, en ambas muestras, sin embargo tomando en cuenta ambas muestras, hay tendencia a esta correlación en las variables siguientes: Otra Licenciatura-Duración, en mucho menor valor le siguen: Institución correccional, procedencia, administración e internado de pregrado, que fueron los valores obtenidos en orden descendente.

Una correlación negativa se encontró en las variables: Otra licenciatura-Institución, Subespecialidad-Duración y edad.

Un valor de p significativo sólo para Otra licenciatura-Duración y otra licenciatura-Institución.

PARA LA CIUDAD DE MÉXICO

La relación correspondiente a las variables sociodemográficas y la escala de los psiquiatras de la Ciudad de México tampoco obtuvo valores significativos.

Pero tendencia a esta correlación en las variables: Otra Licenciatura-Duración, siguiéndole en menor valor descendente Subespecialidad-Tipo, Hospital privado (tiempo de atención), bachillerato-Duración y servicio social-Tipo.

Y un valor negativo con las variables: Otra Licenciatura-Institución, licenciatura en medicina-Duración y Subespecialidad duración.

Otra Licenciatura - Duración	Correlación de Pearson	.608(**)
	p	.002
	N	23

Cuadro 21

Subespecialidad - Tipo	Correlación de Pearson	.399
	p	.059
	N	23

Cuadro 22

Hospital Privado	Correlación de Pearson	.310
	p	.151
	N	23

Cuadro 23

Bachillerato - Duración	Correlación de Pearson	.289
	p	.181
	N	23

Cuadro 24

Servicio Social - Tipo	Correlación de Pearson	.274
	p	.206
	N	23

Cuadro 25

Otra Licenciatura - Institución	Correlación de Pearson	-.608(**)
	p	.002
	N	23

Cuadro 26

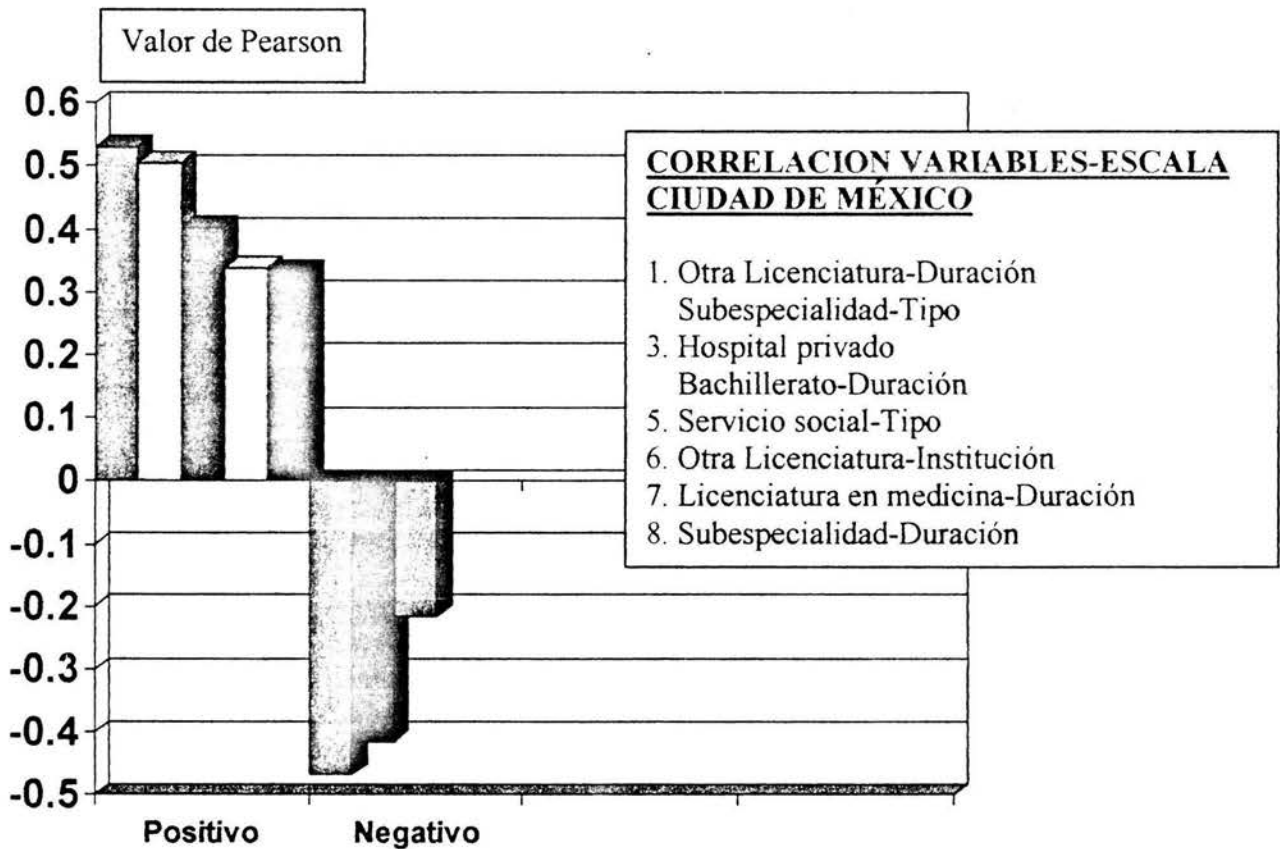
Lic. en Medicina Duración	Correlación de Pearson	-0.473(*)
	p	.023
	N	23

Cuadro 27

Subespecialidad- Duración	Correlación de Pearson	-0.408
	p	.053
	N	23

Cuadro 28

Representación gráfica de la correlación entre las variables sociodemográficas y la escala



Gráfica 17

PARA LA CIUDAD DE MONTERREY

Tampoco se encontró relación significativa con las variables sociodemográficas y la escala que evalúa la actitud hacia la confidencialidad en los psiquiatras de la Ciudad de Monterrey.

Una tendencia con las variables: Otra Licenciatura-Duración, Institución correccional, Internado de pregrado-Tipo, siguiéndole en orden descendente administración (tiempo ocupado) e instrucción psicoanalítica.

Mientras que un valor negativo se obtuvo con las variables raza, otra Licenciatura-Institución y residencia en psiquiatría.Institución.

En los siguientes cuadros se presentan los valores de esta correlación y el valor de p que no fue significativo en ninguna de las variables aquí presentadas.

Otra Licenciatura - Duración	Correlación de Pearson	.530(**)
	p	.008
	N	24

Cuadro 29

Institución Correccional	Correlación de Pearson	.504(*)
	p	.012
	N	24

Cuadro 30

Internado de Pregrado-Tipo	Correlación de Pearson	.422(*)
	p	.040
	N	24

Cuadro 31

Administración.	Correlación de Pearson	.338
	p	.106
	N	24

Cuadro 32

Raza	Correlación de Pearson	-.414(*)
	p	.044
	N	24

Cuadro 33

Instrucción Psiconalítica	Correlación de Pearson	.332
	p	.113
	N	24

Cuadro 34

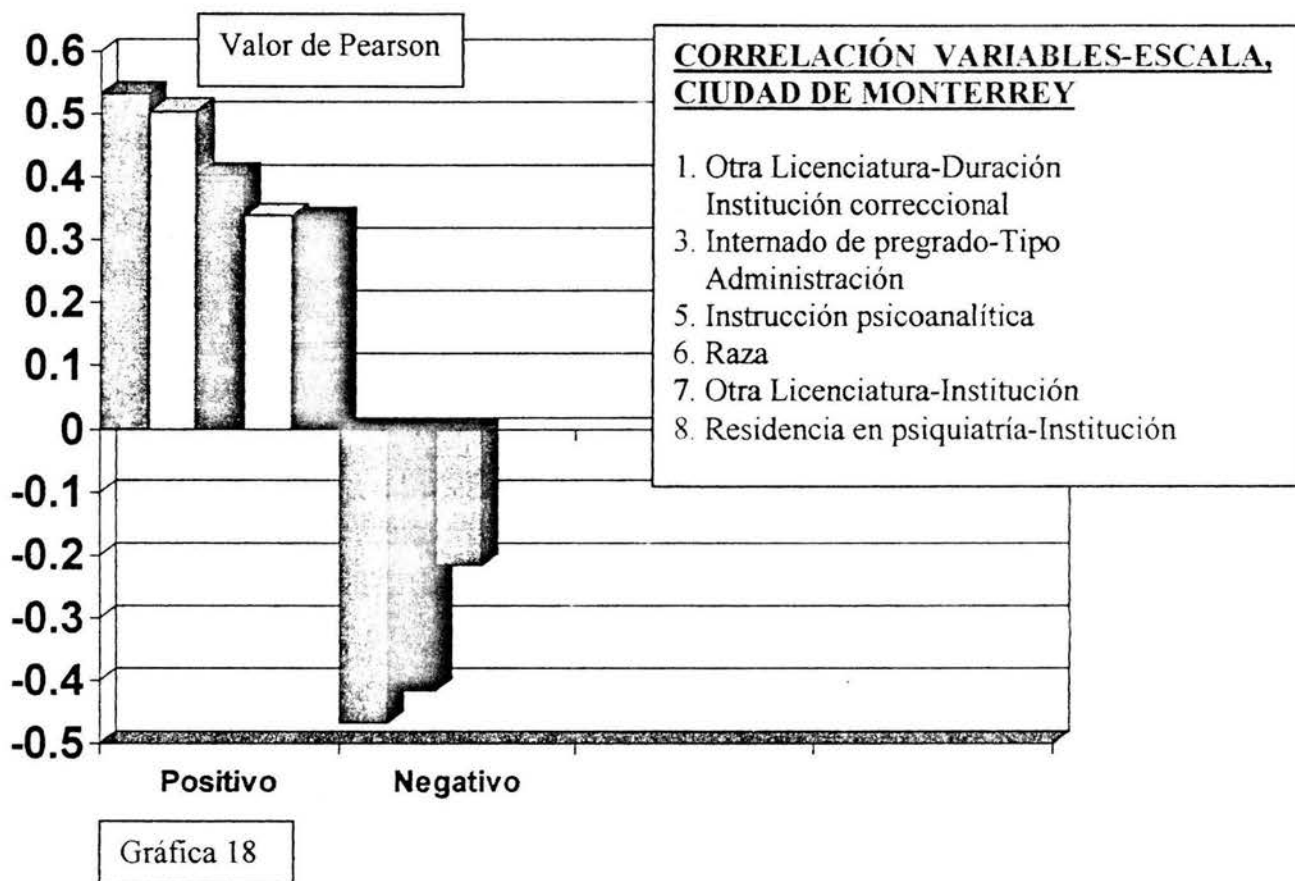
Residencia en Psiquiatría - Institución	Correlación de Pearson	-.215
	p	.312
	N	24

Cuadro 35

Otra Licenciatura - Institución	Correlación de Pearson	-.467(*)
	p	.021
	N	24

Cuadro 36

Representación gráfica de la correlación entre las variables sociodemográficas y la escala



RESULTADOS TOTALES

Se presentan a continuación estos resultados totales, Ciudad de México y Monterrey.

