Page 1
Tratamiento ambulatorio involuntario en psiquiatría: una revisión desde la bioética
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872013000300012

Revista de Bioética y Derecho
versión On-line ISSN 1886-5887

Rev. Bioética y Derecho no.29 Barcelona sep. 2013

https://dx.doi.org/10.4321/S1886-58872013000300012

Mi SciELO
Servicios personalizados

Servicios Personalizados
Revista
SciELO Analytics
Articulo
Español (pdf)
Articulo en XML
Referencias del artículo
Como citar este articulo
SciELO Analytics
Traducción automática
Enviar articulo por email
Indicadores
Links relacionados
Compartir
Otros
Otros
Permalink

DESDE EL MÁSTER

Tratamiento ambulatorio involuntario en psiquiatría: una revisión desde la bioética

Compulsory outpatient treatment: a revision from bioethics

Belén Gías Gil

Psiquiatra. Máster en Bioética y Derecho, Universitat de Barcelona.
belenjoan@hotmail.com

En esta sección tienen cabida las aportaciones de los alumnos del Máster en Bioética y Derecho de la Universitat de Barcelona (www.bioeticayderecho.ub.edu/master), de la presente edición (XVI Promoción 2013-2014) así como de ediciones anteriores. Esperamos vuestras contribuciones en obd2@ub.edu.

RESUMEN

La libertad es un derecho fundamental de las personas y dentro de ellas está la libertad de poder decidir sobre el tipo de tratamiento al que nos someteremos por una enfermedad. Esta libertada está consagrada en diferentes leyes a través del principio del consentimiento informado. Pero, en el campo de la psiquiatría nos podemos encontrar con pacientes que tienen disminuida de manera temporal o permanente su capacidad de decidir sobre su tratamiento. Muchas de estas personas acaban siendo ingresadas de forma involuntaria en unidades de hospitalización cerradas. En muchos países existe legislación que permite realizar tratamientos ambulatorios involuntarios en casos que delimite la ley y salvaguardando los derechos de los pacientes. En España la situación legal del tratamiento ambulatorio involuntario no está resuelta. En este artículo se analizará la situación legal actual en España, los diferentes tipos de tratamientos ambulatorios involuntarios, los argumentos a favor y en contra de ellos y se defenderá la necesidad de regularlo.

Palabras clave: tratamiento ambulatorio involuntario; TAI; consentimiento informado; psiquiatría.

ABSTRACT

Freedom is a fundamental right of individuals and also is the freedom to decide on the type of treatment we choose for one disease. This freed is enshrined in various laws through the principle of informed consent. But in the field of psychiatry we can find patients who have decreased temporarily or permanently their capacity to decide about their treatment. Many of these people could be finally admitted to hospital involuntarily. Many countries have legislation that allows compulsory outpatient treatment in cases that defines the law and safeguarding the rights of patients. In Spain the legal situation of involuntary outpatient treatment is unresolved. This article will examine the current legal situation in Spain, the different types of compulsory outpatient treatment, the arguments for and against them and will defend the need to regulate this kind of treatment.

Key words: compulsory outpatient treatment; COT; informed consent; psychiatry.

Introducción

La libertad es un derecho fundamental que está recogido en el artículo 17 de la Constitución Española (1) y en la Declaración Universal de Derechos Humanos. Dentro de la libertad de las personas está el derecho a decidir sobre si se someterán o no a un tratamiento médico. El Convenio de Oviedo sobre Derechos Humanos y Biomedicina (2) y la Ley de Autonomía del paciente de 2002 (3) consagran este derecho, pero en el campo de la psiquiatría, nos podemos encontrar con personas que, como a consecuencia de su enfermedad, tienen disminuida su capacidad de decisión de forma temporal o permanente. Estas personas ¿pueden ser obligadas a seguir un tratamiento? y si es así, ¿qué condiciones tendría que cumplir este tratamiento involuntario para que per fuera lo menos restrictivo y lo más beneficioso posible para el paciente?.

Mientras que en muchos países occidentales está extendida la figura legal del Tratamiento Ambulatorio Involuntario (TAI), en España solo se contemplan 2 formas de tratamiento involuntario: el internamiento psiquiátrico involuntario o el tratamiento ambulatorio involuntario dentro de la legislación penal como una medida penal alternativa. Esta situación incumple el criterio que marca que en el caso de que se tenga que forzar un tratamiento éste sea en el contexto menos restrictivo posible.

En el siguiente artículo se explicará la situación legislativa actual, se revisarán los diferentes tipos de tratamientos ambulatorios involuntarios, los argumentos a favor y en contra de los mismos y se planteará una propuesta para regular el tratamiento ambulatorio involuntario.

