

Intervenciones no voluntarias en salud mental. Consideraciones sobre la propuesta de autorización judicial del tratamiento ambulatorio involuntario

M. López^a y M. Laviana^b

^aDepartamento de Programas, Evaluación e Investigación. Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental.

^bComunidad Terapéutica. Área de Salud Mental. Hospital Virgen del Rocío. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla.

La propuesta de modificación de la Ley de Enjuiciamiento Civil para ampliar la genérica autorización legal de la hospitalización, cuando una persona no se encuentra en condiciones de dar su consentimiento, hacia un específico «tratamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico» ha generado importantes discrepancias entre profesionales del Derecho y de la salud mental y el movimiento asociativo de familiares y personas afectadas.

En ese contexto, el artículo expone algunos elementos a tener en cuenta para situar el debate, incluyendo referencias a los procedimientos coercitivos en salud mental, a la información internacional disponible sobre efectividad de los tratamientos ambulatorios involuntarios y a la crítica que, con respecto al proyecto de modificación referido, uno de los autores realizó en su día ante la Comisión de Justicia del Congreso de los Diputados.

Palabras clave:

Intervenciones involuntarias, atención comunitaria en salud mental, trastornos mentales graves, tratamiento ambulatorio involuntario.

Non-voluntary interventions in mental health. Considerations on the proposal of judicial authorization for non-voluntary out-patient treatment

The proposition to extend the generic legal regulation for involuntary admission, when people are not able to consent, towards an specific «involuntary outpatient treatment for psychic disorder», has opened an important discussion between health and justice professionals and also the

associative movement of families and users.

In this context the paper shows some elements for the discussion, including some references to coercive procedures in mental health, the international evidence on effectiveness of the outpatient involuntary treatment, and the critic's comments about these legislative proposition that, one of us, present to the Justice Commission from the Spanish Parliament

Key words:

Involuntary treatment, Community Mental Health Care, severe mental disorders, outpatient involuntary treatment.

Presentación

La propuesta de modificación de la Ley de Enjuiciamiento Civil para introducir un apartado relativo a la autorización judicial de un supuesto tratamiento ambulatorio involuntario en razón de padecer una enfermedad mental ha generado polémica entre profesionales, asociaciones de familiares y de usuarios y, aunque en mucha menor medida, entre fuerzas políticas y otros movimientos sociales¹⁻³.

A petición del grupo parlamentario socialista, uno de nosotros tuvo ocasión de comparecer, hace dos años, en la Comisión de Justicia del Congreso de los Diputados y exponer nuestra posición al respecto; posición que, en concordancia con la de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN)², la de algunos profesionales de la salud mental y la Justicia, así como la de la única asociación de usuarios y usuarias interviniente^{1,3}, fue y sigue siendo claramente crítica con respecto a dicha iniciativa¹.

Pero, más allá de la iniciativa concreta, pensamos que el tema debe ser situado en el contexto de un debate más general sobre distintos aspectos de la atención a personas con trastorno mental grave en nuestro país y, especialmente, al papel que en dicha atención tienen intervenciones que tienden a restringir el ámbito de libertad individual de algunas personas con este tipo de problemas. Aspectos que generan inevitables dilemas morales, como individuos

Correspondencia: M. López.
Departamento de Programas, Evaluación e Investigación.
Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental.
Avda. de las Ciencias, 27. Acceso A.
41020 Sevilla.
Correo electrónico: marcelino.lopez@juntadeandalucia.es

y como miembros de un colectivo profesional, a todos los que trabajamos con esta población.

Por ello, como contribución al debate, exponemos a continuación nuestra visión de algunos aspectos generales que nos parece necesario tener en cuenta para valorar las intervenciones obligatorias en salud mental, revisamos brevemente la información disponible sobre la efectividad de los tratamientos ambulatorios involuntarios y resumimos finalmente nuestra valoración de la propuesta parlamentaria. Son consideraciones cargadas indudablemente de valoraciones personales y no exentas de polémica, pero que intentan facilitar una reflexión racional, individual y colectiva, sobre un tema importante y a menudo no correctamente valorado de la atención en salud mental.

Elementos para situar el debate sobre voluntariedad y coacción en la atención a personas con trastornos mentales graves

El debate sobre la propuesta incluye necesariamente dos aspectos que hay que considerar, uno relativo a la modalidad de intervención que se pretende regular (algún tipo de tratamiento ambulatorio obligatorio) y otro referido a la propuesta concreta de modificación de la Ley. Aspectos evidentemente interrelacionados pero susceptibles de valoración independiente: se podría, por ejemplo, estar de acuerdo con que algún tipo de tratamiento involuntario podría ser útil y considerar, sin embargo, inadecuada la propuesta, entre otras cosas, por no especificar claramente ni el tipo concreto de intervención ni las condiciones que podrían hacerla efectiva. O, de manera más global, estar de acuerdo o en desacuerdo con ambos tipos de iniciativa.

En cualquiera de los casos, tanto en la valoración de los tratamientos ambulatorios obligatorios como en la de la propuesta concreta, las opciones a favor o en contra deben partir de una serie de criterios de valoración que tengan en cuenta el papel de la voluntariedad y la coacción en la atención sanitaria y social a personas con trastorno mental grave, que son las que se verían afectadas por este tipo de medidas.

Una opción profesional basada en valores

Es evidente que el tema tiene un componente importante de elección moral, en un momento en que la Ética o «filosofía moral» parece tener algunas dificultades de fundamentación, superadas las viejas tradiciones dogmáticas⁴. En realidad de lo que se trata es de encontrar criterios que nos ayuden a decidir en situaciones de disparidad de opiniones, intereses, valores y derechos, en un aspecto importante de nuestra práctica profesional: intentar ayudar a

personas en situaciones de grave riesgo pero que rechazan explícitamente nuestra ayuda, al menos en las condiciones en las que se la ofrecemos. Y ello en un contexto en que tanto algunas personas próximas (familiares) como distintos estamentos sociales pretenden imponernos su propia visión de nuestra responsabilidad profesional.