	Correlación de Pearson	.511(**)
Otra Licenciatura Duración	p	.000
	N	47

Cuadro 37

Institución Correccional	Correlación de Pearson	.395(**)
	p	.006
	N	47

Cuadro 38

Procedencia	Correlación de Pearson	.263
	p	.074
	N	47

Cuadro 39

Otra Licenciatura - Institución	Correlación de Pearson	-.521(**)
	p	.000
	N	47

Cuadro 40

Administración.	Correlación de Pearson	.225
	p	.128
	N	47

Cuadro 41

Subespecialidad - Duración	Correlación de Pearson	-.292(*)
	p	.046
	N	47

Cuadro 42

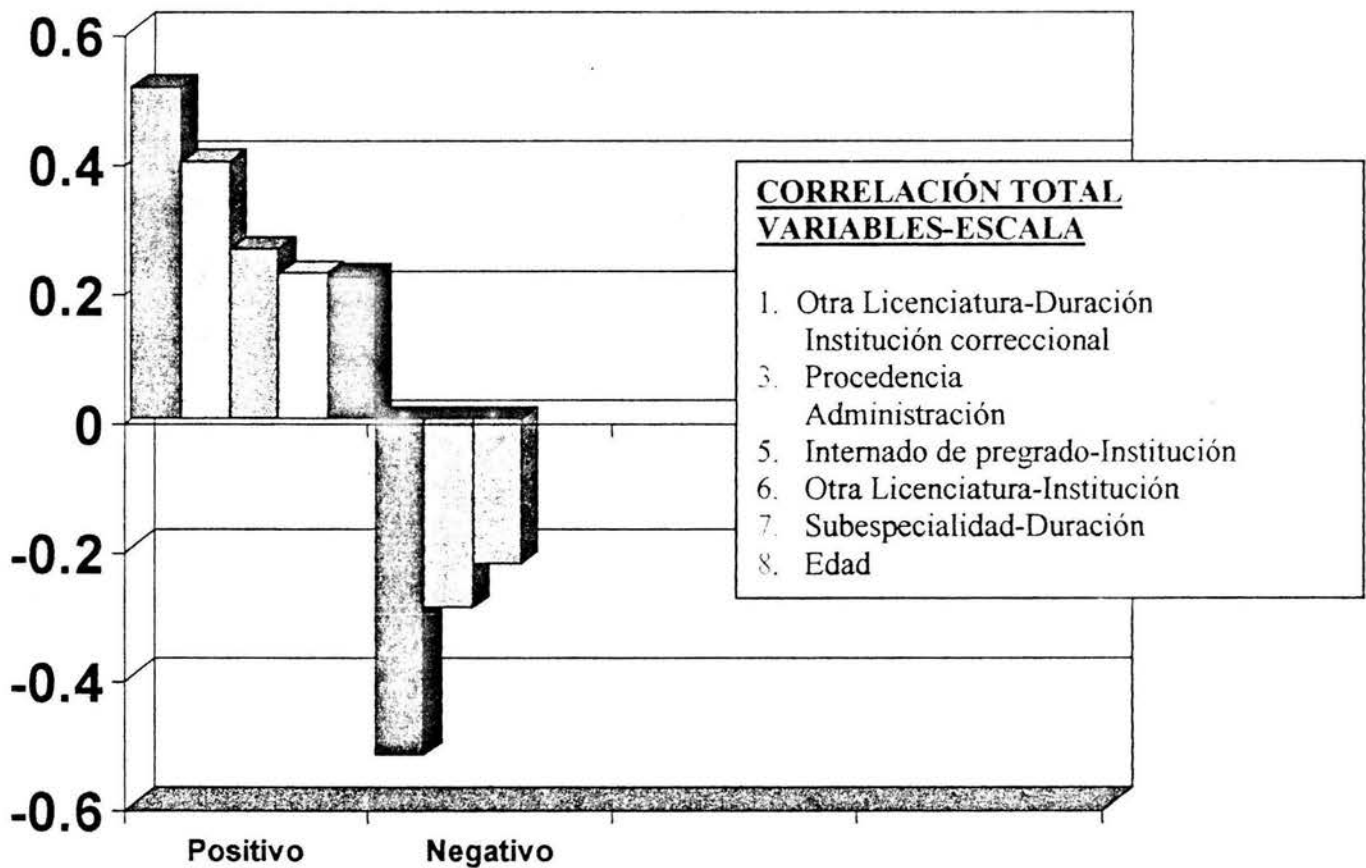
Edad	Correlación de Pearson	-0.225
	p	.129
	N	47

Cuadro 43

Internado de Pregrado- Institución	Correlación de Pearson	.220
	p	.137
	N	47

Cuadro 44

Se representan estos valores obtenidos de la correlación de Pearson en gráfica.



Gráfica 19

Diferencias entre ambas muestras para las respuestas contestadas en la escala que evalúa la actitud hacia la confidencialidad

Ambas muestras en su mayoría contestaron más de una respuesta por cada viñeta presentada.

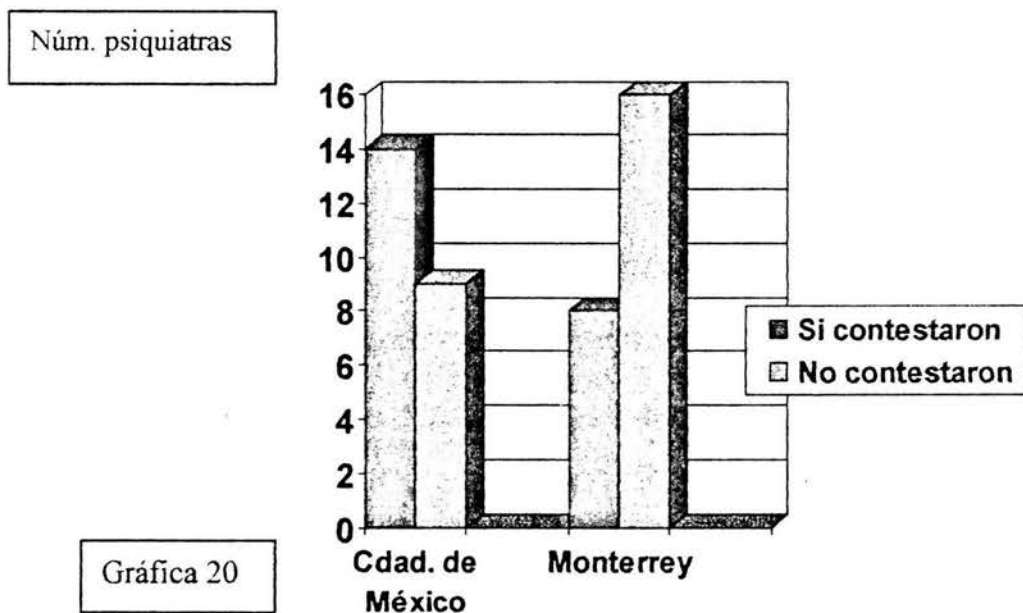
En la viñeta número 1, cuyo tema es el robo, la respuesta que fue contestada con mayor frecuencia fue: *Dar otra cita*; en la Ciudad de México 21 (91%) y en la Ciudad de Monterrey 19 (79%). Similitud en la elección del tipo de respuesta.

En la viñeta número 2 cuyo tema es abandono, la respuesta contestada con mayor frecuencia en la Ciudad de México fue: *Intenta avisar al paciente y persuadirlo de volver*, con puntuación de 14 (61%), mientras que en la Ciudad de Monterrey la contestaron sólo 7 (29%). Esta diferencia de elección en el tipo de respuesta se representa a continuación en gráfica.

Viñeta 2. Abandono

Ciudad de México:

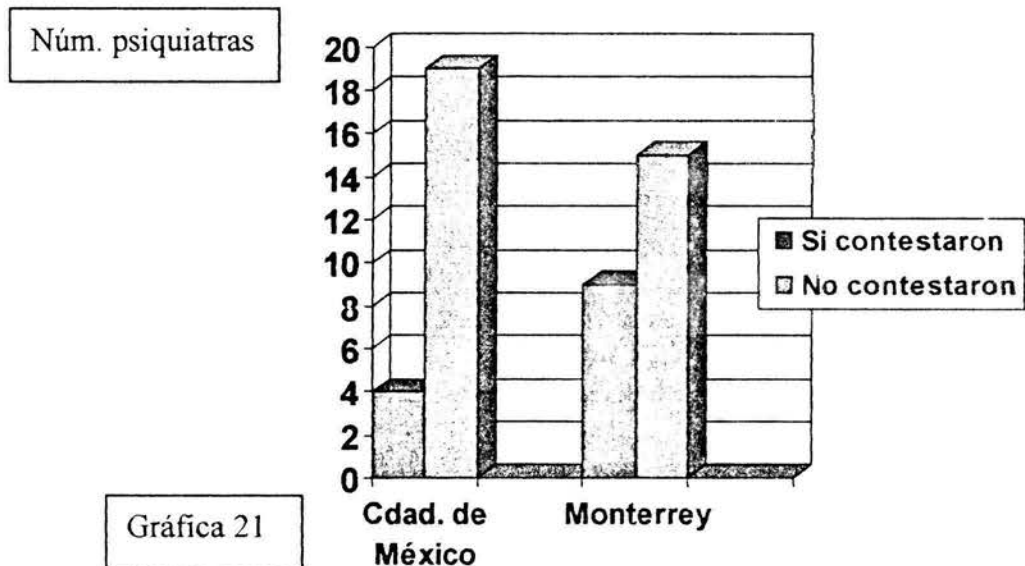
Respuesta: *Intenta avisar al paciente y persuadirlo de volver*



La respuesta de mayor elección para la Ciudad de Monterrey fue: *Le dice a la esposa donde esta su marido* 9 (38%), mientras que en la Ciudad de México solamente 2 (9%) la contestaron.