Situación legislativa actual en España

La legislación española actual comprende per un lado las leyes estatales promulgadas por las Cortes Españolas y por otro lado los Convenios y Tratados internacionales que España ha ratificado y que están en vigor. Nos encontramos con las siguientes leyes y convenios:

A nivel estatal encontramos que el internamiento involuntario por causa de trastorno psiquiátrico está regulado por el Artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (4) que promulga que el internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, requerirá autorización judicial previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieran necesaria la inmediata adopción de la medida. El tribunal debe escuchar a la persona afectada, al ministerio fiscal y oír el dictamen de un facultativo por él designado. La persona afectada por la medida tiene derecho a disponer de defensa y a interponer un recurso de apelación. Los facultativos, a su vez, tienen la obligación de informar al juez periódicamente sobre la pertinencia de mantener la medida como mínimo cada 6 meses y siempre que el tribunal lo requiera y también tienen que poner en conocimiento del juez el alta del paciente. Este artículo ha sido declarado inconstitucional en sentencia del 2 de diciembre de 2010 (5), por defecto de forma, ya que afecta a un derecho fundamental como es la libertad y por tanto el internamiento involuntario tiene que estar regulado por una Ley Orgánica. Sin embargo, no está anulado, ya que su anulación, daría lugar a un vacío legal y el propio Tribunal Constitucional insta a los legisladores, que con la mayor brevedad posible regulen esta medida mediante una Ley Orgánica. De momento, aún no se ha hecho. Por otro lado la Ley de Autonomía del paciente 41/2002 (3) en su artículo 8 regula el consentimiento informado destacando que toda actuación en el ámbito de la salud requiere el consentimiento libre y voluntario del afectado, después de que, recibida la información adecuada haya podido valorar las opciones que tiene y en el artículo 9 regula las excepciones a dicho consentimiento que serían cuando exista riesgo para la salud pública según lo estipulado por la ley o cuando exista un riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del paciente y no sea posible conseguir su autorización. Finalmente el Código Penal Español (6) contempla aplicar medidas de tratamiento involuntario en la comunidad como alternativas al ingreso en prisión en su artículo 96.

A nivel europeo e internacional cabe destacar el Convenio de Oviedo sobre Derechos Humanos y Biomedicina de 1997 (2) que en el artículo 5 que señala que una intervención en el ámbito de la sanidad sólo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e inequívoco consentimiento, después de haber recibido la información adecuada. En el artículo 7 se señala que las personas que padezcan un trastorno mental grave, sólo podrán ser sometidas sin su consentimiento, a una intervención que tenga como objetivo tratar este trastorno, cuando la ausencia de este tratamiento comporte el riesgo de ser gravemente perjudicial para su salud y con las condiciones de protección previstas por la ley. También encontramos la Recomendación (2004) 10 del Comité de Ministros del Consejo de Europa a los Estados miembros relativa a la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastornos mentales (7) que en el artículo 8 recomienda aplicar el principio de menor restricción posible en los tratamientos. Se establecen también los siguientes criterios para realizar un tratamiento involuntario: la persona tiene un trastorno mental, su estado comporta un riesgo real de daño grave hacia sí misma o terceros, el tratamiento tiene una finalidad terapéutica, no tiene que existir un medio menos restrictivo de atención necesaria para su tratamiento y la opinión de la persona afectada se ha de tener en consideración.

En resumen, en lo que se refiere a la legislación sobre tratamientos involuntarios en España, asistimos a una indefinición evidente. Por un lado, el internamiento involuntario está regulado por una ley declarada inconstitucional, pero que continúa en vigor hasta que la Cortes redacten una ley orgánica. Por otro lado la figura del Tratamiento Ambulatorio Involuntario no está regulada específicamente, únicamente se contempla como una medida penal alternativa, los que la aplican se acogen al artículo 7 del Convenio de Oviedo o al artículo 9 de la Ley de Autonomía del paciente. En conclusión, existe un vacío legal importante tanto a nivel del internamiento involuntario como del TAI con leyes poco concretas que dejan mucho espacio a interpretaciones libres y desprotegen a los pacientes y profesionales.

En España, ha habido 2 intentos de regular el tratamiento ambulatorio involuntario (8), un primero en 2004 en que el grupo parlamentario de Convergència i Unió presentó una iniciativa a petición de la FEAFES (Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales) y un segundo en 2006, promovido por el propio gobierno. En los dos casos la propuesta fue retirada por falta de consenso.

