

CUADERNOS DE **PSIQUIATRIA** **COMUNITARIA**

Vol. 6, número 1, 2006



TRATAMIENTO **A**MBULATORIO **I**NVOLUNTARIO

Ana Esther Sánchez Gutiérrez
(Compiladora)

Fundada en 2001

Director: Víctor Aparicio Basauri

Subdirector: José Filgueira Lois

Consejo de redacción: Paz Arias García, Andrés Cabero Álvarez, Cristina Fernández Álvarez, Ignacio López Fernández, Pedro Marina González y Juan José Martínez Jambrina.

© Copyright 2001: Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental-Profesionales de Salud Mental (Asociación Española de Neuropsiquiatría) Camino de Rubín s/n 33011 Oviedo

e-mail: aenasturias@hotmail.com

La revista puede ser vista en la página web www.aen.es de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), en el apartado de publicaciones (otras publicaciones).

Ilustración de la cubierta: Retrato de los niños Sophie y Louis Weber. Instituto Suizo para el estudio del arte. Zurich (Suiza)

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin la autorización por escrito del titular del Copyright.

Número de ejemplares: 550

Depósito legal: AS – 3.607 – 01

ISSN: 1578/9594

Impresión : Imprenta Goymar, S.L. – Padre Suárez, 2 – Oviedo

Periodicidad: Semestral

Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria colabora con el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la **Organización Mundial de la Salud**.

Los autores son responsables de la opinión que libremente exponen en sus artículos.

CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

SUMARIO

Vol. 6 - Núm. 1 - 2006

PRESENTACIÓN	5
ARTÍCULOS ORIGINALES	
Derecho y Salud Mental.	
Criterios para la formulación de un sistema eficiente	
<i>F. Santos Urbaneja</i>	7
Derecho y Salud Mental. Capacidades, derechos, justicia	
<i>J. A. Seoane</i>	21
Tratamiento ambulatorio involuntario de los enfermos mentales. El trasfondo de un prolongado debate.	
<i>O. González Álvarez</i>	39
Tratamiento ambulatorio involuntario: tal vez sí, pero...	
<i>F. Santander Cartagena</i>	47
Tratamientos psiquiátricos no voluntarios en la comunidad: una cuestión abierta.	
<i>Ana-Esther Sánchez</i>	55
INFORMES	
Declaración de Brasilia	67
Declaración de Caracas	70
IN MEMORIAM	73
RESEÑAS	83
REUNIONES CIENTÍFICAS	95
NORMAS DE PUBLICACIÓN	101

Presentación

UN DEBATE ABIERTO

La actual tramitación de la Proposición de Ley de modificación del artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, en estos momentos ya en el parlamento, ha producido un vivo debate en España. La propuesta planteada que introduce un 5º punto al referido artículo, permitiría que los tribunales autorizaran tratamientos no voluntariamente aceptados en caso de trastornos psíquicos y/o periodos para diagnóstico y/o observación.

Asociaciones profesionales de gran prestigio, usuarios, familias, etc. han tomado parte en debate desde hace casi unos tres años, antes y después de su aceptación a trámite por mayoría absoluta y en ocasiones lo han hecho acaloradamente, expresando bien su rechazo o la defensa de la medida.

Creo sinceramente, que todas las posturas y todos sus actores lo han hecho seriamente con interés constructivo y pensando en la mejora de la asistencia.

Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria, con este monográfico, quiere participar en el y en este número hemos invitado a distintos profesionales a manifestar su opinión.

Fernando Santos, a partir de un mínimo consenso sobre la enfermedad mental y las respuestas a dar, nos aporta su visión técnica y jurídica sobre los “Criterios para Formulación de Un Sistema Eficiente” intentando establecer unos acuerdos elementales que posibiliten un desarrollo coherente, sin perder de vista el marco jurídico-legal español de fondo y las dificultades del proyecto.

José Antonio Seoane en “Derecho y Salud mental. Capacidades, Derechos, Justicia” analiza la fundamentación filosófica de las respuestas jurídicas y enmarca los principios y objetivos que cualquier de estas medidas debe perseguir. Revindica el “Modelo Iusfundamental” y las condiciones que una medida protectora debe contemplar para ser justificada.

Onésimo Gonzalez, con “El Tratamiento Involuntario de los Enfermos Mentales. El Trasfondo de un prolongado Debate” profundiza sobre la judicialización de la asistencia psiquiátrica y los intereses y actitudes que ello representa. Con un claro posicionamiento, defiende la plena equiparación de los enfermos mentales dentro de la legislación sanitaria general vigente.

Fernando Santander en “Tratamiento Involuntario, Tal vez Si, Pero...” en un ejercicio casi de bioética aplicada, reflexiona sobre las indicaciones y perfiles, las carencias del sistema asistencial y los pros y contras de una medida que debe ser siempre terapéutica e extraordinaria. Concluye haciendo una propuesta del tipo de “experiencia piloto”.

Cuando hablamos de Derecho nos referimos al conjunto de normas que rigen en un país, pero también al derecho subjetivo de cada ciudadano como facultad que le es otorgada en un momento histórico y en un contexto político. Por eso el derecho es dinámico, evolutivo.

Los derechos son cambiantes, enmarcados en un proceso histórico y en un sistema político.

Nuestras referencias son unos procesos asistenciales de transformación de la asistencia psiquiátrica, con los nuevos problemas del día a día, sus nuevos retos éticos y también sus deficiencias. Pero es nuestro marco.

Por otro, nuestra Constitución, los principios que definen nuestro estado democrático, nuestras leyes y los convenios internacionales suscritos.

Quizás, la respuesta nos deje insatisfechos a nivel individual. La colectividad decide y marca el rumbo de muchos proyectos.

El Derecho es una herramienta imprescindible de transformación, pero en modo alguno es suficiente para el cambio de actitudes. Y la Ley, ninguna ley, puede sustituir a los recursos.

Tempora Mutandi (los tiempos están cambiando) Por eso, el debate ni lo vamos a cerrar, ni debería ser cerrado. Siempre tendremos que seguir profundizando, intercambiando opiniones, construyendo los procesos, aspirando a una justicia mas justa.

Ana-Esther Sánchez Gutiérrez.
Psiquiatra-Asturias

Derecho y Salud Mental. Criterios para la formulación de un sistema eficiente

Law and Mental Health: Criteria to draw up an efficient system.

Fernando Santos Urbaneja
Coordinador del Foro Andaluz del Bienestar Mental
Fiscal de la Audiencia Provincial
Córdoba

RESUMEN

El trabajo busca, en primer lugar, establecer unos acuerdos elementales sobre lo que es la enfermedad mental para, en un segundo momento, analizar si la legislación actual en esta materia es coherente con este planteamiento, si hay que desarrollarla o cambiar el rumbo.

El Derecho es un instrumento transformador de la realidad al servicio de unos objetivos que deben buscar el bien común.

De esta afirmación, la primera parte podemos tomarla como cierta; la segunda no es más que un deseo.

Ocurre además que el Derecho, para atender a los diversos intereses en juego, ofrece un complejo sistema de límites y contrapesos.

En el ámbito de la Salud, el enfermo, en determinadas condiciones, puede decir "no", "ahora no" o "de otro modo".

El trabajo trata de atisbar, en medio del laberinto, cuales serían los criterios para la formulación de un sistema eficiente en salud mental.

El resultado de la búsqueda es el siguiente:

"Abordaje bio-psico-social con miras a la rehabilitación y reinserción del enfermo para lo cual necesitamos; Legislación, Coordinación interinstitucional, actitud y recursos".

Y todo ello, respetando la autonomía del paciente.

El trabajo reflexiona sobre las dificultades del proyecto.

Palabras clave: Derecho, Política, Salud Mental, Autonomía, Consentimiento, Circunstancia, Legislación, Coordinación, Actitud, Recursos.

ABSTRACT

This paper seeks to establish, first, a few elementary agreements on what it is the mental illness for, in the second moment, to analyze if the current legislation in this matter is coherent with this approach or should be needed to develop or to change the course it.

The Law is an instrument transformer of the reality in the service of a few aims that must look for the common good. Of this affirmation, the first part can take it like certain; the second one is not any more than a desire.

It happens besides the fact that the Law, to attend to the diverse interests in game, offers a complex system of limits and counterweights.

In the area of the Health, the patient, in certain conditions, can say "not", "now not" or "differently".

The solution is to reach a bio-psycho-social approach facing the rehabilitation and recovery of the patient for which we need: law

Institutional Coordination, attitudes and resources".

And all this, respecting the autonomy of the patient. The work thinks about the difficulties of the project.

Keywords: Law, Policy, Mental Health, Autonomy, Circumstances, Institutional Coordination, Resources, attitudes.

INTRODUCCIÓN

Dicen que la Política es el arte de hacer posible lo conveniente. Pues bien, el Derecho es un instrumento principal al servicio de este fin.

Quien pretenda establecer un determinado sistema de atención en salud mental deberá legislar, esto es, deberá crear un cuerpo jurídico que exprese los principios y organice los servicios.

Cualquier cuestión relativa a la enfermedad mental acabará llevándonos a las grandes preguntas:

- ¿QUÉ ES LA SALUD MENTAL?
- ¿CÓMO SE ADQUIERE?
- ¿CÓMO SE PIERDE?
- ¿CÓMO SE RECUPERA?

Esta indagación nos llevaría muy lejos.

De momento quizá debamos conformarnos con pequeños consensos.

Creo que podemos estar sustancialmente de acuerdo en que la enfermedad mental es:

Crónica.

Esto, en estos días en que todos los remedios se quieren para mañana, es una auténtica maldición.

En salud lo que se lleva es el llamado “paradigma del cirujano”, esto es, intervenciones de breve duración con corto postoperatorio que devuelvan rápidamente al paciente a la salud y a su casa.

Las enfermedades crónicas, por la continuidad de cuidados que exigen y por los costes que conllevan, tienden a ser expulsadas del sistema.

Inestable.

Los pacientes mentales alternan periodos de afectación grave y otros de remisión siendo aquéllos, por lo general, poco previsibles. Esto crea una gran inseguridad en el paciente y complica extraordinariamente el abordaje de proyectos de futuro.

Aún estigmatizante.

A pesar de los esfuerzos, a pesar de los avances, la enfermedad mental aún suscita rechazo y el rechazo bloquea las aspiraciones de recuperación y reinserción del enfermo.

Tiene pleno sentido el lema de la actual campaña desarrollada por el Ministerio de Sanidad, “*Todos somos parte del tratamiento de una enfermedad mental: apoyo, respeto, comprensión*”.

En bastantes casos, suprime la conciencia de enfermedad.

No se cuantos enfermos tienen conciencia de enfermedad y cuantos no. Lo que sí sé es que su situación es radicalmente distinta.

Estoy de acuerdo en que el enfermo que carece de conciencia de enfermedad está inhabilitado para adoptar decisiones respecto a la misma.

En cambio, el que tiene conciencia de enfermedad podrá manifestar su voluntad respecto a su tratamiento, como cualquier paciente.

Afecta, más o menos transitoriamente, a la capacidad de autogobierno y al ejercicio de los derechos.

Debido a esta inhabilidad transitoria planea sobre el enfermo mental la espada de Damocles de la incapacitación judicial.

Personalmente pienso que son muy excepcionales los casos en que tal medida puede tener justificación.

En todo caso se trataría de inhabilitaciones parciales para algunos actos.

Lo preocupante es que se están produciendo incapacitaciones totales, en bastantes ocasiones en base a un análisis muy superficial de la petición de incapacitación.

Sé que el Estado actual de la Administración de Justicia no da para mucho más; pero pienso también que esta manera de actuar y sus gravísimas consecuencias pueden suponer para el enfermo un trato inhumano y degradante.

Se encuentra en expansión.

Las cifras nos dicen que cada vez es mayor el número de personas atendidas en los dispositivos de salud mental.

Además de los padecimientos clásicos han proliferado trastornos de nuevo cuño como los derivados del abuso de tóxicos. Los ingresos por este motivo han aumentado un 420% en los últimos diez años, según datos del Ministerio de Sanidad.

Por otro lado, si colocásemos unos detectives a la puerta de las consultas de los psiquiatras nos dirían que allí acude mucha gente y que abundan, entre los jóvenes; la inmadurez, la inadaptación y la violencia.

Entre los adultos; la tristeza y la ansiedad.

Creo que va siendo hora de plantear si estas situaciones deben ser objeto de tratamiento sanitario o, en su caso, si han de ser tratadas por el psiquiatra, entre otras cosas, porque la presión sobre el sistema está provocando la desatención de muchos pacientes mentales

graves que, en buena parte, ni siquiera acuden a los dispositivos.

Así, parece que “*Ni son todos los que van ni van todos los que son*”.

Por esta vía llegamos a constatar la gran paradoja que supone el comprobar que el sistema de salud mental se encuentra atrapado entre dos grandes colectivos: El formado por aquellas personas que, sin serlo, reivindican su condición de enfermos mentales y el de los que la rechazan siéndolo en realidad.

Cuando coincide que la persona padece realmente una enfermedad mental y la acepta, las expectativas de alivio o solución son altas.

Llegados a este punto es esencial que nos planteemos:

• ¿QUÉ QUEREMOS HACER CON EL ENFERMO MENTAL?

• ¿PODEMOS ELEGIR LA RESPUESTA?

Creo que no podemos elegir la respuesta pues no partimos de cero. La respuesta, al menos en parte, está en la Ley. Es decir, existe un cuerpo jurídico relativo a la salud mental que nos vincula.

Sobra decir que la Ley expresa la voluntad mayoritaria de la sociedad a quien va dirigida.

Es obligado por tanto analizar jurídicamente la cuestión.

PERSPECTIVA JURÍDICA

La protección de la salud se plantea como un principio rector de la política social.

El artículo 43 de la Constitución dispone:

1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.
2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de las medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.

En desarrollo de este artículo se promulgó en 1986 la Ley General de Sanidad, cuyo artículo 20, dedicado a la Salud Mental dispone:

“Sobre la base de 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, las Administraciones sanitarias competentes adecuarán su actuación a los siguientes principios:

1. La atención a los problemas de la salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo la necesidad de hospitalización.

Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría.

2. La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.
3. Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios

para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.

4. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general.

Parece claro que lo que la ley pretende es la rehabilitación y reinserción social del enfermo mental

Pero la Constitución no sólo ampara, sino que adopta como uno de los valores superiores del ordenamiento de nuestra convivencia, el reconocimiento y amparo de la libertad individual.

Así, el artículo 16 establece:

“Se garantiza la libertad ideológica, religiosa y de culto de los individuos”.

En lo tocante a la autodeterminación respecto de la Salud, se promulgó la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre, de Autonomía del Paciente

Esta Ley establece espacios de libertad entre el paciente y el sistema sanitario, de modo que el paciente puede decir “no” o el modo en que quiere ser atendido con los límites y requisitos que la propia ley establece.

Dispone el Art. 2-2, 2-3, y 2-4 de esta Ley

“Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios.

El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la ley”.

El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.

Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley.

Su negativa al tratamiento constará por escrito.