Viñeta 2. Abandono
Ciudad de Monterrey:

Respuesta: *Le dice a la esposa donde esta su marido*

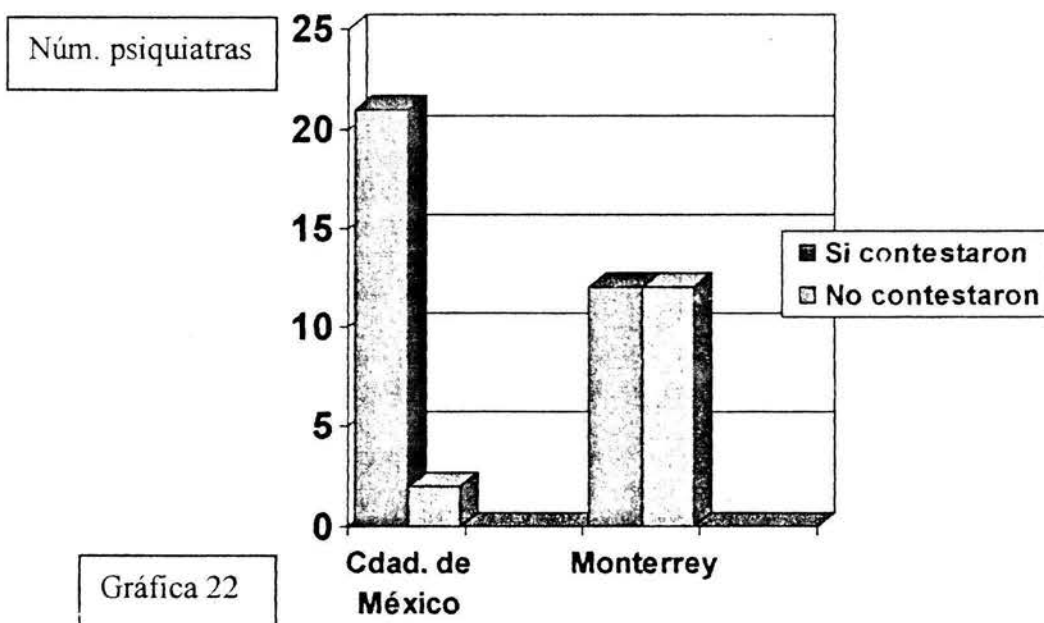


En la viñeta número 3, cuyo tema es **conducir a alta velocidad** la respuesta contestada con mayor frecuencia en la Ciudad de México fue: *Dar otra cita*, con una puntuación de 21 (91%), mientras que en la Ciudad de Monterrey la contestaron 12 (50%).

Viñeta 3. Conducir a alta velocidad

Ciudad de México:

Respuesta: *Dar otra cita*

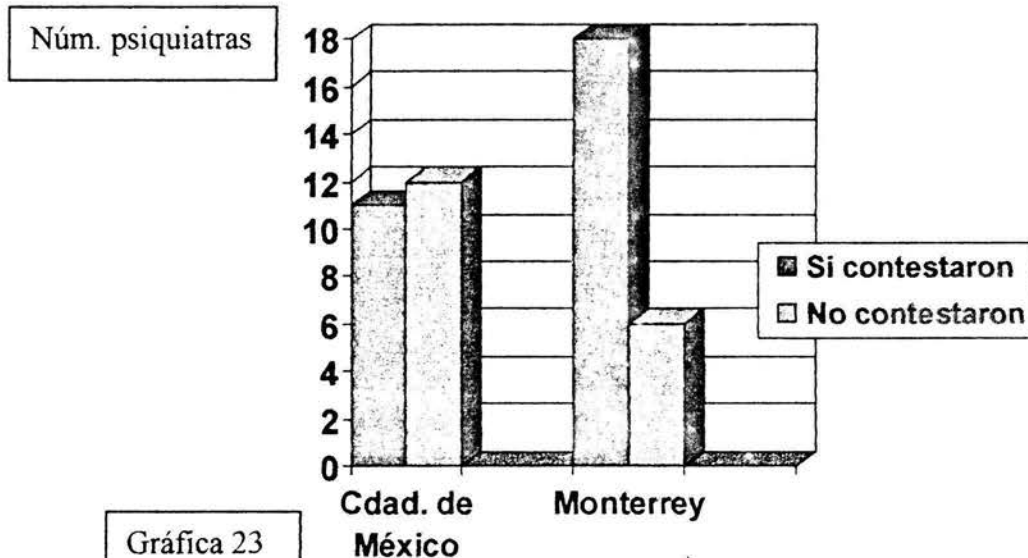


La respuesta de mayor elección en la Ciudad de Monterrey fue: *Contacta a la esposa del paciente* 18 (75%) y en la Ciudad de México solamente 11 (48%). Esta diferencia de elección en el tipo de respuesta se representa a continuación en gráfica.

Viñeta 3. Conducir a alta velocidad

Ciudad de Monterrey:

Respuesta: *Contacta a la esposa del paciente*



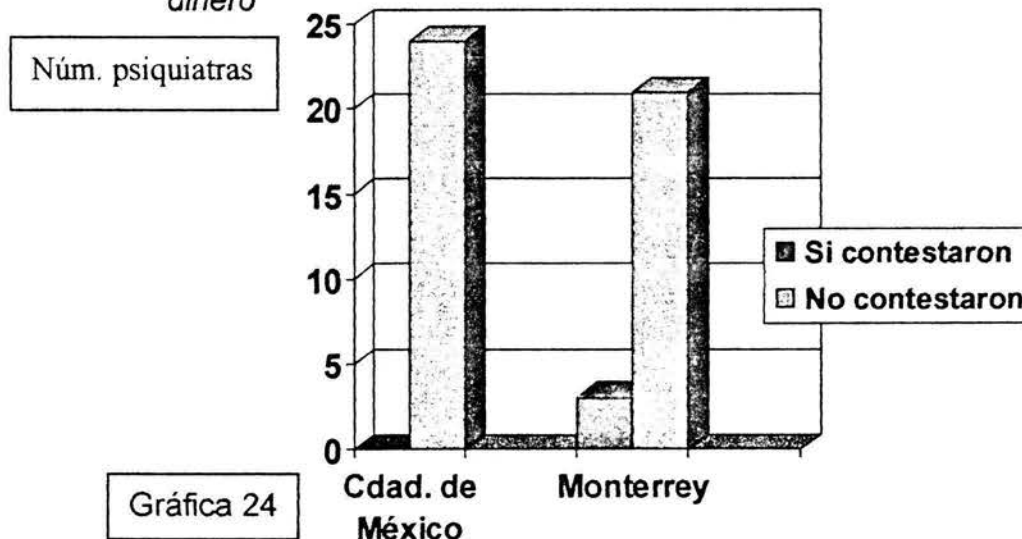
La respuesta de mayor elección en la viñeta 4 con el tema de **desfalcos**, en ambas ciudades fue: *Dar otra cita*, en la Ciudad de México 18 (78%) y en la Ciudad de Monterrey 14 (58%). Sin embargo se encontraron diferencias menores en otros tipos de respuesta, como: *Se niega a ver al paciente de nuevo hasta que reembolse parte del dinero*, ya que en la Ciudad de México ninguno la eligió y en la Ciudad de Monterrey la eligieron 3 (13%).

Esta diferencia de elección en el tipo de respuesta se representa a continuación en gráfica.

Viñeta 4. Desfalcos

Ciudad de México:

Respuesta: *Se niega a ver al paciente de nuevo hasta que reembolse parte del dinero*



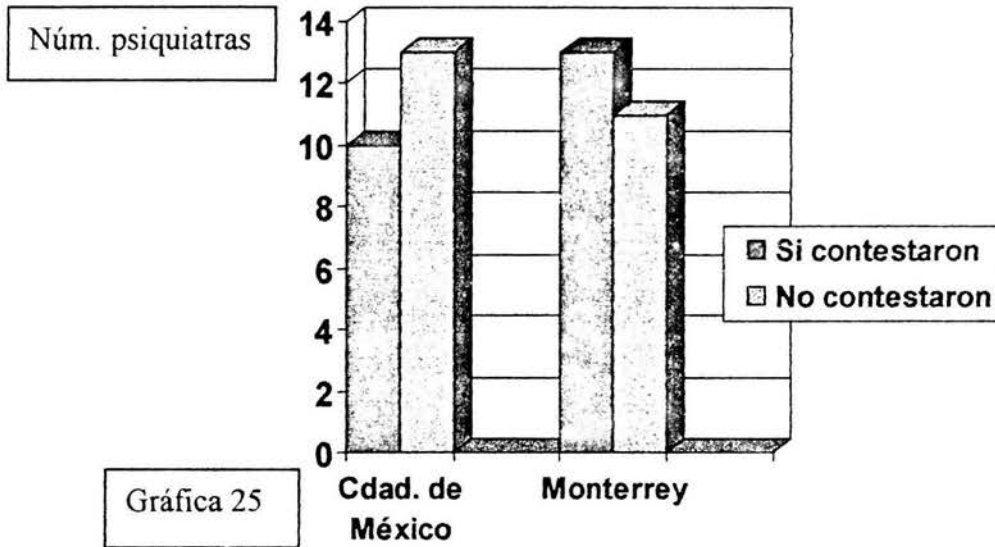
Se encontraron también diferencias menores en otra respuesta, como: *Consigue la ayuda de la familia del paciente*, ya que en la Ciudad de México la eligieron 10 (43%) y más en la Ciudad de Monterrey 13 (54%).

Esta diferencia de elección en el tipo de respuesta se representa a continuación en gráfica.

