

Desde el Máster

M^a JOSÉ MARTÍN VÁZQUEZ

Tratamiento ambulatorio involuntario

► M^a José Martín Vázquez. *Máster en Bioética y Derecho*, UB. VIII edición 2005-2007. Psiquiatra, Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca.

En esta sección tienen cabida las aportaciones de los alumnos del *Máster en Bioética y Derecho* de la Universitat de Barcelona, de la presente edición (X promoción 2007-2009) así como de ediciones anteriores. Esperamos vuestras contribuciones en obd@pcb.ub.es.

► 1. Introducción

Desde hace unos años se está debatiendo en España la necesidad de regular el tratamiento ambulatorio involuntario en los pacientes con trastorno mental grave. Este debate se inició en el parlamento, a instancias de asociaciones de familiares de enfermos mentales, con la propuesta por parte de CiU de modificar el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, relativo al internamiento involuntario, añadiendo un quinto punto que regularía el tratamiento en la comunidad, con respuestas varias por parte de foros profesionales de la salud mental y la judicatura.

En principio, el tratamiento involuntario ambulatorio (TAI) se ha planteado como una alternativa de tratamiento para pacientes cuya patología psiquiátrica puede resultar peligrosa para él mismo o para los demás y que no aceptan tratamiento ambulatorio.

En los países en los que existen normas vigentes con respecto al tratamiento ambulatorio involuntario (TAI), se conviene que se aplicará sobre "algunas personas que padecen de enfermedades mentales quienes, a la luz de sus historias de tratamiento y circunstancias presente, se consideran que no pueden sobrevivir de manera segura en la comunidad sin supervisión". Nueva York aprobó legislación para proveer tratamiento ambulatorio supervisado (Ley Kendra). Se refiere fundamentalmente a pacientes con enfermedad mental grave, como alternativa o continuación de un ingreso involuntario, por una enfermedad que tenga repercusiones conductuales y para la que exista un tratamiento eficaz, con evidencia de evitar deterioro o recaídas. Otra condición de elegibilidad es que haya evidencia de incumplimiento reiterado del tratamiento o actos de violencia contra sí mismo o contra otros. En la ley Kendra, frente a otras legislaciones está definida la actuación en caso de incumplimiento de una orden de

Tratamiento Ambulatorio Supervisado: si un médico determina que el paciente no ha cumplido con una orden de tratamiento ambulatorio supervisado y que el paciente puede que necesite admisión involuntaria a un hospital, puede recomendar que se tome al paciente en custodia, se transporte a un hospital y sea retenido hasta por 72 horas para determinar si el paciente necesita ser hospitalizado para recibir servicios y tratamiento. Aunque no ocurre en todas las legislaciones, en Canadá también se describen criterios temporales en la ley para poder establecer la necesidad de TAI. En otros países se regulan otras cosas en el tratamiento involuntario, así en Nueva Zelanda se autoriza al equipo médico a entrar en el domicilio de la persona y establece criterios de exclusión. En cuanto a otras legislaciones, en Escocia el incumplimiento del tratamiento ambulatorio involuntario implica el ingreso del paciente, pero en Inglaterra no está regulada esta situación y no se contempla administrar psicofármacos de forma involuntaria.

En los países de influencia anglosajona con legislaciones sobre TAI los criterios para instaurar éste se basan fundamentalmente en la peligrosidad y la incapacidad. El TAI de personas con enfermedad mental grave está siendo utilizado en muchos estados de Estados Unidos, Canadá, Australia, Reino Unido, Nueva Zelanda e Israel. En Inglaterra y Gales es un sistema de alta supervisada, que regula el reingreso involuntario de pacientes que no cumplen el régimen ambulatorio de tratamiento, con la limitación de ser únicamente aplicable en pacientes que son dados de alta del hospital. En la nueva regulación que se quiere poner en marcha, entre un encendido debate profesional, se plantea el TAI como una alterativa al ingreso hospitalario, el alta condicionada del hospital o prevención de recaídas en personas que no reúnen los criterios para la detención hospitalaria.

Gran parte de la polémica que ha despertado la nueva Mental Health Act que se propone en Inglaterra y Gales es que se amplíe a una "nueva categoría de pacientes con trastorno de la personalidad severo peligroso" (Bindman, 2002) que debe ser detenido preventivamente pese a que se acepta por gran parte de la comunidad científica la falta de respuesta de estos cuadros al tratamiento (sobre todo si no hay demanda expresa ni colaboración del paciente). Supone que las restricciones de la libertad deben ser proporcionales a los beneficios del tratamiento y el tratamiento coercitivo debe estar abierto al cambio si falta la evidencia de sus beneficios.

Uno de los temas polémicos en torno al TAI es el temor ante de su instauración a que se convierta en una medida generalizada desmedidamente, que se aplique con criterios demasiado amplios y pueda instaurarse sobre pacientes que no lo precisan. Parece que los datos de experiencias previas no apuntan en la dirección de la generalización: la prevalencia de uso es de 5-15/100.000 habitantes en Canadá y Australia y 3/100.000 habitantes en Estados Unidos, lo que supone 9,8% de los nuevos ingresos de pacientes ambulatorios y 7,1% de los pacientes ambulatorios continuos. (Hernández y cols, 2006). En Gran Bretaña se han producido temores referidos a la extensión del TAI, con cifras que se estiman entre 13000 pacientes en los 10 primeros años por parte de los sectores médicos que se oponen y 1450 personas por el gobierno que propicia esta ley (Arie, 2005).