En la práctica nos encontramos con al menos tres niveles de «sistematización» y jerarquía de criterios que pueden servirnos de ayuda al respecto, empezando por la necesidad de desarrollar opciones morales personales, pasando por su mayor o menor articulación en códigos de moral o ética profesional, para llegar, finalmente, cuando la decisión afecta de manera contradictoria o antagónica a derechos personales básicos como la protección de la salud frente a la protección social o a la libertad individual, a la justicia. Este último nivel implica la obligatoriedad para todos, aunque en sociedades democráticas quede siempre espacio para defender determinadas «objeciones de conciencia».

En definitiva, los criterios se basan en «valores», y a ese respecto hay que tener en cuenta que los valores en juego son de distinto tipo, empezando por los relativos a la defensa de derechos humanos o personales básicos^{5,6} (libertad, dignidad, protección de la salud). Pero también, desde una aproximación tecnológica a nuestro campo de intervención⁷ hay un variado elenco de valores a considerar^{8,9}, incluyendo junto a los estrictamente morales («justicia», equidad, autonomía, responsabilidad, respeto personal), otros epistémicos (compatibilidad con los conocimientos científicos, «verdad», coherencia interna, consistencia teórica y empírica) y específicamente «tecnológicos» (eficacia, efectividad, eficiencia o «calidad»). Además de los sociales, políticos, estéticos, etc.

Y es en ese complejo contexto de elección en el que hay que situar el tema de la valoración de intervenciones involuntarias o no consentidas en salud mental. Hay que tener en cuenta que, aunque las opciones morales tienen un inevitable componente subjetivo, no dejan por ello de ser susceptibles de debate interpersonal y elección racional^{8,9}.

Algunas peculiaridades de la atención en salud mental

De hecho, el tema de las intervenciones cuando el teórico beneficiario no las acepta es especialmente complicado en salud mental, por depender al menos de dos tipos de factores interrelacionados^{6,10,11}. Complicación o complejidad que refleja el hecho de que tales divergencias afectan a una fracción importante de las personas con trastornos mentales graves¹².

Uno es el de la «naturaleza» o características peculiares del tipo de problemas que incluimos bajo el término trastorno mental grave⁷ y que, básicamente, hace referencia a diagnós-

ticos de psicosis. A ese respecto, hay que tener en cuenta que estamos hablando de trastornos que suponen afectaciones de gravedad en distintas áreas del funcionamiento personal y las relaciones sociales, con alteraciones variables del «sentido de realidad» y, en bastantes ocasiones, con dificultades para entender y compartir nuestra visión de la enfermedad y sus necesidades de atención. Son discrepancias que se ven agravadas por los efectos, cuanto menos desagradables, de gran parte de los tratamientos farmacológicos que utilizamos, así como por las repercusiones que el reconocimiento como enfermo y el tratamiento en salud mental siguen teniendo sobre el estigma social que les afecta¹³.

A estas dificultades hay que añadir la posibilidad ocasional de conductas de riesgo para sí mismo y para los otros, así como la frecuencia de divergencias y relaciones anómalas en el seno del medio familiar, con negativas consecuencias para el paciente, pero también para sus allegados.

Pero además hay un segundo tipo de factores a tener en cuenta, como son los referidos al carácter también peculiar de los sistemas de atención en salud mental (y de la disciplina que durante tanto tiempo ha venido ocupando un lugar central o casi único dentro de esos sistemas, como es la Psiquiatría). Son sistemas que se sitúan a caballo entre verdaderas estructuras de atención a las personas con problemas y meros mecanismos de control social de las conductas, consideradas desviadas o peligrosas, de dichas personas¹⁴⁻¹⁶.

Este último es un aspecto sobre el que parece reinar un cierto «olvido», que contrasta con la importancia de los debates críticos de los años sesenta y setenta dentro y fuera del campo profesional de la salud mental. Así, aunque muchas de las formulaciones concretas de dichas críticas necesitarían sin duda ser revisadas actualmente, merece la pena volver a releer a algunos clásicos de la Sociología, la Historia o la Psiquiatría crítica de aquellos años¹⁴⁻²⁰ e intentar aplicar algunos de sus análisis a la situación actual de nuestras disciplinas y sistemas de atención.

Hay que recordar así la estrecha relación entre la Psiquiatría y las instituciones asilares¹⁴⁻¹⁹ y el hecho histórico de que «primero se encierra a los locos y luego se buscan las explicaciones que pudieran justificarlo»¹⁴, para tener presentes las funciones de control social y no sólo de atención sanitaria que el «mandato social» ha impuesto e intenta seguir imponiendo a nuestras profesiones y estructuras de atención. Esa «dualidad paterna y patronal» que Benedetto Saraceno¹⁶ atribuía hace pocos años a la Psiquiatría, basada metafóricamente en la coexistencia del orden del «padre», que cuida y protege, con el del «amo» (*padrone*, en italiano), que regula la vida de los «esclavos», era muy visible en las instituciones manicomiales pero, aunque resulte más difícil de percibir en los sistemas más modernos de atención, parece seguir teniendo algún papel también en éstos.

Así, incluso en contextos donde los hospitales psiquiátricos ya no existen, hay determinados momentos, tipos de in-

tervenciones o conflictos de intereses (profesionales, familias, pacientes, sociedad) en los que, bajo el manto formal de la atención sanitaria y el cuidado humanitario, aparece de nuevo la presión por cumplir esa función de control social^{15,16}.