Ratificando lo precedente el Art. 8-1 dispone:

“Toda actuación en ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso”.

El Art. 11 se refiere a las instrucciones previas

1. **Por el documento de instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad con objeto de que se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo.**
El otorgante del documento puede designar además, un representante para que, llegado el caso, sirva como interlo-

cutor suyo con el médico o con el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas.

Este es el marco legal de fondo.

Un sistema de salud que se activa o desactiva a instancia del enfermo que tiene capacidad para decidir por sí mismo al respecto.

Podemos preguntarnos:

• *¿Estas Leyes están bien orientadas? ¿Acertaron los Parlamentarios al aprobarlas?*

A mi juicio sí. El problema es que son extraordinariamente generales y escuetas.

La Ley General de Sanidad hace lo que debe hacer, establecer los principios, pero aún se encuentra casi huérfana de desarrollo.

Por su parte, la Ley de Autonomía del Paciente, no distingue entre colectivos distintos, deja sin regular las garantías formales que han de rodear la declaración de voluntad y solo establece unos vagos límites a la eficacia de la declaración.

Por eso me parece urgente la regulación de los Tratamientos Médicos no consentidos, como complemento a lo dispuesto en la Ley de Autonomía del Paciente cuyos preceptos son claramente insuficientes.

Ya en la Memoria de la Fiscalía correspondiente al año 1999 ⁽¹⁾ (entonces aún no se había promulgado la Ley de Autonomía del Paciente) reclamaba yo esta Ley en los siguientes términos:

“En cuanto a los tratamientos médicos no consentidos, la única regulación que existe es la del tratamiento en ré-

gimen de internamiento (Art. 211 C.Civil) y ello de modo claramente insuficiente.

Pero ¿qué ocurre con el tratamiento forzoso en régimen ambulatorio o el prestado en el propio domicilio del enfermo? ¿Cómo ha de llevarse a cabo? ¿Estarían justificados los tratamientos preventivos o sólo los curativos o paliativos?.

¿Qué garantías tendría el enfermo frente a ese tipo de actuaciones sanitarias? ¿Hasta donde llegaría el control judicial?.

Son preguntas que tienen variadas respuestas, algunas radicalmente divergentes, convendría abordar legislativamente esta cuestión.

Sería necesaria una Ley que contemplase las particularidades de los diversos colectivos afectados (enfermedad mental, toxicomanía, anorexia, etc...).

Frente a esto lo que ha habido, en el ámbito de la enfermedad mental es una iniciativa particular propiciada por FEAFES (2) tendente a añadir un quinto párrafo al Art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil referida al tratamiento ambulatorio involuntario en los siguientes términos:

ART. 763-5 LEC: Podrá también el Tribunal autorizar un tratamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico o un periodo de observación para diagnóstico, cuando así lo requiera la salud del enfermo, previa propuesta razonada del especialista, audiencia del interesado, informe del Forense y del Ministerio Fiscal.

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

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

No quiero ahora exponer los motivos que me han llevado a oponerme a esta modificación legal por ser muy extensos. Me remito a mi trabajo titulado *“Sobre la pretendida judicialización de los tratamientos ambulatorios no consentidos; razones para una oposición y contrapropuesta”*(3), al documento elaborado por el grupo de expertos de la AEN(4) y al Informe del Defensor del Pueblo de 11 de Noviembre de 2005(5).

No obstante, algunas de las razones podrán percibirse con claridad en las siguientes líneas.

CONFIGURACIÓN DE UN SISTEMA DE SALUD MENTAL EFICIENTE

- Si lo que se quiere es aislar al enfermo mental, el sistema manicomial es muy eficiente.

- Si lo que se pretende es tener “sedado” al enfermo mental, la intervención puramente farmacológica, impuesta incluso por medios coactivos, también puede resultar muy eficaz.

Ahora bien, si lo que se pretende es la rehabilitación y reinserción del enfermo hay que hacer otras cosas:

Primero: Tener previstos dispositivos tanto para los enfermos que acuden a los Equipos de Salud Mental, como para los que no acuden.

Para estos últimos es urgente establecer equipos de actuación externa que se ocupen del seguimiento y control en su medio del enfermo, que negocien con él, que apoyen a sus familiares, que informen a los vecinos. En definitiva, que realicen esto que se ha dado en llamar “Tratamiento Asertivo en la Comunidad”.

Segundo: Dentro del ámbito sanitario, más allá de la intervención meramente farmacológica, debe darse al tratamiento psicológico la relevancia que tiene en orden a la recuperación y rehabilitación del enfermo.

Tercero: Es esencial que exista la adecuada coordinación entre las estructuras sanitarias y sociales.

Este es el gran escollo contra el que una y otra vez chocan los intentos de mejorar el sistema.

Ortega y Gasset (6) en las Meditaciones del Quijote proclamaba aquello de **“Yo soy, yo y mi circunstancia”**. Esta es la mitad de la frase que ha hecho fortuna, que se cita y se recuerda.

Pero Ortega dijo más: **“y si no la salvo a ella no me salvo yo”**.

Si se después de la intervención sanitaria se devuelve al enfermo al entorno, a la “circunstancia” que generó el trastorno, éste volverá a re-generarse.

Es preciso proporcionar recursos asistenciales, ocupacionales que permitan al enfermo reorientar su vida por otros derroteros.

En Andalucía, La Fundación Andaluza de Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM), me parece un buen modelo.

En definitiva lo que se propone no es más que el abordaje “bio-psico-social”. Fuera de este marco no hay verdaderas soluciones.

¿POR DÓNDE HABRÍAN DE IR LAS REFORMAS LEGALES EN MATERIA DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL?

En mi opinión, al servicio del objetivo marcado, esto es, el abordaje bio-psico-social con miras a la rehabilitación y reinserción del enfermo, las reformas deberían incidir en cuatro variables

LEGISLACIÓN – COORDINACIÓN – ACTITUD - RECURSOS

La fórmula es sencilla, lo difícil es contar con todos los ingredientes:

La legislación

Como ya he señalado, en mi opinión los principios generales que definen el modelo están muy bien recogidos en el Art. 20 de la Ley General de Sanidad.

Es preciso acometer:

- a) Una regulación precisa de la atención domiciliaria (El Art. 15 de la Ley 16/2003 de 28 de Mayo de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, la contempla expresamente en caso de urgencia).
- b) Los recursos asistenciales a nivel ambulatorio.
- c) La coordinación del sistema sanitario con el de los servicios sociales

Ya sea a través de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, ya sea a través de la legislación de las Comunidades Autónomas con competencias transferidas, debería abordarse el desarrollo de estos aspectos.

Por otro lado, en cuanto a los derechos del paciente, me parece necesario completar las previsiones de la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente en los siguientes aspectos:

- a) Límites de la declaración de voluntad.
- b) Garantías formales para la documentación de las voluntades anticipadas.

Es preciso también repensar los mecanismos de control y salvaguarda de los derechos del enfermo.

Actualmente el control es judicial. (Art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil).

Cuando se estableció este sistema en el año 1983, tenía pleno sentido en función de la situación precedente.

De cara al futuro se pueden pensar con naturalidad en formas de control no judiciales (Comités de Ética) o de composición mixta (Administrativo-Judicial).

En cualquier caso me parece esencial que la regulación del procedimiento de control se saque de la Ley de Enjuiciamiento Civil y se lleve a la Ley de Autonomía del Paciente.

Antes del año 2002, cuando no se contaba con esta Ley, podía tener justificación la inclusión del control del internamiento involuntario de un enfermo mental en la Ley de Enjuiciamiento Civil pero hoy no.

La coordinación

La coordinación entre los sistemas implicados (Sistema Sanitario – Servicios Sociales – Administración de Justicia – Fuerzas de Seguridad) es deficiente.

Con frecuencia da la impresión de que cada sistema trabaja como si los otros no existieran.

Entre todos debería existir el convencimiento de estar prestando un servicio común, incluso de pertenecer a un servicio común.

La actitud entre los profesionales

Una actitud adecuada entre los distintos profesionales intervinientes es crucial, tanto para la atención del enfermo, como para lograr la necesaria coordinación inter-institucional.

Hace falta mucha empatía, mucha paciencia, mucho tiempo y mucha ilusión para compartir con el enfermo el camino que le lleve a la recuperación. Si se carece de esto no quedan más que los fármacos.

Hemos de reconocer que existe un porcentaje apreciable de profesionales “quemados” o “inhibidos” poco dispuestos a hacer esfuerzos extraordinarios.

Los recursos

Sin medios no se puede ser eficaces.

Como ya he señalado, ante la insuficiencia de medios, parece razonable establecer prioridades y atender preferentemente al enfermo mental grave en detrimento de otros padecimientos menores que, en su caso, deberían ser asumidos por la atención primaria.

En cambio lo que hoy se advierte es una colonización de los Equipos de Salud Mental por los padecimientos menores y el abandono del enfermo mental grave que carece de conciencia de enfermedad o que ha decidido no tratarse.

Esta es la receta;

LEGISLACIÓN – COORDINACIÓN – ACTITUD ENTRE LOS PROFESIONALES Y RECURSOS

Ocurre que no hay ninguna cadena que sea más fuerte que el más débil de sus eslabones y es obvio que en esta cadena existen eslabones muy débiles.

En la actualidad, en el tratamiento de la enfermedad mental se ha exacerbado el tratamiento farmacológico hasta el punto de que no puede hacerse ya mucho más en este aspecto.

Pero el mero tratamiento farmacológico no rehabilita ni reinserta y la meta del sistema es rehabilitar y reinsertar.

Así lo señala el Art. 20-3 de la Ley General de Sanidad.

3. Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.

Sólo a través de la rehabilitación y la reinserción social podrá el enfermo tener oportunidades de libertad y, en definitiva, de dignidad.

Esto es precisamente lo que la Constitución demanda de los poderes públicos respecto de los ciudadanos.

Dispone el Art. 9-2 de la Constitución que: **Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social.**

Y ello porque la libertad y la igualdad son exigencias de la dignidad de la persona, a la que se refiere el Art. 10-1 de la Constitución:

“La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la Ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social”.

Esta es la gran revolución ética, considerar al enfermo mental como un sujeto de derechos, como una persona esencialmente digna.

Cuando se examina nuestra historia, remota y reciente, se cae en la cuenta de lo esto significa.

Hasta hace poco el tildado de loco, sobre todo si era pobre, era un ser maldito al que había que segregar de la sociedad y el Derecho se puso al servicio de este fin. Rodrigo BERCOVITZ ⁽⁷⁾ denuncia abiertamente este proceso en su luminosa obra “La marginación de los locos y el Derecho.

Hoy el proceso debería ser el inverso.

La legislación está bien orientada. El Art. 20 Ley General de Sanidad se alinea perfectamente con el Art. 9-2 y 10 de la

Constitución pero es un hecho que existen fuertes resistencias a la realización del abordaje “bio-psico-social” que podría cumplir este objetivo. Resistencias de tipo social, corporativo o institucional como señala el Psiquiatra Onésimo GONZÁLEZ ÁLVAREZ en artículo publicado en el “Diario Médico”⁽⁸⁾.

Pero si hablamos de libertad para el enfermo tenemos que hablar al mismo tiempo y al mismo nivel de responsabilidad.

En el año 1978, en la fachada del Hospital Psiquiátrico de Trieste podía leerse una gran pintada que decía “LA LIBERTAD ES TERAPÉUTICA”.

Esto es una gran verdad, pero la libertad también es dura, porque llevar las riendas de la propia vida exige tomar decisiones, renunciar a unas cosas para conseguir otras, resolver conflictos, luchar por lo que se aprecia.

Quien reclame libertad debe reclamarla en toda su dimensión.

Me preocupa el fenómeno de “*la enfermedad-remedio*”; Obviamente lo respeto, porque ni el Sistema Sanitario ni el Derecho tienen como misión el perfeccionamiento ético de las personas mayores de edad, ni el suscitar en ellas aspiraciones de libertad o de desarrollo de sus cualidades potenciales o de su personalidad.

Ahora bien, el Sistema Sanitario y el Derecho deben facilitar a los enfermos que tengan estos objetivos, la consecución de sus anhelos “*promoviendo condiciones, removiendo obstáculos....*”, como manda el Art. 9-2 de la Constitución.

Lo que rechazo sin contemplaciones es el fenómeno de “*la enfermedad coartada*”, que sólo persigue colarse, sin justificación, en el sistema para detraer recursos y beneficios.

Quiero terminar transmitiendo una impresión.

Me parece que, en la atención a los enfermos mentales, los últimos diez años han estado presididos por la atonía. El impulso inicial de la inacabada reforma psiquiátrica fue amortiguándose hasta desaparecer. Los que más han sufrido esta situación han sido los enfermos mentales graves y sus familiares. No es extraño que éstos últimos hayan adoptado iniciativas demandando una solución.

Ahora el reto está en desarrollar de una vez los principios y previsiones contenidos en el Art. 20 de la Ley General de Sanidad o dejar que las cosas sigan discurriendo como hasta ahora, con una atención centrada en lo farmacológico para el enfermo que acude a los dispositivos de salud y un olvido del enfermo mental grave que, por distintas circunstancias, no acude o ha decidido no acudir a los dispositivos.

Creo que ahora es un momento para salir del letargo, contrastar la realidad con los principios y hacer las correcciones que conduzcan a su identificación.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Memoria de la Fiscalía General del Estado correspondiente al año 1999.
- (2) Revista de la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales (FEAFES), Número 7 correspondiente al mes de Mayo de 2004.

- (3) **Santos Urbaneja Fernando:** “Sobre la pretendida judicialización de los tratamientos ambulatorios no consentidos: razones para una oposición y contrapropuesta”.
- (4) Documento del Grupo de Expertos designados por la Asociación Española de Neuropsiquiatría sobre Tratamiento Ambulatorio Involuntario.
- (5) Informe del Defensor del Pueblo de fecha 11 de Noviembre de 2005.
- (6) **Ortega y Gasset,** “Las Meditaciones del Quijote” 1914.
- (7) Fundación Andaluza de Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM)
- (8) **Bercovitz Rodrigo:** “La marginación de los locos y el derecho” 1976.
- (9) **González Álvarez Onésimo:** “Sobre el Tratamiento Ambulatorio Involuntario de los enfermos mentales. Un debate prolongado para una reforma innecesaria” – Diario Médico, 5 de Diciembre de 2005.