Viñeta 4. Desfalcos

Ciudad de Monterrey:

Respuesta: *Consigue la ayuda de la familia del paciente*



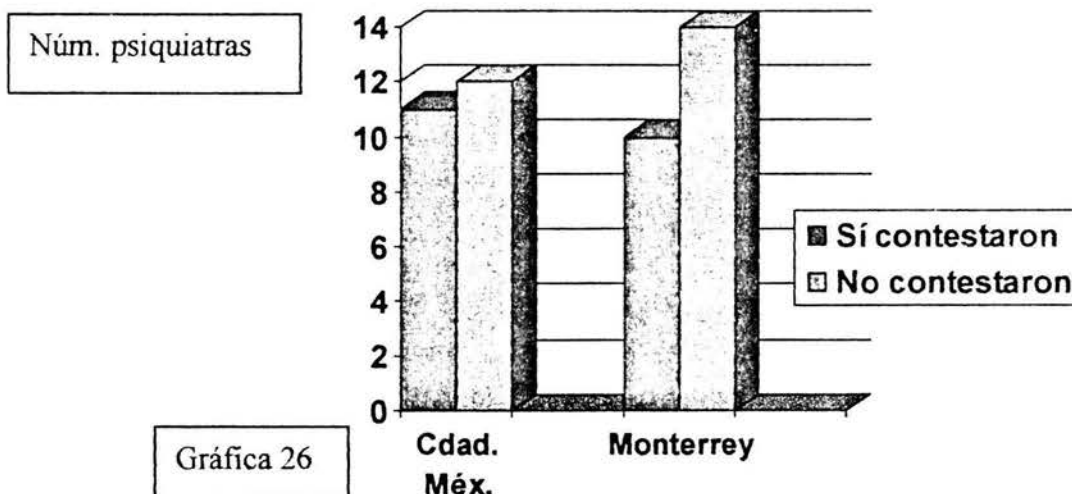
La respuesta de mayor elección en la viñeta 5, con el tema de **alteración de cãatos**, en ambas ciudades fue: *Le dice a la paciente que informe a su jefe*, con una puntuación ligeramente mayor en la Ciudad de México 17 (74%) y en la Ciudad de Monterrey de 15 (63%).

Para la viñeta 6 con el tema de **incesto**, sí hubo diferencias en ambas ciudades ya que la respuesta que fue contestada con mayor frecuencia en la Ciudad de México fue: *Dar otra cita*, 11 (48%), en la Ciudad de Monterrey el valor fue casi similar en este tipo de respuesta 10 (42%).

Viñeta 6. Incesto

Ciudad de México:

Respuesta: *Dar otra cita*



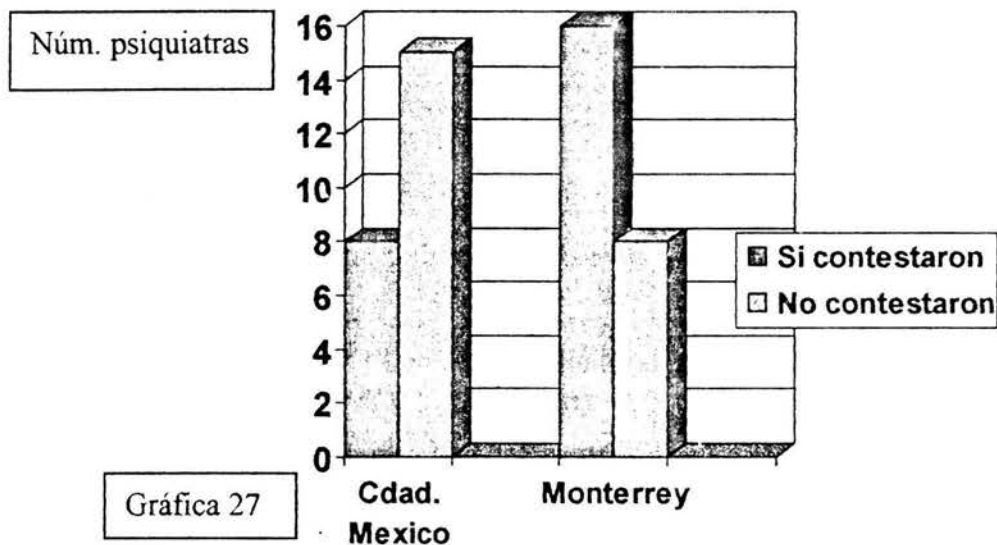
Pero la mayor puntuación en la Ciudad de Monterrey fue para la respuesta: *Contacta al DIF (Centro de Desarrollo integral de la familia)* 16 (67%), contestando sólo 8 (35%) en la Ciudad de México.

Esta diferencia de elección en el tipo de respuesta se representa a continuación en gráfica.

Viñeta 6. Incesto

Ciudad de Monterrey:

Respuesta: *Contacta al DIF*



Además también hubo diferencias en esta misma viñeta con la respuesta: *Le informa a la esposa sobre la situación*, pues en la Ciudad de México la contestaron 9 (39%) y más en la Ciudad de Monterrey 13 (54%).

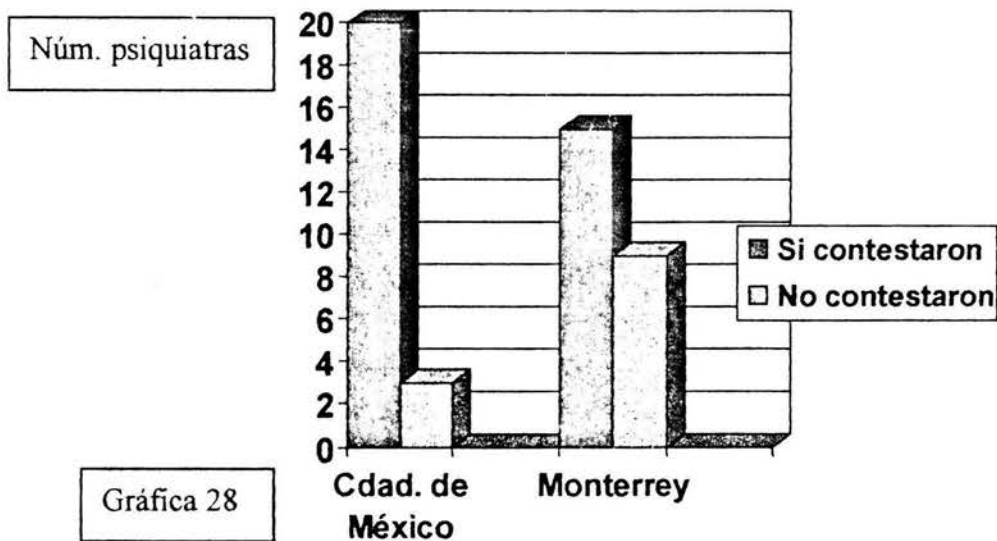
Respecto a la viñeta número 7, cuyo tema es **Alcoholismo**, se encontraron diferencias en ambas ciudades ya que en la Ciudad de México la respuesta de mayor elección fue: *Sugiere al paciente acudir a Alcohólicos anónimos* 20 (87%), eligiendo esta respuesta en la Ciudad de Monterrey 15 (63%).

Esta diferencia de elección en el tipo de respuesta se representa a continuación en gráfica.

Viñeta 7. Alcoholismo

Ciudad de México:

Respuesta: *Sugiere al paciente acudir a alcohólicos anónimos*



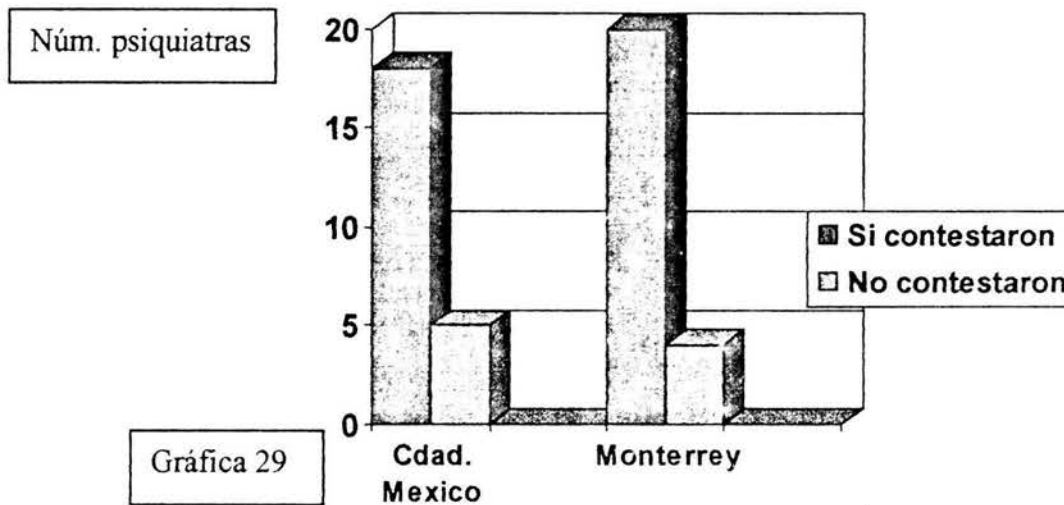
La respuesta de mayor puntuación en la Ciudad de Monterrey fue: *Consigue la ayuda inmediata den la familia del paciente* con una puntuación de 20 (83%) y para la Ciudad de México con un valor similar de 18 (78%).

Esta diferencia de elección en el tipo de respuesta se representa a continuación en gráfica.

Viñeta 7. Alcoholismo

Ciudad de Monterrey:

Respuesta: *Consigue la ayuda inmediata de la familia del paciente*



En la viñeta 8 que corresponde al tema de **Piromania**, la mayor puntuación en ambas ciudades fue con la respuesta: *Contacta a la familia del paciente*, en la Ciudad de México la eligieron 19 (53%) y en la Ciudad de Monterrey 23 (96%).