Es por todo eso por lo que los temas relacionados con la aceptación o no de los tratamientos e intervenciones exigen una cuidadosa valoración moral y tecnológica. A ese respecto, y para terminar con las referencias históricas, merece la pena recordar los párrafos dedicados por Michel Foucault^{14,19} a analizar la transición entre las cadenas y la camisa de fuerza, como un paso desde el «simple» castigo a una más «elaborada» función pedagógica, adaptada a la consideración teórica de la «alienación de la libertad» como característica de la condición última del enfermo mental. No hay más que seguir la serie, enlazándola con las justificaciones, en términos de un supuesto mecanismo psicológico de «contención», para la más moderna tecnología de sujeción y comprobar cómo varían las justificaciones para mantener una misma práctica social, la de atar a una persona a la cama, cuando no sabemos, podemos o queremos manejar de otra manera determinadas conductas²¹⁻²³. Y tampoco está de más recordar, a este respecto, el análisis más general de Robert Castel sobre el «consenso práctico» o «eclecticismo terapéutico» de los profesionales, con muy distintas concepciones teóricas (en su caso «somaticistas» frente a «psicologistas» del siglo XIX) pero intervenciones comunes, más dependientes de «la actitud frente a la locura que frente al saber médico»¹⁸.

Por eso también, al final de este excesivamente breve repaso a un aspecto aparentemente olvidado de nuestra práctica profesional, pensamos que sigue teniendo sentido repetirse la pregunta que, en el contexto de los años sesenta, se hacía Klaus Dörner, al final de su todavía provechoso libro sobre la historia social de la Psiquiatría: «¿ciencia de emancipación o de integración?»²⁰. Pregunta que, aunque debamos formular en otros términos, sigue estando hoy en la base de nuestras opciones morales en tanto que profesionales de la atención sanitaria y social a personas con trastornos mentales graves^{15,16}.

La atención comunitaria a personas con trastornos mentales graves

Pero analizar el papel de las intervenciones no consentidas implica también tener en cuenta los nuevos contextos teóricos y prácticos en los que se plantea hoy la atención a estas personas⁷. Para ello hay que referirse a la evolución de las políticas en salud mental, que hemos resumido en otras ocasiones en la transición entre los términos «locura»/«enfermedad»/«ciudadanía», así como el paralelo desarrollo de modelos de atención comunitaria. Éstos, a diferencia

de los modelos tradicionales, ponen el acento en enfoques de salud pública (territorio/población/epidemiología) y rehabilitación, que enfatizan la preocupación por la funcionalidad social y la centralidad de la personas con trastornos mentales graves y el objetivo general de ayudarlas a vivir en la comunidad. Se plantean a la vez la necesidad de redes de servicios, sanitarios y de apoyo social, así como el trabajo en equipo y la cooperación de profesionales, usuarios, familiares y otros sectores de la «sociedad civil»⁷.

Son planteamientos que se basan en nuevos modelos teóricos⁷, surgidos en el campo de la Rehabilitación Psicosocial, como los de vulnerabilidad biopsicosocial y discapacidad y también en «nuevos» objetivos como los de «recuperación», muy ligados a su vez a la emergencia de movimientos asociativos de usuarios que complementan críticamente la visión de profesionales y familiares²⁴⁻²⁶.

Pero también hay que tener en cuenta la existencia de un número creciente de intervenciones efectivas⁷, tanto sobre la persona con trastorno mental severo (fármacos, psicoterapia cognitiva, apoyo personal continuado, psicoeducación, rehabilitación cognitiva y recuperación y/o desarrollo de distintas habilidades personales), como sobre la familia (psicoeducación basada en información, habilidades de manejo y apoyo personal). Se incluyen aquí también la provisión de distintos tipos de recursos «instrumentales»^{7,27} (residenciales, ocupacionales y laborales, lugares de reunión e interacción social, dinero) e intervenciones específicas sobre el estigma social¹³.

Son objetivos, orientaciones e intervenciones que exigen complejas redes de servicios, tanto sanitarios como de apoyo social y, en el caso de los primeros, la disponibilidad de un conjunto articulado de dispositivos y equipos para la atención hospitalaria, ambulatoria, domiciliaria y comunitaria, incluyendo equipos que permitan un seguimiento intensivo y cercano (*Assertive Community Teams*) para los casos y situaciones más complejas^{7,28}.

Las redes deben disponer de procedimientos de coordinación^{7,28,29} que aseguren la continuidad de cuidados y ser capaces de elaborar y desarrollar programas personalizados de atención. Programas que tienen que integrar intervenciones biológicas y psicosociales así como servicios sanitarios y no sanitarios, de manera articulada y sostenida en el tiempo y sobre la base de una «alianza terapéutica» entre los profesionales y las personas necesitadas de atención^{28,30}.

Este último es un aspecto central en la atención comunitaria, no sólo porque responde a las consideraciones de ciudadanía y recuperación que ponen el énfasis en la centralidad de la persona con problemas y nuestro papel de ayudarla en la formulación y desarrollo de su propio proyecto de vida personal²⁶, sino porque es difícil pensar en un proceso de atención biopsicosocial, complejo y sostenido, sin algún grado de acuerdo o consenso con la persona afectada. Aspecto sobre el que empieza a haber también evidencia empírica razonable^{7,28,30}.

La coacción y sus consecuencias

Cuando hablamos de la atención a personas con trastornos mentales graves, en las que pueden producirse en grado diverso dificultades para aceptar que sus problemas puedan beneficiarse de las soluciones que les proponemos los profesionales, hay también una gradación de mecanismos de intervención que intentan contrarrestar esas resistencias^{10,31-35}. A dichos mecanismos recurrimos basándonos en el importante grado de consistencia teórica y empírica alcanzado por nuestras teorías y procedimientos de intervención. Pero sin olvidar que, sin embargo, éstos dejan también espacio en no pocas ocasiones para la duda razonable, tanto en la valoración de la capacidad de la persona para rechazar un tratamiento³⁶, como en la efectividad real de nuestras propuestas para ayudarla a vivir más satisfactoriamente¹².