La implantación de un tratamiento ambulatorio involuntario resulta un tema especialmente controvertido desde el punto de vista ético, en el que se pueden distinguir posturas extremas. Los defensores consideran que es una forma de conseguir la cumplimentación terapéutica y la mejoría clínica subsiguiente, mientras que los detractores encuentran en este tipo de prácticas la vulneración de derechos fundamentales de las personas y aumento del estigma y la coerción del paciente psiquiátrico.

Otro tema polémico es el tipo de tratamiento que podría ofrecerse, ya que para la ley Kendra "el Tratamiento ambulatorio supervisado es un término general que describe los diferentes tipos

de servicios que un individuo que sufre de enfermedad mental puede recibir en la comunidad. Estos incluyen cuidado médico supervisado, medicamentos, prueba de uso de drogas, adiestramiento vocacional y educacional, terapia de grupo, consejería y tratamiento para uso de drogas y supervisión de vivienda". Pero los detractores de tal medida suponen que se basará únicamente en el tratamiento psicofarmacológico, obviando la rehabilitación, psicoterapia y otro tipo de técnicas.

Los argumentos más extremos en contra del tratamiento ambulatorio involuntario (en adelante TAI) provienen del movimiento conocido como "antipsiquiatría", surgido en los años '60 del pasado siglo de la mano de psiquiatras como Szasz, que suponen que la enfermedad mental no existe, sino que es un mito creado por la sociedad para poder manejar problemas personales, sociales y éticos. Desde esta perspectiva se plantea el tratamiento involuntario como un encarcelamiento injustificado, que la sociedad aplica sobre sujetos molestos. (Stevens, 2006).

Desde posiciones menos extremas, que aceptan la existencia de la enfermedad mental pero rechazan de plano el TAI se ha planteado que viola los derechos humanos porque, en lugar de conseguir que la sociedad se adapte y acepte a los individuos con discapacidad, restringe la libertad de éstos, tratándolos como criminales por ser diferentes o ser percibidos como diferentes, perpetuando la discriminación e ignorancia.

➤ 2. Razones para el debate ético

El debate, en general, se plantea en términos menos extremos, pudiendo señalar razones a favor y en contra de regular esta medida, tanto desde el punto de vista ético como desde la idea de eficacia o posibilidad de puesta en marcha. Incluimos también en la discusión estos puntos porque si una medida no es eficaz, no sería ético ponerla en marcha.

2.1. Argumentos a favor de la regulación del TAI

Los trastornos mentales son crónicos, pero afectan de diferente manera a cada persona. No todas las personas con un determinado diagnóstico (ni siquiera una mayoría de ellas) serían candidatas a recibir un tratamiento involuntario. Las psicosis, fundamentalmente las esquizofrenias,

son enfermedades crónicas e invalidantes en las que la instauración de un tratamiento multidisciplinar y continuado disminuye la posibilidad de recaídas, mejorando el pronóstico a largo plazo. Existen tratamientos eficaces para estas enfermedades (no únicamente farmacológicos), pero la ausencia de enfermedad complica mucho el seguimiento de éstos.

El concepto de salud ha evolucionado hasta entenderse como el bienestar físico y mental. La enfermedad mental limita la calidad de vida y el tratamiento puede disminuir la sintomatología y aumentar la calidad de vida. A esto ha contribuido el desarrollo de nuevos fármacos eficaces con menos efectos secundarios limitantes y estigmatizantes. Las interrupciones del tratamiento son una de las principales causas de de recaída, que suele implicar ingreso involuntario en una unidad de psiquiatría. De hecho los reingresos en "puerta giratoria" (en menos de 3 meses) se han hecho cada vez más frecuentes, saturando los servicios de salud mental y ocasionando un importante coste en deterioro y sufrimiento del paciente y de sus familiares, los cuidadores principales.

La enfermedad mental es diferente de la patología orgánica, sobre todo en cuanto a la conciencia de enfermedad y de la falta de asunción de responsabilidad que conlleva cuidar de uno mismo. Pese al respeto a la igualdad de derechos en todos los seres humanos, tanto en el Código Civil como en el penal español hay menciones específicas a la alteración mental en materias como matrimonio, capacidad de testar, imputabilidad, entre otras, en una tradición jurídica que proviene del derecho romano

En el Convenio de Oviedo de bioética y medicina, en su artículo 7, se menciona la necesidad de intervención en una persona que sufra un trastorno mental grave, que sólo podrá ser sometida, sin su consentimiento, a una intervención que tenga por objeto tratar dicho trastorno, cuando la ausencia de este tratamiento conlleve el riesgo de ser gravemente perjudicial para su salud y a reserva de las condiciones de protección previstas por la ley, que comprenden los procedimientos de supervisión y control, así como los de recurso. Ya existe, con la legislación actual, la posibilidad de curatela o de incapacidad total en

materia de salud, para imponer un tratamiento ambulatorio; pero revertir una curatela o un proceso de incapacidad suele suponer un nuevo proceso largo, por lo que el TAI evitaría incapacitaciones y limitación de derechos. De este modo favorece el tratamiento en un entorno menos restrictivo que el internamiento involuntario. Según la Ley de Autonomía del paciente, art. 9 cabe suplir el consentimiento de un enfermo por representación en los casos de menores de edad e incapacitados, aunque en la práctica no se puede hacer en un estado de derecho garantista: si se afectan los derechos fundamentales se necesita una resolución judicial motivada que sea proporcional, eficaz, idónea, revisable, con derecho de oposición y recurso, temporal y lo menos restrictiva posible

Un tratamiento involuntario no tendría porqué ser forzado. En algunos estudios realizados en lugares donde están en marcha medidas similares se ha observado que no parece tener efectos deletéreos sobre la alianza terapéutica ya que al terminar el plazo de TAI la mayoría de los pacientes seguían acudiendo a tratamiento con el mismo equipo. Se plantea una medida que podría integrar todo el plan de tratamiento, incluyendo rehabilitación no sólo el tratamiento psicofarmacológico. La intervención de una autoridad judicial, que socialmente se considera que lo puede todo, puede ser necesaria y suficiente para salvaguardar la responsabilidad última de familiares y médicos, para no interrumpir la alianza terapéutica. De este modo, se responsabiliza al clínico de la evolución del paciente, no únicamente a la familia.