Tipos de tratamiento ambulatorio involuntario

El tratamiento ambulatorio involuntario (TAI) está legislado en la mayoría de países de nuestro entorno (9, 10, 11). Podemos encontrar diferentes tipologías:

TAI como alternativa post-alta de una unidad de internamiento cerrada: regulado en Inglaterra, Gales, Alemania, Francia, Portugal, Luxemburgo, Bélgica, diferentes estados de EEUU o Canadá. "After care under supervision" o "conditional release".

TAI como alternativa al internamiento: contemplado en Israel o diversos estados de los EEUU como Alaska, se basa en ofrecer el tratamiento menos restrictivo posible siguiendo las recomendaciones de la OMS.

TAI como permisos de ensayo: regulado en Francia y en España durante la IIª República. En estos momentos práctica generalizada en las unidades de hospitalización.

TAI como tratamiento preventivo: es la forma más pura de TAI, como ejemplos destacar la Ley Kendra del Estado de Nueva York o la Ley Laura del Estado de California (12, 13).

La ley Kendra es el máximo exponente de lo que sería un TAI preventivo (9, 10, 11, 12, 14). Fue promulgado en el Estado de Nueva York en 1999 y revisada en el año 2005, decidiendo continuar su aplicación. Tiene su origen en un hecho trágico, el 3 de enero de 1999 un paciente afecto de un trastorno mental que no recibía tratamiento empujó a una mujer llamada Kendra Websdale a las vías del metro, causándole la muerte. Aunque el caso de este paciente no sería un ejemplo de persona que había rechazado un tratamiento, ya que más adelante quedó constancia de que había realizado visitas a servicios de salud mental solicitando tratamiento, la repercusión mediática que originó el caso hizo que al cabo de un año se aprobara la Ley Kendra que lleva el nombre de la víctima. Según esta ley para aplicar el TAI se deben cumplir los siguientes requisitos: que el paciente tenga más de 18 años, que sufra algún tipo de enfermedad mental, que exista un juicio clínico de incapacidad del paciente de sobrevivir con seguridad en la Comunidad sin supervisión clínica, que conste un historial de falta de compromiso en el seguimiento del tratamiento de su enfermedad mental, que sea poco probable que el paciente, por su enfermedad mental, se comprometa voluntariamente a seguir el plan de tratamiento propuesto, que basándose en la historia y la conducta del paciente, se considere necesario el tratamiento ambulatorio para prevenir recaídas o deterioro de capacidades o daños para él o para otros y que sea probable que el paciente se beneficie de tratamiento ambulatorio.

El tratamiento se basa en programas de gestión de casos (case management) y tratamiento asertivo comunitario (assertive comunity treatment) equipo interdisciplinar que cubran la asistencia 24 horas al día los 7 días de la semana, garantizando un plan integral de tratamiento, una continuidad del equipo asistencial y un número reducido de pacientes a cargo con un máximo de 10 pacientes per profesional y comprende la administración de medicación, análisis periódicos de sangre y/o orina para verificar el cumplimiento de las prescripciones médicas, psicoterapia individual o grupal, programación diaria o parcial de actividades, actividades educativas y de formación profesional, verificación del consumo de alcohol o drogas y supervisión de actividades.

Para su aplicación se exigen diversas garantías legales, es necesaria una autorización judicial y en la solicitud debe constar el cumplimiento de los criterios de TAI, un certificado médico firmado por un facultativo diferente del que presenta la solicitud y que ha examinado al paciente en los 10 días previos a su presentación. El paciente tiene derecho a representación legal y se tiene que adjuntar un plan de tratamiento por escrito. Si se acepta, el TAI es por un período de 6 meses prorrogables a 1 año.

Aplicación del TAI en España

Aunque como se ha comentado, no existe en España una regulación específica sobre el TAI, en diferentes juzgados se han aplicado órdenes de TAI, siguiendo el principio de aplicar el tratamiento menos restrictivo posible (8, 15, 16) , así, en San Sebastián desde 1997 se está realizando una experiencia de TAI en un juzgado de esta ciudad. Entre 1997 y 2003 se aplicó el TAI a 45 pacientes. Las conclusiones son que el TAI funciona en los pacientes diagnosticados de psicosis y además, sirve para introducirlos en recursos terapéuticos disponibles a los que antes el paciente se negaba a asistir. En Valencia se aplica desde 2003 hasta llegar a 140 pacientes en TAI. El diagnóstico más frecuente es el de Esquizofrenia (68.6%) y 1 de cada 3 esquizofrénicos del programa presentaba problemas con tóxicos. En un 79% la solicitud de TAI se realiza durante el ingreso del paciente en una unidad de hospitalización como paso previo al alta y los motivos por los que se instaura son: recaídas frecuentes por abandono de la medicación (63%), nula intención de seguir el tratamiento (24%) y conducta agresiva (13%) o en Sevilla, donde en el juzgado de 1ª instancia nº 15 se aplican autorizaciones de TAI siguiendo la premisa de que todo paciente tiene derecho a ser tratado de la manera menos restrictiva posible y partiendo de la base de que el juez tiene la obligación de proteger a las personas con discapacidad.