Siguiendo un orden de menor a mayor en lo que respecta al grado de coacción que pueda suponer, nos encontramos con al menos los siguientes tipos de procedimientos que condicionan o restringen la libertad de las personas que atendemos¹⁰:

1. La persuasión, es decir, la mayor o menor habilidad para convencer con nuestros argumentos racionales y nuestro conocimiento técnico.
2. Distintos grados de influencia o presión interpersonal, que incrementa la capacidad de persuasión con las «palancas» afectivas que da nuestra relación personal con el paciente.
3. Los mecanismos de negociación con distintos incentivos, que se derivan de nuestras posibilidades de mejorar aspectos concretos de la situación.
4. La posibilidad de complementar o sustituir el proceso mediante «incentivos negativos» o amenazas,
5. Y la utilización final de mecanismos de coacción que obliguen a la persona a seguir nuestras indicaciones.

Dentro de este último apartado, el tipo de intervenciones claramente coactivas incluye algunas posibilidades básicas, diversamente utilizadas en distintos contextos^{6,10,21,32,35,37,38}:

1. El Tratamiento ambulatorio obligatorio, que puede aplicarse como alternativa o transición desde la hospitalización o como prevención de recaídas³⁷.
2. La hospitalización involuntaria, que suele ser el aspecto más universalmente regulado³⁸.
3. La restricción de movimientos (aislamiento/sujeción), aplicada habitualmente en situaciones de urgencia y dentro de la atención hospitalaria²¹.
4. Y la aplicación física de algún tratamiento biológico, habitualmente la medicación³² pero probablemente también terapia electroconvulsiva (TEC) y, en casos muy extremos, incluso alguna técnica quirúrgica⁶.

Estos aspectos determinan grados diversos de coacción «objetiva» sobre la persona afectada por el problema, con importante variabilidad según los distintos sistemas y profesionales y de los cuales sólo una pequeña parte suele ser objeto de algún tipo de regulación legal³⁴.

Pero además de ese componente «objetivo», esas medidas son percibidas de modo también variable por las personas que las sufren y esa percepción subjetiva, no siempre coincidente con la objetiva ni con el estatus legal que la cubre, debe también tenerse en cuenta por sus implicaciones a corto y largo plazo^{10,33,34}.

A ese respecto, aunque hay pocos estudios metodológicamente correctos sobre efectos de las distintas formas de coerción, hay algunos que empiezan a dar información al respecto a partir precisamente de la valoración de esos aspectos subjetivos del proceso, lo que se denomina «coerción percibida»¹⁰.

Así, por un lado parece que hay una clara asociación entre el grado de «coerción percibida» y algo que se ha denominado sensación de «justicia procedimental», que incluye aspectos como el convencimiento de interés real, la sensación de «limpieza» y respeto personal, la posibilidad de discusión o el grado de franqueza en la explicación de las decisiones^{10,33,39}, aunque no sean compartidas y deban ser obedecidas bajo alguna forma de coacción. Y también, por otro lado, con las formas de presión concretamente empleadas, según se basen fundamentalmente en medidas «positivas» (persuasión, influencia) o «negativas» (obligación, violencia)^{10,40}. En conjunto, lógicamente, la «coerción percibida» aumenta en relación inversa a la «legitimidad» que se percibe en la medida y en relación directa al empleo de formas más «negativas»¹⁰.

A su vez, el grado de «coerción percibida» parece correlacionarse igualmente con algunos resultados a largo plazo^{10,31,40}, en concreto con indicadores de las actitudes hacia el servicio, el uso posterior del mismo, las expectativas sobre el tratamiento o incluso la evolución de la propia sintomatología.

Los tratamientos ambulatorios involuntarios y su efectividad real

Los tratamientos ambulatorios involuntarios son, por decirlo así, la última novedad en el campo de las intervenciones aplicadas sin el consentimiento de las personas con graves problemas de salud mental. Así, si bien prácticamente todos los sistemas de atención incorporan alguna regulación legal de tratamientos hospitalarios involuntarios^{6,10,33,38} y, de una u otra manera, con o sin regulación legal, aplican en mayor o menor medida procedimientos coactivos durante la hospitalización^{6,10,21,35}, sólo algunos países han extendido sus regulaciones legales hasta incluir alguna forma

de tratamiento ambulatorio^{6,10,35}. Y éste es un tema objeto de importantes debates, tanto en los países y sistemas que lo tiene establecido como en los que, no teniéndolo, se asiste a crecientes intentos de aplicación^{3,6,10,37,41-51}.

Los mecanismos que se incluyen bajo este y otros términos similares son dispares en relación con los objetivos básicos perseguidos (evitar o reducir la duración de la hospitalización, evitar recaídas, prevenir episodios de violencia), los criterios de inclusión y exclusión, los mecanismos de intervención concreta (especialmente si incorporan o no procedimientos de atención intensiva, así como si implican o no la administración forzada de medicación) y algunos otros aspectos concretos sujetos a regulación (quién decide la aplicación, cuánto dura, etc.)^{3,6,10,37,41-51}.

