

Tratamiento ambulatorio involuntario en psiquiatría

Con el auge del tratamiento de los trastornos mentales en la comunidad se ha hecho evidente que un cierto número de pacientes opone resistencia a dicho tratamiento y lo abandona fácilmente. Esta es la causa de frecuentes recaídas en forma de episodios psicóticos agudos, que obligan a nuevos internamientos, generalmente involuntarios, conformando el fenómeno conocido como puerta giratoria.

FRANCISCO DEL OLMO ROMERO-NIEVA
Director Médico de la Clínica San Miguel (Madrid)



Muchas veces, frente a esta situación, los familiares, la mayoría de las veces el único apoyo del paciente, asisten impotentes a su negativa a acudir al dispo-

sitivo de rehabilitación o a tomar el tratamiento prescrito, a los síntomas prodrómicos o a las alteraciones conductuales de la crisis psicótica hasta que ésta sea de suficiente entidad para justificar un ingreso, lo que

lleva a sobrecarga y en ocasiones a situaciones desesperadas.

Se ha abierto el debate sobre la extensión del tratamiento involuntario a la comunidad, surgiendo a nivel internacional algunas experiencias y una corriente de opinión que solicita las correspondientes medidas legales y administrativas para su regulación, como medida para conseguir la adherencia al tratamiento sin la necesidad de un ingreso hospitalario, como medida menos invasiva que éste.

Proponen reformar la ley

En este contexto, en España, la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales (FEAFES), ha elaborado una propuesta de reforma del artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, que actualmente regula los internamientos involuntarios de las personas con trastornos psíquicos, suscitando la presentación en el Parlamento español, por el grupo parlamentario catalán (Convergencia i Unió), de una propuesta de ampliación de la citada ley, que reza como sigue: *“ART. 763-5 LEC: Podrá también el Tribunal autorizar un tratamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico o un periodo de observación para diagnóstico, cuando así lo requiera la salud del enfermo, previa propuesta razonada del especialista, audiencia del interesado, informe del Forense y del Ministerio Fiscal. En la resolución que se dicte deberá establecerse el plan de tratamiento, sus mecanismos de control y el dispositivo sanitario responsable del mismo que deberá informar al Juez, al menos cada tres meses, de su evolución y seguimiento, así como sobre la necesidad de continuar, modificar o cesar el tratamiento. El plazo máximo de duración de esta medida será de dieciocho meses”*.

Posturas encontradas

La anterior propuesta de reforma, aceptada por el Pleno, se encuentra actualmente en fase de propuestas de enmiendas, lo que ha generado un intenso debate en nuestra sociedad. Por un lado, la citada FEAFES y algunas asociaciones profesionales, como la Asociación Española de Psiquiatría y la Asociación Española de Psiquiatría Legal, la han justificado y defendido, a veces con matices. Por otro lado, organizaciones como la Asociación de Usuarios de Salud Mental o la Asociación Española de Neuropsiquiatría (ésta última reconociendo la posibilidad de regularlo por medio de la legislación actual), muestran una postura crítica al respecto, amparándose todos en diversos argumentos, que se pueden clasificar bajo diferentes epígrafes:

- **Medios humanos y materiales:** los críticos de la propuesta sostienen que unos recursos de Salud Mental suficientes, coordinados, y centrados en las necesidades reales de los pacientes, la harían innecesaria, y que la propuesta podría enmascarar la escasez de recursos, mientras que los proponentes, aunque denuncian también dicha escasez, enfatizan que existe un núcleo de pacientes que no aceptan aún el mejor de los tratamientos posibles, y que la materialización de la propuesta exigiría de hecho la provisión de recursos necesarios.

- **Evidencias científicas:** se asegura que no existen las suficientes pruebas científicas para asegurar la efectividad de la medida. Por otro lado, aun reconociendo las dificultades metodológicas, se señala la experiencia de otros países, en los que se ha demostrado su utilidad, siempre y cuando haya un buen nivel de servicios.

- **Estigmatización:** una legislación específica para enfermos mentales introduce la “noción de peli-



grosidad” o de “orden público”, utilizada en algunos países, poniendo en juego las “reglas de policía”. Frente a esto, la obligación de tratamiento debería ser decidida exclusivamente en función de criterios de salud del individuo.

- **Generalización:** existe el temor ante la aplicación de la ley de forma extensa a población no enferma o ante toda conducta anómala de los pacientes. Sin embargo, los proponentes sostienen que la experiencia de otros países avala que la proporción de pacientes en que se aplica es mínima, siempre y cuando existan las siguientes condiciones: diagnóstico de trastorno mental grave según normas internacionales, demostrada incompetencia del paciente para valorar su situación, riesgo para su salud, proposición terapéutica de eficacia contrastada y valoración de alternativas menos restrictivas.

