



Índice

POSICIÓN DE LA SEPL SOBRE EL TRATAMIENTO AMBULATORIO Y LA OBSERVACIÓN PARA DIAGNÓSTICO NO VOLUNTARIOS 2

Introducción	2
Cuestiones previas:	
La situación actual	2
Consentimiento informado VS. involuntariedad	3
Consideraciones prácticas	5
Recomendaciones	6

VIOLENCIA, ENFERMEDAD MENTAL Y ESTIGMA 7

Estigma, violencia y enfermedad mental	7
● Violencia y EMG: La Criminalización de la Enfermedad Mental	7
● Violencia y EMG: Enfermedad Mental y Conducta Violenta: La Realidad	8
● Sociedad y Violencia: la Medicalización de la Violencia Estigma, violencia y medios de comunicación	8
● Conclusiones	9
Referencias Bibliográficas	9

CARTA DEL PRESIDENTE

Estamos ya prácticamente en las puertas de BAIONA, donde nos reuniremos en breve para celebrar nuestro XIV Congreso, cuyo Programa puede hallar el lector en esta misma página. Pronto veremos el fruto del mucho trabajo que su Presidente y el Comité Organizador han desarrollado para estar a la altura de la responsabilidad asumida y ofrecer una gran calidad tanto en la vertiente científica como en los aspectos sociales: Por un lado, el tema "Familia, Psiquiatría y Ley" es atrayente y prometedor; por otro, Galicia en general y esa hermosa villa en particular atesoran sobradamente cuanto se necesita para que el más exigente resulte satisfecho. Una vez más animo al lector para que acuda a enriquecerse profesional y humanamente.

Como ya anunciaba en mi anterior carta, hemos estado trabajando sobre el problema del tratamiento ambulatorio y la observación para diagnóstico no voluntarios. Seguimos perfilando un documento que contenga con claridad y sencillez lo que esta Sociedad, desde fundamentos estrictamente profesionales y éticos, pueda aportar al debate abierto hace ahora un año, cuando el Pleno del Congreso aceptó estudiar la propuesta de incluir esas posibilidades en el Art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Creo que nunca sobra reflexión y aun discusión cuando lo que subyace es compatibilizar el incuestionable derecho general a la libertad, a la dignidad y al respeto a la

propia autonomía de cada persona con la excepción de la involuntariedad u obligatoriedad en el caso concreto de un determinado enfermo psiquiátrico. Espero que muy pronto el criterio de esta Sociedad salga oficialmente a la luz y, tras su presentación a las instancias interesadas, pueda ser leído en esta web.

Tras la concurrida Jornada que en mayo último se organizó precisamente sobre esos temas en el Hospital Universitario "Gregorio Marañón" de Madrid, está previsto que a primeros de noviembre se desarrolle en Almagro un Taller, dirigido fundamentalmente a Residentes de Psiquiatría, con el fin de suscitarles, ya durante su período de formación especializada, la inquietud sobre la importancia que tiene el conocimiento de la Psiquiatría Legal para su práctica clínica. En esta ocasión serán aspectos relevantes de la Ley 41/2002 los que vertebrarán los contenidos científicos de esa reunión docente. Espero que, tanto por la calidad de los Ponentes como por los esfuerzos logísticos del personal de LILLY, sea un encuentro fructífero y agradable.

Mi despedida hoy es un simple ¡Hasta pronto!, pues tengo la seguridad de encontrarme en BAIONA con muchos de nuestros lectores. Para quienes no puedan participar en nuestro XIV Congreso, el compromiso de que, tiempo después, podrán hallar en esta web lo más significativo de ese evento.

Lorenzo J. Llaquet Baldellou.

EDITORIAL

Familia, psiquiatría y ley. Tres palabras que sin duda engloban un amplio espectro de temas a debatir, que son de interés primordial tanto para los profesionales de la psiquiatría y de la jurisprudencia como para la población en general. Ya está aquí el XIV Congreso Nacional de nuestra sociedad. Y llega cargado de contenido social, abordando los aspectos de nuestra especialidad que sin duda atañen de manera directa al día a día de miles de ciudadanos.

También el tratamiento y la observación para el diagnóstico no voluntarios, sobre el que encontraréis la posición de la SEPL en esta nueva newsletter, última del 2005 pero primera de este nuevo "curso", que iniciamos con la misma ilusión de siempre, que nace de nuestro objetivo de realizar una labor que os sea interesante al tiempo que útil y que es fruto también del apoyo que recibimos de todas aquellas personas que nos visitáis, seguid de cerca nuestra evolución y nos mostráis vuestro apoyo a través de los correos electrónicos que nos llegan cada mes. A tod@s, nuestro más sincero agradecimiento.

La Junta Directiva de la SEPL

POSICIÓN DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA LEGAL SOBRE EL TRATAMIENTO AMBULATORIO Y LA OBSERVACIÓN PARA DIAGNÓSTICO NO VOLUNTARIOS

INTRODUCCIÓN

En octubre de 2004 el Pleno del Congreso de los Diputados decidió asumir para su estudio en la Comisión de Justicia una propuesta del Grupo Parlamentario de CIU., que consistía en añadir al Art. 763 de la LEC. un 5º apartado que posibilitara al Juez la autorización de tratamiento u observación para diagnóstico no voluntarios (TODNV.). En marzo de este año tuvieron lugar ante esa Comisión varias comparecencias contrapuestas de diversos expertos y representantes de Asociaciones de Familiares de pacientes mentales; desde entonces sigue abierta para los Grupos Parlamentarios la fase de propuesta de enmiendas.

La propuesta aceptada por el Pleno fue la siguiente:

"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 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 del mismo, que deberá informar al Juez, al menos cada tres 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 dieciocho meses."