LEGISLACIÓN

- Constitución Española de 1978 (Arts. 9-2, 10 y 43)
 Ley General de Sanidad de 1986 (Art. 20)
 Ley 41/2002 de 14 de Noviembre, de Autonomía del Paciente.
 Ley 1/2000 de 7 de Enero, de Enjuiciamiento Civil (Art. 763)
 Ley 16/2003 de 28 de Mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Dirección postal:

Fiscalía de la Audiencia Provincial de Córdoba
 Plaza de la Constitución s/n
 14004 CÓRDOBA
 e-mail: fsantosur@teleline.es

inhibidor del CYP1A2. ***Disminución de la biodisponibilidad:*** El carbón activo reduce la biodisponibilidad de la olanzapina oral de un 50 a un 60 % y se debe tomar al menos dos horas antes o después de la olanzapina. No se ha hallado un efecto significativo en la farmacocinética de la olanzapina con fluoxetina (un inhibidor del CYP2D6), dosis únicas de antiácidos (aluminio, magnesio) o cimetidina. ***Riesgo de que la olanzapina afecte a otros medicamentos:*** la olanzapina puede antagonizar los efectos de los agonistas dopaminérgicos directos e indirectos. La olanzapina no inhibe los principales isoenzimas del CYP450 *in vitro* (e.j. 1A2, 2D6, 2C9, 2C19, 3A4). De modo que no se espera ninguna interacción especial tal y como se ha comprobado en estudios *in vivo* donde no se encontró una inhibición del metabolismo de los siguientes principios activos: antidepressivos tricíclicos (metabolizados mayoritariamente por el CYP2D6), warfarina (CYP2C9), teofilina (CYP1A2) o diazepam (CYP3A4 y 2C19). La olanzapina no mostró interacción cuando se administró conjuntamente con litio o biperideno. La monitorización terapéutica de los niveles plasmáticos de valproato no indicó la necesidad de un ajuste de la dosis de valproato tras la introducción de olanzapina como tratamiento concomitante. **Embarazo y lactancia:** Embarazo: no hay ningún estudio adecuado y bien controlado en mujeres embarazadas. Se debe recomendar a las mujeres que notifiquen a su médico si se encuentran embarazadas o piensan quedarse embarazadas durante el tratamiento con olanzapina. De cualquier manera, como la experiencia humana es limitada, la olanzapina se debe usar en el embarazo sólo si los beneficios potenciales justifican el riesgo potencial para el feto. Muy escasamente, se han recibido comunicaciones espontáneas de temblor, hipertonía, letargo y somnolencia en lactantes cuyas madres habían usado olanzapina durante el tercer trimestre. Lactancia: en un estudio en mujeres sanas, durante la lactancia, olanzapina se excretó en la leche materna. La media de exposición en equilibrio (mg/kg) del lactante se estimó en un 1,8% de la dosis materna de olanzapina (mg/kg). Se debe desaconsejar la lactancia matema a las madres tratadas con olanzapina. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** Puesto que olanzapina puede causar somnolencia y mareos, los pacientes deben ser prevenidos sobre el uso de maquinaria y vehículos motorizados. **Reacciones adversas:** Las reacciones adversas muy frecuentes (>10%) asociadas al uso de olanzapina en ensayos clínicos fueron somnolencia y aumento de peso. En ensayos clínicos realizados en pacientes de edad avanzada con demencia, el tratamiento con olanzapina estuvo asociado con una mayor incidencia de muertes y reacciones adversas cerebrovasculares comparados con placebo (ver también el epígrafe de *Advertencias y precauciones especiales de empleo*). Las reacciones adversas muy frecuentes (>10%) asociadas con el uso de olanzapina en este grupo de pacientes fueron trastornos de la marcha y caídas. Se observaron frecuentemente (1-10%) neumonía, aumento de la temperatura corporal, letargo, eritema, alucinaciones visuales e incontinencia urinaria. En los ensayos clínicos realizados en pacientes con psicosis inducida por fármacos (agonistas dopaminérgicos) asociada a la enfermedad de Parkinson, se ha comunicado un empeoramiento de la sintomatología parkinsoniana y alucinaciones, muy frecuentemente, y con mayor frecuencia que con placebo. En un ensayo clínico realizado con pacientes con manía bipolar, la terapia combinada de valproato con olanzapina dio lugar a una incidencia de neutropenia de 4.1%; los niveles plasmáticos elevados de valproato podrían ser un factor potencialmente asociado. La olanzapina administrada con litio o valproato dio lugar a unos niveles aumentados (>10%) de temblor, sequedad de boca, aumento del apetito y aumento de peso. Los trastornos del lenguaje también fueron comunicados frecuentemente (1% al 10%). Durante el tratamiento con olanzapina en combinación con litio o valproato ocurrió un incremento 7% del peso corporal en el 17,4% de los pacientes, desde el momento basal, durante la fase aguda del tratamiento (hasta 6 semanas). El tratamiento con olanzapina durante un largo periodo de tiempo (más de 12 meses) para la prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar se asoció a un incremento de 7% del peso, desde el valor basal, en el 39,9% de los pacientes. La siguiente tabla de reacciones adversas se ha realizado en base a los acontecimientos adversos comunicados y a las investigaciones de los ensayos clínicos.

<p>Trastornos del sistema linfático y sanguíneo</p> Frecuente (1-10%): eosinofilia	
<p>Trastornos del metabolismo y nutrición</p> Muy frecuentes (>10%): aumento de peso	<p>Frecuentes (1-10%): aumento del apetito, niveles de glucosa elevados (ver nota 1), niveles de triglicéridos elevados.</p>
<p>Trastornos del sistema nervioso</p> Muy frecuentes (>10%): somnolencia, Frecuentes (1-10%): discinesia, acatisia, parkinsonismo, disquinesia. (Ver también nota 2 a continuación).	
<p>Trastornos cardíacos</p> Nada frecuentes (0,1-1%): bradicardia con o sin hipotensión o síncope.	
<p>Trastornos vasculares</p> Frecuentes (1-10%): hipotensión ortostática.	
<p>Trastornos gastrointestinales</p> Frecuentes (1-10%): efectos anticolinérgicos transitorios leves, incluyendo estreñimiento y sequedad de boca.	
<p>Trastornos hepatobiliares</p> Frecuentes (1-10%): aumentos asintomáticos y transitorios de las transaminasas hepáticas (ALT, AST) especialmente al comienzo del tratamiento (ver también el epígrafe de <i>Advertencias y precauciones especiales de empleo</i>).	
<p>Trastornos del tejido de la piel y subcutáneos</p> Nada frecuentes (0,1-1%): reacciones de fotosensibilidad.	
<p>Trastornos generales y alteraciones en la zona de administración</p> Frecuentes (1-10%): astenia, edema.	
<p>Investigaciones</p> Muy frecuentes (>10%): aumento de los niveles plasmáticos de prolactina, muy raramente asociados a manifestaciones clínicas (por ejemplo, ginecomastia, galactorrea y aumento del tamaño de las mamas). En la mayoría de los pacientes, los niveles volvieron a sus intervalos normales sin que fuese necesario suspender el tratamiento. Nada frecuentes (0,1-1%): niveles elevados de creatinfosfoquinasa. Prolongación del intervalo QT (ver también el epígrafe de <i>Advertencias y precauciones especiales de empleo</i>).	

sangre 11 mmol/l (indicadores de diabetes) fue del 1,0% en comparación con el 0,9% observado con placebo. La incidencia de niveles de glucosa en sangre 8.9 mmol/l pero 11 mmol/l (indicadores de hiperglucemia) fue del 2,0%, en comparación con el 1,6% observada con placebo. Se ha comunicado hiperglucemia como un acontecimiento espontáneo en muy escasas ocasiones (<0,01%).^[2] En ensayos clínicos la incidencia de parkinsonismo y distonía en pacientes tratados con olanzapina fue numericamente mayor pero sin diferencia estadísticamente significativa de la de placebo. Los pacientes tratados con olanzapina presentaron una menor incidencia de parkinsonismo, acatisia y distonía en comparación con dosis correspondientes de haloperidol. En ausencia de información detallada de antecedentes individuales sobre alteraciones del movimiento de tipo extrapiramidal, agudas y tardías, en la actualidad no se puede llegar a la conclusión de que olanzapina produzca menos discinesia tardía y/u otros síndromes extrapiramidales tardíos. La siguiente tabla de reacciones adversas se ha realizado en base a las comunicaciones espontáneas después de la comercialización.

<p>Trastornos del sistema linfático y sanguíneo</p> Escasas (0,01-0,1%): leucopenia. Muy escasas (<0,01%): trombocitopenia. Neutropenia.
<p>Trastornos del sistema inmunitario</p> Muy escasas (<0.01%): reacción alérgica (e.j. reacción anafilactide, angioedema, prurito o urticaria.)
<p>Trastornos del metabolismo y nutrición</p> Muy escasas (<0,01%): en muy raras ocasiones se ha comunicado espontáneamente hiperglucemia y/o aparición o exacerbación de diabetes ocasionalmente asociada a cetoacidosis o coma, con algún desenlace fatal (ver también nota 1 antes mencionada y epígrafe de <i>Advertencias y precauciones especiales de empleo</i>). Hipertigliceridemia, hipercolesterolemia e hipotermia.
<p>Trastornos del sistema nervioso</p> Escasas (0,01-0,1%): se ha informado de la aparición de convulsiones en pacientes tratados con olanzapina en raras ocasiones. En la mayoría de estos casos existían antecedentes de convulsiones o factores de riesgo de convulsiones. Muy escasas (<0,01%): se han recogido casos, identificados como Síndrome Neuroléptico Maligno (SNM), en asociación con olanzapina (ver también epígrafe de <i>Advertencias y precauciones especiales de empleo</i>). Se han comunicado, muy escasamente, parkinsonismo, distonía y discinesia tardía. Se han comunicado, muy escasamente, síntomas agudos tales como sudoración, insomnio, temblor, ansiedad, náuseas o vómitos al interrumpir el tratamiento con olanzapina repentinamente.
<p>Trastornos vasculares</p> <i>Muy escasas (<0,01%):</i> Tromboembolismo (incluyendo embolismo pulmonar y trombosis venosa profunda). Prolongación del intervalo QTc, taquicardia ventricular/fibrilación y muerte súbita. (Ver también epígrafe 4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo).
<p>Trastornos gastrointestinales</p> Muy escasas (<0,01%): pancreatitis.
<p>Trastornos hepatobiliares</p> Muy escasas (<0,01%): hepatitis.
<p>Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conectivo y de los huesos</p> <i>Muy escasas (<0,01%):</i> rabdomiolisis
<p>Trastornos del tejido de la piel y subcutáneos</p> Escasas (0,01-0,1%): rash.
<p>Trastornos renales y urinarios</p> Muy escasos (<0,01%): dificultad para iniciar la micción.
<p>Trastornos del sistema reproductor y de la mama</p> Muy escasas (<0,01%): priapismo.

Sobredosis: ***Signos y síntomas***. Entre los síntomas muy comunes de la sobredosis (con una incidencia > 10%) se encuentran: taquicardia, agitación / agresividad, disartria, síntomas extrapiramidales diversos y reducción del nivel de conciencia desde la sedación hasta el coma. Otras consecuencias de la sobredosis médicamente significativas son delirium, convulsiones, coma, posible síndrome neuroléptico maligno, depresión respiratoria, aspiración, hipertensión o hipotensión, arritmias cardíacas (< del 2% de los casos de sobredosis) y parada cardiopulmonar. Se han comunicado casos mortales en sobredosis agudas con cantidades bajas, por ejemplo 450 mg, aunque también se han comunicado casos de supervivencia tras sobredosis agudas de 1.500 mg. *Tratamiento de la sobredosis.* No hay un antídoto específico para olanzapina. No se recomienda la inducción de la emesis. Para el tratamiento de la sobredosis se pueden utilizar procedimientos estándar (por ejemplo lavado gástrico, administración de carbón activo). La administración concomitante de carbón activo reduce la biodisponibilidad oral de olanzapina en un 50 a 60 %. Se debe instaurar un tratamiento sintomático y monitorizar las funciones vitales según la situación clínica, con tratamiento de la hipotensión y el colapso circulatorio además de soporte de la función respiratoria. No se debe utilizar adrenalina, dopamina u otros agentes simpaticomiméticos con actividad agonista beta, puesto que la estimulación beta podría empeorar la hipotensión. Es necesario hacer una monitorización cardiovascular para detectar posibles arritmias. Es necesario que el paciente continúe con una estrecha supervisión y monitorización clínica hasta su recuperación. **Incompatibilidades:** No aplicable. **Instrucciones de uso y manipulación:** Ninguna especial. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Eli Lilly Nederland BV, Grootslag 1-5, NL-3991 RA Houten, Holanda. **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** Agosto de 2005. **Precios, presentaciones y condiciones de prescripción y financiación:** Zyprexa 2,5mg Comprimidos recubiertos, envase con 28 comprimidos, P.V.P. 50,32 E, P.V.P. I.V.A. 52,33 E. Zyprexa 5mg Comprimidos recubiertos, envase con 28 comprimidos, P.V.P. 68,24 E, P.V.P. I.V.A. 70,97 E. Zyprexa 7,5mg Comprimidos recubiertos, envase con 56 comprimidos, P.V.P. 179,42 E, P.V.P. I.V.A. 186,60 E. Zyprexa 10mg Comprimidos recubiertos, envase con 28 comprimidos, P.V.P. 135,18 E, P.V.P. I.V.A. 140,58 E, envase conteniendo 56 comprimidos P.V.P. 222,97 E, P.V.P. I.V.A. 231,89 E. **Con receta médica. Financiado por la Seguridad Social.**

Bibliografía:
1. **Ficha Técnica Zyprexa.**

Cuad. Psiquiatr. Comunitaria, Vol. 6, N.º 1, pp. 21 - 38, 2006

Derecho y Salud Mental. Capacidades, derechos, justicia

Law and Mental Health. Capabilities, rights, justice

José Antonio Seoane
Universidad da Coruña (España)

RESUMEN

(Resumen en castellano)

(Resumen en gallego)

(Resumen en inglés)

El enfoque de los derechos humanos y las capacidades es el marco teórico más adecuado para analizar a las relaciones entre Derecho y salud mental. A partir de la actividad de la Organización Mundial de la Salud, el artículo estudia la fundamentación filosófica y jurídica de tales respuestas y articula un modelo de cinco principios (dignidad, libertad, igualdad, protección y razonabilidad) para responder a los interrogantes que la salud mental plantea al Derecho, basado en los derechos humanos y las capacidades. En síntesis, en materia de salud mental las medidas jurídicas deben perseguir tres objetivos: capacidades, derechos y justicia.

(Resumen en portugués)

Palabras clave: *Derecho. Derechos humanos. Discapacidad. Enfoque de las capacidades. Justicia. Salud mental.*

(Resumen en catalán)

(Resumen en euskera)

1. INTRODUCCIÓN

La relación entre el Derecho y la salud mental es el objetivo de estas páginas. Dicha relación puede ser expuesta de modos diversos. Mi reflexión, que combinará la perspectiva jurídica con la perspectiva moral o, en sentido amplio, filosófica, y aun la perspectiva política, pretende presentar el modelo de fundamentación de la relación entre salud mental y Derecho que estimo más plausible.