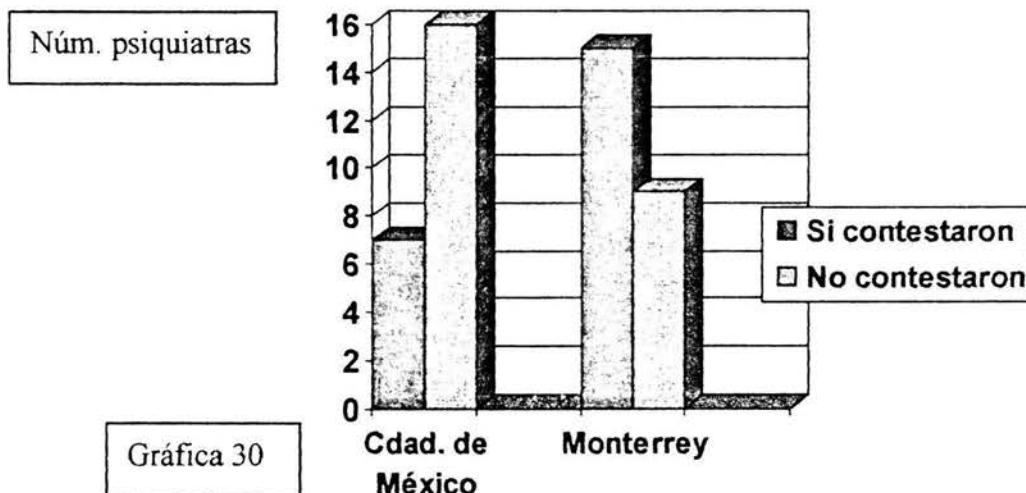
Sin embargo hubo diferencias en otra respuesta elegida de esta misma viñeta como en la respuesta de: *Solicitar la hospitalización involuntaria*; ya que en la Ciudad de México la elección fue 7 (30%) y mucho mayor en la Ciudad de Monterrey 15 (63%).

Esta diferencia de elección en el tipo de respuesta se representa a continuación en gráfica.

Viñeta 8. Piromania

Ciudad de Monterrey

Respuesta: *Solicitar la hospitalización involuntaria*

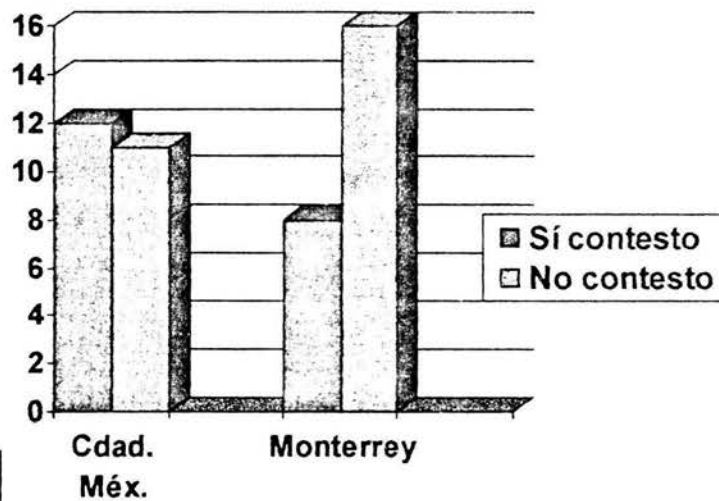


En la viñeta número 9 que corresponde al tema de **Paidofilia**, también hubo diferencias en la puntuación mayor. En la Ciudad de México la respuesta más elegida fue: *Sugiere la hospitalización voluntaria*, 12 (52%), con una puntuación en la Ciudad de Monterrey de 7 (30%) y aunque la diferencia en la elección de este tipo de respuesta no fue notoria la respuesta de mayor elección en la Ciudad de Monterrey no fue la anterior si no esta: *Denuncia a la policía*, eligiéndola en la Ciudad de México sólo 9 (39%) y más en la Ciudad de Monterrey 14 (58%). Esta diferencia de elección en el tipo de respuesta se representa a continuación en gráfica.

Viñeta 9. Paidofilia

Ciudad de México:

Respuesta: *Sugiere la hospitalización voluntaria*

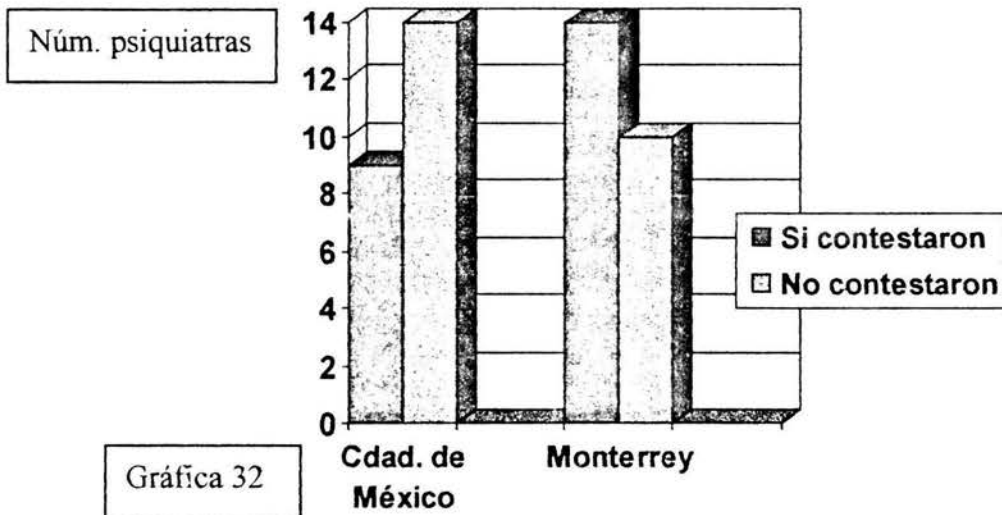


Gráfica 31

Viñeta 9. Paidofilia

Ciudad de Monterrey:

Respuesta: *Denuncia a la policía*



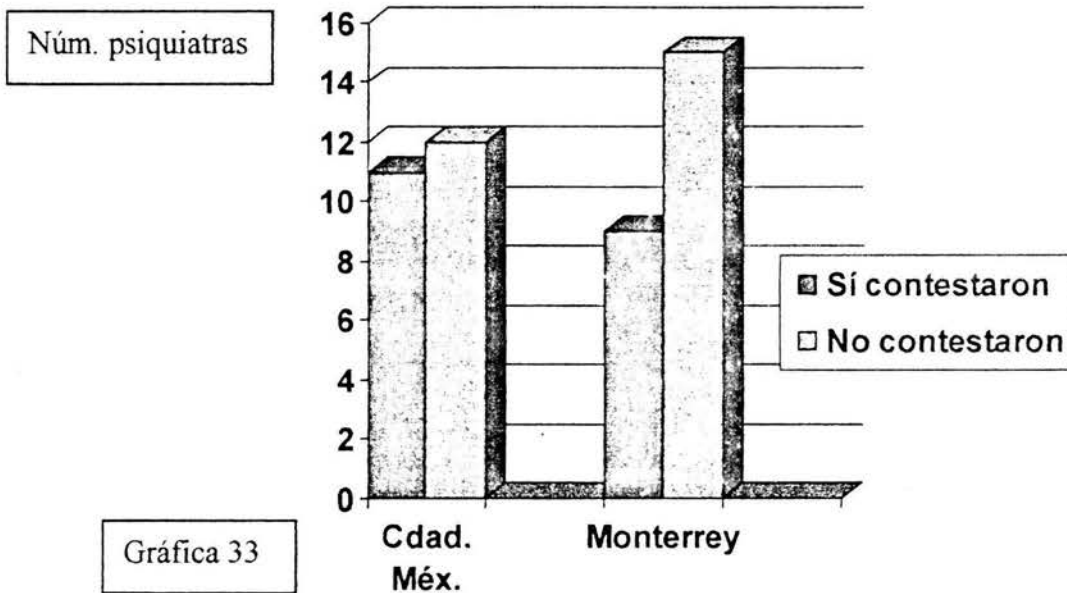
Gráfica 32

Finalmente en la viñeta número 10 cuyo tema es *riesgo homicida*, también se encontraron diferencias en el tipo de respuesta elegida en ambas ciudades. En la Ciudad de México la respuesta más elegida fue: *Sugiere la hospitalización voluntaria*, con una puntuación de 11 (48%) y para la Ciudad de Monterrey 9 (38%). En la Ciudad de Monterrey la respuesta más elegida fue: *Solicitar la hospitalización involuntaria*, eligiéndola 14 (58%) mientras que en la Ciudad de México la eligieron sólo 9 (39%).

Viñeta 10. Riesgo homicida

Ciudad de México:

Respuesta: *Sugiere la hospitalización voluntaria*



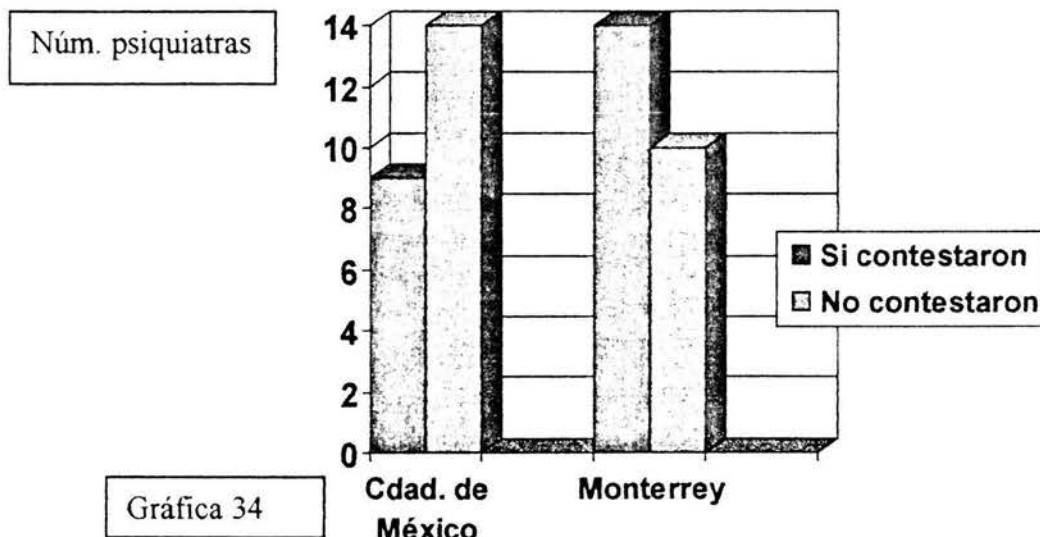
Gráfica 33

Esta diferencia de elección en el tipo de respuesta se representa a continuación en gráfica.

Viñeta 10. Riesgo homicida

Ciudad de Monterrey:

Respuesta: *Solicitar la hospitalización involuntaria*



Gráfica 34

Cabe señalar que las puntuaciones fueron altas tanto en los psiquiatras de la Ciudad de México como en los de la Ciudad de Monterrey debido a que los psiquiatras eligieron en cada viñeta más de una respuesta. En la muestra de la Ciudad de México los psiquiatras eligieron en promedio 1.9 respuestas por cada viñeta y en la Ciudad de Monterrey 2.