También encontramos en otros lugares sentencias aisladas que lo apoyan, en comunidades autónomas como Galicia, Asturias o Catalunya.

Resultados del TAI allí donde se ha aplicado

Se han realizado diferentes estudios acerca de la eficacia del TAI y encontramos tanto estudios que avalan su eficacia como estudios que no encuentran mejoras significativas. Cabe destacar que no son muy numerosos y presentan dificultades metodológicas. Así, encontramos una primera generación de estudios observacionales y una segunda generación, aún menos numerosa donde se compara, mediante un reparto aleatorio a pacientes con TAI frente a un grupo control (17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28).

En la primera tabla encontramos los estudios que lo avalan:

Zanni et al 1989	Observacional, 42 pacientes	Nº de ingresos pre y pos-TAI	Disminución nº de ingresos
Fernández, Nygard 1990	Observacional, 4179 pacientes	Nº de ingresos y estancias pre y pos-TAI	Disminución nº de ingresos y estancias.
Munetz et al 1996	Obsevacional, 26 pacientes	Estancias hosp y días de trabajo pre y pos-TAI	Disminución de estancias y aumento de días de trabajo.
Hiday et al 1989	2 grupos: 69 pacientes con TAI y 84 ingresados involuntarios.	Cumplimiento del tto y asistencia a recursos de los 2 grupos.	El grupo TAI cumplió mejor con el tto. y utilizan + los recursos.
Zanni i Stavis 2007	2 grupos: 115 pacientes con TAI y 78 elegidos al azar (al menos 1 ingreso).	Comparación 5 años anteriores y 2 posteriores.	Disminución de hospitalizaciones los 2 años posteriores en el grupo TAI.
Van Dorn et al 2010	Observacional, 3576 pacientes que habían hecho TAI entre 1997-2007.	Tasas de posesión de medicación y de hospitalización.	Los beneficios son > si la medida se aplica > de 6 meses.
Swartz et al 2001	Caso-control prospectivo, reparto aleatorio 129 pacientes con TAI con 135 grupo control.	Tasas de rehospitalización, seguimiento 1 año.	Disminución de las tasas de hospitalización en los pacientes en TAI.
Hernández-Viadel et al 2007	Observacional, 38 pacientes con TAI	Utilización de servicios 6m antes y 6m después	Disminución del nº urgencias, ingresos y días de hospitalización.

En esta segunda tabla encontramos los estudios que no encuentran mejoras significativas:

Bursten B. 1986	Observacional, 221 pacientes	Diferencias en las tasas de rehospitalización.	No hay diferencias entre los pacientes TAI y el grupo control.
Preston, Kisely, Xiao 2002	Casos-control, 228 TAI y 221 controles de forma retrospectiva.	Reducción en la utilización de servicios de salud.	El TAI no reduce la utilización de los servicios de salud.
Steadman et al 2001	Casos-control prospectivo, 78 TAI y 64 control.	Nº de ingresos y estancias medias.	No hay diferencias significativas.
Kisely et al 2011	Revisión Cochrane, 2 estudios aleatorizados con 416 pacientes.	Utilización de servicios, funcionamiento social y calidad de vida.	No hay diferencias significativas, habría que hacer más estudios.

En resumen, los estudios que lo avalan coinciden en que se produce una disminución de los ingresos y de los días totales de estancia hospitalarios en los pacientes en TAI. También hay estudios que observan mejoras en otros aspectos, como por ejemplo el aumento de días de trabajo o la mejor utilización de recursos. Mientras que hay otros estudios menos numerosos que no encuentran diferencias significativas entre los pacientes en TAI y el resto en cuanto a las tasas de rehospitalización, el número de ingresos y las estancias medias o la utilización de servicios, el funcionamiento social o la calidad de vida. Considero necesario remitirnos a la recomendación de la revisión Cochrane de 2011, donde constatan la escasez de estudios y la necesidad de realizar más para poder llegar a una conclusión definitiva.