(Resumen en francés)

(Resumen en alemán)

(Resumen en neerlandés)

(Resumen en sueco)

(Resumen en danés)

(Resumen en noruego)

(Resumen en japonés)

(Resumen en coreano)

(Resumen en chino)

(Resumen en vietnamita)

(Resumen en tailandés)

(Resumen en vietnamita)

(Resumen en vietnamita)

(Resumen en vietnamita)

(Resumen en vietnamita)

(Resumen en vietnamita)

(Resumen en vietnamita)

(Resumen en vietnamita)

(Resumen en vietnamita)

(Resumen en vietnamita)

(Resumen en vietnamita)

(Resumen en vietnamita)

(Resumen en vietnamita)

(Resumen en vietnamita)

(Resumen en vietnamita)

(Resumen en vietnamita)

(Resumen en vietnamita)

(Resumen en vietnamita)

(Resumen en vietnamita)

(Resumen en vietnamita)

^[1] En ensayos clínicos con olanzapina en más de 5.000 pacientes sin ayunar que presentaban niveles basales de glucosa en sangre 7,8 mmol/l, la incidencia de niveles de glucosa en

3. Evaluación de la salud mental conforme a principios aceptados internacionalmente.
4. Disponibilidad del tipo menos restrictivo posible de cuidados de salud mental.
5. Autodeterminación.
6. Derecho a recibir asistencia en el ejercicio de la autodeterminación.
7. Disponibilidad de un procedimiento de revisión.
8. Mecanismos automáticos de revisión periódica.
9. Responsables de las tomas de decisiones cualificados.
10. Respeto del imperio de la ley.

Cada uno de estos principios incorpora una serie de elementos y unas medidas de ejecución que catalogan un ambicioso mínimo común básico para la atención jurídica de la salud mental. La Organización Mundial de la Salud ha continuado este desarrollo mediante diversas iniciativas, de las que destacaría *Mental Health Legislation and Human Rights* (World Health Organization, 2003) y *WHO Resource Book on Mental Health. Human Rights and Legislation* (World Health Organization, 2005), completas guías donde se realiza un examen comparado del estado de la cuestión y se proporcionan herramientas para el diseño de las respuestas jurídicas a la salud mental.

Una intervención eficaz del Derecho en materia de salud mental ha de responder a tres interrogantes: “por qué”, “qué” y “cómo”, es decir, el contexto, el contenido y los procesos de las medidas jurídicas (World Health Organization 2005, xv). A diferencia de las recién mencionadas guías, no me ocuparé de las modalidades legislativas ni estudiaré en detalle las respuestas existentes en el sistema jurídico español u otros sistemas jurídicos (para ello pueden consultarse Biel y Rey 2006a y 2006b, Cardona 2001, Cardona

y Sanjosé, Seoane (dir.) 2003a y 2006, en el plano internacional, y Seoane (dir.) 2001, 2003b y 2004, en el plano nacional); tampoco sugeriré alternativas reguladoras concretas sobre alguna de las múltiples necesidades de las personas con trastornos mentales (en adelante emplearé la locución “persona con trastornos mentales” con carácter genérico). De los tres interrogantes apuntados me centraré en el primero, e intentaré mostrar las razones del enfoque adoptado por dichos documentos, anclado en los derechos humanos; esto es, cuál es el fundamento de las respuestas sugeridas por la Organización Mundial de la Salud. Lo haré proponiendo un marco de cinco principios básicos más generales y universales sobre el tratamiento jurídico de la salud mental: dignidad, libertad, igualdad, protección y proporcionalidad, que son los cauces de actuación y garantía de los tres objetivos primordiales del Derecho en la esfera de la salud mental: capacidades, derechos, justicia.

2. UN PUNTO DE PARTIDA INELUDIBLE: LA RESPUESTA CIENTÍFICO-CONCEPTUAL

El tratamiento jurídico de la salud mental ha pasado por diversas etapas, diferenciadas en atención a la actitud de la sociedad ante las personas con trastorno mental y a su posición en el contexto social. De la ignorancia y la marginación se avanza hacia la presencia y la inserción en la sociedad. Del silencio y el monólogo al diálogo. Más aún, el tratamiento jurídico de la salud mental ha pasado de ocuparse de los afectados por el trastorno mental a universalizar sus respuestas: la salud mental es una necesidad de todos los ciudadanos (World Health Organization 2005, 1). Resta, tal vez, prestar una atención particular a la situación de los cuidadores, cuya salud

mental puede necesitar un tratamiento específico en razón, precisamente, de la atención de la salud mental de otros (Kittay 2002). (En general, sobre la evolución de la situación jurídica, Bercovitz, Carretero, Díez-Picazo, Seoane 1999 y 2004a).

La renovación ha sido profunda. De la atención preferente a lo adjetivo (la existencia de un trastorno mental) se ha pasado a lo sustantivo (la condición de persona) (World Health Organization 2001, 262, 264). El paternalismo benéfico y heterónomo ha dado paso al reconocimiento jurídico de los derechos y la dignidad de la persona con trastornos mentales, como un ciudadano más. De un enfoque basado en la patología (la enfermedad o el trastorno mental) y la subsiguiente respuesta (tratamiento, curación, recuperación) a un enfoque positivo e integral: promoción de la salud mental, como capacidad básica para la vida y el bienestar personal y social de todos los ciudadanos.

La evolución de las definiciones y clasificaciones de la discapacidad en las ciencias de la salud coincide con lo afirmado (World Health Organization 1980, 1989, 2001). Ejemplo de ello es la CIF, que ha pasado de ser una clasificación de “consecuencias de enfermedades” (World Health Organization 1980) a una clasificación de “componentes de salud” (World Health Organization 2001, 4), de aplicación universal, válida no sólo para personas con discapacidad sino para todas las personas (World Health Organization 2001, 8). Su punto de partida es el funcionamiento, tanto desde una perspectiva individual como desde una perspectiva social, y sus elementos clave son las funciones, las actividades y la participación y los factores ambientales o contextuales (World Health Organization 2001, 8 ss.). Su contrapartida está constituida por las deficiencias, las limitaciones en la actividad y las restric-

ciones en la participación, que se refieren a los problemas o dificultades en alguno de los componentes anteriores; en otras palabras, los aspectos positivos y negativos, respectivamente, de la salud y vida de un individuo. En consecuencia, de la discapacidad como deficiencia y responsabilidad individual se ha pasado a la discapacidad como diferencia y al reconocimiento de la responsabilidad social (World Health Organization 2001, 20-22), como un fenómeno multidimensional resultado de la interacción de las personas con su entorno físico y social (World Health Organization 2001, 262).

3. UN MODELO DE RELACIÓN SOCIOASISTENCIAL EN SALUD MENTAL BASADO EN LOS DERECHOS: EL MODELO IUSFUNDAMENTAL

La elección de las respuestas jurídicas adecuadas en materia de salud mental exige identificar previamente cuál es el modelo de relación socioasistencial que guía la actuación del Derecho. Aunque puede configurarse de formas muy diversas, es posible reconducir a tres los variados modelos de fundamentación de dicha relación, en razón de las posiciones y las actitudes típicas de los sujetos de dicha relación: el modelo paternalista, el modelo autonomista y el modelo iusfundamental (cfr. tabla 1). Tanto paternalismo como autonomismo aparecen como modelos extremos y fallidos. Frente a ellos se alza el modelo iusfundamental o basado en los derechos, que elude los defectos de los otros dos e incorpora rasgos adicionales. No procede ahora dar cuenta detallada del significado y las características de cada uno de los modelos (Seoane 2004b y 2005); en cambio, sí resulta conveniente conocer algunas notas distintivas del modelo iusfundamental, en forma de argumentos y razones a favor de mi propuesta.

Tipos de relación socioasistencial		
Paternalista	Autonomista	Iusfundamental
Decisión individual (profesional)	Decisión individual (paciente / usuario)	Decisión intersubjetiva
Heteronomía (usuario)	Autonomía (usuario)	Heteronomía y autonomía
Usuario dependiente	Profesional dependiente	Interdependencia
Relación vertical	Relación vertical	Relación horizontal
Desigualdad	Desigualdad	Igualdad
Usuario pasivo. Profesional activo	Usuario activo. Profesional pasivo	Usuario y profesional activos y pasivos
Monólogo	Monólogo	Diálogo
Privilegios o deberes	¿Derechos?	Derechos
Beneficencia. No maleficencia	Autonomía	No maleficencia. Beneficencia. Autonomía. Justicia
Razón para la acción excluyente	Razón para la acción excluyente	Razón para la acción compensatoria
Irrelevancia de la confianza	Olvido de la confianza	Rehabilitación de la confianza

Tabla 1.

Los derechos humanos se reconocen en razón de la condición de persona y reflejan y garantizan valores de alcance universal. Constituyen, en tal sentido, *universalis iuris materialis*, un elemento que ha de estar presente, en cualquier tiempo y lugar, en todo sistema jurídico que pretenda ofrecer respuestas jurídicas justas en materia de salud mental. Existe, además, un creciente consenso internacional en torno a la noción de derechos humanos como valor generalmente aceptado por la comunidad internacional (World Health Organization 2003 y 2005), lo que ratifica la propuesta del modelo iusfundamental o basado en los derechos como marco de referencia para articular las relaciones entre el Derecho y la salud mental.

4. EL FUNDAMENTO DEL MODELO IUSFUNDAMENTAL: EL ENFOQUE DE LAS CAPACIDADES

El modelo de relación basado en los derechos parte de la consideración igual de toda persona, con o sin trastorno mental, como un individuo digno, libre, igual e implicado en una red de relaciones personales y sociales. Se trata de un individuo vulnerable y dependiente del mundo exterior y los demás, que desarrolla su proyecto vital desde sí mismo, plasmando sus potencialidades de razón práctica y sociabilidad en diálogo y cooperación con los otros, con la comunidad. Esta configuración antropológica pone de relieve que la actuación humana no es independiente del contexto, y que el desarrollo personal requiere capacidades o aptitudes personales y determinadas condiciones externas, materiales e institucionales, y un conjunto de afiliaciones significativas. Más aún, el entorno y los apoyos condicionan nuestro estado de salud y, en concreto, la salud mental, teñida de los rasgos de la sociedad en la que se manifiesta.

Mi intento de dar razón de las relaciones entre Derecho y salud mental y articular una respuesta jurídica ajustada a la situación de las personas con trastorno mental mediante el modelo iusfundamental coincide en buena parte con el denominado *enfoque de las capacidades*, desarrollado principalmente por Amartya Sen y Martha C. Nussbaum (Sen 1999, Nussbaum 2002 y 2006).

La finalidad de la intervención jurídica en materia de salud mental no puede limitarse al conocimiento del grado de satisfacción o bienestar personales o a proporcionar bienes o recursos. Idénticos recursos materiales no garantizan necesariamente una igualdad real ni tampoco un margen suficiente de libertad para el desarrollo del propio programa vital, y pueden resultar inútiles o insuficientes para algunas personas con trastornos mentales. Los individuos varían mucho en sus necesidades de recursos y en sus capacidades para convertirlos en posibilidades vitales, en comportamientos o funcionamientos valiosos. Además, existen obstáculos sociales, ligados a la estructura de la comunidad y a la elección de políticas públicas, sociales, económicas y jurídicas que reflejan la jerarquía de bienes en una determinada sociedad.

El Derecho tampoco ha de primar los funcionamientos en lugar de las capacidades. Los funcionamientos señalan lo que la persona hace o es, y las capacidades, lo que la persona puede o es capaz de hacer y ser. Primar los funcionamientos implica otorgar preferencia a la protección frente a la libertad o facultad de autodeterminación, porque es posible garantizarlos sin tomar en consideración la libertad personal; además, apunta a una igualdad de resultados, lo que se traduce, asimismo, en una merma de la facultad de autodeterminación.

La noción apropiada es la noción de capacidad, cuyo objetivo es proporcionar a los

ciudadanos los medios necesarios para elegir y actuar, y para tener una opción realista en orden a poder elegir lo más valioso. Las capacidades, que son las facultades básicas de elección y libre configuración de la propia vida, tienen carácter activo y positivo, fomentan la capacidad de hacer y ser, y establecen una conexión directa entre capacidad, libertad e igualdad. Han de entenderse como capacidades combinadas: capacidades internas del individuo junto con condiciones externas adecuadas para su ejercicio. Se configuran como posibilidades u oportunidades, y dejan espacio o margen de libertad para que cada individuo pueda definir su bien y sea el principal agente de su propia vida. El ejercicio de esas capacidades exige un contexto; esto es, unas condiciones básicas de igualdad que permitan llevarlas a la práctica y convertirlas en funcionamiento. De este modo tanto la libertad como la igualdad aparecen como principios primarios: la primera como definición y ejercicio de las distintas capacidades, y la segunda como igualdad de oportunidades -o capacidades- y no como igualdad de resultados -o funcionamientos-. Asimismo, la realizabilidad múltiple de las capacidades, esto es, la diversidad de concreciones posibles en atención a las circunstancias y elecciones de cada persona con discapacidad, refuerza la complementariedad apuntada de libertad e igualdad. Esto significa, de una parte, el rechazo de posiciones puramente autonomistas, que prescinden del principio de igualdad en beneficio de una noción de libertad autosuficiente y descontextualizada, y que conducirían a la desatención de las personas con trastornos mentales; de otra, el rechazo de las políticas meramente asistenciales o paternalistas, sustentadas en la primacía del principio de protección. Una lista de las capacidades centrales o básicas de las personas es la siguiente (Nussbaum 2006): 1) Vida. 2) Salud corporal. 3) Integridad corporal. 4) Sentidos, imaginación, pensamiento. 5)

Emociones. 6) Razón práctica. 7) Afiliación. 8) Otras especies. 9) Juego. 10) Control del propio entorno: a) político; b) material.

5. LAS RELACIONES ENTRE LAS CAPACIDADES Y LOS DERECHOS

Las relaciones entre capacidades y derechos son muy estrechas. Los derechos humanos o derechos fundamentales son una vía para la determinación, la formulación, la satisfacción y, finalmente, para el ejercicio de las capacidades. En otros términos, mediante los derechos se identifican, enuncian y garantizan los bienes y valores básicos e indispensables para una vida digna, bajo la forma de pretensiones justificadas y exigibles. Los derechos son una vía adecuada para la traducción jurídica de las capacidades, en especial por su triple dimensión: 1) son una categoría jurídica: normas jurídicas del máximo rango, incluidas habitualmente en los textos constitucionales, a nivel estatal, y en otras disposiciones o declaraciones internacionales, y además normas jurídicas vinculantes, para los poderes públicos y los ciudadanos. 2) son una categoría moral, que expresa los bienes y capacidades más valiosos para el conjunto de la sociedad; 3) son una categoría política, en su condición de normas objetivas o institucionales, que vertebran la estructura del orden jurídico y de la comunidad política.

Desde el enfoque de los derechos se subraya la importancia de las capacidades, el valor facultad de autodeterminación (capacidades internas) y la necesidad de un contexto de igualdad para el libre ejercicio de las capacidades (condiciones externas) en orden al diseño de un proyecto de vida. Desde el enfoque de las capacidades los derechos aparecen como capacidades combinadas (capacidades internas individuo y condiciones ex-

ternas adecuadas), de manera que sólo existe realmente un derecho si existen medidas efectivas para que su titular pueda ejercerlo o disfrutarlo (Nussbaum 2002 y 2006); es decir, si al reconocimiento de su titularidad a todas las personas con trastorno mental se añade la garantía de su disfrute.