Los debates versan sobre aspectos morales y «políticos», pero también sobre los referidos a la efectividad real y las consecuencias a medio y largo plazo, con posiciones en parte similares y en parte diferentes de las que afectan a otros componentes coercitivos de la atención en salud mental^{10,37,41-51}. Así, por un lado, los partidarios de esta forma de intervención ponen por delante los valores de la salud de la persona y de la protección del entorno próximo, así como su certidumbre de que estas intervenciones redundarán en mejoras suficientes para justificar la violación de derechos individuales, por otra parte ya de por sí alterados por el efecto incapacitante de la enfermedad. Y sus adversarios aducen, por el contrario, los posibles efectos negativos a largo plazo (rechazo posterior a la atención prolongada, efecto disuasorio sobre otros pacientes así como sobre el estigma social) que, en su opinión no justifican el grave atentado a la libertad individual que suponen. Los primeros pretenden, además, que esta modalidad de intervención sea menos agresiva que la hospitalización involuntaria (a la que, sin embargo, la mayoría nunca había criticado hasta ahora), mientras los segundos enfatizan, al contrario, su carácter de extensión del ámbito coercitivo y su mayor duración, susceptible además en ocasiones de prolongación con límites imprecisos (por renovación sucesiva del mandato).

Pero, paralelamente al debate moral, los argumentos hacen referencia a cuestiones «de hecho» (los efectos reales positivos y negativos de estas intervenciones) que exigen ser dirimidas teniendo en cuenta información empírica rigurosa. Y ahí, pensemos lo que pensemos sobre el peso relativo de valores como la salud, la seguridad y la libertad, las conclusiones extraíbles de la investigación evaluativa están todavía muy lejos del optimismo que suelen exhibir los defensores de estas medidas.

De hecho, hasta hoy, además de un conjunto variopinto de estudios de muy discutible valor por sus deficiencias metodológicas⁵¹ (ausencia de grupos control con asignación aleatoria, sesgos de selección, imposibilidad de separar el efecto de la intensidad de la atención y de la obligatoriedad propiamente dicha, número reducido de participantes, abandonos no controlados, etc.), hay sólo dos estudios,

ambos en Estados Unidos y realizados por grupos de investigación conectados entre sí, que parecen reunir algunas características metodológicas mínimas (aunque también con algunos defectos probablemente inevitables) y que ofrecen resultados poco concluyentes y además contradictorios.

El primero^{48,51}, realizado sobre el programa de Carolina del Norte, presenta resultados moderadamente favorables, en términos al menos de evitar hospitalizaciones y arrestos por actos violentos, mientras el segundo^{50,51}, referido al programa de Nueva York, no encontró diferencias significativas entre quienes recibieron tratamiento intensivo voluntario e involuntario. Lo que lleva a los autores del informe de la Colaboración Cochrane (actualizado en 2005 y recientemente traducido al castellano⁵¹) a concluir, tras el exhaustivo y riguroso análisis de los estudios publicados sobre el tema, que:

«en base a las pruebas actuales, las órdenes de tratamiento en la comunidad pueden no constituir una alternativa efectiva de la atención estándar. Parece que el tratamiento obligatorio en la comunidad no presenta ninguna diferencia significativa en el uso de servicios, el funcionamiento social o la calidad de vida en comparación con la atención estándar. Actualmente no hay pruebas acerca del coste-efectividad. Las personas que recibieron tratamiento obligatorio en la comunidad tuvieron, sin embargo, menor probabilidad de ser víctimas de delitos violentos o no violentos. No obstante, es difícil concebir cualquier otro grupo en la sociedad en el que se restringiera la libertad de 85 personas para evitar un ingreso en el hospital, o de 238 personas para evitar una detención. Se requieren urgentemente estudios adicionales aleatorios, controlados y de buena calidad para consolidar los hallazgos y establecer si es la intensidad del tratamiento obligatorio en la comunidad o su naturaleza obligatoria lo que afecta al resultado.»⁵¹

Y plantean que, en consecuencia, las personas con enfermedades mentales graves deberían cuestionar la justificación del tratamiento obligatorio en la comunidad y defender los tratamientos más eficaces, los profesionales deberían considerar opciones con pruebas más sólidas de efectividad como el tratamiento asertivo en la comunidad y que los elaboradores de políticas tendrían que tener en cuenta que no hay pruebas sólidas para apoyar las ideas habituales sobre este tipo de programas, que ni parecen reducir el uso de servicios sanitarios, ni mejorar el funcionamiento social de los pacientes, ni reducir la coerción percibida (en relación con la hospitalización involuntaria)⁵¹.

En conjunto y desde el punto de vista de la evaluación de resultados, quedan importantes aspectos no resueltos, como son la necesidad de indicadores complejos y a largo plazo sobre personas tratadas, la medida de las repercusiones sobre otros pacientes y la sociedad, o el tema decisivo de diferenciar entre el efecto respectivo de la intensidad y la obligatoriedad propiamente dicha. En relación con este último aspecto, que es crucial para el debate sobre la regulación

legal de este tipo de tratamientos en nuestro país, hay que señalar que en las conclusiones del único estudio con resultados relativamente positivos (el referido a Carolina del Norte), los propios autores del mismo se expresan en los siguientes términos (las cursivas son nuestras):

«Parece claro en estos hallazgos que el tratamiento involuntario obligatorio puede mejorar algunos resultados del tratamiento cuando la orden judicial se dirige a individuos con trastornos psicóticos y cuando es sostenido y combinado con un tratamiento intensivo»⁴³.

En relación con los resultados negativos del estudio de Nueva York, los mismos autores, habitualmente defensores del tratamiento ambulatorio involuntario y uno de los cuales participaba también en el equipo de este segundo estudio, reconocen que esos resultados sugieren que:

«puede no tener ningún beneficio particular, especialmente si un amplio rango de servicios está disponible para las personas con TMG (trastorno mental grave)»⁴³.

Merece la pena señalar también, por sus implicaciones para otro debate de interés, en este caso el referido a las intervenciones basadas en la evidencia, que la «evidencia» es siempre «evidencia publicada» y ésta presenta algunos sesgos que es necesario tener en cuenta. Así, de los dos estudios referidos, el primero de ellos, que muestra una limitada efectividad del tipo de intervención evaluado, ha sido objeto de no menos de 5 publicaciones en diferentes revistas y sobre distintos aspectos de la evaluación, mientras el segundo, que da también «evidencias», en este caso de no mayor efectividad en relación con el tratamiento intensivo voluntario, sólo fue objeto de una única publicación global⁴⁹⁻⁵¹. En una lectura superficial, esto podría sugerir, utilizando un símil futbolístico, una «victoria por goleada» frente a lo que difícilmente pasa de ser un mero «empate».

