

Límites del consentimiento en las personas con trastorno mental grave: el «tratamiento involuntario»

Es conocido por todos que cualquier intervención en el ámbito de la salud requiere que la persona afectada, habiendo sido informada previamente de forma suficiente y adecuada, dé su consentimiento específico y libre. Éste es, sin duda, el valor primordial sobre el que hoy descansa la relación clínica y constituye la norma legal fundamental del derecho sanitario. Por lo tanto, la toma de decisiones en la clínica asistencial es el fruto, entre otros factores, de la relación entre el criterio experto de los profesionales sanitarios y la aceptación por parte de los enfermos o de sus representantes.

■
Cualquier intervención en el ámbito de la salud requiere que la persona afectada, habiendo sido informada previamente de forma suficiente y adecuada, dé su consentimiento específico y libre

Esta capacidad concreta de las personas para participar en las decisiones sobre la salud y la propia vida la conocemos como *competencia mental*, y en el ámbito sanitario, la definimos como la capacidad de recibir, comprender y retener la información relevante sobre la propia situación clínica, pudiendo escoger entre las opciones posibles y sus alternativas de manera racional y de acuerdo con los propios valores personales. En la práctica, la existencia de esta capacidad es la que da legitimidad

al paciente para consentir o rechazar las medidas terapéuticas que los expertos proponen.

La naturaleza de muchas enfermedades mentales graves, por ejemplo la esquizofrenia o la depresión mayor, hace que evolucionen de manera errática o por episodios. Las fases de compensación y recuperación pueden ser largas. A diferencia de un enfermo con demencia o una persona con discapacidad intelectual, el enfermo mental no siempre está instalado en su déficit o en su enfermedad. Hay que tener presente que la mayoría de los trastornos psiquiátricos presentan una evolución irregular y cambiante, que comportan frecuentes modificaciones del estado mental de los pacientes, tanto en el sentido de una mayor patología o discapacidad, como en su contrario, de mejor equilibrio y recuperación. Factores como la particular personalidad del sujeto, el tipo de enfermedad, el nivel de adaptación conseguido antes de la aparición del trastorno, el contexto familiar y social concreto, el tipo de tratamiento recibido y el momento en que se inició, pueden modificar de manera significativa la evolución y el pronóstico de las personas que padecen trastornos mentales graves, y por lo tanto, sus capacidades concretas respecto al ejercicio de la propia autodeterminación.

Esta visión es, en sí misma, válida para todos los casos, independientemente de la gravedad o del

grado de discapacidad de una persona en concreto y conlleva dos consecuencias inmediatas para todos los profesionales de la salud mental: la *primera*, que siempre que un paciente tenga la capacidad de decidir de manera responsable, debe poder hacerlo incluso a pesar de los fracasos anteriores. Y la *segunda*, que cuando no es posible una decisión responsable por causa de un estado psíquico gravemente patológico, el beneficio para su salud es el valor fundamental. Los profesionales de la salud mental se encuentran con mucha frecuencia en estos dilemas que ponen al límite, no sólo su experiencia, sino también sus propios valores personales. Por eso hablamos a menudo de la psiquiatría como una práctica basada en hechos y valores.

■
A diferencia de un enfermo con demencia o una persona con discapacidad intelectual, el enfermo mental no siempre está instalado en su déficit o en su enfermedad

En las guías de buena práctica para la correcta decisión en estos conflictos de valores (1), los argumentos más importantes son:

- En el ejercicio clínico es inexcusable partir siempre de la premisa según la cual, en principio, la competencia se le supone a cualquier paciente adulto o menor maduro.

• El diagnóstico psiquiátrico no presupone en sí mismo un grado o nivel de competencia mental. Es necesario una exploración detallada de la capacidad del paciente para cada momento y para cada decisión.

• Las decisiones no son todas de la misma relevancia. Una decisión que conlleve riesgos graves y pocos beneficios requerirá una capacidad plena por parte del paciente. Al contrario, una decisión que conlleve claros beneficios con escasos riesgos requerirá un estándar de competencia menor. Por lo tanto, la competencia del paciente para consentir se debe verificar para cada forma y curso de tratamiento indicado. Esto se recoge en el *Convenio Europeo sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina* (1997) cuando recomienda la necesidad de pedir el consentimiento para las actuaciones terapéuticas concretas, incluso dentro de un ingreso no voluntario.