Se ha pasado de la "beneficencia dura" olvidando el derecho del paciente a decidir, al "hiperautonomismo", que olvida que hay pacientes en situación de incapacidad de decidir y cuyos derechos deben ser salvaguardados. No supone judicialización de la psiquiatría sino añadir seguridad jurídica al tratamiento. Si se puede regular lo más (privación de libertad en internamientos involuntarios) se puede regular lo menos. Los derechos de los pacientes están más vulnerados en la situación actual, con el internamiento y la incapacitación como únicas medidas de protección legal, ninguna de las cuales garantiza el

sometimiento a ninguna clase de tratamiento e implican medidas más gravosas para la libertad como los ingresos en puerta giratoria.

En cuanto a la estigmatización que podrían aumentar, no se pueden condicionar las medidas terapéuticas a una hipotética aceptación social; es más estigmatizante la presencia de alteraciones de la conducta y síntomas activos persistentes durante años que el hecho de tener que seguir un tratamiento

Esta medida sólo se podría tomar en pacientes con enfermedad mental, cuando se vean incapacitados para tomar decisiones y a instancias de sus familiares, sus tutores o su propio médico. Se trataría de una medida médica con un plazo limitado y conocido, en la que los médicos serían los impulsores pero no parte activa del procedimiento judicial. Las personas con problemas de salud mental padecen limitaciones o restricciones en diferentes áreas y para equilibrar éstas necesita que además de los principios de libertad e igualdad se tenga en cuenta el principio de protección.

La aplicación de un tratamiento involuntario responsabiliza al clínico del seguimiento del paciente y puede conseguir la priorización de los casos más graves en el tratamiento en la comunidad, ya que en el momento actual se produce una paradoja en el sistema de salud mental ambulatorio, que dedica mayores recursos a patologías menos severas, pero más demandantes, y menos a pacientes más graves, que no tienen conciencia de enfermedad y por tanto demandan menos recursos. (Fenómeno de la atención inversa)

La necesidad de aplicar un tratamiento involuntario multidisciplinario a pacientes reticentes obligaría a la creación de equipos de tratamiento asertivo comunitario y la potenciación de los servicios ambulatorios, que pasarían a ser el lugar de tratamiento fundamental de los pacientes que antes sólo tenían contacto en situaciones de descompensación con unidades hospitalarias.

2.2 Argumentos en contra de la regulación del TAI

Se trataría de una medida para obviar el desarrollo de los dispositivos sanitarios contemplados en la Ley General de Sanidad, que si estuviera realizado haría esta medida innecesaria. La atención integral ya está garantizada por la Ley General de Sanidad de 1986. Para obviar el fenómeno

de la puerta giratoria sería preciso la implantación de programas de seguimiento individualizado y de tratamiento asertivo comunitario. Esta medida podría llevar aparejada la falta de creación de equipos de salud mental domiciliaria. En cuanto a la alianza terapéutica, puede suponer la delegación de parte de la responsabilidad médica en el sistema judicial, con desresponsabilización de la organización de servicios

La aplicación de un TAI produciría la estigmatización de los pacientes tanto socialmente como por parte del sistema sanitario general, que podría conllevar una peor asistencia médica. Un TAI restringe la libertad, criminalizando la enfermedad mental. Supone una medida coercitiva contraria a la reforma psiquiátrica, que va en contra de cualquier medida que pueda suponer coerción: convierte el tratamiento comunitario en custodial y supone la judicialización del tratamiento psiquiátrico, que podría aplicarse por criterios de peligrosidad social y no terapéuticos. Pone en cuestión derechos fundamentales y de ciudadanía

El TAI únicamente podría aplicarse en el caso de tratamiento farmacológico, fundamentalmente tratamiento parenteral, lo que supone mayor violencia para el paciente, no siempre resulta eficaz en determinados casos y atenta más contra la libertad individual, al permanecer el efecto durante días o semanas.

En cuanto al seguimiento, se plantea que psicológicamente las medidas coercitivas generan conflictos y no son útiles para la recuperación. Seguir un tratamiento debe ser un acto de concienciación y no de imposición. En este sentido se podría reforzar la mala práctica de algunos profesionales, que verían más cómodo el recurso al juez que el trabajo complejo pero más efectivo de alianza con el paciente. El efecto coercitivo del TAI garantiza el cumplimiento únicamente mientras está en vigor. El TAI pone el énfasis más en el control del paciente que en la asistencia a sus problemas, desvalorizando que a veces las razones para no tomar el tratamiento pueden ser competentes, aunque no sean compartidas por la mayoría de la sociedad. Crea inseguridad sobre los derechos de los pacientes como usuarios de los servicios de salud, reduce las posibilidades de negociar o de consensuar el tratamiento con el

paciente e intimida al paciente, quien puede percibir el sistema sanitario de salud mental como algo negativo y puede tardar más de lo que haría en otras circunstancias en buscar ayuda en caso de descompensaciones. Supone una forma de control social, más que una medida puramente médica, sobre todo en el caso de que el criterio fundamental para instaurar el TAI sea la potencial peligrosidad.