La propuesta española de modificación de la Ley de Enjuiciamiento Civil

Vamos a intentar, por último, aplicar las consideraciones anteriores a la valoración de la propuesta todavía pendiente de decisión por el Parlamento español. Aplicación que, básicamente aunque de manera mucho más resumida, estaba presente en la referida intervención de uno de nosotros en la Comisión de Justicia.

La propuesta y su contexto

Como se recordará, la propuesta fue llevada al Parlamento en el marco de la discusión sobre distintas modifi-

caciones de la Ley de Enjuiciamiento Civil por el grupo parlamentario catalán, haciéndose eco de una iniciativa de la Federación Española de Asociaciones de Familiares de Enfermos Mentales (FEAFES). Y plantea simplemente añadir un apartado específico al artículo 763 (tabla 1) que regula la hospitalización cuando es necesaria desde el punto de vista sanitario pero la persona no está en condiciones de aceptarla voluntariamente¹⁻³.

Las regulaciones legales, como todas las iniciativas políticas y sociales en general, tienen lugar en contextos concretos que es necesario tener en cuenta para intentar valorar sus consecuencias. En este caso, la propuesta se produce en un contexto específico en el que hay que mencionar aspectos de política sanitaria, movimientos asociativos y dinámicas judiciales, políticas y sociales más amplias.

Así, hay que tener en cuenta, en primer lugar, la situación de la atención en salud mental en nuestro país. Y la verdad es que, más de veinte años después del inicio oficial de la Reforma Psiquiátrica, la atención sanitaria y social a personas con trastornos mentales graves sigue siendo no sólo muy desigual entre los distintos territorios del Estado sino, con carácter general, claramente deficiente y muy distante todavía en términos cuantitativos y cualitativos de las referencias que hemos intentado resumir anteriormente^{7,52}. La recientemente publicada *Estrategia de Salud Mental* del Sistema Nacional de Salud⁵³ se hace eco de algunos aspectos de esta situación e indica algunas líneas de desarrollo deseables, pero el contexto político general y el sanitario en particular (con las competencias transferidas a las Comunidades Autónomas y un peso generalmente escaso de los temas de salud mental en la mayoría de ellas) hacen albergar serias dudas sobre una rápida y radical modificación positiva de la situación. De esta manera, aspectos básicos para una correcta atención a este tipo de problemas, caracterizada como compleja, intersectorial, integrada, cercana, frecuente y continuada en el tiempo y con mecanismos de seguimiento comunitario intensivo, van a seguir siendo más la excepción que la regla.

Por su parte, el contexto legislativo ofrece un panorama formal bastante más satisfactorio^{2,3}, desde las orientaciones generales de la Ley General de Sanidad y la Ley de Autono-

mía del Paciente, a las regulaciones específicas de problemas de salud mental en las legislaciones generales civiles y penales. Regulaciones que siguen recogiendo básicamente el razonable compromiso alcanzado en los años de la llamada «transición» entre profesionales de la salud y la justicia para sustituir las regulaciones de la Dictadura^{2,3,54}. El rechazo a una legislación específica sobre la enfermedad mental, el papel de la Justicia como protección de derechos básicos y la eliminación de los elementos más represivos de la legislación penal siguen estando ahí como garantía de una atención razonable. Aunque los intentos de volver atrás endureciendo las «medidas de seguridad» de la legislación penal o, en la civil, extendiendo el campo de las incapacitaciones o cambiando de nuevo la función del juez en las hospitalizaciones involuntarias (de garante de los derechos del paciente frente a privaciones abusivas de libertad por parte del personal sanitario, a «ordenante» de ingresos y altas) han estado presentes durante todo el período.

A estos aspectos hay que añadir la existencia y los planteamientos concretos del movimiento asociativo de familiares, con una posición específica de defensa de sus intereses y un planteamiento propio de las necesidades de los pacientes (respetable, aunque no necesariamente compartible en todos y cada uno de sus detalles), pero sin el contrapeso necesario de un movimiento autónomo de usuarios, como sucede en otros países europeos o en Estados Unidos.

Es en ese contexto en el que, en nuestra opinión, debe valorarse una propuesta concreta que intenta extender el ámbito de regulación judicial en un aspecto cuyos resultados internacionales no parecen muy concluyentes y en ausencia de modificaciones básicas de los mecanismos sanitarios que son los únicos que parecerían hacerla al menos razonablemente posible.

Valoración de la propuesta

Teniendo todo esto en cuenta, la valoración ofrecida en su día en la comparecencia en la Comisión de Justicia¹ y que seguimos manteniendo hoy se basaba y se basa en los siguientes aspectos:

TABLA 1. Propuesta de modificación del Artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil para incluir el «Tratamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico»

Art. 763.5.- Podrá también el Tribunal autorizar un tratamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico o un período de observación para diagnóstico, cuando así lo requiera la salud del enfermo, previa propuesta razonada del especialista, audiencia del interesado, informe del Forense y 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 deberán 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.

1. Hay una contradicción entre la existencia del problema que señalan justamente las asociaciones de familiares y la solución propuesta por ellas. Es verdad que hay personas con trastornos mentales graves, baja conciencia de enfermedad y escasa «adherencia al tratamiento» que no están recibiendo la atención necesaria y posible. Pero ello no depende de la existencia o no de una regulación legal de un tratamiento involuntario, sino del mal funcionamiento de los mecanismos genéricamente previstos en la Ley General de Sanidad y técnicamente disponibles hoy desde los modelos de atención comunitaria en salud mental para las personas con este tipo de problemas.