Argumentos a favor y en contra del TAI

El TAI ha generado diferentes argumentaciones en múltiples foros tanto a favor como en contra. Los argumentos que utilizan los defensores del TAI son los siguientes:

- La ley actual es desproporcionada ya que restringe todas las libertades del paciente, sólo contempla la hospitalización involuntaria del paciente cuando la situación ya se ha agravado tanto que no queda otra alternativa menos restrictiva. Si se aplicase el TAI, la ley sería más preventiva y privaría al individuo sólo de una de sus libertades, quedando el resto preservadas. Diferentes legislaciones han avalado el derecho del paciente a tratarse en el medio menos restrictivo posible. (7)
- También defienden el principio "A Maiori ad Minus", "Quien puede lo más puede lo menos". Si se puede ingresar a un paciente de forma involuntaria para realizarle un tratamiento, privándole de todas sus libertades, también se podría limitar únicamente una libertad, la de someterse o no a un tratamiento (29).
- Una característica de las enfermedades mentales graves es la anosognosia, la ausencia de conciencia de enfermedad que es producto de la propia enfermedad y que hace que la decisión de no tomar el tratamiento no sea libre y voluntaria sin un síntoma más de la enfermedad (30,31,32,33,34).
- Las enfermedades mentales son crónicas y las interrupciones del tratamiento son una de las causas de recaídas. Los abandonos repetidos de tratamiento originan el fenómeno de "puerta giratoria" que hace que los pacientes sufran repetidos ingresos involuntarios por descompensaciones de una misma enfermedad (21,35).
- No es una medida discriminatoria ya que, la enfermedad mental produce diferencias en la conciencia de enfermedad y en la capacidad de asumir determinadas responsabilidades que quedan reflejadas en el Código Civil y Penal, sin que suponga discriminación (35).
- No se ha observado que el TAI tenga un efecto negativo sobre la alianza terapéutica (35).
- El Convenio de Oviedo de Bioética y la Ley de Autonomía del paciente contemplan excepciones a la aplicación del consentimiento informado (35).

Por su parte, los detractores del TAI señalan lo siguiente:

- Es una medida discriminatoria y estigmatizante que además afecta de manera negativa la alianza terapéutica con el paciente (36,37,38)
- La judicialización del tratamiento puede acabar inhibiendo a los profesionales sanitarios de su responsabilidad (36).
- Si hubieran recursos suficientes para la atención psiquiátrica el TAI no tendría razón de ser (38,39,40).
- Existe el riesgo de que se produzca una generalización de la medida (35).
- Infringe el principio del consentimiento informado (36).
- Sólo puede aplicarse con tratamiento farmacológico en general inyectable lo que supone más violencia para el paciente (35,38,39).
- Pone más énfasis en el control del paciente que en la asistencia a sus problemas, desvalorizando las razones del paciente para no tomar el tratamiento (35).

Discusión

La implementación del TAI continúa siendo un tema controvertido, ya que afecta a diversos principios bioéticos: autonomía, beneficencia, no maleficencia e incluso justicia. En estos momentos, en todas la leyes y convenios vigentes, queda recogida la obligación de recabar con el consentimiento informado del paciente ante cualquier intervención sobre su salud, pero esta disposición en ocasiones nos sitúa en un dilema ético, ¿Qué hacemos cuando nos encontramos ante una persona que se niega a seguir un tratamiento, pero que de forma transitoria o permanente está incapacitada para tomar esa decisión y esta negativa le puede suponer un grave perjuicio? En mi opinión, en primer lugar, se tendría que evaluar cuidadosamente si la persona en esos momentos es capaz o no de tomar una decisión sobre su tratamiento. Según la Sociedad Española de Psiquiatría Legal (41) para valorar la capacidad o no de una persona para tomar una decisión hay que tener en cuenta: la racionalidad (la decisión se tienen que fundamentar en una serie de razones sólidas), la no coacción (tiene que ser tomada sin que medie ninguna coacción) y la moralidad (si la decisión es acorde con el sistema de valores morales de la persona).

A mi entender, ante un paciente aquejado de un trastorno mental grave que se niega a seguir un tratamiento nos tendríamos que plantear las siguientes cuestiones: ¿De dónde proviene la negativa del paciente: de una falta de conciencia de enfermedad o de una decisión racional tomada libremente de acuerdo con sus valores?, ¿Le hemos explicado bien el tratamiento y las diferentes alternativas?, ¿Hemos escuchado sus objeciones y hemos valorado alternativas a las mismas que puedan ser aceptables para el paciente o sus preferencias sobre el tratamiento?, ¿Hemos tenido en cuenta los efectos del tratamiento sobre su sistema de valores y sus expectativas vitales?, ¿Hemos agotado todos los recursos terapéuticos que puedan ayudar al paciente a mejorar la adherencia al tratamiento? Y finalmente, si el paciente se niega a seguir un tratamiento, ¿qué consecuencias negativas tendría para el paciente y para el desarrollo de su proyecto vital? ¿existe riesgo de que acabe teniéndose que realizar un ingreso involuntario o existe un riesgo importante para su salud o para terceras personas?.