6. LA ACTUACIÓN DEL MODELO IUSFUNDAMENTAL: UN MARCO DE PRINCIPIOS

Garantizada la justificación de la intervención del Derecho ante la salud mental procede dar otro paso, encaminado a hacer operativa la respuesta jurídica. Para ello propongo un modelo de cinco principios, de naturaleza ético-jurídica, que traducen la fundamentación basada en los derechos y las capacidades: dignidad, libertad, igualdad, protección y razonabilidad. El modelo propuesto se proyecta en una doble dimensión: material o sustantiva, acerca de los contenidos básicos de una sociedad justa en materia de salud mental, y metodológica o de procedimiento, sobre la forma de razonamiento y manejo de los restantes principios.

6.1. Dignidad

Toda persona tiene derechos, y el primero es ser reconocida y respetada como persona. Hay que partir de un principio categórico, incondicionado o absoluto: el principio de dignidad, según el cual la persona es el presupuesto y el fin del orden moral y del orden jurídico. En atención a su individualidad e irrepetibilidad, cualquier persona, con o sin trastornos mentales, es merecedora de consideración y respeto, pues no existe nada equivalente a ella. En el plano interindividual tal exigencia remite a la obligación de respeto recíproco, de respetar a los demás seres hu-

manos, sin excepción, de manera que ninguna persona, y por tanto tampoco la persona con trastornos mentales, puede ser instrumentalizada ni sustituida por nada ni nadie; no es sólo medio sino un fin en sí misma.

Con todo, la noción de dignidad avanzada no basta. Se trata de un principio sin contenido determinado, que más bien instituye una obligación universal de respeto incondicionado. La dignidad requiere el concurso de otros principios complementarios, de naturaleza dinámica, que actuarán a través de los derechos y libertades reconocidos y garantizados por el ordenamiento jurídico: los principios de libertad e igualdad, y con carácter subsidiario, el principio de protección, de particular importancia en el ámbito de la salud mental.

6.2. Libertad

La libertad es el hilo conductor de nuestra trayectoria vital. A través del ejercicio de la libertad cada individuo configura su personalidad e identidad mediante la elección y la acción. En otras palabras, se hace cargo de su vida: piensa y se conduce por sí misma, y no por cuenta de otro, asumiendo su facultad de autodeterminación. Y lo hace de manera indiscutible, pues no puede no hacerlo.

Si el reconocimiento de la libertad apenas plantea problemas, la experiencia demuestra que su ejercicio no es tan sencillo, sobre todo en el caso de las personas con trastornos mentales. El ejercicio de la libertad exige que vaya acompañada de una característica adicional, la responsabilidad, sin cuyo complemento se destruye. Por consiguiente, libertad significa, en primer lugar, autodeterminación libre, esto es, la facultad de elección y decisión sobre nuestras acciones y los medios para llevarlas a cabo. En segundo

lugar, autodeterminación responsable, es decir, ser consecuentes y hacerse cargo o responder de lo causado, de las acciones libremente escogidas.

A través de nuestras acciones y decisiones, libres y responsables, configuramos nuestra personalidad. No obstante, difícilmente resultará colmado este objetivo con el único concurso del principio de libertad. Es preciso apelar a un principio adicional: la igualdad.

6.3. Igualdad

La igualdad de todas las personas representa el contexto que requiere la libertad para actuar, haciendo posible el reconocimiento y el ejercicio de sus derechos mediante la provisión de las condiciones mínimas indispensables para el ejercicio de la libertad. La igualdad se apoya en la más elemental exigencia de justicia: tratar del mismo modo lo igual y de modo distinto lo desigual. Igualdad no equivale a identidad sino a equiparación del tratamiento jurídico; implica, por tanto, el reconocimiento y el respeto de la diferencia. En atención a la disparidad de capacidades y aptitudes personales, una respuesta jurídica adecuada requiere reconocer y remediar, de forma justificada y razonable, las desigualdades o desemejanzas que puedan derivarse de trastornos mentales, en la medida en que supongan un detrimento o perjuicio en sus relaciones con las demás personas. Por tanto, constituye un deber de justicia compensar ciertos desequilibrios derivados de las condiciones de salud mental que impidan el desarrollo personal. La igualdad es aquí la expresión normativa de una exigencia: la desaparición de discriminaciones injustas o arbitrarias.

De acuerdo con lo anterior, la conquista de la igualdad real reclama de nosotros una

doble actitud. Inicialmente, reconocimiento y respeto, esto es, que la salud mental no implique negar la consideración de sujeto digno e igual al resto de la sociedad en cuanto persona. Asimismo, significa aceptar la singularidad, diferencias y particular modo de ser de cada individuo. El corolario de esta igualdad originaria o esencial es el reconocimiento y respeto de todos en cuanto iguales y de cada uno como diferente. En segundo lugar, la sensibilidad jurídica ante la diversidad de situaciones y la desigualdad de trato conduce a una toma de posición activa encaminada a la equiparación e integración de las personas con trastornos mentales, que haga posible la satisfacción de sus necesidades básicas, el desarrollo de sus capacidades, el ejercicio de su programa personal y la participación en la vida social. El objetivo es eliminar las desigualdades en el punto de partida, adoptando determinadas medidas jurídicas en favor de las personas con trastornos mentales.

En cualquier caso, la persona con problemas de salud mental padece limitaciones o restricciones en áreas o ámbitos diversos. Es por ello necesaria la intervención de un cuarto principio, de naturaleza subsidiaria, para equilibrar dichas limitaciones en el ejercicio de sus derechos a la luz de los dos principios dinámicos, la libertad y la igualdad. Este cuarto principio es el principio de protección.

6.4. Protección

Para el tratamiento jurídico de las personas con trastornos mentales presenta especial relevancia el principio de protección, cuya misión es hacer efectivos, con carácter subsidiario, los derechos o facultades que por alguna razón no pueden ejercitarlos por sí mismas de forma autónoma. La intervención subsidiaria del principio de protección es consecuencia necesaria del modelo de princi-

pios basado en los derechos y las capacidades, asentado en el carácter inexcusable del principio de dignidad y la primacía de los principios de libertad e igualdad. En los ámbitos en los que la persona se desenvuelva con libertad y responsabilidad, y sea considerada capaz, nadie puede decidir ni intervenir en su lugar; ella ha de ser quien gestione su propia vida. En cambio, donde la libertad —y la responsabilidad— o la igualdad estén ausentes o minoradas, donde la persona con trastornos mentales no sea un “razonador práctico independiente” (MacIntyre, 2001, 71 ss.), el Derecho y la sociedad tienen la obligación de intervenir para suplir tal deficiencia y su limitada capacidad, mediante el ejercicio del principio de protección. Los sistemas jurídicos disponen de diversas instituciones orientadas a proteger y amparar los derechos de la persona incapaz por causa de salud mental, tanto en la toma de decisiones como en otros ámbitos —e.g. las instrucciones previas o voluntades anticipadas, la incapacitación, la autotutela, la representación legal, el internamiento—. En otros supuestos, mediante la adopción de medidas sociales, políticas o económicas diversas, canalizadas a través del Derecho, el principio de protección brinda un complemento, apoyo o compensación que hace posible la operatividad y eficacia de los principios de libertad e igualdad.

Por consiguiente, la actuación protectora del Derecho no es una intervención paternalista, solidaria o caritativa. Es una protección igualitaria u horizontal, una protección justa; o mejor aún, es una protección responsable, porque le compete atender las necesidades de los ciudadanos que por causa de trastornos mentales carezcan de determinados bienes básicos u oportunidades para el ejercicio de su libertad. Por tanto, no ha de renunciarse a la protección de las personas con trastornos mentales a través del Derecho. Más aún, cabe afirmar que no está única-

mente justificado o permitido adoptar medidas de protección sino que incluso está moral y jurídicamente ordenado (Seoane 2004a, 2004b y 2005).

En este sentido, la protección consiste en la obligación moral y jurídica de adoptar y/o ejecutar decisiones por y sobre otro cuando éste no puede tomarlas y/o realizarlas por sí mismo de forma autónoma, y únicamente en aquellas situaciones o esferas de actuación en que no puede adoptar y/o realizar dichas decisiones, con la finalidad de ayudarle evitando un daño o proporcionando indirectamente un bien. Esta definición pretende responder a los diversos interrogantes que plantea la adopción de una medida protectora: cuándo, por qué, para qué, quién, cómo. En concreto, ocho son las condiciones para que la adopción de una medida protectora se considere justificada. Todas ellas han de cumplirse; el incumplimiento de alguna(s) o de todas las condiciones convierte la medida protectora en injustificada.

1. *Ausencia de capacidad*, o de la facultad de autodeterminación libre y responsable en relación con la situación sobre la que ha de decidirse. Esta premisa o condición no es meramente empírica, pues la determinación de la capacidad y la incapacidad de una persona se apoya decisivamente en elementos evaluativos o valorativos, incorporados a la propia decisión acerca de la existencia o no de capacidad.
2. *Actuación únicamente donde no exista capacidad*. La adopción de una medida protectora sólo es posible en la esfera donde no existe capacidad. Esta precisión de la condición anterior, señalando el ámbito material de la medida protectora, tiene como finalidad delimitar el alcance de la medida. Se hace eco del carácter relativo y parcial, no necesariamente absoluto de la

incapacidad de la persona, justificando la inclusión de las incapacidades relativas o específicas. Además, refleja el carácter subsidiario de la protección y la primacía de la autodeterminación de la persona, de acuerdo con el modelo de los derechos y las capacidades.

3. *Finalidad inmediata protectora o indirectamente beneficente*. Hay que diferenciar entre la medida no maleficente o protectorista, que previene un daño; la medida indirectamente beneficente o perfeccionista, que proporciona indirecta o mediadamente un beneficio; y la medida directamente beneficente o perfeccionista, que proporciona directa o inmediatamente un beneficio. La protección directamente beneficente, en la medida en que elimina la capacidad de elección del sujeto, disminuyendo, y aun anulando, su autonomía, no parece admisible con carácter general. (Una posible excepción justificada serían los supuestos de ausencia absoluta e irreversible de capacidad). En cambio, sí parece admisible y justificable el segundo tipo, que proporciona un beneficio indirecto —como pueda ser una medida destinada a conservar la facultad de elección— y resulta más respetuoso con su autonomía, pues pretende no tanto un resultado cuanto proporcionar oportunidades para el funcionamiento y el desarrollo de la persona, dejando al sujeto la posibilidad de elegir como llevar a la práctica dicha capacidad u oportunidad en ejercicio de su facultad de autodeterminación libre y responsable. En este sentido, va más allá de mera prevención de las lesiones de la libertad, entendida en sentido negativo, y pretende promocionar la libertad positiva y garantizar las condiciones básicas para el ejercicio de la capacidad de adoptar decisiones autónomas. Pretende, en suma, respetar la facultad de elección del indivi-

duo respecto de sus propios planes de vida.

4. *Finalidad mediata de no discriminación, igualdad de oportunidades y autonomía.* La finalidad mediata de las medidas protectoras apunta a la superación de la desigualdad y la discriminación, al logro de la igualdad de oportunidades, y a la rehabilitación y garantía de la autonomía de la persona con trastorno mental.
5. *Adopción por parte del representante o persona legitimada.* La decisión acerca de la adopción de la medida protectora debe adoptarla la(s) persona(s) legitimada(s) para ello. Se trata de un requisito subjetivo, generalmente identificable, aunque no siempre de fácil concreción. Suele recaer en la(s) persona(s) que ejercen la representación legal de la persona incapaz para adoptar la decisión por sí misma. En los casos en los que no existe representante legal suele acudir a las personas vinculadas por razones familiares o de hecho.
6. *Respeto de los requisitos y procedimientos establecidos.* La decisión acerca de la adopción de la medida protectora debe respetar, en caso de existir, los requisitos y procedimientos fijados para su adopción. Esta condición procedimental pretende aumentar las garantías de cumplimiento de las restantes condiciones y, en última instancia, reforzar la protección de los derechos de la persona incapaz con trastornos mentales y el logro de las finalidades expuestas en las condiciones tercera y cuarta.
7. *Orientación personal o individual de la decisión.* La medida protectora debe orientarse primariamente a la persona con trastorno mental, y sólo secundariamente a la colectividad. El enfoque de los derechos y las capacidades subraya la impor-

tancia de esta cuestión para el tratamiento jurídico de la salud mental, a diferencia de los enfoques basados en el peligro o riesgo social, que invierten la preferencia. La titularidad universal e individual de los derechos conduce a afirmar la orientación individual y personal de las medidas jurídicas, sin olvidar la intervención en el contexto social o comunitario: simplemente recuerda que el auténtico destinatario de las medidas de protección es la persona con trastorno mental.

8. *Criterio rector de la medida de protección: el juicio subjetivo, el juicio sustitutivo y el mayor interés.* Las condiciones primera y segunda establecen las condiciones previas para la intervención del Derecho mediante medidas protectoras de la salud mental. Las condiciones tercera y cuarta, de carácter teleológico, indican el objetivo de tales medidas jurídicas de protección, y la condición séptima precisa el destinatario de dichas medidas, para evitar una intervención jurídica inadecuada. Finalmente, las condiciones quinta y sexta subrayan la importancia del respeto de los procedimientos y de las normas legales aplicables, desempeñando una indispensable misión de garantía o control. Todas ellas conducen a la última condición, que se ocupa del criterio material para la determinación de la medida protectora. La experiencia anglosajona muestra la existencia de tres criterios: el juicio subjetivo, el juicio sustitutivo y el mayor interés (cfr. Simón y Barrio 2004). Hay que mencionar diversos aspectos sobre la determinación de este criterio rector, que muestran la necesidad de aplicar armónica y simultáneamente todas las condiciones. En primer lugar, la adecuación de una medida protectora no depende únicamente del resultado -no dañino o beneficioso-, sino también del camino se-

guido para alcanzarlo –esto es, de los procedimientos-. En segundo lugar, y subrayando la orientación iusfundamental y personal, el horizonte de la medida protectora ha de trazarse conforme al sistema de valores y necesidades de la persona con trastorno mental, y no de los encargados de su protección u otras personas. Es imposible determinar de forma acabada el bien de una persona sin tomarla en cuenta: el bien se ajusta a cada sujeto, se subjetiviza. Por ello, y para reforzar el respeto de la orientación personal de las medidas, conviene buscar medios de conocimiento de la voluntad, preferencias y valores de las personas con trastorno mental que en los momentos de tomar decisiones carecen de capacidad para hacerlo de forma autónoma (una herramienta válida y útil en dichos procesos son los diversos tipos de directrices anticipadas, como los documentos de voluntades anticipadas o instrucciones previas). En tercer lugar, se ha afirmado que la medida de protección elegida ha de ser la menos restrictiva o lesiva posible (World Health Organization 1996 y 2003). Más que menos restrictiva o lesiva habría que aspirar a las medidas no lesivas o perjudiciales para sus derechos o capacidades. Además, en la medida en que resultan justificadas las medidas indirectamente beneficentes, y no únicamente las no maleficentes, podrán adoptarse medidas que no se limiten a evitar daños sino que persigan proporcionar indirectamente un bien.