Con el marco jurídico actual ya se están produciendo actuaciones en el sentido de la propuesta (curatela e incapacidad total en materia de salud)

No existe evidencia científica suficiente sobre la eficacia del TAI ni evaluación sobre los pros y contras de la aplicación.

La existencia de una legislación específica para la enfermedad mental supone institucionalizar la diferencia y es una medida discriminatoria. Las normas citadas sobre la regulación del TAI suponen de alguna manera que la situación "natural" del enfermo mental es estar encerrado. Desde otros ámbitos se ha propugnado que las medidas que tengan que tomarse en esta línea se regulen desde la Ley de Autonomía del paciente y no desde la Ley de Enjuiciamiento Civil, a través de Comités de Ética o mixtos Administrativo-judiciales.

Existen, pues, argumentos válidos a favor y en contra de la reforma de la Ley; las discrepancias se basan en un planteamiento último de la atención sanitaria, en dos visiones diferentes de la salud; las diferencias de criterio están en si se supone que el valor máximo, al que hay que tender, es la libertad a costa del bienestar o si el valor máximo supuesto es el bienestar, a costa de la libertad. Si la enfermedad mental incapacita para ser libre de obrar y tomar decisiones o no, si el estado de bienestar es la libertad o la ausencia de síntomas psiquiátricos y si la enfermedad mental supone o no una cortapisa para la libertad.

➤ 3. Discusión

El poder policial del estado, basado en la *Parens Patriae*, se dirige a proteger a los ciudadanos del peligro y el daño, por lo que según este principio se debería imponer tratamiento a aque-

llos que puedan ser un peligro para sí mismos o los demás, independientemente de su capacidad volitiva. En el TAI podría haber más peso sobre la incapacidad para tomar decisiones o sobre la peligrosidad. Medrano cita a Krees, quien plantea que en pacientes con enfermedad mental la manera de medir la capacidad para aceptar o rechazar el tratamiento podría ser la existencia o no de conciencia de enfermedad, no sólo como conciencia de existencia de síntomas sino en cuanto a la atribución de éstos.

Okasha (2000) plantea en el marco transcultural la dialéctica entre mantener los valores éticos occidentales de autonomía personal frente a las normas de la población en los que los queremos aplicar y la posible deriva de tomar el respeto por las normas culturales como una forma de obviar las guías de práctica ética en cuanto a autonomía y confidencialidad. Es importante controlar el sesgo, inconsciente o no, que puede haber ante determinadas poblaciones de pacientes, en las que puede plantearse un TAI con más facilidad que en otras, en función de características de los profesionales y del grupo implicado. Davies y cols, en el 1996, encontraron que el número de hospitalizaciones y las veces que éstas eran involuntarias era superior en el grupo de negros caribeños y africanos que en los blancos, pese a tener controladas el resto de variables tanto clínicas como sociales. Puede deberse a que estos grupos pueden ser percibidos como "peligrosos" consciente o inconscientemente por la comunidad con más facilidad. Otra hipótesis que plantean es que estos grupos étnicos tienen una relación con los servicios de salud mental distinta y tienden a percibirlos como "inaccesibles o inadecuados".

Entre la profesión psiquiátrica están muy extendidos los comentarios, con un tono irónico y ácido, sobre la dureza de estar siempre "llevando la contraria" a nuestros pacientes. Como "regla" se les dice a los residentes de psiquiatría que una forma de saber si alguien tiene que ingresar en la Unidad de Hospitalización Breve del Hospital General (habitualmente con pocas camas libres, alta rotación de pacientes y presión asistencial elevada) es saber si quiere o no: si quiere no debe ingresar y si no quiere es probable que sí (evidentemente es un chiste profesional de cafe-

tería pero que causa no pocos sinsabores y malestar entre los psiquiatras). El paso entre la buena praxis y el acoso por parte del médico al paciente puede ser una tenue línea y debe mantenerse sin traspasar en cada consulta (Hill-Smith, 1998).

En las formas habituales de tratamiento suelen existir elementos coercitivos. El TAI puede ayudar a garantizar el tratamiento debido al elemento coercitivo, más cuanto más explícito, manifiesto y perceptible es para el paciente. La "persuasión" para que el paciente siga el tratamiento con la amenaza de un ingreso involuntario en caso contrario podría considerarse una forma de tratamiento ambulatorio involuntario (Holloway y cols., 2000). Formas de "coerción" débil sería el modelo de condicionamiento de beneficios o de refuerzo. Pueden ser ayudas sociales que suponen inserción social, situaciones derivadas de la convivencia, protección de derechos de terceros y licencias de actividades.

El Comité de Ministros de Europa en su recomendación 10 de 2004, en el artículo 18 señala que una persona puede ser sometida a tratamiento involuntario sólo si reúne todas las condiciones siguientes: la persona tiene un trastorno mental, la situación de la persona representa un considerable riesgo de daño para su salud o para otras personas, no hay disponibles medios menos intrusos para suministrar cuidados apropiados y la opinión de la persona afectada ha sido tomada en consideración.

El artículo 19 establece los principios, el tratamiento involuntario debe estar destinado a signos y síntomas clínicos específicos, ser proporcionado al estado de salud de la persona, formar parte de un plan de tratamiento escrito, estar documentado y cuando sea conveniente, encaminarse a conseguir que el desarrollo del tratamiento sea aceptado por la persona tan pronto como sea posible.

