



# Tratamiento ambulatorio involuntario

F. Chicharro Lezcano  
Psiquiatra  
Hospital de Zamudio

## Introducción

Desde hace unos meses se viene produciendo un debate en torno a la demanda, fundamentalmente generada por asociaciones de familiares, de regulación e implantación del tratamiento ambulatorio involuntario con autorización judicial. Como puede suponerse, la opinión —razonada y razonable— que se expone desde diferentes ámbitos no suele ser coincidente, siendo numerosos los puntos de fricción: *“necesario desarrollo de recursos comunitarios y programas de seguimiento, dificultad para mantener el vínculo terapéutico, discutible beneficio para el paciente, conflictos éticos, reformas legales”*, etc.

No obstante, para cualquier profesional que ejerza la práctica clínica con personas aquejadas de enfermedad mental severa, resulta evidente que la interrupción del tratamiento es una de las principales causas de recaída, y que suele implicar la necesidad de ingreso en una unidad de psiquiatría. En las unidades de psiquiatría, y por la misma causa, los reingresos en periodos inferiores a los tres meses después del alta son cada vez más frecuentes y el resultado es la saturación de los servicios de salud mental y de urgencias psiquiátricas, la elevada ocupación de las camas de hospitalización —con la consiguiente reducción de la estancia media para mantener camas disponibles— y un elevado costo, no sólo económico, sino de deterioro del paciente y de sufrimiento de él y su familia.

Algunos de estos aspectos fueron abordados en una jornada celebrada en Bilbao, en junio de 2003, organizada por el Departamento de Justicia del Gobierno Vasco, el Consejo General del Poder Judicial, Osakidetza, y Ararteko. Los objetivos planteados fueron:

- *Reflexionar sobre la importancia de la continuidad del tratamiento ambulatorio en los enfermos mentales graves, y abordar las fórmulas más idóneas para asegurar que el paciente cumple dicho tratamiento.*
- *Analizar las alternativas legales existentes para dar cobertura a dichas actuaciones, y los proyectos de modificación legal pertinentes.*
- *Debatir un borrador de Protocolo de Coordinación entre todas las instancias para posibilitar el comienzo de dicho tratamiento, su mantenimiento y seguimiento.*

A la finalización de la jornada, se establecieron las siguientes conclusiones:

- *Las Psicosis, y dentro de ellas el grupo de las Esquizofrenias como prototipo de enfermedad grave, son trastornos psiquiátricos graves, de curso crónico e invalidantes en los que la instauración de un tratamiento adecuado multidisciplinar y continuado disminuye sensiblemente la posibilidad de recaídas, mejorando sustancialmente el pronóstico a largo plazo.*
- *En el momento actual existen tratamientos eficaces para estas enfermedades, si bien, la ausencia de conciencia de enfermedad*



*complica o impide en algunos casos el tratamiento.*

- *En estos casos, es el ingreso involuntario con autorización judicial la fórmula empleada mayoritariamente para instaurar el tratamiento (25% del total de ingresos en unidades de agudos lo fueron con autorización judicial en el año 2002). Esto, sin embargo, no deja de ser una solución parcial limitada al tiempo del ingreso hospitalario.*
- *Estimamos que el marco jurídico actual, si bien no contempla específicamente este tipo de medidas, contiene disposiciones que facilitan su aplicación. En todo caso, una reforma legislativa que incluyera estos supuestos se estima necesaria.*

En base a ello, los participantes en el taller adoptaron las siguientes propuestas:

- Impulsar, desde el ámbito judicial y fiscal y desde los movimientos asociativos de toda índole que trabajan en el ámbito de la enfermedad mental, una reforma legislativa en la LEC que, explícitamente, reconozca la posibilidad de instaurar un tratamiento psiquiátrico ambulatorio judicializado.
- Impulsar, desde el ámbito sanitario psiquiátrico, el consenso en el establecimiento de criterios para la inclusión de casos en este supuesto.
- Impulsar el debate sobre esta medida en los diferentes foros implicados (jueces, fiscales, hospitales, centros de salud mental, etc.).
- Participar en cuantas iniciativas se generen, destinadas a la consecución de esta medida.

## **El tratamiento involuntario como principio ético**

Con su habitual perspicacia y anticipación, los editores del "Txori-Herri Medical Journal" (THMNews Nº 19. 15 de septiembre de 1998) comentaban una publicación (E. Fuller Torrey y el ingreso involuntario) que trataba sobre estos aspectos. Así, después de aclarar la polémica que suelen suscitar sus opiniones, decía: "Torrey

*argumenta que los enfermos esquizofrénicos que carecen de insight son como los enfermos de Alzheimer cuando salen descalzos a la calle en una noche nevada. A nadie se le ocurre decirles que salgan, que son libres de hacer lo que quieran, sino que se les retiene y se les dan los cuidados que necesitan. Para él fue un error que los grupos que defienden las libertades civiles tomaran en los 60 a los enfermos mentales como bandera y hayan conseguido que el tratar o ingresar a alguien en contra de su voluntad sea tan difícil en USA.*