DISCUSIÓN

PARTE I

Aunque no se encontraron en su mayoría variables significativas para este estudio, es importante hacer notar que hubo diferencias entre la muestra de la Ciudad de México y Monterrey, ya que el 92% de todos los psiquiatras se encuentran entre la edad de los 31 y 50 años. La edad de los psiquiatras en la Ciudad de México fue 51.04 años en promedio, que es mayor a la de los psiquiatras de Monterrey cuyo promedio fue de 40.50, años observándose una diferencia de 10.5 años.

Respecto al lugar de origen del total de los psiquiatras predominaron los de la Ciudad de Monterrey (18), le siguieron los foráneos (16) y después los originarios de la Ciudad de México (13). Esta variable fue significativa.

Hay más casados en la Ciudad de Monterrey que en la Ciudad de México y más psiquiatras solteros en esta que en Monterrey.

La religión que predomina es la católica, pero se encontraron más psiquiatras católicos en la Ciudad de Monterrey que en la Ciudad de México y más psiquiatras en esta ciudad sin religión que en la Ciudad de Monterrey.

La escolaridad del padre más frecuente en la Ciudad de México fue la licenciatura, mientras que en la Ciudad de Monterrey fue la de primaria. Y la ocupación del padre encontrada con mayor frecuencia en los psiquiatras de la Ciudad de México fue la profesionalista y en la de Monterrey fue la de comerciante.

Respecto al Internado de Pregrado-Institución la mayoría (14) lo realizó en el Centro de Salud Universitario correspondiente a los psiquiatras de la Ciudad de Monterrey, le siguieron los psiquiatras que realizaron su internado en Hospital de seguridad social (13) y después (11) en hospital general público. Variable significativa. En la Duración del Internado la mayoría (32) lo hizo en un año, pero (8) psiquiatras lo hicieron en 3 años y (6) no lo realizaron. También esta variable fue significativa.

La variable Residencia en Psiquiatría-Institución fue significativa, ya que 20 psiquiatras realizaron su residencia en Hospital psiquiátrico del estado y 18 en Hospital universitario y le siguieron 2 en hospital de seguridad social. En la Orientación técnica predominante de la residencia, 20 psiquiatras recibieron formación ecléctica, 20 psicoanalítica y 7 biológica. Ambas variables también significativas.

La Orientación psiquiátrica en la formación de la residencia de los psiquiatras de la Ciudad de México con mayor frecuencia, fue la ecléctica y en la Ciudad de Monterrey fue la psiconalítica.

En total el tipo de Subespecialidad que predominó fue la de psiquiatría de enlace y psicoterapia grupal, familiar y de pareja siendo en ambos de 7, le siguieron el

psicoanálisis con 5 y después psicoterapia médica, finalmente 3 en paidopsiquiatría en ambas ciudades.

La frecuencia de Subespecialidad fue superada en los psiquiatras de la Ciudad de México (18), que en los psiquiatras de la Ciudad de Monterrey (11). Mientras que el tipo de Subespecialidad de mayor frecuencia en la –

+Ciudad de México fue la psiquiatría de enlace y en la Ciudad de Monterrey terapia grupal, familiar y de pareja.

PARTE II

Respecto a las situaciones clínicas más frecuentes y que presentaron dificultades para manejar la confidencialidad, se encontraron en los psiquiatras de la Ciudad de México 10 casos, mientras que en la Ciudad de Monterrey 14 casos. Con mucho mayor porcentaje de casos presentados en la Ciudad de México y en menor porcentaje los presentados en la Ciudad de Monterrey.

Se encontraron cinco casos clínicos similares: Petición de información, relaciones sexuales con el terapeuta, narcotráfico, riesgo suicida e incesto, presentadas en los psiquiatras de la Ciudad de México en mayor proporción que en los psiquiatras de la Ciudad de Monterrey.

En la Ciudad de Monterrey se presentó con mayor frecuencia el caso de exhibicionismo.

PARTE III

Respecto a los casos clínicos similares identificados en ambas muestras, los tres primeros encontrados con mayor frecuencia fueron alcoholismo, robos y conducir a alta velocidad. Superando los casos de alcoholismo y robos en la Ciudad de Monterrey.

Conducir a alta velocidad se presentó con mayor frecuencia en la ciudad de México. En el resto de los casos de las viñetas, los temas se presentaron con mayor frecuencia en la Ciudad de México que en la de Monterrey. En ningún caso se presentó riesgo homicida en la Ciudad de Monterrey.

Las variables sociodemográficas no tuvieron valor significativo de acuerdo a la correlación de Pearson, algunas tienden a ser significativas, como las variables: Otra licenciatura-Duración e institución correccional. Y un valor negativo para las variables: Otra licenciatura-Institución y Subespecialidad-Duración.

Algunas variables tuvieron más una correlación menor.

Para la Ciudad de México las variables tendientes a ser significativas fueron: Otra licenciatura-Duración y Subespecialidad-tipo, con menor frecuencia y correlación negativa las variables: Otra licenciatura-Institución y licenciatura en medicina-Duración.

Mientras que para la Ciudad de Monterrey, las variables con tendencia a ser significativas fueron: Otra licenciatura-Duración, institución correccional e internado

de pregrado-tipo, otras tuvieron una correlación de menor valor. Se encontró correlación negativa para las variables: Otra licenciatura-Institución y raza.

Por otro lado, los tipos de respuestas elegidas tanto en una muestra como en otra tuvieron algunas diferencias en las viñetas número 2 (abandono familiar), 3 (conducir a alta velocidad), 4 (desfalcos), 6 (incesto), 7 (alcoholismo), 8 (piromanía), 9 (Paidofilia) y 10 (homicidio premeditado). Estas diferencias se presentaron con mayor frecuencia para la viñeta número 3 (conducir a alta velocidad), le siguieron las viñetas 4, 6 y 7, después la 2 y finalmente la 8, 9 y 10.

Los psiquiatras de la Ciudad de Monterrey eligieron respuestas con mayor valor de 20 o 30, lo cual significa tendencia a proteger el bien social y a romper la confidencialidad. Mientras que los psiquiatras de la Ciudad de México eligieron respuestas con menor valor de 10 o 20, es decir, la tendencia fue a proteger al paciente y la confidencialidad.

CONCLUSIONES

Ninguna de las variables en estudio fueron significativas con relación al manejo de la confidencialidad, sin embargo son una pauta para considerar que el lugar de origen, la formación médica y psiquiátrica, así como la orientación psiquiátrica y la Subespecialidad son factores que influyen en el manejo de la confidencialidad.

Hay problemas similares con diversos grados de dificultad (esto representado en frecuencia y porcentaje) para el manejo de la confidencialidad en los psiquiatras de la Ciudad de México y Monterrey, lo que significa que los pacientes comparten problemáticas similares y buscan ayuda profesional.

Sin embargo hay otras situaciones diferentes en ambas muestras y esto supone que los psiquiatras consideran de importancia en el manejo de la confidencialidad otros temas a los cuales se enfrentan en la consulta psiquiátrica diferentes en la Ciudad de México y en la Ciudad de Monterrey.

Estas situaciones conocidas por los psiquiatras determinan un manejo específico que sería muy interesante conocer y comparar los abordajes diferentes de cada situación encontrada, dando pauta para formular nuevos estudios y poder conocer su trascendencia e impacto en el paciente que es la persona a quien atendemos con la finalidad de ayudarlo a recuperar su salud mental.

Estos resultados cobran importancia ya que la psiquiatría puede ser vista como el reflejo de la conducta que comparte visitudes de cultura y comportamientos similares que existen en todas las sociedades. Las similitudes de la conducta humana tienen varios ambientes culturales y estos son tópicos de investigación en psiquiatría que tienen diferentes niveles de desarrollo de acuerdo a la evolución del grupo social, esta situación se convierte en una desventaja cuando se hacen estudios comparativos entre países diferentes

La psiquiatría puede mostrar como la conciencia cultural afecta la percepción que el medico tiene del paciente y sus problemas, y como los manejan, esto puede ser una contribución al estudio de la confidencialidad actual.

También afectan la estructura de la familia, el rol del terapeuta, y su percepción de sí mismo, situaciones que dependen de la cultura y son su contribución para nuevos estudios teóricos y prácticos de la psiquiatría.

Los psiquiatras que han tenido casos clínicos similares a los mostrados en cada viñeta reflejan las mismas experiencias a las encontradas en los psiquiatras norteamericanos, en menor proporción en los psiquiatras de la Ciudad de Monterrey que en la Ciudad de México y con mayor frecuencia temas como el alcoholismo, robos y conducir a alta velocidad, problemas conocidos por su repercusión social y

médica en nuestro país. Con poca frecuencia los casos de riesgo homicida y piromanía.

La puntuación de las viñetas en ambas muestras fue alta, comparado con los estudios mencionados en los psiquiatras norteamericanos, ya que los psiquiatras Mexicanos toman más libertad de elección, seleccionando más de una respuesta para el manejo de la confidencialidad y respecto a las dos muestras de estudio, más en los psiquiatras de la Ciudad de Monterrey que en la Ciudad de México, lo que predispone a romper más la confidencialidad, es decir a proteger a la sociedad más que al paciente.

Aunque no se encontró una correlación significativa de las variables sociodemográficas con la escala que evalúa la actitud hacia el manejo de la confidencialidad en nuestro estudio, sí hay tendencia al mantenimiento de la confidencialidad cuando tomamos en cuenta la variable: Otra Licenciatura relacionada con base en el tiempo en que fue desempeñada.

Para ambas ciudades se identificó tendencia a proteger menos la confidencialidad en la variable: Otra Licenciatura, de acuerdo a la institución donde se realizaron los estudios.

Otra variable que mostró la misma tendencia fue: Institución correccional.

Es claro que los psiquiatras de la Ciudad de México prefieren elegir respuestas con tendencia a proteger la confidencialidad y proteger al paciente, mientras que los psiquiatras de la Ciudad de Monterrey prefieren elegir respuestas que orientadas a la sociedad, con menor tendencia a proteger la confidencialidad, por lo tanto tendencia a romper más la confidencialidad.