• En la actividad psiquiátrica, es necesario considerar continuamente la reversibilidad de los déficits de competencia, en función de la reversibilidad del propio trastorno que la provoca. En estos casos el deber profesional es el de procurar restablecer tan pronto como se pueda los niveles máximos de su capacidad decisoria.

El ingreso no voluntario

En el Convenio Europeo citado, el tratamiento no voluntario de una persona no competente para consentir sólo está justificado en base al principio de protección de la salud del individuo y por lo tanto, a una necesidad sanitaria (2).

Las garantías jurídicas de la situación de ingreso no voluntario están perfectamente definidas en la legislación vigente. Implican la obligatoriedad de que el afectado sea visto por un Juez (normalmente con el médico forense), y que, una vez oído al Ministerio Fiscal o a cualquier otra persona que el juez o el afectado determinen, el juez resuelva o no la autorización para el ingreso (3). En un estudio reciente de derecho comparado referido a los países de la UE, se ha mostrado la extraordinaria diversidad existente en las normas que regulan esta importante excepción al principio del consentimiento informado (4,5).

En el ámbito de la asistencia psiquiátrica entendemos por «ingreso no voluntario», aquél que, indicado por un médico y bajo el control previo o posterior de un juez, se basa estrictamente en la necesidad de salud de un paciente que no tiene la competencia mental necesaria para prestar consentimiento responsable (1).

Por lo tanto, los criterios para un ingreso no voluntario son:

□ Existencia de un trastorno mental que implique un riesgo grave para la integridad física, la salud, la vida familiar o relacional, o los intereses en general de la propia persona.

□ En la situación actual, el estado mental del paciente le impide la competencia necesaria para tomar una decisión responsable y conforme a sus propios intereses.

□ Según los conocimientos disponibles, la medida de hospitalización es razonablemente más efectiva y beneficiosa para el paciente

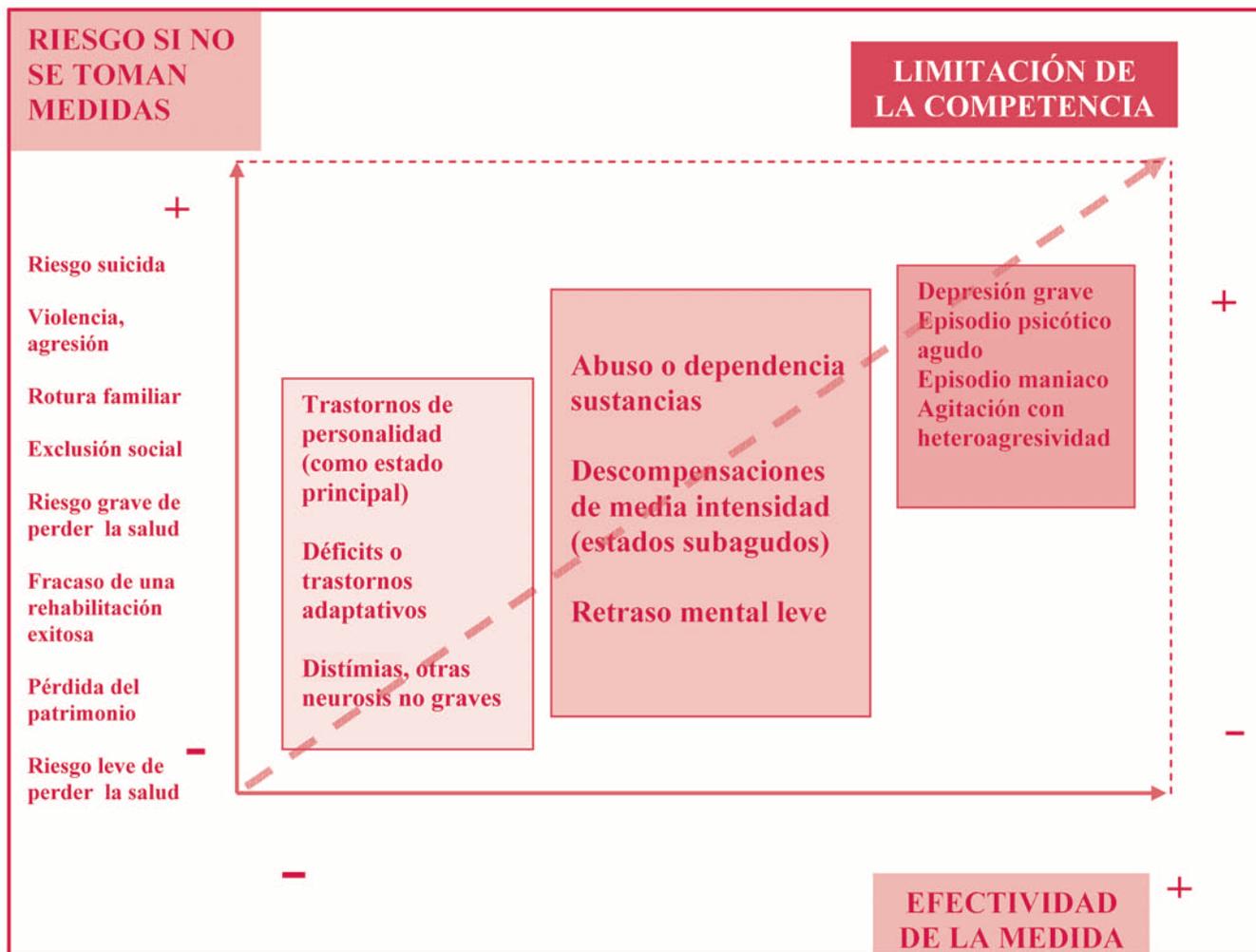
que cualquier otra alternativa terapéutica menos restrictiva.