La Sociedad Española de Psiquiatría Legal, nada más tener conocimiento de esa propuesta, consideró que debía reflexionar sobre los datos existentes y madurar una posición con un enfoque fundamentalmente ético y basada en la realidad asistencial española. Además de frecuentes inter-

cambios de opiniones entre sus miembros, colaboró con el Master de Psiquiatría Legal y con la Fundación Aequitas en la organización de una Jornada sobre este tema, que se celebró el 20 de mayo de 2005 y en la que, por un lado, se presentaron experiencias y pareceres por parte de expertos nacionales y extranjeros; por otro, también pudieron exponer sus puntos de vista personas muy ligadas a la propuesta de referencia.

La Junta Directiva de esta Sociedad cree llegado el momento de emitir su parecer, centrándose en las siguientes preguntas: **¿Son justificables las medidas propuestas? En caso positivo: ¿Qué condiciones serían necesarias?**

CUESTIONES PREVIAS: LA SITUACIÓN ACTUAL

a) La enfermedad problema: Es evidente por la experiencia general que un cierto número de pacientes diagnosticados de Trastornos Psicóticos graves, especialmente de Esquizofrenia, opone clara resistencia al tratamiento y lo abandona fácilmente cuando está fuera del medio hospitalario, a pesar de los esfuerzos de profesionales y familiares para lograr que se trate. En muchos casos esa negativa se debe a su carencia de conciencia de enfermedad, la cual parece guardar relación con deficiencias neurocognitivas propias de su Trastorno.

Ésta es la causa de frecuentes recaídas en forma de episodios psicóticos agudos, que obligan a internamientos, generalmente involuntarios; tras el Alta hospitalaria por mejoría, se repite el abandono del tratamiento, lo que propicia nuevas crisis que precisan hospitalización: Es el fenómeno conocido como *puerta giratoria*.

b) La experiencia de otros países: Aunque tal vez primando otros motivos (por ejemplo, la peligrosidad de algún enfermo), hay países que han legislado para permitir el trata-

miento no voluntario sin necesidad de efectuar internamiento hospitalario. Con independencia de la polémica que suscitan medidas de esta índole (basada fundamentalmente en la discriminatoria merma de derechos que implican para estos pacientes, así como en la estigmatización que les pueden acarrear), los resultados objetivos comprobados son la franca mejoría en la convivencia sociofamiliar y la reducción de los ingresos hospitalarios, cuyo ahorro económico ha compensado con creces los costes de nuevos equipos de tratamiento asertivo en dispositivos comunitarios.

c) La realidad asistencial española: Centrándonos en nuestro país y aun asumiendo bastantes variaciones en la situación de los Servicios de Salud Mental de las diversas Comunidades Autónomas, es cierto que en general la política de desinstitucionalización iniciada hace 20 años no ha entrañado una suficiente dotación de los medios que propugnaba la Ley General de Sanidad de 1986, lo que se ha traducido en una atención a los enfermos no siempre eficiente (básicamente por la saturación de los dispositivos comunitarios de Salud Mental) y en sufrimiento para los propios interesados y sus familias (verdaderas paganas de la reforma frecuentemente). Hoy por hoy puede afirmarse que, más allá de alguna experiencia muy concreta, posibilitada por el compromiso voluntarioso de algunos Facultativos y Jueces (que han llevado al límite la interpretación de la actual legislación, de forma osada y hasta abusiva según el criterio de otros), tenemos habitualmente fuera del sistema sanitario a un número de enfermos mentales indeterminado, aunque posiblemente voluminoso, que por su grave patología mental o sobrevive en la pura marginalidad (incluyendo las cárceles) o distorsiona de forma notable la vida familiar, sin que por esto vivan ellos mejor.

Es muy posible que ese número pudiera llegar a ser claramente menor, si:

- El aumento de camas hospitalarias de media estancia permitiera disminuir la actual presión para dar el alta a pacientes en situación de impregnación psicofarmacológica (con dosis todavía no ajustadas y, como consecuencia, con efectos secundarios al menos desagradables) y de respuesta todavía parcial del cuadro psicopatológico (sin que haya sido posible evaluar a fondo el efecto del tratamiento), asociación de factores que sin duda propicia el abandono posterior del tratamiento.

- Los actuales Servicios de Salud Mental Comunitarios contarán con más medios materiales y humanos, lo que permitiría estar mejor coordinados con los Centros Hospitalarios de referencia y dedicar más tiempo, por un lado, a optimizar el estado de los pacientes recién salidos del Hospital; por otro, a intentar hacerse con la voluntad de los enfermos que, llevados por sus familias, se muestran reacios a tratarse, pudiéndoles ofrecer medios más amplios que los meramente psicofarmacológicos.

d) Nuestro marco legislativo: El aplicable a los casos de negativa al tratamiento para cualquier enfermedad preconiza la obligatoriedad general de que ninguna actuación médica puede producirse sin el consentimiento informado del paciente, lo que se reafirmó con claridad por la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, cuyo Art. 9.2.b) exceptúa lógicamente los casos de "*riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible contar con su autorización*", excepción que, por sus connotaciones de suma gravedad, se correlaciona más bien con el internamiento involuntario por Trastorno Mental en casos de incompetencia, lo que ya está regulado por el Art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

Si se analiza lo que ocurre en la práctica con los internamientos involuntarios por razón de Trastorno Psiquiátrico, puede concluirse que la mayor parte de casos no son programados (es decir con previa autorización judicial), posiblemente por el tiempo que puede durar el procedimiento jurisdiccional.