El Defensor del Pueblo plantea una serie de circunstancias que deben tenerse en cuenta cuando se solicite un TAI: deberá existir siempre un informe médico que aconseje la aplicación de este tratamiento, siempre deberá constar que se ha dado al enfermo la posibilidad de cumplir voluntariamente el tratamiento, será necesario

haber agotado previamente los recursos médicos, asistenciales y sociales como alternativa al tratamiento que se pretende imponer. La responsabilidad en la administración del TAI corresponderá al personal sanitario encargado del paciente. Sólo en casos excepcionales se podrá pedir la colaboración de otros profesionales. En todos los casos deberá potenciarse en el enfermo el mayor grado de autodeterminación posible y de responsabilidad personal frente a sus decisiones. La intervención del juez será únicamente de carácter instrumental, como autoridad competente para velar por la protección de los derechos humanos del paciente sometido a un TAI

Los dos principios básicos a la hora de adoptar una medida de tratamiento involuntario comunes a todas las legislaciones son el principio de legalidad y el de prohibición del exceso, ya que se trata de una medida que produce una injerencia en derechos básicos y se trata de que no se aparte del principio de protección (la medida tomada ha de ser adecuada cuantitativa y cualitativamente, necesaria y lo menos restrictiva posible y proporcional en sentido estricto).

Hay que tener en cuenta que el TAI no es la panacea para todos los problemas causados por la enfermedad mental. El TAI se ha propuesto como solución para los pacientes de "puerta giratoria". Más que para prevenir episodios de violencia, (realmente, sólo el 3% de los actos violentos son cometidos por enfermos mentales), el TAI se ha propuesto como un sistema eficaz para evitar las recurrencias de los episodios psicóticos con el deterioro progresivo que éstas conllevan.

Por otro lado, hay que tener en cuenta estudios que indican la tendencia del personal sanitario a sobreestimar el riesgo de reingreso en casos de mala adherencia terapéutica, bajo funcionamiento global e ingresos involuntarios e infravalorarlo en el caso de determinados diagnósticos, como el abuso de sustancias (Bridge y Barbe, 2004). El diagnóstico de psicosis es la variable más capaz de predecir la probabilidad de reingresos futuros y en el caso de la esquizofrenia, la falta de adherencia aumenta en un 50% este riesgo. En esta línea se sitúa la comunicación de Henderson y cols (2004) quienes deducen que la colaboración más estrecha del paciente en su

tratamiento reduce los reingresos, fundamentalmente a través del contrato de "voluntades anticipadas" en el que el paciente expresa sus preferencias para recibir tratamiento en el caso de que tenga una recaída que no le permita tomar decisiones por sí mismo ("contrato de Ulises"). Aunque esta medida puede mejorar la adherencia al tratamiento y al equipo de salud mental, siempre habrá un grupo de pacientes que se negará a firmar éste (Thomas y Cahill, 2004).

Aunque no está claramente demostrado que el TAI disminuya los reingresos, la estancia hospitalaria ni el seguimiento posterior, parece que sí puede ser eficaz estabilizando a los pacientes en la comunidad. Se ha planteado la idea de que la mejoría puede no ser debida al tratamiento sino al contacto intensivo que supone el TAI entre los pacientes y los servicios de SM. Preston y cols, en esta línea, no encuentran diferencias de evolución entre los pacientes bajo TAI y los integrados en un programa asertivo comunitario.

Los hallazgos negativos en resultados del TAI se han relacionado con la falta de apoyo clínico, un refuerzo errático y la falta de recursos necesarios para proveer estos servicios.

Un problema fundamental que tienen los estudios sobre la eficacia del TAI es la aleatorización de los pacientes y la dificultad de realizar estudios doble ciego, por las propias características del tratamiento; aunque los datos de eficacia son escasos, los estudios observacionales parecen ser prometedores.

Si los criterios para aplicar el TAI son los mismos que para el internamiento involuntario, el incumplimiento podría ser seguido de un internamiento, aunque podría ser complicado saber en qué casos aplicar cada uno de los sistemas. Pero si los criterios para aplicar el TAI son más amplios que los del internamiento involuntario (medida que parece en principio lógica), no se podría seguir del incumplimiento el ingreso.

Un problema adicional a la hora de plantear el TAI es la escasez de recursos. Probablemente debería ser administrado por equipos de tratamiento asertivo comunitario, con funciones más específicas para poblaciones especiales. En base a esta dificultad de recursos, los detractores del TAI plantean que deberían usarse todos los trata-

mientos posibles en este grupo de pacientes, y que si se hiciera así, serían tan pocos los pacientes que no aceptarían el tratamiento que este pequeño número no justificaría la necesidad de legislación específica. Pero, dada la naturaleza de las enfermedades psiquiátricas mayores, con nula conciencia de enfermedad en muchos casos, sobre todo en fases de recaída, y en las que la necesidad de tratamiento tiene un papel importante en la evolución, ningún sistema de cuidados médicos, por perfecto que sea, evitará la negativa a seguir tratamiento aunque sea necesario desde el punto de vista médico.

Actualmente, en nuestra legislación, para las personas cuya vida está gravemente alterada por una enfermedad y no tienen conciencia de ello, la única alternativa es el ingreso involuntario o ser declaradas incapaces civiles.

La redacción del quinto punto del artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil que regula el internamiento involuntario propuesta dice:

"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 facultativo, 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 de éste, que deberá informar al juez, al menos cada 3 meses, de su evolución y su seguimiento, así como la necesidad de continuar, modificar o cesar el tratamiento. El plazo máximo de duración de la medida será de 18 meses".