Estos criterios son especialmente aplicables a situaciones agudas. En ellas, el diagnóstico sindrómico nos da información sobre el estado mental actual del paciente, lo que, junto a una evaluación sobre los riesgos y sobre la efectividad de la medida de hospitalización, permite una aproximación muy ajustada sobre el tipo de internamiento más recomendable. Ésta es la base de conocimiento necesaria para establecer protocolos asistenciales que mejoren la heterogeneidad actual entre los clínicos.

En el **gráfico de la página siguiente**, se ve claramente que riesgo y efectividad son máximos en la clínica de depresión grave, episodio psicótico agudo, episodio maniaco o agitación con auto o heteroagresividad, con independencia de cual sea el trastorno causante del cuadro clínico. En estas condiciones en las que el riesgo es grave y las medidas terapéuticas son muy efectivas, los argumentos que tendría que dar un paciente para poder decidir (y para poder rechazar), tendrían que ser muy claros y convincentes, y justamente cuando su estado mental está más alterado. El principio del consentimiento aplicado a un caso así atendería contra la dignidad humana del paciente y, por lo tanto, contra el principio de responsabilidad de los profesionales.

Por el contrario, hay situaciones de poco riesgo, y con una competencia mental conservada, en las que la hospitalización de corta duración es poco efectiva. En estos casos la hospitalización tendría que pactarse entre el paciente y el psiquiatra en base a un contrato terapéutico libremente consentido.

Gráfico sobre la hospitalización de agudos
Estado clínico y relación entre riesgo de no hacer efectiva la medida y la efectividad terapéutica en la disminución de la competencia mental (6)



En situaciones intermedias se encontrarían otros estados patológicos que admiten incorporar criterios complementarios, por ejemplo, examinar la historia clínica del paciente si ha estado en otros establecimientos u hospitales diferentes del actual, o introducir en el diálogo con el paciente, criterios de competencia más móviles.

La controvertida figura del tratamiento ambulatorio forzoso

En los últimos años, y mientras asistimos a un descenso especta-

cular de camas psiquiátricas en toda Europa, en países como Alemania o el Reino Unido se han ido incrementando poderosamente el número de ingresos involuntarios y de camas de psiquiatría forense (7). A la vez, se produce un claro incremento de los tratamientos en la comunidad, lo que hace que muchos pacientes que antes hubiesen ocupado una plaza en un centro psiquiátrico de larga estancia, se encuentren ahora viviendo en casa, a cargo de los padres, o en plazas residenciales protegidas. Esta situación no está del todo resuelta y se hace evidente que los cuidadores no disfrutan de las ga-

rantías mínimas de atención y apoyo por parte de los servicios públicos especializados, para disminuir o evitar los riesgos que esta situación conlleva.

Ha surgido el debate en muchos países de nuestro entorno, y también en España, sobre la conveniencia de instaurar la figura del tratamiento ambulatorio forzoso...si bien la situación es desigual en la Unión Europea.