Lo que vemos habitualmente es el ingreso urgente, regularizado por la autoridad judicial a *posteriori*; traducido a lenguaje clínico, esto implica que habitualmente el mecanismo se pone en marcha sólo cuando el enfermo entra en crisis más o menos espectacular (no decimos grave, pues su estado previo ya podía serlo a ojos de familiares y médicos, sin que esa gravedad *técnica* fuera suficiente motivo para poder conseguir de hecho la hospitalización involuntaria). Estando así las cosas en la realidad, cabría preguntarse si es aceptable la obligada inacción sanitaria para mantener a un enfermo en malas condiciones de vida personal y a su familia en la desesperación de asistir a la destrucción de un ser querido y de la convivencia en su seno, aguardando la eclosión de una crisis que facilite el internamiento, pero siempre con el temor de que todo vuelva a ser igual por el abandono del tratamiento en un plazo más bien corto tras el alta hospitalaria.

Se ha hablado, por otra parte, del aprovechamiento de las posibilidades que brinda el llamado *Consentimiento por representación*, previsto en el Art. 9.3.a) de la citada Ley 41/2002. Son innegables las virtualidades que encierra para patologías orgánicas y que hasta pueden ser útiles en algunos casos con patología mental de menor resistencia al tratamiento, traducida por la presencia más o menos voluntaria del enfermo en el dispositivo asistencial adecuado; pero tampoco puede obviarse la realidad que subyace a la propuesta en estudio por el Congreso de los Diputados: En muchos casos de absoluta negativa al tratamiento psiquiátrico no sólo existe el citado *Consentimiento por representación*, sino más que eso, una apremiante y hasta desesperada solicitud de acción terapéutica por parte de las familias, sin que de hecho baste para poder ni siquiera iniciarla, pues no hay un adecuado entorno legal suficientemente coactivo fuera del internamiento para los casos en que esté indicado.

e) Las familias de los enfermos mentales: Aunque han sido nombradas ya profusamente en estas páginas, merecen la dedicación de un apartado específico. Primero porque han sido sus representantes quienes han logrado

introducir en el Congreso, a través del Grupo Parlamentario de CIU., la propuesta actualmente en estudio. Pero, sobre todo, porque, como sabemos todos los Psiquiatras, están llevando sobre sus espaldas desde hace 20 años el resultado de una reforma psiquiátrica, convertida prácticamente en utópica más veces de lo deseable por la escasez de medios generados frente a los que hubieran exigido los principios que la presidieron.

Son ellas las que asisten impotentes a la destrucción psíquica y a veces física de su hijo, hermano, cónyuge...; las que sufren a diario las alteraciones conductuales de los enfermos, sobre todo si están sin tratamiento; las que viven en permanente angustia a la espera de las consecuencias que puede suponerles la siguiente crisis psicótica de su ser querido; las que detectan antes que nadie los cambios que anuncian empeoramientos e intentan el acceso lo más rápidamente posible al correspondiente dispositivo de Salud Mental; las que porfían sin descanso para que el enfermo tome su adecuado tratamiento; las que, arrastradas por su desesperación, entran incluso en la ilegalidad de administrar medicación de forma camuflada.

Desde aquí queremos testimoniar que merecen nuestro máximo respeto y también nuestro agradecimiento, pues sin su concurso nuestra labor clínica sería frecuentemente mucho menos eficiente.

CONSENTIMIENTO INFORMADO VS. INVOLUNTARIEDAD

La propuesta en estudio constituiría una nueva excepción para los enfermos mentales, respecto a la norma general de obligatoriedad del Consentimiento Informado (CI.) del propio paciente ante la aplicación de cualquier acción médica; de ahí la necesidad de respetar al máximo la filosofía inherente al CI. y de armonizarla en lo posible con la involuntariedad que contiene la citada propuesta. De las excepciones legalmente previstas en la actualidad, las que interesan aquí son las que tienen relación con los Trastornos mentales, que básicamente están contenidas en dos Leyes:

- Art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil: "No esté en condiciones de decidirlo por sí".

- Art. 9.2.b) de la Ley 41/2002: "No es posible conseguir su autorización".
- Art. 9.3.a) de esa misma Ley: "No sea capaz de tomar decisiones... o su estado... psíquico no le permita hacerse cargo de su situación".

Es obvio que el legislador huye en las excepciones de todo automatismo, cual sería ligar esta o aquella enfermedad con la incompetencia para tomar decisiones sobre sí mismo. Se trata de objetivar que, con independencia de su patología concreta, el proceso de toma de decisiones por parte del enfermo está no sólo viciado, sino también en grado suficiente como para poder actuar al margen de sus manifestaciones.

Analizaremos brevemente estas cuestiones:

a) Las decisiones del ser humano. Puede admitirse que se rigen básicamente por tres elementos: Han de fundamentarse en una serie de razones suficientemente sólidas (racionalidad); han de ser ajenas a cualquier coacción (agencia) y acordes con el conjunto de valores de la persona (moralidad). El Médico (y, en su caso, el Juez) debe valorar si en el enfermo existen estos componentes o en qué medida son deficientes en cada caso.

- **Racionalidad:** La negativa a tratarse no tiene porqué deberse a una mera carencia de conciencia de enfermedad; puede basarse, sin ir más lejos, en el rechazo del enfermo a soportar los efectos secundarios y adversos que, a pesar de los avances habidos, siguen produciendo los psicofármacos, como puede observarse con la simple lectura de los respectivos prospectos. Habrá que evaluar si los razonamientos del enfermo son mero producto de su psicopatología o, por el contrario, se centran en la disyuntiva de remisión sintomatológica o prevención de recaídas frente al "peaje" de efectos indeseados del medicamento propuesto.
- **Agencia:** La imposición y aun la simple coacción socavan el principio de autonomía, destruyendo la base precisa del CI., de forma que

la aparente decisión favorable de un enfermo al tratamiento puede no ser su verdadero parecer, en cuyo caso el Médico debe considerar que el CI. está viciado.