*La situación en España no es comparable a la de USA, pero es muy frecuente en la práctica que los psiquiatras nos veamos presionados por las familias para indicar el ingreso y tengamos que elegir entre los derechos del paciente y los derechos de sus familias. Por otra parte, dejando al margen el tema de la peligrosidad, y centrándonos exclusivamente en la dignidad humana de toda persona, no parece muy ético dejar a una persona sin ayuda cuando sus capacidades mentales están afectadas por una enfermedad como la Esquizofrenia. Mirando las cosas desde este punto de vista, parece que Torrey tiene muchos argumentos a su favor. Por otro lado la postura de la sociedad ante estos temas es en gran medida ambivalente, generalmente más permisiva cuanto más lejos se esté del problema".*

## **La cronicidad "comunitaria"**

Al día de hoy, creo que debe admitirse que, aún desde una situación ideal y raramente alcanzada (atención comunitaria, adecuado desarrollo de los servicios, interés real de los profesionales, etc.) hay pacientes que se siguen descompensando y evolucionan hacia la cronicidad. Es cierto que se han producido avances sustanciales en la eficacia de las terapias disponibles, pero no es menos cierto que, por mucho que nos empeñemos, van a seguir existiendo pacientes incompetentes en su autocuidado y/o remisos a ser tratados. Sería este tipo de pacientes quienes podrían beneficiarse de



esta medida (pacientes aquejados de enfermedad mental severa de curso crónico, con frecuentes recaídas que requieren ingreso, con conductas de riesgo para él y/o para otros, incapacidad para el autocuidado, y que generan una sobrecarga en su entorno).

Los detractores de este tipo de medidas avisan del riesgo que podría suponer su extensión indiscriminada, así como del error de “judicializar” la asistencia psiquiátrica, pero silencian que están diseñadas para casos concretos, muy particulares, y en los que la decisión a adoptar procede del equipo tratante.

## Desarrollo de recursos

En algunos medios se recoge la opinión de que un adecuado desarrollo de servicios y programas haría innecesaria la medida del tratamiento obligatorio, y que lo que se pretende es cubrir el déficit de recursos. No es este el objetivo, aún más, es imposible llevar a cabo tratamientos de este tipo sin la existencia de una red suficiente y unos programas de tratamiento responsables y comprometidos. ¿Acudir a ponerse un depot una vez al mes y en caso de inasistencia avisar al juez para que le ingresen?. Para este viaje no hacen falta esas alforjas. En algunos estados de EE.UU. apenas se aplica esta medida por la escasez de servicios comunitarios para poder seguir a los pacientes. Es decir, que la implantación de la medida requiere que previamente haya medios y modos de trabajo adecuados. Lamentablemente, a veces, se crean dispositivos solo cuando la ley obliga (por ejemplo las unidades de hospitalización psiquiátrica infanto–juvenil) por lo que podría ser el inicio de la implantación de programas de seguimiento en la comunidad, infrecuentes en nuestro medio.

## Aspectos éticos

Se hace un alegato en contra de esta medida desde “el derecho del paciente a decidir”, pero se olvida que con pacientes muy graves,

en ocasiones, es necesario tomar medidas coercitivas precisamente para salvaguardar su derecho a la salud y a una vida digna. Por otra parte, de esta forma, quizás podrían evitarse medidas aún más coercitivas como son los ingresos involuntarios.

Probablemente, en pocos años, hemos pasado de la “beneficencia dura” (olvidando que hay pacientes capaces, cuya opinión debe considerarse) al “hiperautonomismo” (olvidando que hay pacientes en situación de incapacidad para decidir, y cuyos derechos deben ser salvaguardados). Afortunadamente es infrecuente, pero se dan casos en los que, sobre la base del “respeto por la autonomía del paciente”, se adopta una actitud de pasividad con la consiguiente dejación de funciones. Tengo dudas sobre si no atentará más esto contra el derecho de los pacientes que una actitud intervencionista.

## Conclusiones

Al final, lo fundamental es el compromiso por parte del servicio tratante. La medida no arregla nada en sí misma; debe ser solo una herramienta para permitir que algunos pacientes puedan ser seguidos de una forma más eficaz, evitar reingresos y prevenir conductas de riesgo, pero lo fundamental es que ese seguimiento sea efectivo y cercano. Solicitar esta medida para citarle luego cada dos o tres meses tendría escaso sentido. Puede ser un instrumento válido (no un fin en sí mismo) siempre y cuando no sustituya la “judicialización” del caso a la intervención de los programas de seguimiento comunitarios... en caso de que los hubiera (que esa es otra).

## Y agradecimientos:

Parte de estas reflexiones están extraídas de la opinión de compañeros/as de la red de salud mental, involucrados en la práctica clínica diaria, y comprometidos en el cuidado de los pacientes más graves. En nombre de estos, gracias.