La psiquiatría comparte aspectos comparativos como la enseñanza facilidades de educación, administración hospitalaria, edad del psiquiatra y tratamiento prescrito. El reconocimiento del impacto de la cultura, es importante, para considerar, diferentes formas de abordaje psiquiátrico, pues ante culturas diferentes, el sistema de creencias de los pacientes, presión religiosa y otras ideologías enfatizan y procuran abordajes diferentes para el manejo de la confidencialidad (41) (42). La influencia de los factores socioculturales sobre los asuntos clínicos psiquiátricos, así como el acercamiento terapéutico, y diagnóstico, determina la adaptación de principios psiquiátricos, establecidos en el mismo contexto cultural donde se ejerce la psiquiatría (43).

SUGERENCIAS

En la investigación sobre el manejo del secreto médico y en especial de la confidencialidad, dada su complejidad y diversidad de abordaje, así como las diferentes experiencias a las cuales se enfrenta el psiquiatra, consideramos útil mencionar algunas pautas para lograr un mejor manejo, de acuerdo al criterio de algunos autores que han estudiado también la confidencialidad en otros países bajo circunstancias similares y que puede orientar a los psiquiatras del país a una mejor atención del paciente ya que a consideración nuestra ese es el objetivo principal de la atención psiquiátrica.

1.- Robin Steier y Goldberg proponen informar al paciente de sus derechos y privilegios. La absoluta confidencialidad en el psicoanálisis sería mantenida. Ellos sugieren separar el psicoanálisis de otros tipos de terapia, pues el tipo de atención que requiere de una variedad de servicios y la ayuda de otras instancias para resolver los problemas como es el hecho de que el médico tenga que proporcionar información al juez (3).

2. - El rol del psiquiatra en la actividad bioética se ha incrementado durante las dos últimas décadas, a pesar de esto se identifica que hay más consultas psiquiátricas. Los psiquiatras ahora son miembros frecuentes de los comités de ética o consultantes. Los asuntos éticos son frecuentemente aspectos de trabajo hospitalario, especialmente en lo relacionado al consentimiento decisiones (por ejemplo en la participación de investigaciones clínicas), y esto debe crear en los psiquiatras la necesidad de leer guías con una amplia literatura ética que ayude a aclarar su trabajo ético en esta área (44).

3. - Edward Hundert y Paul Appelbaum proponen seguir los lineamientos de los códigos establecidos por la Asociación Psiquiátrica Americana que sugieren procesos de colaboración a través del desarrollo de guías educacionales para la psicoterapia y su publicación, además de proporcionar a los profesionales la regulación legal correspondiente, así como el tipo de servicio público, el desarrollo de documentos y límites promulgados por la ley, para el beneficio de quienes trabajan en la salud mental (45).

4. - A los psiquiatras les es común la solicitud de predecir la violencia, para un correcto cuidado y manejo del paciente, para ello es indispensable hacer una evaluación significativa rutinaria, valorando el riesgo potencial de violencia o valoraciones adicionales según sea el caso. Es necesario tomar en cuenta el historial de violencia, hacer la revisión de registros, discusión del caso con el paciente, establecer los límites del manejo, solicitar la supervisión con profesionales legales para soportar toda decisión y acción (26).

5. - Es trascendente una revisión de la literatura que defina atributos, antecedentes, consecuencias y referencias empíricas, cuyo tema abarque la confidencialidad, la investigación de proyectos o asuntos relacionados y en el contexto de HIV y ETS (enfermedades de transmisión sexual), así como sus implicaciones en la práctica clínica, incluyendo los límites de los mismos (46)(31).

6. - Todos los clínicos deben estar familiarizados con los requerimientos legales para el cuidado de documentos médicos. Las sugerencias son que los registros del paciente sean guardados, que incluyan la terapéutica, el mantenimiento y las necesidades del paciente, esto es una protección para el clínico desde el punto de vista del riesgo legal (47).

7. - En una exploración de terapia, se encuentran asuntos dinámicos, cognitivos y afectivos del paciente, que pueden generar una discusión de notas y registros, así como de otros temas. No todos los temas registrados son negociables ante la ley. Se pueden aprovechar ciertos puntos o notas en los que el clínico necesita mantener un límite determinado, así como de otros factores extraclínicos, que deben ser guardados en lo posible (48).

8. - Las nuevas reglas en Estados Unidos establecen diferencias en los registros médicos generales y notas de psicoterapia, esta nueva regla fue promulgada en un encuentro anual de 130 presidentes de la Asociación Psiquiátrica Americana (49).

9. - Cuando los datos de un paciente advierten un compromiso, los terapeutas deben discutir con la ley una negociación de esta discusión, dando peso a las consideraciones éticas relevantes, incluyendo el respeto a la autonomía, el mantenimiento a la integridad, evitando el fraude o traición con revelación de datos en beneficio del paciente y su responsabilidad. Como lo mencionaba Ericson (1990) de manera imperativa "Los formatos escritos facilitan el proceso de consentimiento informado" finalmente los terapeutas deben evitar presionar al paciente a proveer información y el terapeuta evitar revelar sin el consentimiento del paciente (50).

Finalmente los problemas de los pacientes y sus aspectos culturales, son asistidos por el psiquiatra, pues el conocimiento de estos aspectos culturales permite la prevención y educación. El psiquiatra puede encontrarse con una diversidad cultural tanto de instituciones sociales y su actitud hacia la confidencialidad ante fenómenos universales como la muerte, incapacitación, enfermedad mental y muchos otros más, lo cual tiene impacto en la práctica y repercusiones en el manejo de la confidencialidad (51).

BIBLIOGRAFIA

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

1. - Sánchez Carazo Carmen. La intimidad y el secreto médico. Edit. Díaz de Santos. Madrid, 1ª. edición, 2000.13. 34-33, 43-50.
2. - M.S. Geijo Uribe y J. A. Blanco Garrote. La Confidencialidad en Psiquiatría. <http://www.sepsiquiatría.org/sepsiquiatría/html/información-sociedad/manual/a20n7.htm>.
3. - Steier Robin Goldberg. The New Informants: The Betrayal of Confidentiality in Psychoanalysis and Psychotherapy. Am. J. Psychoanalysis. New York, sep. 1996 3 (56).363, 2pgs.
4. - Calcedo Ordóñez Alfredo. Secreto médico y protección de datos sanitarios en la práctica psiquiátrica, Edit. Panamericana, 1ª. edición, mayo 2000, España. 3-164pgs.
5. - Kagle, Jill Doner, Kopels, Sandra. Health and Social Work. J. Med. Ethics, 4(28), Aug. 2002. 279, 1pgs.
6. - Ocampo Martínez Joaquín. El Problema de decirle la verdad al paciente Bol. Méx. His. Med 2000; 3 (2). 4-8pgs.
- 7.- Harold I. kaplan, Benjamín J. Sadock. Secreto Profesional y Confidencialidad. Sinopsis de Psiquiatría, editorial Médica panamericana, 8ª. Edición, España 2000. 1498-1490pgs.
8. - Simón Robert I. M.D. Ley y psiquiatría, cap.41.DSM IV Tratado de Psiquiatría. Tomo II, editorial Masson, 3ª. Edición, 2001. 1504-1505pgs.
9. - Gisberth Calabuig, J.A. Medicina Legal y Toxicología, 4ª. Edición Barcelona: Salvat editores, 1991. 285-90pgs
10. - Vélez Corea Luis Alfonso, M.D. Secreto profesional, Ética Médica. Edit. Corporación para Investigaciones Biológicas.159-167pgs.
11. - Amor Villalpando Alberto. Secreto médico. Confidencialidad e intimidad. Rev. Sanid. Milit. Méx 1999; 53(2): 157-160pgs.
12. - Chávez Ignacio. La moral médica frente ala medicina de nuestro tiempo. Humanismo médico, educación y cultura, UNAM, México, 1991, Vol.1. 39.49pgs.
13. - Appelbaum P. S. M.D., Robert M. Hamm, Ph.D. Decision to seek Commitment. Arch. Gen. Psychiatry, 1 (39). April 1982.447-451pgs.

14. - Ocampo Martínez Joaquín. La bioética y la crisis de la ética médica tradicional. *Anales Médicos*, 46 (2), Abr-Jun, 2001. 92-96pgs.

15. - Simón Lorda Pablo. El Consentimiento informado y la participación del enfermo en las relaciones sanitarias. Declaración universal de los derechos humanos. Bioética y derechos humanos. Instituto de Investigaciones jurídicas, edit. UNAM, Méx. 1992.133-143pgs.

16. - Romero Casabona C. y Castellano Arroyo, M. La intimidad del paciente desde la perspectiva del secreto médico y del acceso a la historia clínica. *Derecho y Salud*, vol.1, julio-diciembre 1993. 30-36pgs.

17. - Hundert, Edward M, Appelbaum, Paul S. Boundaries in psychotherapy: Model guidelines. *Psychiatry*, 4 (58), Nov. 1995. 345pgs.

18. - Spielman Bethany J. Professionalism in forensic bioethics. *The J.of Law Med. and Ethics*. Boston, 2002, 3 (30). 420- 21 pgs.

19. - Weinstock Robert, M.D., Leong Gregory B., M.D. y Silva J. Arturo, M.D. Review of Clinical Psychiatry and the Law, Vol. 1. Cap.2. American Psychiatry Press, Inc. 1990. 83-117pgs.

20. - Stone Alan A, M.D. Sexual Misconduct by psychiatrists: The Ethical and Clinical Dilemma of Confidentiality. *Am. J. Psychiatry* 140 (2), February, 1983. 195-197pgs.

21. - Noll John O. PH.D, and Hanlon Mark J., M.A. Patient Privacy and Confidentiality at Mental Health Centers. *Am. J. Psychiatry*, 133(11), November, 1976. 1286-1289pgs.

22. - Steier Goldberg Robin. The New Informants: The Betrayal of Confidentiality in Psychoanalysis and Psychotherapy. *Am. J. Psychoanalysis* 3 (56), Sep. 1996. 363-5 pgs.

23. - Lamberg Lynne. Confidentiality and privacy of electronic medical records: Psychiatrists explore risks of the "information age" *JAMA*, Chicago, Jun. 2001, 24 (285) 3075-7pgs.