En pocos años de ha pasado de una "beneficiencia dura" en la que no se tenía en cuenta la opinión del paciente, al "hiperautonomismo", olvidando que hay pacientes en situación de incapacidad para decidir y cuyos derechos deben ser salvaguardados (Chicharro, 2004). Lo fundamental es el compromiso por parte del servicio tratante. La medida debe suponer una herramienta para permitir que algunos pacientes puedan ser seguidos de forma más eficaz, evitar reingresos y prevenir conductas de riesgo. Seoane propone entre ambas posturas el modelo iusfundamental, que actuaría en un mar-

co de principios: dignidad según el cual la persona es el fin y presupuesto del orden moral y jurídico, pero que requiere de otros principios fundamentales de naturaleza dinámica: la libertad e igualdad y, con carácter subsidiario, la protección. La libertad, entendida en este marco, exige la existencia de responsabilidad: significa en primer lugar autodeterminación libre pero también responsable, consecuente y capaz de hacerse cargo o responder de las acciones libremente escogidas. La igualdad no equivale a identidad y requiere tratar de la misma forma lo igual pero de diferente forma lo diferente, reconociendo y respetando la diferencia. Es en este momento en el que se puede aplicar el principio de protección, que supone hacer efectivos, con carácter subsidiario, los derechos y facultades que por alguna razón no pueden ser ejercitados de forma autónoma. En las áreas en las que la persona con un trastorno mental no sea un "razonador práctico independiente" la sociedad y el derecho deben intervenir para subsanar esta deficiencia. Ya existen, de hecho, figuras jurídicas que protegen estas situaciones. Las condiciones en las que la protección está justificada y que deben cumplirse son: Ausencia de capacidad o de la capacidad de autodeterminación libre y responsable; Actuación únicamente donde no exista capacidad, delimitando en qué ámbito no hay capacidad y se puede actuar, respetando el resto de actuaciones; Finalidad inmediata protectora o indirectamente beneficiaria, más respetuosa con la autonomía porque pretende no tanto un resultado como proporcionar oportunidades para el funcionamiento y desarrollo de la persona; Finalidad mediata de no discriminación, igualdad de oportunidades y autonomía; Adopción por parte del representante o persona legitimada; Respeto de los requisitos y procedimientos establecidos; Orientación personal o individual de la decisión: orientada a la persona con trastorno mental y secundariamente a la comunidad; Criterio rector de la medida de protección: el juicio subjetivo, el juicio sustitutivo y el mayor interés: la adecuación de una medida depende del resultado, pero también del procedimiento seguido para alcanzarlo, respetando el sistema de valores y necesidades de la persona con trastorno mental y no de los que le rodean únicamen-

te y de la forma menos restrictiva y lesiva posible

En octubre 2006 se publicó en el Boletín Oficial de las Cortes Generales el Proyecto de Ley 121/109 llamado "Jurisdicción voluntaria para facilitar y agilizar la tutela y garantía de los derechos de la persona y en materia civil y mercantil" en cuyo título IV, capítulo IV se habla de "la autorización judicial de los tratamientos no voluntarios de las personas con trastornos psíquicos" con un total de 4 artículos (84 a 87) destinados a la regulación de una modalidad de tratamiento ambulatorio involuntario civil.

El artículo 84 se refiere al ámbito de aplicación: en los supuestos en los que sea necesario autorizar un tratamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico o un periodo de observación para diagnóstico, ante la falta de capacidad de decisión del paciente y cuando así lo requiera la salud del enfermo.

El artículo 85 describe a las personas legitimadas para promover este expediente: el cónyuge o asimilable, descendientes, ascendientes o hermanos, tutores, curadores o titulares de la patria potestad del mismo, así como el facultativo que atienda al paciente o responsable del servicio de salud mental al que el mismo esté adscrito, o en su defecto el Ministerio Fiscal.

El artículo 86 garantiza el procedimiento, describiendo éste: propuesta razonada sobre la situación de incapacidad del paciente, el tratamiento al que está sometido y la situación de incumplimiento del mismo, admisión a trámite por el Juez y plazos de citación. Así mismo determina la necesidad de que el Juez recabe informes sobre la falta de capacidad de decidir del paciente, la información clínica del mismo y el plan de tratamiento actual, del Forense y los demás de oficio o a instancias del solicitante o del paciente y del Fiscal las pruebas que se estimen relevantes para el caso.

El artículo 87, referente a la resolución, habla de que debe tenerse en cuenta la información clínica del paciente suministrada por el informe médico y establecerse el plan de tratamiento farmacológico, psicosocial y terapéutico en función de la severidad o gravedad del trastorno psíquico, los mecanismos de supervisión y control de las medidas acordadas, y el dispositivo 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, en su caso, cesar la continuidad de estas medidas. El tratamiento puede cesar por prescripción facultativa, debiéndose comunicar esta medida al Juez. Si la autorización es para un periodo de observación para diagnóstico, el informe deberá remitirse al tribunal en el plazo máximo de dos meses.

Entre las críticas que se pueden hacer a este proyecto de ley podemos reseñar que no establece una limitación temporal, cuando internacionalmente se acepta la necesidad de establecer la limitación temporal de estas medidas en el caso de personas no incapacitadas. De la redacción parece interpretarse que el plan de tratamiento lo establecerá el juez, de acuerdo con las recomendaciones del equipo médico, cuando no debería inmiscuirse en temas clínicos que puedan suponer la rigidificación del tratamiento. En el caso de que el equipo médico que vaya a llevar el caso sea otro del que plantea la medida (como en el caso de que el tratamiento involuntario lo lleve un equipo asertivo comunitario y la medida la plante el facultativo de unidad de salud mental o de hospitalización), éste debe aceptar el caso y debería ser escuchado para la elaboración del plan de tratamiento. Sería éticamente más valorable que se hubiera planteado la necesidad de escuchar al paciente y tener en cuenta sus preferencias sobre el tratamiento. Una diferencia fundamental entre el planteamiento que se hace en este proyecto de ley y leyes referidas al TAI en otros países (o propuestas, como el caso de la Mental Health Act) es que en la española no se incluyen referencias a la peligrosidad, lo que supone que se tratará sólo en función de la salud mental del paciente, de su psicopatología y no puede convertirse en una razón de orden público, para internar o tratar personas cuya conducta, aunque peligrosa o agresiva, no sea debida a síntomas psiquiátricos o no sea susceptible de mejorar con un tratamiento psiquiátrico.