- **Moralidad:** Cada persona tiene su propio sistema de valores, que debe ser respetado. Pueden existir enfermos que rechacen un tratamiento porque consideren que atenta contra alguna cualidad (su aspecto personal, su dinamismo en las relaciones interpersonales, su habilidad manual, su estado de forma física...), que para ellos tenga más importancia que la remisión clínica o la prevención de una recaída. Como simples ejemplos citaremos la ganancia de peso, sobre todo en mujeres jóvenes; el temor a que se les cambie la personalidad; el temblor parkinsoniano... Una negativa basada en estas cuestiones nada tendría que ver con la carencia de conciencia de enfermedad ni con un discurso impregnado de psicopatología.

b) La ruptura del CI.: La exigencia del CI., omnipresente en la legislación sanitaria, se fundamenta legalmente en el respeto a la dignidad de la persona y a la autonomía de su voluntad; sus requisitos, según la Ley 41/2002, son: "*Libre, voluntario y consciente...; tras recibir la información adecuada...; haber valorado las opciones propias del caso...*". En el caso de los enfermos mentales, sin perjuicio del obligado y continuo esfuerzo del Psiquiatra para conseguir una alianza terapéutica con el paciente, consideramos que puede soslayarse la exigencia de un CI. cuando se den un conjunto de condiciones:

- **Para el "tratamiento... por razón de trastorno psíquico":** En estos casos sería exigible:
 - Un **diagnóstico de Trastorno mental grave** y concreto, ya que se trata precisamente de aplicar una **terapéutica de eficacia subjetiva y objetiva contrastada**, a la que se niega un enfermo, a pesar de la **inexistencia de otras alternativas**, aunque fueren menos efectivas. Sin embargo,

esto no sería todavía suficiente.

- Una **desfavorable evolución** de la enfermedad, debida precisamente al abandono del tratamiento que fue eficaz.
- Un **contexto adecuado, sobre todo familiar**, para desechar que la negativa al tratamiento no sea una parte más de un posible enfrentamiento global entre los convivientes, lo que debe ser indagado a través de todas las partes implicadas.
- Demostrada **incompetencia** del enfermo para valorar adecuadamente su patología, las opciones terapéuticas existentes y las consecuencias tanto del tratamiento como de su ausencia. El Médico deberá poner especial cuidado en buscar posibles elementos psicopatológicos en el discurso del enfermo, a fin de que la irracionalidad de su negativa sea indubitada. Sin este requisito, **que no está claramente contemplado en la actual propuesta**, sería éticamente inviable abordar el tratamiento involuntario.
- **Para un "período de observación para diagnóstico":** Es evidente que en este caso el problema sería aún mayor, puesto que nadie podría garantizar la real existencia de un Trastorno mental, cuyo diagnóstico es precisamente lo que se pretendería. No puede olvidarse tampoco que la negativa absoluta del interesado a colaborar podría convertir en inútil la medida. Por tanto, el cuidado debe ser aquí exequito:
 - Antes de aceptar hacerse cargo de una observación involuntaria, el Médico deberá valorar concienzudamente la existencia de **claros indicios patológicos**, que puedan incardinarse lógicamente en el perfil sintomático de algún Trastorno mental grave.
 - Al efecto debe requerir información de **diversas fuentes** que hayan tenido relación con el presunto enfermo, pues en principio caben percepciones muy distintas de los mismos hechos.

- Una vez aceptada la medida, debe ser prioritaria la entrevista con el interesado, a fin de poder valorar directamente su hasta ese momento **presunta incompetencia**, cuya ausencia implicaría el final automático de la observación involuntaria.
- En cualquier caso, el período de observación involuntaria debe ser lo suficientemente corto como para que estén equilibradas la **rapidez y la eficiencia**.
- El presunto enfermo debería ser **cumplidamente informado** de que la finalidad de la observación diagnóstica es **ofrecerle opciones terapéuticas eficaces** en caso de diagnóstico positivo de Trastorno Mental.

CONSIDERACIONES PRÁCTICAS

Sobre el proyecto que se encuentra sometido a debate en el Congreso de los Diputados creemos que deben hacerse las siguientes:

a) Iniciativa médica: Entre las cautelas que deben cumplirse, la propuesta en estudio incluye la "*previa propuesta razonada del facultativo*", lo que nos parece correcto y necesario, ya que es el Psiquiatra quien mejor puede conocer la patología del interesado (presunta en el caso de observación o real en el de tratamiento) y su nivel de competencia para decidir sobre su salud; sus necesidades terapéuticas; el nivel de eficacia de los tratamientos aplicables; la relación entre incumplimientos terapéuticos y recaídas, etc. Consideramos importante también la razón de que es el Psiquiatra quien está en condiciones óptimas para conocer cuáles son las posibilidades reales del dispositivo en que desarrolla su actividad profesional y las de los conectados al suyo, pues no sería lógico proponer una medida que ya de entrada no puede desarrollarse bien o que suponga obligadamente para otros pacientes merma de una atención que tal vez roce ya los límites mínimos.

b) Establecimiento de indicaciones: Las Instituciones Sanitarias y las

Sociedades Científicas deberían fijar con claridad los criterios que definan la indicación del TODNV. A nuestro juicio deberían tener carácter:

- **Psicopatológico:** Las condiciones podrían ser: Carencia de conciencia de enfermedad, que predispone al incumplimiento terapéutico; conductas severamente distorsionadoras de la convivencia sociofamiliar, sobre todo si implican riesgo próximo para el mismo paciente o para otros; incompetencia para decidir sobre la propia salud a causa de su psicopatología.