Considero, que si tenemos en cuenta cada una de estas cuestiones, podremos llegar a tomar una decisión correcta sobre la necesidad o no de que el paciente sea tributario de un TAI. Si nos basamos únicamente en un hiperautonomismo podemos lesionar gravemente el derecho a la salud de un paciente que en determinados momentos no está capacitado para tomar determinadas decisiones. Si adoptamos una postura paternalista, podemos caer en la falta de respeto a la autonomía de las personas, que aunque padezcan una enfermedad mental, tienen su propio sistema de valores y su proyecto vital, en el cual la psiquiatría no debe actuar como un elemento impositivo, sino de ayuda. Hay que tener en cuenta, que los trastorno psiquiátricos graves suelen debutar en la 2ª o 3ª década de la vida, por tanto afectan a gente joven, que debe reformular su proyecto vital, que le cuesta aceptar que sufre una enfermedad que seguramente será crónica y para la que tendrá que tomar medicación toda su vida y que además, esta medicación les puede producir efectos secundarios. Cuando el paciente se encuentra bien, es difícil que continúe con la medicación y por ello es muy importante trabajar la vinculación con el terapeuta y que el paciente se sienta libre de expresar sus objeciones.

No se tiene que abordar el TAI desde posturas maximalista de todo o nada, es una herramienta más, que puede ser útil en un grupo de pacientes, los más graves y vulnerables, en los que la decisión de no realizar el tratamiento no es ni libre ni voluntaria, sino producto de su enfermedad y que de otra manera no se vincularían a los servicios de salud mental y que se verían abocados a repetidos internamientos involuntarios, a un deterioro progresivo y a un fracaso en sus expectativas vitales. En los países en los que está legislado el TAI, no se ha producido una generalización de la medida como temen sus detractores. Así en EEUU se aplica en 3 de cada 100000 habitantes (un 7.1% de los pacientes psiquiátricos ambulatorios) y en Canadá y Australia entre 5-15 de cada 100000 habitantes (28). Además, en los países en los que se aplica queda claramente legislado que no es una medida para todos los enfermos, se establecen unos requisitos claros de aplicación, unos mecanismos de control judicial y de apelación por parte de la persona afectada que salvaguardan sus derechos y unos mecanismo periódicos de revisión de su eficacia (12,13).

En mi opinión, tampoco hay que contraponer el pedir más recursos para la Salud Mental con el TAI. Evidentemente todos tenemos que defender que la aplicación de una psiquiatría comunitaria con el máximo de recursos, pero aunque tuviéramos todos los recursos disponibles, siempre quedarían pacientes que no acudirían a los servicios de salud mental. Estos pacientes se podrían beneficiar de un TAI dotado con todos los recursos necesarios.

Respecto al tema de que pudiera considerarse una medida discriminatoria y estigmatizante, no lo considero fundado. Las leyes se promulgan para ayudar y proteger a colectivos que puedan estar en situaciones de riesgo y no por ello supone una discriminación ni un estigma. A mi entender, es mucho más estigmatizante para la persona que sufre un trastorno mental grave las conductas de riesgo para ella o para terceras personas que puede presentar en el contexto de una descompensación y que pueden alterar gravemente sus relaciones sociales y su funcionamiento global.

Por último, se tendría que considerar la posibilidad desde la perspectiva del principio de justicia. Un sistema sanitario justo, tiene que garantizar que un tratamiento necesario esté al alcance de los pacientes que se podrían beneficiar de él, sin discriminaciones de ningún tipo. En ocasiones, la enfermedad mental, hace que la persona se recluya y no pueda entrar en contacto con un tratamiento que sería beneficioso para ella y que detendría el curso degenerativo de su enfermedad, por ello, como sociedad, quizás tenemos la obligación moral de conseguir que el tratamiento esté al alcance de estas personas y en algunos casos sólo se podría conseguir a través del TAI.