6.5. Proporcionalidad o razonabilidad

La guía metodológica del complejo proceso de determinación del criterio rector de las medidas de protección y de la interacción y el equilibrio entre los restantes principios es el

principio de proporcionalidad o razonabilidad. La estructura de las disposiciones jurídicas que regulan los derechos confirma la necesidad de un tipo específico de razonamiento jurídico, exigiendo el abandono de la racionalidad lógico-formal, inadecuada para responder a las exigencias del Derecho, y su sustitución por una racionalidad jurídico-práctica, prudencial, aproximativa, falible, deliberativa. De este modo opera el principio de proporcionalidad o razonabilidad en sede judicial, determinando la justificación o no arbitrariedad de medidas reguladoras o presuntamente restrictivas de derechos fundamentales. El principio de proporcionalidad está integrado por tres juicios o subprincipios:

1. *Juicio de adecuación o idoneidad*, que exige que la medida adoptada sea apta o adecuada para lograr el fin establecido o perseguido.
2. *Juicio de necesidad*, que impone la elección de la medida menos gravosa o restrictiva –e igualmente eficaz- del derecho fundamental. Se habla así de medida indispensable, medida más benigna o, podríamos decir, medida considerada como una ultima ratio.
3. *Juicio de proporcionalidad en sentido estricto*, mediante el que ha de establecerse si la medida guarda una relación razonable con el fin que se pretende.

7. LA FINALIDAD DE LA INTERVENCIÓN DEL DERECHO EN LA ESFERA DE LA SALUD MENTAL: ACTITUDES Y OBJETIVOS

Aunque en el momento presente puedan prescindir de algunas de ellas, los destinatarios de estas medidas son, en primer lugar, todos los ciudadanos. Después, y principal-

mente, las personas con trastorno mental, que exigen una intervención jurídica más intensa y específica. Finalmente, en tercer lugar, el Derecho debe hacerse cargo también de las personas que prestan cuidados y atención a las personas con trastornos mentales (Kittay 2002); los cuidadores han sido ignorados en esta relación entre el Derecho y la salud mental.

7.1. Promoción de la salud mental

La salud mental es una de las capacidades básicas; es, además, condición para el ejercicio autónomo de nuestros derechos; es también, finalmente, un ingrediente básico de una vida de calidad. En tal sentido, una tarea primaria y universal es la promoción y el cuidado de la salud mental de todos los ciudadanos, a través de medidas jurídicas específicas y de medidas jurídicas no específicas pero directamente relacionadas con ella, en materia de vivienda, educación o empleo (World Health Organization 2003).

7.2. Prevención de los trastornos mentales

Los trastornos mentales no son deseables, en la medida en que limitan alguna(s) de nuestras capacidades, convierten en más vulnerables nuestros derechos e impiden una actuación y una participación adecuadas en la vida social. La prevención es el reflejo de que la posesión y ejercicio del mayor número de capacidades es la vía más adecuada para una vida plena, y que, por tanto, las limitaciones en la actividad o las restricciones en la participación son circunstancias negativas que obstaculizan ese logro. En consecuencia, un primer objetivo es proporcionar los medios para prevenir la aparición

y expansión de factores que causan problemas de salud mental; y, posteriormente, impedir que se agraven y atenuar sus consecuencias. No basta simplemente con hacer frente a los trastornos mentales existentes, sino que ha de hacerse lo posible para la disminución de situaciones que los producen, limitando nuestras capacidades y dificultando el ejercicio personal de los derechos.

7.3. Afirmación de las capacidades y reconocimiento de las limitaciones

El trastorno mental conlleva una serie de limitaciones, que coexisten con un conjunto de capacidades. Éstas exigen igualdad de derechos y un tratamiento jurídico semejante, en atención a la condición de persona; aquéllas demandan un tratamiento jurídico distinto. Admitir que los trastornos mentales implican múltiples limitaciones es condición indispensable para referirse a la salud mental y definir las respuestas jurídicas.

7.4. Promoción de la autodeterminación y cuidado de la dependencia

Una actitud complementaria es la promoción de la facultad de autodeterminación, también de las personas con trastornos mentales, reforzando las capacidades presentes y propiciando la recuperación de las capacidades ausentes y la adquisición de otras nuevas. Se trata, en suma, de facilitar las condiciones para que puedan tomar decisiones por sí mismas acerca de su vida. Además, simultáneamente, hacerse cargo de la dependencia y vulnerabilidad que genera una situación de trastorno mental.

La condición humana sintetiza estos dos

rasgos aparentemente antagónicos: la autonomía y la dependencia. De una parte, el ejercicio libre de nuestras capacidades, que más que facultad o derecho aparece como necesidad de trascender nuestras limitaciones y ampliar nuestro horizonte de posibilidades. De otra, nuestra vulnerabilidad y dependencia, y la subsiguiente búsqueda de apoyos para compensar o superar tal situación. Si la primera se hace eco del carácter individual de nuestras decisiones y acciones, la segunda ejemplifica cómo nuestras respuestas ante la realidad no son ni pueden ser meramente individuales, sino que se sustentan en una haz de afiliaciones o vínculos significativos que nos definen. El reconocimiento de la dependencia es la clave de la independencia (MacIntyre, 2001, pag 103).

La negación de las limitaciones y el olvido de la dependencia que genera un trastorno mental son actitudes inadecuadas, en buena medida sustentadas en una noción ideal de autonomía y en una errada comprensión de la protección. Tomarse los derechos de las personas con trastornos mentales en serio no equivale a abstenerse o descuidar su tratamiento jurídico; sí exige, en cambio, responder de forma prudencial y ajustada a sus necesidades, mediante la intervención subsidiaria del principio de protección. Éste no implica la retirada de los derechos, sino que propicia que sean ejercidos de forma eficaz en todas las situaciones posibles, incluso allí donde no exista capacidad o autonomía para ello.

7.5. Rehabilitación de la autonomía y de la identidad

Las reiteradas demandas de normalización, integración, inclusión o participación de las personas con trastornos mentales en el contexto social están mediadas por el recono-

cimiento y la promoción de sus capacidades, y apunta al desarrollo de una vida autónoma y a la configuración de su propia identidad.

A través de la normalización se pone a disposición de todas las personas con trastornos mentales modos de vida y condiciones de existencia diaria lo más similares posibles a las circunstancias normales y al tipo de vida de la sociedad a la que pertenecen. Asimismo, se reducen los temores, mitos y prejuicios que han empujado a la sociedad a marginarlas. En ambos casos, la puesta en práctica del principio de normalización llevará necesariamente a la integración social.

Las personas con trastornos mentales han de poder tomar parte en el gobierno y disfrute de lo común, de aquello compartido por todos. Su integración propicia una participación real y efectiva en el entorno, en lo comunitario. Por tanto, una buena actuación en materia de salud mental ha de fomentar su adaptación e integración mediante los apoyos necesarios. En las sociedades contemporáneas la ausencia de salud mental no puede servir como instrumento de exclusión y marginación: los derechos no dependen de la mayor o menor capacidad sino que derivan de la igual dignidad de todos los seres humanos. No está en manos de la sociedad despojar a las personas con trastornos mentales de sus derechos, pero sí facilitar su ejercicio. Por tanto, la normalización equivale a equiparación en el reconocimiento jurídico; y la integración ha de ser entendida como equiparación de oportunidades para desarrollar los distintos programas de vida.

Si la actitud de la sociedad respecto de las personas con trastornos mentales era el referente en la normalización y la integración, a través de las que se preserva el derecho a “no ser diferente”, una vez alcanzados estos hitos surge un nuevo objetivo: la identidad, que se

hace eco del derecho a “ser diferente”. La identidad apela a la singularidad, a la dimensión original de cada persona con trastornos mentales. Cada sujeto posee tal grado de individualidad que se configura como único y diferente de todos los demás: la identidad, como expresión de lo que es propio de cada persona, es la definición de uno mismo.

7.6. Eliminación de la discriminación

La eliminación de la discriminación es, en cierto modo, la actitud primaria y motriz del logro de los restantes objetivos y, simultáneamente, un objetivo que compendia los restantes logros. No puede proclamarse la eliminación de la discriminación sin haber alcanzado cierto grado de autodeterminación y expresión de la identidad personales, normalización social, integración y participación de la persona con trastornos mentales.

Sin embargo, la ausencia de discriminación no es el objetivo último. El Derecho no fija la personalidad sino que la hace posible. Establece y ha de establecer las condiciones que permitan desarrollarla –las capacidades, en particular a partir del reconocimiento y respeto de la dignidad, proporcionando una libertad suficiente para todas las personas en condiciones básicas de igualdad; pero en ningún caso ha de definirla o determinarla. Ésta es la forma de actuación más coherente con el modelo basado en los derechos y las capacidades.

7.7. Una vida de calidad como corolario

El Derecho brinda condiciones para que los problemas de salud mental no impidan el

desarrollo personal. Para alcanzar dicha meta, la eliminación de la discriminación garantiza la ausencia de obstáculos; no obstante, si en lugar de formulaciones negativas o privativas adoptamos una perspectiva positiva que aglutine las actitudes y objetivos anteriores, el resultado es una vida de calidad.

La calidad de vida es una síntesis de los anteriores objetivos y, al tiempo, una extensión y una superación. Se concibe como un concepto global y multidimensional, con una alta influencia o sensibilización social. La calidad de vida actúa como criterio o estándar de medición, que toma en consideración un conjunto de factores articulados en ocho dimensiones básicas: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos, examinados todos ellos desde un triple nivel de análisis: el microsistema, o contexto social inmediato –familia, hogar, grupo de iguales, lugar de trabajo–, que afecta directamente a la vida de la persona; el mesosistema, o vecindario, comunidad, agencias de servicios y organizaciones, que afecta directamente al funcionamiento del microsistema; y el macrosistema, o patrones más amplios de cultura, tendencias sociopolíticas, sistemas económicos y factores relacionados con la sociedad, que afectan directamente a nuestros valores, creencias y al significado de palabras y conceptos (Schalock y Verdugo, 34 ss., en particular 38). Tales factores configuran y permiten determinar el nivel de calidad de vida (Schalock y Verdugo, 34) o, en la expresión de la CIF, bienestar personal (World Health Organization 2001, 230-231).

Derechos humanos, capacidades, salud mental y calidad de vida. Merece subrayarse la importancia de una relación armónica entre los modelos teóricos de calidad de vida y los modelos de definición y clasificación

de la salud mental y el modelo basado en las capacidades y los derechos, pues éstos son trascendentales para una vida de calidad. Los derechos humanos ejemplifican la primacía de lo sustantivo –la persona– frente a lo adjetivo o calificador –el trastorno mental–, y representan el cauce jurídico, moral y político más poderoso para la obtención de los objetivos de la intervención jurídica en materia de salud mental. El reconocimiento jurídico, nacional e internacional, de los derechos requiere ser completado con medidas legislativas de desarrollo de carácter estatal y con documentos y textos jurídicos de carácter internacional de diferente alcance y grado de vinculación; es decir, avanzar en el necesario proceso de universalización de los derechos (World Health Organization 2003 y 2005). Asimismo, requiere ser completado con su garantía, no sólo mediante los cauces jurídicos adecuados sino también mediante políticas públicas que los fortalezcan. En suma, una vida de calidad, también para las personas con trastornos mentales y para sus cuidadores, exige el respeto de la dignidad y el disfrute de un grado de autonomía y de un conjunto de apoyos suficiente para proponerse y desarrollar un programa de vida propio, libre y responsablemente escogido, en el marco de la comunidad (Schalock y Verdugo, Nussbaum y Sen).

8. CONCLUSIÓN: CAPACIDADES, DERECHOS, JUSTICIA

Si lo expuesto en las páginas anteriores resulta aceptable, la conclusión ha de limitarse a enunciar brevemente en qué consiste el modelo basado en los derechos y las capacidades, y qué significa una sociedad justa en materia de salud mental.

1. Promoción y cuidado universales de la salud mental, en atención a su condición de capacidad básica.

2. Prioridad de las capacidades y subsidiariedad de los funcionamientos, es decir, proporcionar las bases para la elección del bien y del propio proyecto de vida.
3. Primacía de la autodeterminación y subsidiariedad de la protección, que no es sino otra forma de enunciar lo anterior, siguiendo el catálogo de principios propuesto.
4. Universalización y actualización de los derechos, esto es, extensión del reconocimiento y del disfrute de los derechos humanos a todas las personas, sin excluir a las personas con trastorno mental.
5. Atención a la dependencia y la discapacidad por causa de trastornos mentales.
6. Importancia del cuidado en materia de salud mental, especialmente en una doble dirección: cuidado y atención de la persona con trastornos mentales y, también, cuidado y atención del cuidador.
7. Conquista de la justicia.

En condiciones ideales esta séptima y última conclusión surgiría como corolario. Sin embargo, conviene detenerse brevemente a reflexionar sobre el modo de alcanzar la justicia en materia de salud mental.

El Derecho es una herramienta imprescindible en la obtención de los objetivos apuntados, pero en modo alguno suficiente. Cierta cambio puede iniciarse a través del Derecho, pero el cambio auténticamente necesario es el de las actitudes individuales y sociales (Seoane 1999, 417-440). Todos contribuimos a definir la salud mental, que es pluridimensional y nos afecta a todos. Se comprende así que las respuestas sobrepasen el ámbito jurídico, pues el Derecho sólo puede ofrecer un

conocimiento aproximado y parcial de una realidad multifacética. La configuración y definición del proyecto de vida y de las aspiraciones de felicidad de cada persona es tarea que no compete al sistema jurídico. No obstante, en este complejo proceso deviene imprescindible el auxilio del Derecho, reforzando la posesión y el disfrute de las capacidades por medio de los derechos, y prestando singular atención a la situación de las personas con trastornos mentales.

El Derecho aspira a la justicia, a restablecer el equilibrio y la simetría propios. Una ordenación digna de la convivencia sí puede obtenerse a través de su intervención, pero no hemos de pedir al Derecho más de lo que puede dar. Aquí se detiene la labor jurídica. En consecuencia, si la necesaria respuesta del Derecho es fragmentaria e incompleta, el logro de una justicia real en materia de salud mental puede exigir una actitud complementaria que trascienda el ámbito jurídico. Si la justicia no basta, hemos de buscar soluciones que trasciendan el plano jurídico; entre todas, sugiero, la solidaridad.

Más allá de la justicia se halla la solidaridad. Solidaridad significa ahora adhesión, ayuda o entrega incondicionales o categóricas, generosidad y apertura sin tasa. Este comportamiento no puede ser impuesto a través de las instituciones jurídicas, de alcance limitado. Por el contrario, la solidaridad, inconmensurable, es un movimiento desde el individuo hacia los demás que no repara en qué consiste o a cuánto asciende lo debido; llega a dar más de lo exigido, a trascender el mínimo justo para alcanzar el máximo humano.

La tarea del Derecho es hacer justicia. Sin embargo, quizás convenga reivindicar la solidaridad como remedio complementario a los defectos de nuestras sociedades, en con-

creto para rectificar su actitud ante las personas con trastornos mentales. Restaurar la equivalencia y el equilibrio entre las personas representa ciertamente un deber de justicia; pero la desigualdad o desemejanza del tratamiento a las personas con trastornos mentales es tan acentuada en algunas áreas que la tarea inmediata de los tiempos venideros puede ser, propiamente, alcanzar la justicia a través de la solidaridad.