24. - Nuevo Código Penal para el Distrito Federal. Con vigencia a partir del 13 de nov. 2002. Título décimo tercero "Delitos contra la intimidad personal y la inviolabilidad del secreto" capítulo I Violación de la intimidad personal, artículo 212 y capítulo II Revelación de secretos, artículo 213, editorial SISTA. 81-2pgs

25. - Ley de Salud para el Distrito Federal y Disposiciones Complementarias. Leyes y Códigos de México. Ley general de salud. Editorial Porrúa, México, 1997.

26. - Manual Informativo de la Asociación Psiquiátrica Mexicana. Código Deontológico. Sección I, apartados 2-8 y Sección II, apartados 13-29.
27. - Frenk Mora Julio, Secretario de Salud, Levy Algazy Santiago y González Roaro Benjamín, et. al. Código de conducta para el personal de salud 2002. 7, 8, 10, 12 y 13pgs.
28. - Hinshelwood R.D. Confidentiality and Mental Health. *J. Med. Ethics*, 4 (28), Aug. 2002. 289. 1pgs.
29. - Ellenchild Pinch Winifred. Confidentiality: Concept analysis and clinical application. *J. Nursing forum*. 2 (35) Apr-Jun 2000. 5 12 pgs.
30. - Gutheil Thomas G, Hilliard James T., "Don't write me down": Legal, clinical, and risk-management aspects of patient's requests that therapists not keep notes or records Hilliard James T. *Am. J. Psychotherapy*. New York. 2 (55), 2001. 157- 9pgs.
31. - Schiosberger, Eugene, Hecker, Lorna. HIV and family therapist's duty to warn: A legal and ethical analysis. *J. Marital and Fam. Therapy*, Jan 1996, 1(22). 27pg.
32. - Carrasco Gómez, Juan José. Secreto Médico, cap. 2 Aspectos Médico-jurídicos de la Responsabilidad Médica Editorial Colex. 1990. 57-60pgs.
33. - Gurevitz Howard, M.D. Tarasoff: Protective Privilege versus Public Peril *Am. J. Psychiatry*, 134(3), March, 1977. 64-80pgs
34. - Lindenthal Jacob Jay, PH.D; DR. P.H. and Thomas Claudewell S., M.D; M.P.H. Psychiatrists, the Public, and Confidentiality. *Journal of Nervous and Mental Disease*. New Jersey, June 1982, 68 (170). 319-323pgs.
35. - Lindenthal Jacob Jay and Jordan Theresa J. Methodological Issues in the Study of Confidentiality: A Reinterpretation of Findings. *Med. Law*, New Jersey 1991, (10). 537-548pgs.
36. - Lindenthal Jacob Jay, PH.D., and Thomas Claudewell S. M.D. A Comparative Study of the Handling of Confidentiality. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. New Jersey 1980. 6 (168). 361-69pgs.
37. - Lako CJ, Huygen FJ, Lindenthal JJ, Persoon JM. Handling of Confidentiality en general practice: a Survey among general practitioners in The Netherlands. *Fam. Pract.*, 1990, Mar. 7 (1). 34-8pgs.
38. - Lako CJ, Huygen FJ, Lindenthal JJ, Persoon JM. Handling of Confidentiality en General Practice: a Survey among general practitioners in The Netherlands. *Fam. Pract.*, 1990, Mar. 7 (1). 34-8pgs.

39. - Ghali AY, Lindenthal JJ, Thomas CS. The management of Confidentiality in Egypt. *Med. Law*, 1991; 10(6): 549-54pgs.
40. - Lako, C. G. and Lindenthal. The management of Confidentiality in General Practice: A comparative study in the U.S.A. and Netherlands. *J.J. Soc. Sci. Med.*, 1991, 2 (32). 153-157pgs.
41. - Brody Eugene B., M.D. Transcultural Psychiatry, Human Simillities, and Socioeconomic Evolution. *Amer. J. Psychiat.* November 1967. 5 (124). 70-76pgs.
42. - Murphy HB. Transcultural psychiatry should begin at home. *Psychological Medicine*. Aug. 1977, 7(3). 369-71pgs.
43. - Rees W. Linford MD. Section of psychiatry. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, Jull 1973. 66 (7). 711-7pgs.
44. - Preisman C. Richard, Steinberg Maurice D., Rummans Teresa A., Youngner Stuart J., et. al. An Annotated bibliography for ethics training in consultation-liaison psychiatry. *Psychosomatics* 5 (40), Sep/Oct 1999, 369-71pgs.
45. - Hundert, Edward M, Appelbaum, Paul S. Boundaries in psychotherapy: Model guidelines. *Psychiatry*, New York, Nov. 95 núm. 4 (58). 435-39pgs.
46. - Schiosberger Eugene, Hecker and Lorna. HIV and family therapist's duty to warn: A legal and ethical analysis. *J. Marital and Fam. Therapy*, Jan 1996, 1(22). 27pg.
47. - Simon Gregory E; Unutzer Jurgen, Young Barbara E and Pincus Harold Alan. Large medical databases, population-based research, and patient confidentiality. *The Am. J. Psychiatry*. Washington: Nov 2000. 11 (157). 1731-7 pgs.
48. - Steven Dowd, Dowd Lisa P., Maintaining confidentiality: Health care's ongoing dilemma. *The Health Care Supervisor*. Gaithersburg, sep. 1996, núm. 1 (15). 28-36 pgs.
49. - Spielman Bethany J. Professionalism in forensic bioethics. *The J. Law, Med. Ethics*, Boston, 2002, 3 (30). 420-21pgs.
50. - Goldman Margo P., Appelbaum Paul, Simon Gregory, Young Barbara E. et al. Use of psychiatric records/ Dr. Appelbaum replies/ Dr. Simon and Colleagues reply. *Am. J. Psychiatry*, Washington, oct.2001, núm. 10 (158). 1744-7pgs.
51. - A Joint Statement by the Committees of American and the Canadian Psychiatric Associations. *Canadian psychiatric Association Journal*. Jun 1969, 14 (3). 33-5pgs.

ANEXOS

Variables sociodemográficas

Entrevista verbal de casos nuevos

Entrevista verbal de las viñetas

Escala que evalúa la actitud hacia la
confidencialidad

Parte I

1) Sexo: () Masculino () Femenino

2) Edad: _____ 3.- Lugar de origen: _____

4) Estado civil:

() Soltero(a) () Viudo(a) () Casado(a) () Divorciado(a) Otro: _____

5) Raza:

() Mestiza () Blanca () Negra () Otra (Por favor especifique): _____

6) Religión:

() Católica () Protestante () Judía
() Otra (Por favor especifique): _____

7) País de origen del padre:

() México () Otro: _____

Escolaridad del padre:

() Primaria: () Completa () Incompleta Licenciatura: () Completa () Incompleta

() Secundaria : () Completa () Incompleta Posgrado: () Completa () Incompleta

() Bachillerato: () Completo () Incompleto Otros (De duración mayor a un año): _____

Ocupación del padre: _____

8) País de origen de la madre:

() México () Otro: _____

Escolaridad de la madre:

() Primaria: () Completa () Incompleta Licenciatura: () Completa () Incompleta

() Secundaria : () Completa () Incompleta Posgrado: () Completa () Incompleta

() Bachillerato: () Completo () Incompleto Otros (De duración mayor a un año): _____

Ocupación de la madre: _____

9) Formación académica:

Bachillerato:

Institución: _____
Años de estudio: _____ Documento recibido: _____

Licenciatura en Medicina:

Institución: _____
Años de estudio: _____ Documento recibido: _____

Otra Licenciatura o educación Profesional (Si es ninguno, escriba "ninguno")

Institución: _____
Años de estudio: _____ Documento recibido: _____

Internado de Pregrado:

Institución: _____
Duración: _____
Tipo: () Hospital general () Hospital de Especialidades Otro: _____

Servicio Social:

Institución: _____
Duración: _____ Tipo: () Zona rural () Zona urbana
Otro: _____

Residencia en Psiquiatría:

Institución: _____
Duración: _____ Años: _____ meses.
Orientación:
() Ecléctica () Psiconalítica () Conductual () Biológica
Otra: _____

Residencia no Psiquiátrica (Si es ninguno, escriba "Ninguno")

Institución: _____
Duración: _____ Años: _____ meses

Subespecialidad:

Institución: _____
Duración: _____ Años: _____ meses

¿Ha tenido instrucción psicoanalítica?

() Sí () No
En caso afirmativo, Duración: _____ Años: _____ meses

¿Cuál de los siguientes términos describe mejor su abordaje predominante para el tratamiento psiquiátrico?

- Psicoanalítico Conductual
 Biológico Abordaje grupal
 Ninguno de los antes mencionados otro: _____

Si, usted marcó “ninguno de los mencionados”. Que otro término que no sea “eclectico” usaria para describir su abordaje?

10) Aproximadamente, que proporción de su tiempo profesional, pasa en cada una de las siguientes actividades (Mayor al 10%)

Atención clínica: (Incluyendo la consulta al paciente)	_____	por ciento
Administración (incluyendo la elaboración de documentos)	_____	por ciento
Investigación:	_____	por ciento
Enseñanza:	_____	por ciento
Otras actividades (por favor especifique): _____	_____	por ciento
	Total	100 por ciento

11) Aproximadamente, que proporción de tiempo pasa en la atención clínica que ocupa en cada una de los siguientes tipos de instituciones?

Consultorio privado	_____	por ciento
Hospital privado	_____	por ciento
Hospital general público	_____	por ciento
Hospital psiquiátrico del estado.....	_____	por ciento
Hospital de seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, etc)	_____	por ciento
Centro de salud mental	_____	por ciento
Centro de salud universitario	_____	por ciento
Hospital militar	_____	por ciento
Institución correccional	_____	por ciento
Otro tipo de institución (Por favor especifique): _____	_____	por ciento
	Total	100 por ciento

Parte II

a) ¿Cuáles problemas en confidencialidad ha tenido en su práctica clínica con pacientes psiquiátricos?

Si se ha encontrado en más de una situación, escoga la más reciente o la más clara que tenga en su mente. Cite con ejemplos

¿Cuál fue la situación?

¿Qué hizo usted?

Parte III

La parte III de este cuestionario también está basado en una serie de 10 situaciones hipotéticas las cuales provienen de la práctica psiquiátrica. Voy a leer la descripción de cada situación, colocándose usted mismo en la situación del psiquiatra.

En su experiencia profesional ¿Se ha encontrado en una situación similar o en cualquiera de aquellas descritas en este cuestionario?

Sí No

¿Los ha tenido?