Independientemente de la postura que se puede tomar ante la medida, hay que tener en cuenta que existen una serie de dificultades para la puesta en marcha:

- ¿Qué mecanismos de control se van a articular para regular el TAI?
- ¿Qué alternativas existirán si el paciente no acude a consulta?
- Si el paciente, pese a la orden judicial, se niega reiteradamente a acudir a consulta ¿Quién le trae y con qué medios?
- ¿Qué dispositivos llevarán a cabo esta medida?
- El TAI ¿se plantearía siempre como alternativa, continuación de un ingreso involuntario o medida preventiva ante este o cualquiera de ellas?
- ¿Es una medida adecuada a las necesidades de los pacientes?
- ¿Qué tipo de pacientes son susceptibles de ser tratados con TAI?
- ¿Dónde se atendería al paciente?
- ¿En qué momento se debería hacer la notificación al juzgado del incumplimiento terapéutico?
- ¿Cuándo termina el proceso de TAI? ¿Se toma la decisión con un criterio temporal únicamente, médico o judicial?

➤ 4. Conclusiones

En primer lugar, después de analizar los argumentos éticos, legales y médicos a favor y en contra de regular el tratamiento ambulatorio involuntario, conociendo la realidad del sistema sanitario español y con la experiencia de tratar pacientes en diferentes dispositivos durante mi vida profesional, creo que esta medida puede ser beneficiosa para un porcentaje de pacientes, no muy elevado, pero que causan no pocos sufrimientos a sí mismos y a sus cuidadores.

Una medida de este tipo, que se inmiscuye directamente en los derechos fundamentales de personas que por estar enfermas tienen mayor necesidad de ser protegidas, creo que no debe quedar regulada "por defecto", basándose en un artículo que inicialmente regula algo diferente (el internamiento involuntario) y que debe tratarse de una medida más ágil (tanto para iniciarla como para terminarla) que otras figuras como podría ser una curatela.

Se deberían regular específicamente plazos de la medida, en qué casos es aplicable (incluso con plazos temporales como en la legislación canadiense o neoyorkina), quién y donde va a llevar a cabo la medida y qué sucede si ésta se

incumple, siendo proporcional la medida a la psicopatología implicada.

La libertad es un valor superior y un derecho fundamental de la persona, pero en muchos casos de personas con síntomas psicóticos esta capacidad de decidir sobre su vida con conocimiento y responsabilidad está deteriorada por la propia naturaleza de la enfermedad mental, que merma el juicio de realidad generalmente en cuanto a la conciencia de enfermedad y la atribución del origen los síntomas. En estas condiciones, opino que puede ser muy difícil decidir en general sobre la capacidad de autonomía para rechazar un tratamiento y que la protección debe ser prioritaria, devolviendo la capacidad de tomar decisiones sobre el tratamiento lo antes posible al paciente y teniendo en cuenta sus preferencias.

Antes de poner en marcha esta medida, es importante destacar la factibilidad o aplicabilidad real de ésta: plantear una reforma legal que pueda dar esperanza a los familiares sobre el tratamiento de las personas con enfermedad mental, si luego no puede llevarse a la práctica por falta de medios materiales o de respuestas del sistema sanitario, social o legal si se incumple ésta, puede ser una medida que no cumpla unos estándares éticos mínimos.

Opino que el seguimiento del TAI debería recaer sobre equipos de tratamiento asertivo comunitario. No se debería paralizar la implantación

por la ausencia de éstos, sino dotar la regulación real de un presupuesto específico para la creación de éstos.

Es fundamental establecer un protocolo de consenso de tal manera que en todos los pacientes tengan los mismos derechos y posibilidades de recibir el mismo tratamiento ante similares circunstancias. Así mismo, es fundamental aclarar qué objetivos se quieren lograr con cada paciente en concreto y que éstos estén en concordancia con la medida tomada.

Sería importante articular la respuesta de la comunidad si a pesar de la orden el paciente no acude a los servicios sanitarios o si el tratamiento pautado es ineficaz.

Para los profesionales, las familias y pacientes habría que poner en marcha servicios de información y asesoramiento. Esta medida probablemente suponga un esfuerzo por parte de los servicios sanitarios que pueden tardar en ver los efectos positivos años, por lo que se tendría que explicar, tanto a unos como a otros, los beneficios y las importantes limitaciones (una, no menor, es que pese a los avances de la psiquiatría en los últimos años tanto en psicofarmacología como en técnicas de psicoterapia y rehabilitación, hay muchos pacientes que no pueden reintegrarse a la vida normal aunque hagan perfectamente el tratamiento, por la propia naturaleza de la enfermedad).