- **Autonomía y consentimiento informado:** La exigencia del consentimiento informado, omnipresente en la legislación sanitaria, se fundamenta legalmente en el respeto a la

autonomía de su voluntad, constituyendo un tratamiento involuntario una nueva excepción a este principio. Sin embargo, puede argumentarse que el principio de autonomía no es absoluto, pues tendría primacía la salvaguarda de la dignidad de la persona cuando ésta está comprometida por un serio riesgo para su salud y por una clara incompetencia para la toma de decisiones acerca de su tratamiento asociada a una falta de conciencia de enfermedad. Sería necesario evaluar por tanto, si su negativa corresponde a ésta o bien a cuestiones como el miedo a efectos secundarios. Además, el tratamiento no voluntario no exime de una provisión de información adecuada y comprensible y el intento constante de conseguir el consentimiento.

- **Alianza terapéutica:** un tratamiento involuntario puede, para algún profesional, excusar la necesidad de una alianza terapéutica con el paciente, o poner en peligro la ya conseguida. Frente a esto, existe la experiencia de muchos profesionales que mantienen algún tipo de alianza terapéutica aún en condiciones de no voluntariedad. Además, puede argumentarse que, en estos casos, la disyuntiva que podría plantearse sería, no entre buena o mala relación, sino entre tener algún tipo



Un tratamiento involuntario puede excusar la necesidad de una alianza terapéutica con el paciente, o poner en peligro la ya conseguida. Frente a esto, muchos profesionales mantienen algún tipo de alianza terapéutica aún en condiciones de no voluntariedad

de relación terapéutica o no tener ninguna.

- **Judicialización:** se argumenta que la “judicialización” del tratamiento puede incluso fomentar actitudes de inhibición o de “desresponsabilización” de los profesionales sanitarios por delegación en el sistema judicial. Contra este razonamiento, se recuerda la diferencia entre “autorización” y “orden” judicial: en el primero de los casos, que corresponde con la propuesta, la iniciativa parte del médico responsable. La intervención del juez deberá ser únicamente de carácter instrumental.

- **Aplicabilidad:** las posturas críticas advierten del riesgo de no delimitar claramente las medidas a aplicar en caso de incumplimien-

to, alertando de las posibles consecuencias que se podrían visualizar en las imágenes de pacientes esposados por la policía para acudir a una cita o la administración forzada de una inyección. Para evitar esto, muchos preconizan que la responsabilidad en la administración de un tratamiento involuntario corresponda únicamente al personal sanitario y sólo en casos excepcionales se pueda pedir la colaboración de otros profesionales. Para analizar éste punto, es conveniente distinguir entre tratamiento no voluntario y

forzado. Parece que la experiencia en nuestras unidades de hospitalización y en tratamiento ambulatorio involuntario en otros países muestran que la mayoría de los pacientes acepta el tratamiento aunque no esté conforme, especialmente si se utilizan sistemas terapéuticos como el tratamiento asertivo en la comunidad.

- **Farmacología:** cada día existen más evidencias de que el tratamiento integral y/o combinado (farmacológico, psicoterapia y rehabilitación psicosocial) es el más eficaz para los trastornos graves. Según algunos, el carácter forzoso del tratamiento hace que tan sólo pueda objetivarse el cumplimiento del tratamiento farmacológico. Sin embargo, la aplicación en algunos países contempla la autorización judicial no sólo para la aplicación de psicofármacos, sino para el acudir a centros de rehabilitación, permitir análisis de tóxicos, residir en un sitio concreto, etc.

- **Legislación específica:** Los críticos se manifiestan en contra de la promulgación de legislación específica para las personas que padecen trastornos mentales, por considerarla discriminatoria y estigmatizante. Algunos sostienen que, de hecho, ya existe legislación suficiente en nuestro país contenida en la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente, que delimita las excepciones al consentimiento informado y las condiciones para el consentimiento por representación. Frente a esto, se responde diciendo que la discriminación sería una exclusión de derechos, y que las garantías que protegen derechos no son discriminación. Desde este punto de vista, la especificidad de la ley garantizaría el control de sus indicaciones y de su cumplimiento y revisión, haciendo similar el tratamiento involuntario ambulatorio y hospitalario, cuyas garantías no se contemplan en la Ley 41/2002. ♥