- **Evolutivo:** Habría que poder correlacionar objetivamente la ausencia de tratamiento con agravamientos del interesado, medidos con los parámetros psicopatológicos referidos, desde que se inició el Trastorno o a lo largo de los últimos 2 años.

- **Terapéutico (para el tratamiento involuntario):** Programación de un elenco de medidas psicofarmacológicas y rehabilitadoras de eficacia contrastada tanto para el interesado (bienestar subjetivo) como objetivamente (mejora de la convivencia, disminución de crisis/ingresos...).

- **Diagnóstico (para la observación involuntaria):** Programación de entrevistas psiquiátricas y de medios concretos para diagnóstico, de forma que en breve tiempo pueda haber resultados.

c) Medidas terapéuticas: Aunque, precisamente por tener que tratarse de Trastornos graves, el uso de la psicofarmacología sería prácticamente obligado, incluso como paso necesario para el aprovechamiento de otras formas terapéuticas, no podemos dejar de referirnos a la necesidad de utilizar también métodos de terapia asertiva y programas de rehabilitación psicosocial, así como el apoyo de los servicios sociales. Sería rechazable reducir la acción en cualquier momento a la mera administración de psicofármacos.

d) Protocolo de actuación: Habría que fijar con claridad las

actuaciones programadas, tanto en la propuesta previa del Psiquiatra como en la información que debe darse siempre al interesado. Entre ellas no podrían faltar las alternativas posibles en caso de incumplimiento, que **la propuesta no incluye** (traslado forzoso a un dispositivo donde se pueda administrar medicación a pesar del rechazo a la misma, ingreso hospitalario, etc.). Consideramos que deberían existir medios adecuados estrictamente sanitarios para actuar en esas eventualidades, de forma que el recurso a la Fuerza Pública fuera totalmente excepcional.

e) Valoración de medios: El TODNV. exige contar con medios materiales y humanos abundantes, pues requiere una monitorización próxima y continuada; pretender que en la actual situación de práctica saturación nuestros dispositivos de Salud Mental se hagan cargo de lo que exige un TODNV. es aceptar previamente su fracaso y, de paso, una peor atención a los pacientes ahora tratados.

f) La duración de la medida: A pesar de la importancia que evidentemente puede tener para el Sistema Sanitario y para los propios enfermos, el contenido de la propuesta muestra una clara indefinición, al no establecer si el máximo de 18 meses se refiere a un **único período continuado** o al **cómputo de diversas fases** (que podrían haberse interrumpido por haber pasado el enfermo a una situación de tratamiento voluntario o por episodios críticos que hayan requerido hospitalización, lo que a su vez pudiera haberse debido o no al abandono del tratamiento). Tampoco se aclara qué debería hacerse si, transcurrido ese máximo de tiempo, persistieran las razones que hubieran amparado el TODNV.

g) Casos excluidos: Se ha insistido mucho en este documento sobre la necesidad de que, al lado de un diagnóstico cierto o presunto de grave Trastorno mental, es inexcusable la presencia de **incompetencia para decidir sobre la salud por motivos psicopatológicos**, lo que excluiría del TODNV. todos los casos de desmotivación para el tratamiento

por cualesquiera otras razones, a pesar de que presentaran patologías mentales de diversa índole.

Aparte de las razones teóricas que sustentan esta postura (esos otros pacientes suelen tener un suficiente nivel de competencia), puede aportarse el dato suficientemente contrastado de que, así como el TODNV. ha cosechado éxitos entre los pacientes del primer grupo, el fracaso ha sido la norma entre los del segundo.

h) Técnica legislativa: Aunque no es competencia de una Sociedad Médica, no parece imprudente señalar que tal vez fuera incorrecto añadir sin más lo relativo al tratamiento ambulatorio y observación para diagnóstico no voluntarios en un Art. (el 763 de la LEC.), cuyo título actual hace referencia clara y exclusiva al *internamiento*. De aprobarse finalmente la propuesta en estudio, posiblemente fuera más correcto cambiar ese título con una mención más amplia a sus posibles contenidos o simplemente insertarla en un nuevo Art. (763 bis), en el que debería quedar clara la voluntad del legislador de conservar el mismo espíritu que animó la aprobación del vigente Art. 763 de la LEC.

Por cuanto antecede, la Junta Directiva de esta Sociedad concreta las siguientes

RECOMENDACIONES

- 1) Puede ser beneficiosa para la práctica clínica la existencia de una regulación legal del TODNV., ya que dotaría al Sistema Sanitario de un instrumento con posibilidades de mejorar el control de algunos Trastornos Mentales graves.
- 2) El incremento de los escasos recursos actualmente dedicados a Salud Mental probablemente haría innecesaria la aplicación del TODNV. en muchos casos. Por otra parte, la aprobación de la propuesta ahora en estudio no sólo no eximiría a la Administración de ese incremento, sino que haría insoslayable la dedicación de medios específicos para su realización.