Por todo ello ha surgido el debate en muchos países de nuestro

entorno, y también en España, sobre la conveniencia de instaurar la figura del tratamiento ambulatorio forzoso. Como en el caso del ingreso involuntario, la situación es desigual en la Unión Europea, y sólo Bélgica, Luxemburgo, Portugal y Suecia lo tienen previsto de manera explícita en sus legislaciones (4). Uno de los modelos de referencia en el debate ha sido la llamada «Ley Kendra», impulsada por la Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York (8).

■

En el estado español la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales (FEAFES) ha elaborado una propuesta de reforma del artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, con el fin de regular los tratamientos no voluntarios de las personas con trastornos mentales graves

■

En el estado español la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales (FEAFES), ha elaborado una propuesta de reforma del artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, con el fin de regular los tratamientos no voluntarios de las personas con trastornos mentales graves (ver cita al final del artículo).

Esta figura podría mejorar la adherencia al tratamiento de muchos pacientes de riesgo, sin necesidad de ingreso forzoso o incluso disminuir el número de éstos; a su vez implicaría más sectores sociales en uno de los problemas más urgentes de la psiquiatría comunitaria actual. Sin embargo, han surgido muchos opositores entre profesionales y los propios afec-

tados, que consideran que el tratamiento involuntario tiene la pretensión de compensar la falta de servicios apropiados y eficaces, que deteriora la relación terapéutica y que podría “criminalizar” al paciente a través de las actuaciones policiales que se derivarían de su ejecución (9).

Lamentablemente, el debate se ha planteado, en el caso español, sobre una excesiva base ideológica, simplificando las posiciones entre una supuesta adscripción de derechas o de izquierdas, o enfrentando los afectados «familiares» con los afectados «pacientes». El sector profesional se ha manifestado igualmente dividido en esta cuestión.

En mi opinión, muchas de las críticas que se han hecho a la propuesta confunden las prioridades argumentales poniendo por delante razonamientos basados en la sospecha (así los servicios no mejorarán, se pueden cometer abusos, etc...) o categorizan con connotaciones penales lo que no deja de ser un componente más y en la práctica muy limitado (el control judicial) para coadyuvar en las estrategias, a menudo extremadamente complejas, de la recuperación de un paciente de riesgo que se niega reiteradamente al tratamiento. Y todo ello, en un tiempo de desarrollo y fomento de la psiquiatría comunitaria, donde teóricamente estamos tratando de evitar los internamientos así como las conductas de riesgo para sí o para otros que, cada vez más, presentan algunos enfermos mentales graves. Sorprende que muchas de estas argumentaciones no tengan suficientemente en cuenta el estado del conocimiento experto actual, según el cual sabemos que

la media de tiempo, para un enfermo esquizofrénico, que se tarda en iniciar un tratamiento sostenido, es de más de 6 años, cuando ya el pronóstico de la enfermedad es nefasto. Es cierto que los servicios y las actitudes de los profesionales deben mejorar mucho, pero la presión social estigmatizadora, las condiciones sociales y familiares de muchos casos y el impacto de la enfermedad en la propia imagen y autoestima seguirán alimentando la negación de la enfermedad en muchos pacientes, incluso en la mejor organización asistencial.

Desde la Consejería de Salud de Cataluña se celebró en marzo de 2005 un encuentro con metodología de consenso con todos los representantes involucrados de los diferentes sectores. A pesar de las diferentes sensibilidades se aceptó que algunos pacientes podían beneficiarse de una medida como ésta. Los requisitos que debería cumplir serían:

□ Que se aplique en situaciones de excepcionalidad, fundamentándolo en el principio de beneficio de la persona, una vez agotadas todas las posibilidades de establecer alianzas terapéuticas.

□ Que sean situaciones en las que la gravedad psicopatológica representa un riesgo grave para la persona y limita claramente su competencia para decidir en su mejor beneficio.

□ Que la medida propuesta tenga una efectividad contrastada y aporte claramente más beneficios que riesgos.

□ Que su aplicación sea puntual y limitada en el tiempo.

□ Que nunca se aplique como una alternativa a la falta de servicios sanitarios y sociales.

Las medidas coercitivas son y han sido una constante en la práctica psiquiátrica, pero hay una radical diferencia entre el pasado y el presente: hoy la coerción sólo tiene sentido si:

✎ Es una condición necesaria para la aplicación de un tratamiento efectivo.