En resumen, considero que el TAI podría ser una herramienta terapéutica eficaz para un determinado tipo de pacientes y que no violaría sus derechos fundamentales si se cumplieran los criterios de otras legislaciones, donde queda claro que se ha de aplicar en aquellas personas que tienen alterada su capacidad de tomar decisiones sobre su tratamiento y esta alteración puede suponer un grave perjuicio para ellas o para terceros, estableciendo todos los mecanismos legales necesarios para que la persona pueda defenderse y el tratamiento sea controlado y revisable.

Bibliografía

1. Constitución Española de 1978, Aprobada por Las Cortes en sesiones plenarias del Congreso y del Senado celebradas el 31 de octubre de 1978. Ratificada por el pueblo español en referéndum el 6 de diciembre de 1978 y sancionada por S. M. el Rey ante Las Cortes el 27 de diciembre de 1978. [Links]

2. Consejo de Europa. *Convenio de Oviedo sobre Derechos Humanos y Biomedicina*. 1997. [Links]

3. Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente. BOE nº 274 de 15/11/2002 pp 40126-40132. [Links]

4. Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil artículo 763. BOE nº 7 de 8/01/2000, pp. 575-728. [Links]

5. Sentencia 132/2010 del Tribunal Constitucional de 2 de diciembre de 2010 por la que se declara Inconstitucional parcialmente el artículo 763.1 de la Ley de Enjuiciamiento Civil que regula el Internamiento Involuntario. BOE Nº 4 de 5/01/2011. [Links]

6. Ley Orgánica 10/1995 del Código Penal Español. BOE nº 281 del 24/11/1995 pp. 33987-34058. [Links]

7. *Consejo de Europa*. Recomendación (2004)10 del Comité de Ministros del Consejo de Europa sobre la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastorno mental. [Links]

8. *Cañete-Nicolás C., Hernández-Viadel M., Bellido-Rodríguez C., Lera-Calatayud G., Asensio- Pascual P., Pérez-Prieto JF, Calabuig-Crespo R., Leal-Cercós C*. Situación en España del tratamiento ambulatorio involuntario (TAI) para enfermos mentales graves. Actas Esp. Psiquiatr 2012;40(1):27-33. [Links]

9. *Barrios Flores LF*. El tratamiento ambulatorio forzoso: experiencias de derecho comparado y propuestas de regulación en España. Jornada técnica "El Enfermo Mental: Protección Jurídica y atención socio-sanitaria". DS. Vol 12, nº 2, Jul-Dic 2004. [Links]

10. *Blanch J, Idiakez I, Pérez-Blanco F, Ruiz I, Valls J. Grup de Treball de la Societat Catalana de Psiquiatria i Salut Mental*. Tractament Psiquiàtric Involuntari Ambulatori o Tractament Involuntari Ambulatori del Trastorn Mental. Societat Catalana de Psiquiatria i Salut Mental, Maig 2009. [Links]

11. *Ferreirós-Marcos CE*. El tratamiento ambulatorio: Cuestiones legales y prácticas. Ed. CERMI (Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad), 2006. [Links]

12. Kendra's Law of New York State. Menthal Hygiene Law 9.60. enacted in 1999 and renewed in 2005. Office of Mental Health of New York State. [Links]

13. Laura's Law of California State. California legislature 2002, signed by Governor Gray Davis. [Links]

14. *New York State Office of Mental Health*. Kendra's law: Final Report on the status of Assisted Outpatient Treatment. March 2005. [Links]

15. *Hernández-Viadel M, Cañete Nicolás C, Lera Calatayud G, Pérez Prieto JF, Roche Millan T*. Tratamiento ambulatorio involuntario para personas con trastorno mental severo. Resultados de un estudio en la ciudad de Valencia. Psiq. Biol. 2007; 14(1):7-12. [Links]

16. *Núñez Bolaños M*. El tratamiento ambulatorio involuntario desde el punto de vista del juez. Jornada técnica El Tratamiento Ambulatorio Involuntario en la Enfermedad Mental Grave desde una Perspectiva Global. Sociedad Española de Psiquiatría Legal. Marzo 2012. [Links]

17. *Zanni G, deVeau L*. Inpatient stays before and after outpatient commintment Hosp Community Psychiatr 1986; 37:941-2. [Links]

18. *Fernández G, Nygard S*. Impact of involuntary outpatient commitment on the revolving-door syndrome in North Carolina Hosp Community Psychiatr 1990; 41:1001-4. [Links]

19. *Munetz, et al* The effectiveness of outpatient civil commitment. Psych Serv. 1996;47:1251-3. [Links]

20. *Hiday V, Scheid-Cook T*. A follow-up of chronic patients committed to outpatient treatment. Hosp Community Psychiatr. 1989;40:52-9. [Links]