A lo afirmado cabe una ulterior precisión. La solidaridad es índice de la sensibilidad moral de la sociedad y un excelente estímulo de conductas valiosas. Sin embargo, no ha de incurrirse en la inflación de la solidaridad. Lo verdaderamente decisivo es su conversión en un deber de justicia, jurídicamente exigible. El avance y mejora de la sociedad se verifica mediante la transformación y traducción de los principios de solidaridad en principios de justicia. En nuestro contexto la solidaridad se configura como una virtud de emergencia, que es aquella que no podría desear su condición, la situación de emergencia a la que sale al paso (sin referirse específicamente a la solidaridad, Jonas 1997, 47). Eliminarla, y con ello a sí misma, es su verdadero destino.

En otras palabras, el porvenir inmediato puede requerir ciertas conductas solidarias de la ciudadanía para alcanzar los objetivos señalados en el marco de la salud mental. Pero la auténtica finalidad es la extinción de la solidaridad como agente de las respuestas jurídicas y sociales. Y es que, en rigor, se nos ha de reclamar la conversión de la solidaridad en justicia: no apelar a la dación excesiva, desequilibrada e inexigible de la solidaridad, sino dar a cada persona con trastornos mentales —y, en su caso, a sus cuidadores— lo que le corresponde, que no es otra cosa que el reconocimiento y el respeto de su dignidad y libertad iguales, y de todos los derechos y

obligaciones que de ello se derivan. Ahora, en el momento presente, lo justo es una vida de calidad, plena de capacidades y derechos, mediante la ausencia de discriminación, la normalización, la integración y

la identidad; luego y siempre, al igual que el resto de los ciudadanos, la lucha por conquistar la autonomía y la posibilidad de la felicidad. Ésta es nuestra tarea.

BIBLIOGRAFÍA

- Bercovitz, R.** (1976). *La marginación de los locos y el Derecho*. Madrid: Taurus.
- Biel Portero I. y Rey Aneiros, A.** (2006a). La apuesta comunitaria por el enfoque de las personas dependientes: la dignidad de la persona como punto de partida. En *Protección jurídica de la dependencia en el ámbito internacional* (en prensa), Fernández Liesa, C. (coord.), Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Universidad Carlos III de Madrid.
- Biel Portero, I. y Rey Aneiros, A.** (2006b). La política social de la Unión Europea como única vía para la protección de los derechos de las personas dependientes: ¿Una etapa superada? En *Protección jurídica de la dependencia en el ámbito internacional* (en prensa), Fernández Liesa, C. (coord.), Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Universidad Carlos III de Madrid.
- Cardona, J.** (2001). La protección de los derechos de los discapacitados en Europa. En Mariño Menéndez, F. M. y Fernández Liesa, C. (dir. y coord.). *La protección de las personas y grupos vulnerables en el Derecho europeo* (333-355). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Cardona Lloréns, J. y Sanjosé Gil, A.** (2005). La promoción y protección de los derechos humanos de las personas con discapacidad: en el camino de su reconocimiento universal. En Courtis, C, Hauser, D. y Rodríguez Huerta, G. (comp.). *Protección internacional de derechos humanos. Nuevos desafíos* (147-175). México: Porrúa. ITAM.
- Carretero Pérez, A.** (1977). *La problemática jurídica de los subnormales en España*. Madrid: EDERSA.
- Díez-Picazo, L.** (dir.) (1975). *La situación jurídica de los deficientes mentales en el Derecho español*. Madrid: Departamento de Derecho civil de la Universidad Autónoma.
- Jonas, H.** (1997). En el umbral del futuro: valores de ayer y valores para mañana. En *Técnica, medicina y ética. Sobre la práctica del principio de responsabilidad* (41-54). Barcelona: Paidós.
- Kittay, E. F.** (2002). *Caring for the Vulnerable by Caring for the Caregiver: The Case of Mental Retardation*. En *Medicine and Social Justice. Essays on the Distribution of Health Care* (290-300). New York: Oxford University Press.
- MacIntyre, A.** (2001). *Animales racionales y dependientes. Por qué los seres humanos necesitamos las virtudes*. Barcelona: Paidós.
- Nussbaum, M. C.** (2002). *Las mujeres y el desarrollo humano. El enfoque de las capacidades*. Barcelona: Herder.
- Nussbaum, M. C.** (2006). *Frontiers of Justice. Disability, Nationality, Species Membership*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Nussbaum, M. C. y Sen, A.** (compiladores) (1996). *La calidad de vida*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Schallock, R. L. y Verdugo, M. Á.** (2003). *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza.
- Sen, A.** (1999). *Development as Freedom*, New York: Knopf. (Versión española: *Desarrollo como libertad*, Barcelona: Planeta, 2000).
- Seoane, J. A.** (coord.) (1999). *Derecho y retraso mental. Hacia un estatuto jurídico de la persona con retraso mental*. A Coruña: Fundación Paideia.

- Seoane, J. A.** (2004a). Derecho y personas con discapacidad. Hacia un nuevo paradigma. Siglo Cero 35/1, 20-50.
- Seoane, J. A.** (2004b). El significado de la Ley básica de autonomía del paciente (Ley 41/2002, de 14 de noviembre) en el sistema jurídico-sanitario español. Una propuesta de interpretación. Derecho y Salud 12/1, 41-60.
- Seoane, J. A.** (2005). Del paternalismo al autonomismo: ¿Hay otros modelos de fundamentación ética?. En La Bioética, mosaico de valores (77-104), Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica.
- Seoane, J. A.** (dir.) y López Suárez, M. A. (ed.) (2001). Normativa jurídica básica de las personas con discapacidad. A Coruña: Fundación Paideia.
- Seoane, J. A.** (dir.), Abad Castelos, M. y Rey Aneiros, A. (ed.) (2003a). Código de Derecho internacional público en materia de discapacidad. A Coruña: Fundación Paideia Galiza.
- Seoane, J. A.** (dir.) y Peña López, F. (ed.) (2003b), Jurisprudencia sobre personas con discapacidad. A Coruña: Fundación Paideia Galiza.
- Seoane, J. A.** (dir.) y López Suárez, M. A. (ed.) (2004). Legislación sobre personas con discapacidad (Addenda 2001-2004). A Coruña: Fundación Paideia Galiza.
- Seoane, J. A.** (dir.), Abad Castelos, M., Biel Portero, I. y Rey Aneiros, A. (ed.) (2006). Código de Derecho comunitario europeo en materia de discapacidad. A Coruña: Fundación Paideia Galiza.
- Simón, P. y Barrio, I. M.^a** (2004). ¿Quién decidirá por mí? Ética de las decisiones clínicas en pacientes incapaces. Madrid: Triacastela.
- World Health Organization** (1980). Clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías. Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad. Madrid: INSERSO, 1983).
- World Health Organization** (1990). ICD-10 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, tenth revision, Geneva: World Health Organization. (Versión en español: Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. CIE-10. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1995).
- World Health Organization** (1996). Mental Health Care Law: Ten Basic Principles. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization** (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), Geneva: World Health Organization. (Versión en español: Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Madrid: OMS. OPS. IMSERSO).
- World Health Organization** (2003). Mental Health legislation and Human Rights. Geneva: World Health Organization. (Versión en español: Legislación sobre salud mental y derechos humanos, 2005).
- World Health Organization** (2005). WHO Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation, Geneva: World Health Organization.

Dirección postal:

Facultad de Derecho
Universidade da Coruña
Campus de Elviña s/n
15071 A Coruña
España
Teléfono: (34) 981167000, ext. 1586
Fax: (34) 981290310
Correo electrónico: jaseoane@udc.es

Tratamiento ambulatorio involuntario de los enfermos mentales. El trasfondo de un prolongado debate

Involuntary community treatment for mental ill people. The background or a prolonged debate

Onésimo González Álvarez

Unidad de Hospitalización de Psiquiatría. Hospital Juan Ramón Jiménez. S.A.S. Huelva.

RESUMEN

Llevamos tres años debatiendo la propuesta de modificación del artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (L.E.C.) con el objeto de autorizar expresamente tratamientos ambulatorios involuntarios de los enfermos mentales. A muchos nos parece una iniciativa innecesaria dado que los tratamientos involuntarios, para todo tipo de pacientes y en todo tipo de circunstancias están contemplados en las leyes vigentes (Convenio de Oviedo, Ley 41/02 de Autonomía, etc.).

Se trata, en el fondo, de un nuevo intento de judicializar la asistencia psiquiátrica, expresión de las importantes resistencias sociales, institucionales y corporativas para reconocer la ciudadanía de los enfermos mentales y su plena equiparación a otras clases de enfermos, tal y como recogen las leyes en vigor en nuestro país, desde la promulgación de la Constitución de 1978.

Palabras clave: *Enfermedad mental. Tratamiento involuntario. Ciudadanía. Legislación no específica.*

El Grupo Parlamentario de Convergencia y Unió, a instancias de la Confederación española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales (F.E.A.F.E.S.) ha propuesto modificar el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (L.E. C.) para permitir tratamientos am-

ABSTRACT

We carry three years debating the proposal of modification of the article 763 of the Law of Civil Judgement (L.E.C.) with the purpose to authorize explicitly involuntary outpatient treatments for the psychiatric patients. To many, an unnecessary initiative seems us, given that the involuntary processing, for all kinds of patients and in all kinds of circumstances they are contemplated in the laws in force (Covenant of Oviedo, Law 41/02 of Autonomy etc.)

At heart it's a matter of a new intent to convert the psychiatric assistance in a judicial process, expression of the important corporate, institutional, and social resistances to recognize the citizenship of the sick mental and their full comparison to other classes of sick, just as the laws in vigor in our country collect, since the promulgation of the Constitution of 1978

Keywords: *Mental illness. compulsor y treatment. Citizenship. Not specific legislation.*

bulatorios involuntarios de los enfermos mentales. Tal iniciativa ha suscitado un debate, que ya ha cumplido su tercer año, manifestado tanto en sede parlamentaria (Comisión de Justicia e Interior del Congreso) como en foros verbales, escritos y electrónicos (1). Aunque la discusión

ha perdido una parte de la agresividad de los primeros momentos y se adivinan acercamientos entre colectivos inicialmente muy enfrentados, la controversia continua y no parece fácil la resolución parlamentaria.

En un par de ocasiones ha sido solicitado mi parecer sobre la iniciativa que comentamos, y en otras lo he expresado sin que me lo pidieran (2). A mi entender la reforma es innecesaria dado que las intervenciones clínicas sin el consentimiento de los pacientes **para todo tipo de pacientes**, están contempladas en la Ley 41/2002 de 14 de noviembre “de Autonomía del paciente”, particularmente en su artículo 9. Dicha Ley desarrolla y precisa el Convenio de Oviedo, que posee el carácter de legislación interna en España desde enero de 2000. La suficiencia de la normativa vigente ha sido sostenida tanto por la Asociación Española de Neuropsiquiatría (A.E.N.) como por el Defensor del Pueblo Español, en su recomendación al Ministerio de Justicia de 11-11-05, quien se refiere expresamente al artículo 9 de la Ley 41/02 y al 6 del Convenio de Oviedo.

La legislación vigente en España incluye otras posibilidades de tratamiento no voluntario que, **por una parte** no son específicas para enfermos mentales, ya que pueden afectar a otros ciudadanos, y **por otra** cuentan con la máxima garantía, ya que se producen mediante sentencia, tras juicio, con intervención del interesado y/o de su defensa y representación así como tras el examen de

pruebas y argumentos eventualmente contradictorios.

Se trata, en primer lugar, y en el **ámbito jurisdiccional civil**, de la declaración de incapacidad. Las enfermedades o deficiencias físicas o psíquicas persistentes, de una determinada intensidad, pueden impedir a la persona gobernarse por sí misma. Iniciado el procedimiento y producida la sentencia esta deberá fijar los límites y la extensión de la incapacidad, así como quien haya de asistirle y velar por él, **en aquellas específicas competencias en que haya sido declarado carente de aptitud** (y no en otras) que puede limitarse o incluir el tratamiento médico u otras clases de cuidado sanitario.

En el ámbito penal, entre los supuestos de exención o atenuación de responsabilidad criminal, **junto a otros** se incluyen las alteraciones o anomalías psíquicas que, al tiempo de cometer la infracción, impidan comprender su ilicitud o actuar conforme a dicha comprensión. Entre las medidas de seguridad que eventualmente pueda incluir la sentencia se encuentra la sumisión a tratamiento ambulatorio.

Las resistencias familiares, principalmente, impiden, dificultan o retrasan tanto la apertura de diligencias penales como el inicio de procesos de incapacitación. Más tarde volveremos sobre ello.

En fecha reciente, el Dr. J. M. Bertolote responsable de Trastornos Mentales y Cerebrales

1. El debate parlamentario ha sido recogido tanto por *Luis Fernando Barrios* (2005) como por *Vicente Magro Servet* (2005). *Diario Médico*, a lo largo del mismo año ha publicado diversos reportajes, tribunas y noticias, recogiendo pronunciamientos individuales y colectivos, tanto del campo jurídico como del sanitario. El documento de la Asociación Española de Neuropsiquiatría se publicó en el nº 92 de la Revista y la Recomendación del Defensor del Pueblo Español al Ministerio de Justicia es del 11-11-05.

2. El Presidente de la A.E.N. solicitó mi opinión en mayo de 2003 y se la di el 25 de junio de ese año. Formé parte de la Comisión de la A.E.N. que elaboró el documento referido en 1 y me he manifestado en un par de Tribunas de Diario Médico y en actividades científicas de la A.E.N.

3. Se trata de las declaraciones al diario *El País* del martes 8-noviembre-2005 (sección sociedad, p. 42) ... “España es el país más avanzado en materia de protección de los derechos del enfermo mental y así lo destaco en todas las conferencias que doy por el mundo”... “... “Otra cosa es su cumplimiento en la vida real”...”

de la O.M.S. se refería públicamente (3) al carácter avanzado... “el más avanzado” del marco legal español en lo que se refiere a los enfermos mentales. En efecto:

La promulgación de la Constitución significó el reconocimiento de la condición de ciudadanos de los enfermos mentales (artículos 14 y 49 principalmente), titulares de derechos y susceptibles de imputación de responsabilidades como el resto de las personas. Hasta entonces era posible la privación de libertad, por tiempo indefinido, sin ninguna clase de control judicial (internamientos del Decreto de 3 de julio de 1931). El enfermo mental estaba expresamente equiparado a los animales feroces o dañinos, en el Código Penal, el mismo Código que establecía medidas de seguridad desproporcionadas, sin límite y sin revisión.