- 3) La normativa que se aprobara debería recoger con claridad que el TODNV. sólo sería aplicable a personas que, por su grave psicopatología, no tuvieran competencia para decidir sobre el cuidado de su salud mental.
- 4) El TODNV. habría de ser considerado como un último recurso, tras el esfuerzo de abordar con el enfermo los motivos de su negativa al tratamiento e intentar su consentimiento. Tanto previamente como durante el desarrollo de la medida, el Psiquiatra tendría que informar e intentar educar incesantemente al paciente sobre su enfermedad y procurar una alianza terapéutica con él.
- 5) El TODNV. debería ser aplicable cuantas veces fuera necesario y durante el tiempo que se precisara, mediante las adecuadas cautelas, incluyendo la autorización judicial, renovable cada tres meses previo informe del Facultativo.
- 6) Para una correcta aplicación del TODNV. las Instituciones Sanitarias y las Sociedades Científicas tendrían que fijar los criterios clínicos mínimos para una buena práctica clínica, los cuales habrían de ser aplicables al caso concreto de que se tratara y ser argumentados en la propuesta a la autoridad judicial.
- 7) El TODNV. exigiría un abordaje terapéutico integral del enfermo, incluyendo no sólo tratamiento psicofarmacológico, sino también medidas de rehabilitación psicosocial, todo lo cual debería contenerse explícitamente en la propuesta del Médico responsable a la autoridad judicial.
- 8) La iniciativa de la propuesta de un TODNV. al Juez debería corresponder siempre al Psiquiatra que fuera a responsabilizarse del tratamiento del interesado, pues es quien mejor conoce las características del enfermo y de su patología, sus necesidades terapéuticas y la

eficacia esperable del tratamiento.

- 9) Dada la saturación existente en muchos dispositivos de Salud Mental, antes de proponer un TODNV. al Juez, el Psiquiatra responsable debería valorar concienzudamente la adecuación de los medios disponibles en su equipo y el grado de posible detrimento que la medida pudiera implicar para el resto de la actividad asistencial.
- 10) En la aplicación de un TODNV. el interesado mantendría íntegramente su derecho a estar permanentemente informado sobre todos los aspectos sanitarios que le conciernan, incluyendo las alternativas en caso de incumplimiento.
- 11) El respeto a la dignidad del interesado requeriría que las acciones necesarias para la puesta en práctica de un TODNV. quedaran limitadas al ámbito de lo sanitario en la medida de lo posible.
- 12) Precisamente por no contar con la seguridad de un diagnóstico cierto de Trastorno mental, la aplicación de un TODNV. en su modalidad de *observación para el diagnóstico* exigiría la más cuidadosa y estricta aplicación de las cautelas previas.
- 13) Con el fin de lograr una optimización de medios y un adecuado control de casos, las diferentes Administraciones competentes en materia sanitaria deberían asumir el funcionamiento de órganos de seguimiento del TODNV.
- 14) Por razones de mera técnica legislativa, la aprobación de la propuesta en estudio debería implicar o la ampliación del actual título del Art. 763 de la LEC. o la agregación de uno nuevo (por ejemplo, el 763 bis, a fin de poner de manifiesto que se pretende conservar el mismo espíritu que informa al vigente).

Madrid, octubre de 2005.

La adecuada asistencia a las personas con enfermedades mentales graves encuentra importantes barreras para su implantación y el desarrollo. Los conocimientos sobre la naturaleza de estos trastornos, son aún insuficientes, y los tratamientos disponibles no son todo lo eficaces que sería deseable. Por otra parte, la cronicidad de estos padecimientos supone la necesidad de un contacto y una terapia continuada, sujeta a avatares y cambios en el curso clínico y en la discapacidad asociada. Por otra parte, es conocido que resulta complejo aplicar de forma rutinaria la asistencia más eficaz, a causa de la resistencia de algunos servicios y profesionales y por restricciones financieras. Otro factor que limita y complica el abordaje de los trastornos mentales severos es el **Estigma** y la **discriminación** a la que se ven sometidos los pacientes.

El origen, en último término, de la discriminación, es el prejuicio. Con este término se define la actitud que refleja la disposición de las personas para actuar de una forma negativa o positiva hacia el objeto del perjuicio, sin analizar si existe alguna razón que justifique dicho comportamiento. En nuestra sociedad existe un prejuicio negativo sobre los enfermos mentales, basado en estereotipos asumidos y compartidos de forma acrítica. Consecuencia particularmente negativa de los estigmas y prejuicios, **la discriminación determina que** individuos o grupos de una sociedad priven a otros de sus derechos o beneficios por su causa. Tal es el caso de los enfermos mentales, a los que la discriminación, basada en atribuciones sobre sus supuestas características, el etiquetado desfavorable y la culpabilización por parte de la sociedad, reporta una desventaja que se añade a la directamente derivada de su enfermedad.

"Parece que los gitanos y gitanas solamente nacieron en el mundo para ser ladrones: nacen de padres ladrones, críanse con ladrones, estudian para ladrones y, finalmente, salen con ser ladrones corrientes y molientes a todo ruedo; y la gana de hurtar y el hurtar son en ellos como accidentes inseparables que no se quitan sino con la muerte"

Miguel de Cervantes
La gitanilla (1613)

Las últimas décadas han sido testigos de dramáticos avances científicos en la conceptualización y la terapéutica de la enfermedad mental. Al decir de la Ley General de Sanidad de 1986, las actuaciones sanitarias en el ámbito de la salud mental se enmarcan en "la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales". Pero a pesar de la proclamada asimilación del paciente psiquiátrico a cualquier otro ciudadano que requiera intervención sanitaria, persiste el estigma que acompaña a algunas enfermedades mentales, como la esquizofrenia. Consecuencia del estigma es la insuficiente aceptación de los procesos de reforma y el modelo comunitario, derivada de que los ciudadanos, por lo general asumen su necesidad pero no facilitan en modo alguno su implantación y desarrollo si les afectan directamente o suponen que un colectivo de enfermos pase a residir o a ser atendido en su cercanía. Es la actitud denominada "Nimby" ("Not in my backyard": no en mi patio) o "Span" (Sí, pero aquí no).