2. Por ello, la propuesta nos parece inadecuada, insuficiente y contraproducente:

a) Inadecuada, por no ir a las raíces del problema, cuya solución implica la disponibilidad de una atención sanitaria, precoz e intensiva, basada en un modelo comunitario, con intervenciones complejas, articuladas y sostenidas y basadas en la mejor evidencia empírica disponible. Incluyendo atención social, que ayude a vivir de manera activa en la comunidad, así como mediante mecanismos no sólo ambulatorios y hospitalarios, sino también con procedimientos de seguimiento intensivo domiciliario y comunitario. Esta atención necesita, para ser efectiva, la construcción paralela de un compromiso o alianza terapéutica con la persona afectada y su entorno.

b) Insuficiente, porque la mera autorización judicial no garantiza en absoluto el cumplimiento de los objetivos, si no cuenta por un lado con servicios sanitarios suficientes y de calidad y por otro, y en proporción probablemente inversa a lo anterior, con la intervención de mecanismos coactivos reales, como las Fuerzas de Seguridad del Estado, de implicación inevitable aunque «cautelosamente silenciada» en la proposición.

c) Y contraproducente, por los importantes riesgos que introduce, en relación con su refuerzo al estigma social, el incremento de la confusión entre Sistema Sanitario, Justicia y Fuerzas de Seguridad, su limitada aplicabilidad (básicamente un tratamiento farmacológico), la dificultad generada para el establecimiento posterior de alianzas y compromisos terapéuticos, así como el refuerzo a la mala práctica de muchos profesionales que, como se decía textualmente en la comparecencia «verán más cómodo el recurso al juez y a las Fuerzas de Seguridad, que el trabajo complejo pero a la larga efectivo del convencimiento y la alianza con el paciente»¹.

Por todo ello, la intervención concluía rechazando la ampliación propuesta e insistiendo en la necesidad de «hacer efectivas las disposiciones de la Ley General de Sanidad, desarrollando más y mejores servicios sanitarios y de apoyo social, impulsando intervenciones globales, individualizadas y basadas en la evidencia, y reforzando mecanismos

de intervención y apoyo continuado en la comunidad»¹. Y manteniendo, por tanto, la legislación actual, que limita la regulación a la hospitalización, considerando no obstante la posibilidad de incluir dicha regulación en la Ley de Autonomía del Paciente, con una referencia general a la falta de capacidad de decisión y no específicamente a una enfermedad o trastorno mental o psíquico.

Nuestra posición sigue siendo, en resumen, que sin importantes mejoras en la atención sanitaria y social la regulación legal que se propone no sirve para nada y que con ellas pierde gran parte sino la totalidad de su sentido, además de introducir confusiones y efectos negativos y contraproducentes. Algo así como intentar construir una casa sobre cuyos planos existen por otro lado dudas razonables con respecto a su adecuación, empezando por el tejado, lo que parece conllevar una elevada probabilidad de inutilidad y catástrofe.

Bibliografía

1. Cortes Generales. Diario de Sesiones del Congreso de los Diputados. Comisión de Justicia. VIII Legislatura, 2005, n.º 206 y 207.
2. Díez ME. Documento AEN sobre la propuesta de regulación del tratamiento ambulatorio involuntario de las personas con trastornos psíquicos. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2004;23:177-85.
3. Sánchez AE (compiladora). Tratamiento Ambulatorio Involuntario. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria. 2006;6:5-63.
4. Camps V, Guariglia O, Salmerón F, editores. Concepciones de la Ética. Enciclopedia Iberoamericana de Filosofía. Madrid: Trotta-CSIC; 2004.
5. Kingdon D, Jones R, Lönnqvist J. Protecting the human rights of people with mental disorders: new recommendations emerging from the Council of Europe. Br J Psychiatry. 2004;185:277-9.
6. World Health Organization. WHO Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation. Geneva: WHO; 2005.
7. López M, Laviana M. Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Algunas propuestas desde Andalucía. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2007;99:187-223.
8. Quintanilla MA. Tecnología: un enfoque filosófico. Y otros ensayos de filosofía de la tecnología. México: FCE; 2005.
9. Echeverría J. Ciencia y valores. Barcelona: Destino; 2002.
10. Szmukler G, Appelbaum P. Treatment pressures, coercion and compulsion. En: Thornicroft G, Szmukler G, editors. Textbook of Community Psychiatry. New York: Oxford Community Press; 2001. p. 529-43.
11. Salice J, Dressing H. Coercion, involuntary treatment and quality of mental health care: is there any link? Curr Opin Psychiatry. 2005;18:576-84.
12. Barbu C, Tansella M. How often do patients with psychosis fail to adhere to treatment programmes? A systematic review. Psychol Med. 2003;33:1149-60.
13. López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez A, Aparicio A. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. En prensa 2007.
14. López M, Laviana M, García-Cubillana P. Los hospitales psiquiátricos en la(s) reforma(s). Notas para orientar una investigación necesaria. En: Pérez F, coordinador. Dos décadas tras la Reforma Psiquiátrica. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2006. p. 237-73.
15. Pilgrim D, Rogers A. A Sociology of mental health and illness. Buckingham: Open University Press; 1999.