Bibliografía

- Propuesta de 10 de enero de 2005 de Ademm (Usuaris de Salut Mental de Catalunya).
- Documento AEN sobre la propuesta de regulación del tratamiento ambulatorio involuntario de las personas con trastornos psíquicos, enero 2005 Madrid.
- Debate sobre el tratamiento ambulatorio involuntario en Zaragoza, a 26 de mayo de 2005, XX Jornadas Nacionales de la AEN sobre "Salud mental, violencia y sociedad".
- "Why mental patients should have the same constitutional rights as criminals- and about involuntary commitment for "dangerousness" is wrong" °S. "Thinking carefully outpatient commitment" *Psychiatric Services*, vol 5 (3); March 2001; 347-350.
- Arie, S. "Thousand face compulsory treatment in the community under new UK act" *BMJ*, vol 331, sept 2005, pag 655, News.
- Bindman, J. "Involuntary outpatient treatment in England and Wales" *Curr. Opin. Psychiatry*, 15: 595-8, 2002.
- Bridge, J.A.; Barbe, R.P. "Reducing hospital readmission in depression and schizophrenia: current evidence" *Curr. Opin. Psychiatry*, 17: 505-511, 2004.
- CERMI "El Tratamiento ambulatorio involuntario, en la Comisión de Justicia del Congreso", 18 de mayo de 2007, <http://www.cermiaragon.org>.

Desde el Máster

- Chicharro Lezcano, F. "Tratamiento ambulatorio involuntario" *Norte de Salud Mental*, nº 19, 2004, pag 6-8.
- Davies, S.; Thornicroft, G.; Leese, M.; Higgingbotham, A.; Phel, M. "Ethnic differences in risk of compulsory psychiatric admission among representative cases of psychosis in London" *BMJ*, 312: 533-7, 1996.
- Diario de sesiones del Congreso de los Diputados, año 2005, VIII legislatura, num 206, celebrada el martes, 1 de marzo de 2005, pag 1-55.
- Ferreiros Marcos, C.E. "Salud mental y derechos humanos: la cuestión del tratamiento ambulatorio involuntario". Colección CERMI, Caja Madrid Obra Social, nº 27, mayo 2007.
- François, I. "Consent to treatment", *Curr. Opin. Psychiatry*, 13: 549-552, 2000.
- George E. Pataki James L. Stone, "Tratamiento ambulatorio supervisado (Ley Kendra)" Estado de Nueva York; Comisionado, Noviembre 1996.
- González Álvarez, O. "Tratamiento ambulatorio involuntario de los enfermos mentales. El trasfondo de un prolongado debate" *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, vol 6, num 1, 2006, pag 37-44.
- Reflexiones y propuestas respecto de la regulación del tratamiento ambulatorio involuntario. Grupo promotor del Comité de Ética Asistencial, enero 2004.
- Gwen, A. "Ethics of community psychiatry" *Curr. Opin. Psychiatry*, 12 (5): 597-600, 1999.
- Henderson, C.; Flood, C.; Leese, M.; Thornicroft, G.; Sutherby, K.; Szmukler, G. "Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial" *BMJ*, 329: 136-8, 2004.
- Hernández Viadel, M.; Pérez Prieto J.F.; Cañete Nicolás, C.; Lera Calatayud, G. "Tratamiento ambulatorio involuntario (TAI) para personas con enfermedad mental grave" *Psiquiatría Biológica*, vol 13 (5), sept-oct 2006; 183-187.
- Hill-Smith, I. "The only failure was the outcome" *BMJ*, 317, 810, 1998.
- Holloway, F.; Szmuckler, G.; Sulliva, D. "Involuntary outpatient treatment" *Curr. Opin. Psychiatry*, 13, 689-692, 2000.
- Ley 41/2002 de 14 de noviembre reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, BOE, num 274.
- Comparecencia de D. Marcelino López Álvarez, director de programas, evaluación e investigación de FAISEM ante la Comisión de Justicia del Congreso de los Diputados el 1 de marzo de 2005.
- Tratamiento ambulatorio involuntario, Juan Medrano Albéniz.
- Okasha, A. "Ethics of psychiatry practice: consent, compulsion, and confidentiality" *Curr Opin Psychiatry*, 13: 693-698, 2000.
- Preston, N.J.; Kisely, S.; Xiao, J. "Assessing the outcome of compulsory psychiatric treatment in the community: epidemiological study in Western Australia" *BMJ*, 324, 1244-8, 2002.
- Resumen: una explicación de la Ley Kendra.
- Alicia Roig Salas "Conflictos éticos: "La persona con enfermedad grave, ciudadano de derechos" *Informaciones Psiquiátricas - Primer trimestre 2006. Número 183.*
- Sánchez González, A.E. "Tratamientos psiquiátricos no voluntarios en la comunidad: una cuestión abierta" *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, vol 6, num 1, 2006, pag 51-63.
- Santos Urbaneja, F. "Derecho y Salud Mental. Criterios para la formulación de un sistema eficiente" *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, vol 6, num 1, 2006, pag 7-18.
- Seoane, F. "Derecho y Salud Mental. Capacidades, derechos, justicia" *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, vol 6, num 1, 2006, pag 18-35.
- "Medidas de tratamiento obligatorio externo en salud mental: marco de una propuesta legislativa respetuosa con los derechos humanos", Síndic de greuges de la comunitat valenciana.
- Stevens, J. "Is involuntary commitment for "mental illness" a violation of substantive due process?" <http://www.antipsychiatry.org>.
- Szmukler, G. "A new mental health (and public protection) act" *BMJ*, 322, 2-3, 2001.
- Taller sobre tratamiento ambulatorio en supuestos de enfermedad mental grave, Bilbao, a 13 de junio de 2003.
- Thomas, P.; Cahill, A.B "Compulsion and psychiatry: the role of advance statements" *BMJ*, 329:122-3, 2004.