ESTIGMA, VIOLENCIA Y ENFERMEDAD MENTAL

Una parte esencial del estigma y la discriminación surge de la atribución al enfermo mental de una propensión a la violencia. La identificación entre paciente psiquiátrico y conducta violenta **imprevisible** es básica en el mantenimiento del estigma y las actitudes negativas de la población.

Esta identificación entraña dos sistemas de equivalencias excesivos. Por una parte, **la Criminalización de la Enfermedad Mental, de manera que la Enfermedad Mental se define como Locura y ésta se asimila a la Violencia.** Por otra parte, **la Medicalización de la Violencia implica que las conductas perversas, maliciosas, la maldad, en general, no es sino una Enfermedad, en este caso, una forma de Locura.**

La idea de que la violencia es una consecuencia obligada de la enfermedad mental está muy extendida entre la población y es una causa muy importante del rechazo social mostrado hacia las personas afectadas (y hacia algunos servicios comunitarios que las atienden). Para combatirla es necesario abordar seriamente una serie de cuestiones: **¿Son los Enfermos Mentales Violentos? ¿Tienen un mayor riesgo de comportarse de forma violenta que la población general? ¿Representan un Riesgo para la Seguridad de la Población?**

Violencia y EMG: La Criminalización de la Enfermedad Mental

Las conductas violentas desplegadas por los enfermos mentales

revisten una serie de características especiales. Son conductas a menudo aleatorias, de manera que se producen sin un claro desencadenante o a falta de estímulos que puedan entenderse como razonables y lógicos por la población general. Además, en ocasiones son actuaciones aparentemente sin sentido, inexplicables. Todo ello hace que ciertos comportamientos violentos sean impredecibles.

La revisión de la bibliografía sobre relación entre la enfermedad mental y las conductas violentas ofrece resultados contradictorios. Se ha comunicado que la presencia de una enfermedad mental grave multiplica por 5 la probabilidad de hechos violentos en el periodo de un año (10-13% vs 2% en población sana). (Swanson, 1990). La presencia de síntomas psicóticos activos se relaciona con mayor riesgo de violencia, especialmente síntomas paranoides (amenaza-control-invasión). (Link 1992, Swanson 1996, Appelbaum 2000) La prevalencia de conducta violenta entre personas con enfermedad mental grave en la comunidad no difiere de la de la población general de similares características, en pacientes asintomáticos que no consumen drogas. (Steadman 1998).

Por otra parte, existen estudios que correlacionan negativamente el riesgo de violencia con el diagnóstico de esquizofrenia y síntomas psicóticos activos. (Monahan 2000). Asimismo, se ha señalado que el consumo de tóxicos es la variable clínica más clara y consistentemente relacionada con el riesgo de conducta violenta (Norko 2005). De hecho, el abuso de sustancias multiplica por 16 el riesgo de ser detenido y condenado por conducta violenta en las personas diagnosticadas de esquizofrenia (Wallace 2004).

La prevalencia de conducta violenta entre pacientes esquizofrénicos es de entre 3 y 56 veces mayor que la población general. (Wallace 2004)

Violencia y EMG: Enfermedad Mental y Conducta Violenta: La Realidad

La realidad sobre la relación entre la enfermedad mental y la enfermedad mental grave es que las personas que padecen estas patologías pueden cometer actos violentos de forma impredecible, de forma muy esporádica e infrecuente. Ahora bien, la mayoría de las personas con EMG no se comportan de manera agresiva o violenta. Es más frecuente que sean víctimas de la misma, hasta el punto de que según estudios recientes la frecuencia en que los enfermos mentales sufren actos violentos o delictivos multiplica por 14 la tasa de la población general (Teplin, 2005).

Los factores que se asocian de forma más constante al riesgo de conducta violenta son la coexistencia con el abuso de Alcohol y Drogas, el Incumplimiento del Tratamiento y los Antecedentes de Conducta Violenta (Stuart, 2003).

Son muchas las muchas dificultades para detectar riesgo de conducta violenta en los pacientes. Algunas variables no relacionadas con la salud mental, como determinados condicionantes demográficos o sociales, contribuyen de forma más significativa al riesgo de violencia que las variables clínicas. El riesgo inmediato de conducta violenta puede predecirse por la presencia de síntomas psiquiátricos agudos, mientras que el riesgo a largo plazo se asocia más con variables personales e históricas. Los factores clínicos más relacionados con conducta violenta son el abuso de tóxicos y el incumplimiento del tratamiento

Aunque los resultados de los estudios son variables y controvertidos, puede concluirse que existe una asociación modesta pero real entre enfermedad mental y conducta violenta, incluso cuando se controlan las variables previas descritas. Los factores de riesgo para conducta violenta principales son ser joven, varón, estatus socioeconómico bajo, abuso de tóxicos

(Norko 2005). La conducta violenta se produce más frecuentemente hacia los miembros de la familia, y en el propio hogar. Según algunos estudios (en países con una realidad social muy distinta), la contribución total a la violencia por parte de las personas con EMG es menor del 5%.

Sociedad y Violencia: la Medicalización de la Violencia

Un fenómeno común en nuestra sociedad es el de la **Banalización de la Enfermedad Mental**, en virtud del cual se identifica cualquier conducta indeseable como enfermedad. De esta manera se coloca en el mismo campo de la "salud mental", compitiendo por los mismos recursos, a conductas dudosamente clasificables como "patológicas" y a enfermedades mentales graves. En paralelo a esta actitud se produce una **desresponsabilización de las Conductas**, que reduce las conductas a meras consecuencias deterministas biológicas o psicológicas, lo que descarga a las personas de la responsabilidad sobre sus propios actos

En los últimos años se ha asentado la idea de que la psiquiatría comunitaria y la desinstitutionalización es culpable de los delitos cometidos por enfermos mentales. Fruto de este temor y de la responsabilización de los profesionales por las conductas de los pacientes es un modelo asistencial crecientemente coercitivo, con incremento de ingresos y tratamientos involuntarios, incluso en ausencia de delitos, aumento del uso de fármacos. En conjunto, en algunos países se está produciendo un peligroso deslizamiento hacia una política asistencial dirigida a contentar la "seguridad" de la población, más que el bienestar de los pacientes (Laurance, 2003).