16. Sarraceno B. La fine dell'Intrattenimento. Milano: Etas Libri; 1995.
17. Castel R. Para una crítica de la institución psiquiátrica. En: García R, editor. *Psiquiatría, antipsiquiatría y orden manicomial*. Barcelona: Barral; 1975. p. 99-154.
18. Castel R. El tratamiento moral. *Terapéutica mental y control social en el siglo XIX*. En: García R, editor. *Psiquiatría, antipsiquiatría y orden manicomial*. Barcelona: Barral; 1975. p. 71-96.
19. Foucault M. *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris: Gallimard; 1972.
20. Dörner K. Ciudadanos y locos. *Historia social de la Psiquiatría*. Madrid: Taurus; 1974.
21. Sailas E, Wahlbeck K. Restraint and seclusion in psychiatric inpatient wards. *Curr Opin Psychiatry*. 2005;18:555-9.
22. Janssen W, Noorthorn E, Van Linge R, Lendemeijer B. The influence of staffing levels on the use of seclusion. *Int J Law Psychiatry*. 2007;30:118-26.
23. Forster PL, Cavness C, Phelps MA. Staff training decreases use of seclusion and restraint in an acute Psychiatric Hospital. *Arch Psychiatr Nurs*. 1999;13:269-71.
24. Jacobson N, Greenley D. What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatr Serv*. 2001;52:482-5.
25. MacLean A. Empowerment and the psychiatric consumer/ex-patient movement in the United States: contradictions, crisis and change. *Soc Sci Med*. 1995;40:1053-71.
26. Lester H, Gask L. Delivering medical care for patients with serious mental illness or promoting a collaborative model of recovery. *Br J Psychiatry*. 2006;188:401-2.
27. López M, Laviana M. Programas intersectoriales de apoyo social. En: Cangas A, Gil J, Peralta V, editores. *Esquizofrenia. Nuevas perspectivas en la investigación*. PSICOM Editores; 2006. Capítulo 16.
28. Burns T. *Community Mental Health Teams. A guide to current practices*. Oxford: Oxford University Press; 2004.
29. Consejería de Salud. *Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave*. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2006.
30. Howgego IM, Yellowlees P, Owen C, Meldrum L, Dark F. The therapeutic alliance: the key to effective patient outcome? A descriptive review of the evidence in community mental health case management. *Aust N Z J Psychiatry*. 2003;37:169-83.
31. Kaltiala-Heino R, Laippala P, Salokangas R. Impact of coercion on treatment outcome. *Int J Law Psychiatry*. 1997;20:311-22.
32. Kaltiala-Heino R, Välimäki M, Korkeila J, Tuohimäki C, Lehtinen V. Involuntary medication in psychiatric inpatient treatment. *Eur Psychiatry*. 2003;18:290-5.
33. Monahan J, Hoge SK, Lidz C, Roth L, Bennet N, Gardner W, et al. Coercion and commitment: understanding involuntary mental hospital admission. *Int J Law Psychiatry*. 1995;18:249-63.
34. Kjellin L, Westrin C-G. Involuntary admissions and coercive measures in Psychiatric Care. Registered and reported. *Int J Law Psychiatry*. 1998;21:31-42.
35. Mayoral F, Torres F, Grupo EUNOMIA. La utilización de medidas coercitivas en psiquiatría. *Actas Esp Psiquiatr*. 2005;33:331-8.
36. Vollmann J, Bauer A, Danker-Hopfe H, Helmchen H. Competence of mentally ill patients: a comparative empirical study. *Psychol Med*. 2003;33:1463-71.
37. Monahan J, Swartz M, Bonnie RJ. Mandated treatment in the community for people with mental disorders. *Health Aff*. 2003;22:28-38.
38. Salize HJ, Dressing H. Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *Br J Psychiatry*. 2004;184:163-8.
39. Cascardi M, Poythress NG. Correlates of perceived coercion during Psychiatric Hospital admission. *Int J Law Psychiatry*. 1997;20:445-58.
40. Nicholson RA, Ekenstam C, Norwood S. Coercion and the outcome of Psychiatric Hospitalization. *Int J Law Psychiatry*. 1996;19:201-17.
41. O'Reilly R. Why are community treatment orders controversial? *Can J Psychiatry*. 2004;49:579-84.
42. Pinfold V, Bindman J. Is compulsory community treatment ever justified? *Psychiatr Bull*. 2001;25:268-70.
43. Swartz MS, Swanson JW. Involuntary outpatient commitment, community treatment orders, and assisted outpatient treatment: what's the data? *Can J Psychiatry*. 2004;49:585-91.
44. Dawson J, King M, Papageorgiou A, Davidson O. Legal pitfalls of psychiatric research. *Br J Psychiatry*. 2001;178:67-70.
45. Geller JL. The evolution of outpatient commitment in the USA: from conundrum to quagmire. *Int J Law Psychiatry*. 2006;29:234-48.
46. Wales HW, Hiday VA. PLC or TLC: is outpatient commitment the / an answer? *Int J Law Psychiatry*. 2006;29:451-68.
47. Van Dorn RA, Elbogen EB, Redlich AD, Swanson JW, Swartz MS, Mustillo S. The relationship between mandated community treatment and perceived barriers to care in persons with severe mental illness. *Int J Law Psychiatry*. 2006;29:495-506.
48. Winick BJ. Outpatient commitment. A therapeutic jurisprudence analysis. *Psychol Public Policy Law*. 2003;9:107-44.
49. Swartz MS, Swanson JW, Hiday VA, Wagner HR, Burns BJ, Borun R. A randomized controlled trial of outpatient commitment in North Carolina. *Psychiatr Serv*. 2001;52:325-9.
50. Steadman HJ, Gounis K, Dennis D, Hopper K, Roche B, Swartz M, et al. Assessing the New York City involuntary outpatient commitment pilot program. *Psychiatr Serv*. 2001;52:330-6.
51. Kisely S, Campbell LA, Preston N. Tratamiento obligatorio en la comunidad y tratamiento ambulatorio no voluntario para personas con trastornos mentales graves (Revisión Cochrane traducida). *Biblioteca Cochrane Plus*. 2007;1.
52. Pérez F, coordinador. *Dos décadas tras la reforma Psiquiátrica*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2006.
53. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
54. Bercovitz R. *La marginación de los locos y el derecho*. Madrid: Taurus; 1976.