✎ Sin el cual los riesgos para el paciente y para terceros sean graves.

✎ El paciente no tiene la competencia mental necesaria para discernir.

✎ Se realiza honestamente teniendo en cuenta la dignidad de la persona.

Estos valores éticos ya forman parte de las normas legales de todos los estados de derecho, pero requieren, por encima de todo, de profesionales comprometidos, sensibles y formados, que sean capaces de entender su trabajo como una aportación esencial para la recuperación de la autonomía y de los plenos derechos de ciudadanía de muchas de las personas afectadas por trastornos psiquiátricos graves.

JOSEP RAMOS

PSIQUIATRA
DIRECTOR DE PLANIFICACIÓN Y
COORDINACIÓN ASISTENCIAL DE S.J.D.
SERVICIOS DE SALUD MENTAL
MÁSTER EN BIOÉTICA

Cita en texto

En relación con la regulación legal del tratamiento forzoso ambulatorio, la propuesta inicial de modificación de la «Ley de Enjuiciamiento Civil», que citamos a continuación, está siendo revisada signifi-

cativamente en la actualidad -*proyecto de Ley de Jurisdicción Voluntaria*-, y quizás en un sentido que podría no ser tan cuidadoso o garantista.

Propuesta de modificación del Art. 763-5 LEC:

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

En la resolución que se dicte deberá establecerse el plan de tratamiento, sus mecanismos de control y el dispositivo sanitario responsable del mismo que deberá informar al Juez, al menos cada tres meses, de su evolución y seguimiento, así como sobre la necesidad de continuar, modificar o cesar el tratamiento.

El plazo máximo de duración de esta medida será de dieciocho meses».

Projecto de «Ley de Jurisdicción Voluntaria», que se encuentra en fase de discusión parlamentaria. Dispone en su capítulo IX diversos artículos sobre «Autorización judicial de los tratamientos no voluntarios de las personas con trastornos psíquicos», a partir de las ideas básicas siguientes:

✓ Podrán promover el expediente el cónyuge o persona en situación asimilable, descendientes, ascendientes o hermanos, tutores, curadores o titulares de patria potestad, así como el facultativo o responsable de salud del centro donde esté adscrito el paciente.

✓ La propuesta deberá razonarse, dándose audiencia al paciente, al solicitante, al M^o Fiscal y al médico forense, en orden a determinar la falta de capacidad para decidir del paciente, su situación clínica y la necesidad del tratamiento a seguir.

✓ El Juez resolverá concretando el plan de tratamiento farmacológico, psicosocial y terapéutico a seguir por el paciente, bajo supervisión judicial periódica y demás mecanismos de control que se estimen adecuados, pudiendo revisarse la situación del paciente en cualquier momento, por indicación facultativa.

Bibliografía:

1.- *Guia per a l'internament involuntari i les mesures restrictives en Psiquiatria*. Comitè de Bioètica de Catalunya. Direcció General de recursos sanitaris. Conselleria de Salut. Generalitat de Catalunya (2002).

2.- *Conveni per a la protecció dels drets humans i la dignitat de l'ésser humà respecte a les aplicacions de la Biologia i la Medicina*. Conveni d'Oviedo. Consell d'Europa (ratificat per Espanya i en vigor des de 1er de gener de 2000).

3.- Art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (LEC) y Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente.

4.- *Compulsory Admission and Involuntary treatment of Mentally Ill Patients. Legislation and Practice in EU-Members States* /Research Project. European Commission. Mannheim, 2002.

5.- *Projecte EUNOMIA (European Evaluation of Coercion in Psychiatry and Harmonization of Best Clinical Practice)*, 2003-2007.

6.- *Protocol sobre internament involuntari*. Sant Joan de Déu, serveis de salut mental (1999).

7.- *Desinstitucionalització: barreres econòmiques i oportunitats*. Knap, Martin. MHEEN Meeting. London School of Economics. July, 2002

8.- *Resumen: Una explicación de la Ley Kendra. Preparado por la Oficina Legal de la Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York*, OMH (1999).

9.- *Documento de la Asociación Española de Neuropsiquiatría sobre la propuesta de regulación del tratamiento ambulatorio involuntario*. Aprobado por la Junta Directiva de la Asociación Española de Neuropsiquiatría en su reunión de fecha 28-29 de enero de 2005 en Madrid.