Como señalan Thornicroft y Goldberg, en nuestra sociedad se están quebrantando los elementos para formular predicciones y para garantizar la seguridad ciudadana. A su modo de ver, *existe una ansie-*

dad flotante que precisa cristalizar en "monstruos" concretos, que podrían ser los pedófilos o los enfermos mentales. En una sociedad, como la nuestra, que cada vez acepta menos el riesgo, estamos entrando en una época "en la que puede ser culturalmente más fácil excluir que incluir a las personas que portan un estigma asociado con algún tipo de riesgo" (Thornicroft & Goldberg, 1998). No es extraño, por lo tanto, que existan corrientes que impulsan hacia una "asistencia dirigida por el miedo".

Estigma, violencia y medios de comunicación

Uno de los principales determinantes de la ecuación enfermedad mental = violencia que potencia el estigma son los medios de comunicación. Abundan los reportajes sensacionalistas que publican los medios de comunicación siempre que un antiguo paciente mental comete un acto violento, es común el mal uso popular y periodístico de términos psiquiátricos (como "psicótico" y "psicopático") y, por último, los medios de comunicación de masas explotan de estereotipos reduccionistas que potencian y perpetúan la estigmatización de los pacientes. A consecuencia de estas actuaciones, la opinión pública encuentra justificado su miedo y su rechazo a los enfermos mentales y trata de segregarlos de la comunidad, porque les presupone peligrosos.

Sin embargo, la realidad parece ser bien diferente, y los resultados de las investigaciones no refrendan la pretendida peligrosidad de las personas con enfermedades mentales. La realidad es que en general los actos violentos graves cometidos por personas con trastornos mentales importantes aparecen concentrados en una pequeña fracción del número total de pacientes, especialmente con problemas sobreañadidos de abuso de alcohol y tóxicos.

La mejor manera de afrontar esta situación no pasa por establecer formatos de asistencia crecientemente coercitivos sino por trabajar para eliminar la estigmatización y la discriminación, desarrollar servicios asistenciales accesibles y volcados en mantener el contacto con los pacientes así como de ofrecer intervenciones de calidad acordes con la evidencia científica (Crisp, 2000; Crisp, 2001; Byrne, 2001).

Conclusiones.

El Estigma es una barrera real para la asistencia e integración social de las personas con EMG, como la esquizofrenia, y para sus familias.

La presunta asociación entre Violencia y EMG alimenta la actitud de discriminación y temor por parte de la población general.

La medicalización de la violencia contribuye al estigma, banaliza la realidad de las personas con EMG, contribuye a la desresponsabilización y equipara maldad con locura.

Las políticas asistenciales pueden estar más preocupadas por calmar la alarma social y proteger a la población, que por procurar una asistencia correcta, normalizada y acorde con los derechos de estas personas

Los medios de comunicación son un elemento importante en la difusión de esta alarma, y la desinformación y el uso inadecuado de términos contribuye a perpetuar mitos y mantener la ignorancia

La mejor manera de luchar contra la violencia en la EMG y el estigma resultante es procurar el mejor tratamiento disponible, garantizar el contacto con los servicios de los pacientes más graves y evitar la marginalidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Appelbaum PS, Robbins PC, Monahan J. Violence and delusions: data from the MacArthur Violence Risk Assessment Study. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 566-72.
- Byrne, P. Psychiatric Stigma. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 281-284
- Crisp A. The Tendency to Stigmatise. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 197-199
- Crisp, A. H., Gelder, M. G., Rix, S., et al. Stigmatisation of people with mental illnesses. *British Journal of Psychiatry* 2000; 177: 4-7.
- Laurance J. *Pure Madness: how fear drives the mental health system*. London, Routledge, 2003
- Link BG, Andrews H, Cullen F. The violent and illegal behaviour of mental patients reconsidered. *Am Sociol Rev* 1992; 57: 275-92.
- Monahan J, Steadman HJ, Appelbaum PS, Robbins PC, Mulvey EP, Silver E, Roth LH, Grisso T. Developing a clinically useful actuarial tool for assessing violence risk. *Br J Psychiatry* 2000; 176: 312-9.
- Norko M, Baranoski M. The state of contemporary risk assessment research. *Canadian Journal of Psychiatry* 50:1. 18-26. 2005
- Steadman HJ, Mulvey EP, Monahan J, Robbins PC, Appelbaum PS, Grisso T, Roth LH, Silver E. Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 393-401.
- Stuart H, Arboleda-Flórez J. A public health perspective on violent offenses among persons with mental illness. *Psychiatr Serv* 2001; 52: 654-9.
- Stuart H. Violence and Mental Illness: an overview. *World Psychiatry* 2:2, 121-124. 2003
- Swanson JW, Holzer CE 3rd, Ganju VK, Jono RT. Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hosp Community Psychiatry* 1990; 41: 761-70
- Teplin LA; McClelland GM; Abram KM; Weiner DA. Crime Victimization in Adults With Severe Mental Illness: Comparison With the National Crime Victimization Survey. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 911-921.
- Thornicroft, G., Goldberg, D. Has community care failed? *Maudsley Discussion Paper No. 5*, 1998.
- Wallace C, Mullen PE, Burgess P. Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 716-27.