21. *Zanni G, Stavis P*. The effectiveness and ethical justification of psychiatric outpatient commitment The American Journal of Bioethics. 2007; 7(11):31-41. [Links]

22. *Van Dorn, et al*. Continuing Medications and Hospitalization Outcomes After Assisted Outpatient Treatment in New York. Psychiatric Services 2010;61:982-987. [Links]

23. *Swartz, et al*. A randomized controlled trial of outpatient commitment in North Carolina. Psychiatric Services 2001;52:325-9. [Links]

24. *Swartz M, Swanson J, et al*. New York state Assisted Outpatient Treatment: Program Evaluation. Duke University and Policy Research Associates. June 2009. [Links]

25. *Bursten B*. Posthospital mandatory outpatient treatment. Am. J. Psychiatry 1986;143(10):1255-8. [Links]

26. *Preston NJ, Kisely S, Xiao J*. Assessing the outcome of compulsory psychiatric treatment in the community: epidemiological study in Western Australia. BMJ.com 2002. [Links]

27. *Steadman, et al*, Assessing the New York City Involuntary Outpatient Commitment Pilot Programme. Psychiatr. Serv 2001;52:330-6. [Links]

28. *Kisely, et al*. Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. Cochrane Database of systematic reviews 2011, Issue 2. Art. Nº CD004408. DOI: 10.1002/14651858. CD004408. Pub 3. [Links]

29. *Padilla Toledano R*. El tratamiento ambulatorio involuntario desde el punto de vista del derecho sanitario. Jornada técnica El Tratamiento Ambulatorio Involuntario en la Enfermedad Mental Grave desde una Perspectiva Global. Sociedad Española de Psiquiatría Legal. Marzo 2012. [Links]

30. *Langdon R, Ward P*. Taking the perspective of the Other Contributes to Awareness of Illness in Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin 2009;35:5(1003-1011). [Links]

31. *Amador XF, Gorman JM*. Psychopatological domains and insight in schizophrenia. Psychiatr Clin North Am. 1998;21:27-42. [Links]

32. *Cuffel BJ, et al*. Awareness of illnes in schizophrenia and outpatient tratment adherence. J. Nerv. Ment Dis. 1996;184:653-659. [Links]

33. *Aleman A, et al*. Insight in psychosis and neuropsychological functions: Meta-analysis. British Journal of Psychiatry 2006, 189:204-212. [Links]

34. *Gilleen J*. Domains of Awareness in Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin. 2011;37(1):61-72. [Links]

35. *Martínez Vázquez MJ*. Desde el máster: tratamiento ambulatorio involuntario. Revista de Bioética y Derecho 2008; 12:33-43. [Links]

36. Grupo de trabajo de la AEN. Documento AEN sobre la propuesta de regulación del tratamiento ambulatorio involuntario. Madrid, enero 2005. [Links]

37. *Grupo de Ética y Legislación AEN*. El Tratamiento Ambulatorio Involuntario: Historia de una obsesión. Madrid 2012. [Links]

38. *Bravo Ortiz MF*. Tratamiento ambulatorio involuntario y derechos humanos. Jornada técnica El Tratamiento Ambulatorio Involuntario en la Enfermedad Mental Grave desde una Perspectiva Global. Sociedad Española de Psiquiatría Legal. Marzo 2012. [Links]

39. *Junta de Govern del Col.legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya*. Document No al Tractament Ambulatori Involuntari. Publicat a la pàgina web www.copc.cat. [Links]

40. *Sánchez Monge JM*. El tratamiento ambulatorio involuntario desde el punto de vista de las Asosciaciones de Pacientes y Familiares. Jornada técnica El Tratamiento Ambulatorio Involuntario en la Enfermedad Mental Grave desde una Perspectiva Global. Sociedad Española de Psiquiatría Legal. Marzo 2012. [Links]

41. *Sociedad Española de Psiquiatría Legal*. Posición de la Sociedad Española de Psiquiatría Legal sobre el Tratamiento Ambulatorio y la Observación para Diagnóstico no Voluntarios. Madrid, octubre de 2005. [Links]

Fecha de recepción: 24 de abril de 2013
Fecha de aceptación: 5 de junio de 2013

Todo el contenido de esta revista, excepto dónde está identificado, está bajo una Licencia Creative Commons

Facultat de Dret, Universitat de Barcelona, Avda. Diagonal, 684, módulo 22, Barcelona, Barcelona, ES, 08034, 93 403 45 46
eMail
obd2@ub.edu

Captured by FireShot Pro: 16 octubre 2026, 22:07:30
https://getfireshot.com