El desarrollo legislativo posterior mantiene el principio no discriminatorio e integrador de la norma constitucional:

- La Ley 13/82 de Integración Social de los Minusválidos (L.I.S.M.I.) no discrimina a los enfermos mentales cuyo padecimiento suponga menoscabo persistente o permanente de sus capacidades y que dificulte o impida la integración educativa, laboral o social. Junto a los demás disminuidos, sean físicos o sensoriales, la ley propugna expresamente la integración de las medidas de promoción educativa, social, laboral o cultural en las instituciones de carácter general (artículo 6), siendo el último objetivo de la Ley, tal como fué expresado por **D. Ramón Trías Fargas**, quien presidió la Comisión Especial del Congreso para el estudio de los problemas de las minusválidos... “llegar a un punto en el que no hagan falta leyes espe-

ciales porque las personas afectadas están integradas en un plano de igualdad absoluta en la legislación general aplicable a todos los españoles “ (4).

- La Ley 14/86 General de Sanidad, en su artículo 20 establece la **total equiparación** de los enfermos mentales a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales, así como la **plena integración** de las atenciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general. Dicho artículo es el resumen o destilado del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica.
- La normativa sanitaria posterior insiste, y en ocasiones precisa y concreta la equiparación y la integración a que se refiere el artículo 20: La Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud (R.D. 63/1995) incluye la atención de la salud mental y la asistencia psiquiátrica, el diagnóstico, seguimiento clínico, psicofarmacoterapia, psicoterapias individuales, de grupo o familiar, y en su caso la hospitalización, **como el resto de la asistencia especializada**.
- La Ley 16/2003 de 28 de mayo de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud incluye expresamente la atención de salud mental en las prestaciones de atención primaria y de atención especializada, y le concierne tanto lo que se refiere a la atención sociosanitaria como de urgencia... “ que se dispensará tanto en centros sanitarios como fuera de ellos, incluyendo el domicilio del paciente, durante las 24 horas del día, mediante atención médica y de enfermería”...
- La Ley 41/02 “de Autonomía” se refiere a **toda clase de pacientes**. El artículo 9 enu-

4. Sobre la gestión de la LISMI me ha parecido muy importante la información proporcionada por el profesor A. Vila, publicada en la Revista Médica Internacional sobre Síndrome de DOWN (2001) y que he citado sobre todo en “La atención que excluye”, publicado en el nº 4 del efímero “Rayo que no cesa” así como en el nº 38 de “*Siso – Saude*” (2003) y en el nº3 “Portularia” (Universidad de Huelva, 2003).

mera los supuestos en que los facultativos pueden llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables a favor de la salud de los pacientes, sin contar con su consentimiento. Se definen los supuestos de consentimiento por representación, la responsabilidad del médico encargado de la asistencia, el recurso a familiares y allegados y hay referencia expresa a la participación del paciente en la toma de decisiones, el modo y grados de tal participación a lo largo del proceso asistencial. Todo ello independientemente de que el tratamiento sea hospitalario, ambulatorio o domiciliario.

- En otros ámbitos legislativos se mantiene el principio no discriminatorio a que nos referimos: Las causas de incapacidad civil son las enfermedades y las deficiencias, **físicas o psíquicas**, persistentes, que impidan a la persona gobernarse por sí misma.

Lo mismo en el Código Penal: La exención y la atenuación de la responsabilidad criminal no están ligadas mecánicamente a diagnósticos clínicos o a procesos patológicos. Se trata de la situación del sujeto en el momento de cometer la infracción, y en que medida una anomalía o una alteración psíquica, un estado tóxico, un síndrome de abstinencia o un trastorno perceptivo congénito o adquirido en la primera infancia le impiden comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a dicha comprensión.

El mismo Código Penal (Ley orgánica 10/95 de 23 de noviembre) deroga la Ley de Peligrosidad Social y por ello acaba con la peligrosidad predelictual, es decir, con la inseguridad jurídica en que se encontraban los enfermos mentales y otros “vagos maleantes” a los que estaban equiparados... Y acaba también con el carácter desproporcionado, sin límite y sin revisión que tenían las medidas de seguridad en la legislación penal precedente. Las dificultades y resistencias sociales y corporativas para aceptar

y asumir los cambios que ha traído el “Código Penal de la democracia” están en el origen de los repetidos intentos de judicializar la asistencia psiquiátrica, cuya última manifestación, por ahora, es la propuesta de modificación del artículo 763 de la L.E.C., que comentamos.

- La Ley Orgánica 2/1986 de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad (artículo 11.1b, artículo 53.1) contempla sus funciones de auxilio y protección a las personas y bienes y su cooperación cuando sean requeridos para ello, que puede ser motivada por un accidente de tráfico, un accidente cerebrovascular en la calle o una agitación psicótica. La normativa andaluza sobre atención a urgencias, traslados e ingresos psiquiátricos contempla este recurso, bajo el principio de que la urgencia de salud mental se equipara expresamente al resto de las urgencias sanitarias.

A diferencia de la mayoría de los países no existe en España una legislación específica para enfermos mentales, lo que no es fruto del azar, sin consecuencia del esfuerzo cooperativo de colectivos profesionales de la Psiquiatría y el Derecho convencidos de que su misma existencia supondría institucionalizar la diferencia, la separación, la discriminación, y por tanto favorables a una legislación común a la existente para el resto de los ciudadanos, para el común de los enfermos y, en su caso, para los discapacitados. En la Comisión que se constituyó en el Ministerio de Justicia en 1982 para estudiar la problemática del internamiento de los enfermos mentales y la sustitución del decreto de 1931 (inconstitucional porque permitía privaciones de libertad sin control judicial), se llegaron a manejar hasta siete borradores de Ley alternativos al decreto referido, imponiéndose al final la tesis de que el tratamiento de los enfermos mentales no debiera tener un abordaje específico, para evitar discriminaciones, remitiéndose a lo que estableciera la Ley General de Sanidad. En ese contexto, el internamiento no debe ser con-

cebido mas que como medida de tratamiento o condición para el mismo, por ello, y en tanto se promulgaba la Ley General de Sanidad, y dada la existencia de internamientos (hospitalizaciones) involuntarios se introduce el artículo 211 en la nueva redacción del Título IX del Código Civil (Ley 13/83) que establece el control judicial en los casos de ingresos involuntarios (5). Debe advertirse que, desde el primer momento, el papel del juez viene determinado por su condición de garante del derecho a la libertad del paciente que se ha ingresado o se quiere ingresar contra o sin su consentimiento, acreditando que hay motivo médico o clínico suficiente (o no) para la adopción de medida tan extrema como la privación de libertad. Aquí el juez no interviene para defender el orden social ni a los profesionales sanitarios.

Las modificaciones legislativas posteriores han mejorado el contenido del artículo (La Ley 1/96 sustituye “presuntos incapaces” por persona que no está en condiciones de decidirlo por sí, por razón de trastorno psíquico) y el 763 de la L.E.C. que lo sustituye es una norma muy garantista, debido al extenso y prolongado debate que precedió a su aprobación, debate suscitado por la pretensión contenida en el 765 del proyecto legislativo (felizmente abortado) de responsabilizar a los jueces de las altas médicas.

El carácter avanzado y garantista del 211 y del 763 que le sucedió queda eclipsado por su propia existencia, en primer lugar, y por su ubicación, fuera de las leyes sanitarias, en el Código Civil primero y en la L.E.C. después, junto a los procedimientos de incapacitación, siendo fuente de continua confusión así como “desbordamientos” y desnaturalización de la función judicial, hasta llegar a pervertirla.

En primer lugar la dificultad para respetar la diferencia entre la competencia facultativa,

médica, de indicar y ordenar las hospitalizaciones, y la judicial de autorización o aprobación de la misma. Algunos jueces siguen dictando autos ordenando ingresos hospitalarios civiles, reaccionando a veces de modo violento o amenazador cuando se les trata de hacer ver su falta de indicación o contraindicación clínica.

Otras veces es el personal sanitario quien trata de eludir su responsabilidad en la indicación o la orden de ingreso, contra la voluntad del paciente, tratando de refugiarse en la autoridad del juez.

Con la primitiva redacción del 211, y su ubicación, era frecuente la confusión entre dos instituciones jurídicas diferentes, aunque próximas, como son la autorización de ingreso involuntario y la incapacitación civil.

Lo más frecuente, sin embargo es el recurso al juez civil, por parte de familiares o allegados del paciente, en materia que son de ámbito penal, por rechazo expreso de las familias de utilizar esa vía...” como voy a denunciar a mi hijo“...

A mi modo de ver, el artículo 211 del C. Civil debió ser derogado tras la promulgación de la Ley General de Sanidad, cuyo artículo 10 incluía los supuestos de intervención médica no consentida.

En estos momentos el artículo 9 de la Ley 41/02 hace innecesario el 763 de la L.E.C., que debe desaparecer del lugar que ocupa, sin que se pierdan sus elementos garantistas. De hecho, la Ley orgánica 3/86 de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública contempla intervenciones facultativas sin contar con el consentimiento del paciente integradas en el **artíc. 9.2 a** de la Ley 41/02 y cuyo control judicial, por cierto, corresponde a la Jurisdicción contencio-

5. Véase al respecto el Cuaderno Técnico nº 3 de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, que incluye en un disquete un amplio dossier documental (apartados 3.2 y 4.3).

so – administrativa (Disposición final décimo-cuarta de la L.E.C.).

Desconozco si desde el punto de vista de la técnica jurídica cabe una integración del 763 de la L.E.C. en el 9 de la 41/02, como se ha hecho con la ley 3/86, o si sería más razonable ir a una Ley de intervenciones médicas no consentidas que incluya todos los supuestos, como hace años viene proponiendo el fiscal de la Audiencia de Córdoba D. Fernando Santos Urbaneja.

En otros países (7), en la mayoría, existen normas específicas, solo para enfermos mentales.

Las normas europeas que se citan en la polémica sobre tratamiento ambulatorio involuntario (Francia, Alemania, Portugal...) hablan de “salidas de ensayo”, “suspensión condicionada del internamiento”, “tratamiento posthospitalario”... es decir, lo propio del enfermo mental es estar encerrado, el supuesto es el internamiento.... La repetidamente citada Ley Kendra es una norma específica dentro de una Ley específica (sección 9.60 de la Ley de Higiene Mental).

El desasosiego que nos produce la generalización de legislaciones específicas aumenta sobremedida al considerar algunas realidades asistenciales y formas de relación entre justicia y ley presentes en el mundo supuestamente democrático y desarrollado, como el “abuso psiquiátrico por motivos económicos de Japón”, el caos del hospital psiquiátrico británico de Ashworth, supuesto centro de seguridad para delincuentes peligrosos, o la reciente resolu-

ción de un tribunal en U.S.A. que ordena tratar a un enfermo psicótico, condenado a muerte, para poder ejecutarlo (8).

Tales normas y prácticas están muy alejadas de las atinadísimas reflexiones de Rodrigo Bercovitz ...”El enfermo mental es en primer lugar un ciudadano, en segundo lugar un ciudadano enfermo y en tercer lugar un ciudadano afectado por un tipo de enfermedad peculiar”. Es decir, sujeto de derechos por su condición de persona, anterior a la de enfermo, a quien también le corresponden obligaciones, como muy bien precisa J. Fernández Entralgo ...”Los conflictos jurídicos que pueden surgir en torno a una persona aquejada de enfermedad mental han de resolverse partiendo de que es un ser humano, titular de derechos y, en mayor o menor medida, centro de imputación de responsabilidades”.

Este tipo de consideraciones, que resumen y precisan el “espíritu” de la legislación vigente en España están muy lejos de reflejar la consideración social dominante sobre la locura, que sigue siendo percibida como peligro o amenaza sobre cualquier otra valoración, provocando la respuesta del encierro como principal mecanismo de defensa social, a la vez que forma de muerte simbólica, en un vano intento de negar, acotar o exorcizar el mal que el loco expresa y representa, loco que sigue siendo percibido peligroso, irresponsable e incapaz. Los avances contenidos en las leyes tardan en impregnar el tejido social y modifican muy lentamente la realidad, que persiste miserable y violenta. Intereses y actitudes de diversos colectivos so-

6. El amplio debate que suscitó dicha iniciativa legislativa está muy bien resumido en el artículo editorial (*de Carlos Dueñas*) del nº 72 de la Revista de la A.E.N.

7. En el artículo del prof. Luis F. Barrios antes citado (2005) hay una exhaustiva revisión de la legislación internacional, que también está referida en la monografía de la O.M.S. de 2003 “Legislación sobre salud mental y derechos humanos”.

8. El abuso japonés está señalado en el capítulo relativo a “mal uso y abuso de la psiquiatría, visión general”, del Manual de Ética y Psiquiatría de Bloch, Chodof y Green. La frase entrecomillada es de Harding. El caos de Ashworth se describe en la contraportada del diario *El País* del miércoles 13 de enero de 1999, el mismo diario que el 12 de febrero de 2003 recoge la decisión de un tribunal federal de apelaciones de St Louis (Misuri) que ordena a los responsables penitenciarios de Arkansas “administrarle por fuerza una medicación que le devuelva cordura suficiente para ser ejecutado”.

ciales se interponen entre norma y realidad, obrando como potentes resistencias que impiden el acercamiento entre una y otra.

Por ejemplo: veinte años después de promulgada la Constitución y dos años después de aprobado el “Código Penal de la Democracia”, un estudioso y conocedor riguroso de estos asuntos, Julián Espinosa Iborra, podía decir que... “hasta hoy mismo, la mayor parte de las sentencias que he visto hacían una correlación automática enfermo – esquizofrénico – peligroso – inimputable, aunque el delito nada tuviera que ver con la enfermedad”. El enfermo mental, pues, al contrario de lo que dice Bercovitz, es antes que nada loco, todo él loco, solo loco, condición que invade y anula las anteriores de ciudadano y enfermo.

Estas resistencias corporativas del campo jurídico se acomodan muy bien con las de los profesionales de la Psiquiatría, en su reivindicación de instituciones, servicios y recursos específicos, solo para enfermos mentales, distintos y separados (9), o en su rechazo a la responsabilidad que les concierne en el establecimiento de límites y contención de las conductas psicóticas.

Las familias (“las madres”) en su negativa al recurso penal, en multitud de ocasiones sobradamente justificado y necesario, y en las actitudes mantenedoras de la relación fusional cuya permanencia, precisamente, impide el acceso a

la ciudadanía de los pacientes, atrapados en ese vínculo excluyente (10).

La judicialización de la asistencia psiquiátrica responde a esos intereses y actitudes, y ha tenido dos manifestaciones resonantes en los últimos años, como son la propuesta de T.A.I. que inicia el debate que comentamos y el artículo 765 del Proyecto de L.E.C. que, felizmente rechazado trasladaba al juez civil la tarea de dar altas médicas.

En una y otra propuesta, además, subyace una concepción reduccionista de la enfermedad mental, impregnada del paradigma biológico mecanicista imperante, “la pseudopsicopatología psicofarmacológica” o “clínica del medicamento” (11), para quien tratamiento se reduce a la prescripción de psicofármacos, y más concretamente a la inyección periódica de neurolepticos de depósito. Olvidan que tratar tiene que ver con trato y que trato es intercambio. En demasiadas ocasiones el paciente mejora al hospitalizarse al reducir o suspender la medicación que tenía prescrita, medicación que trata, vanamente, de suplir carencias sociales, aliviar la consecuencia de relaciones asfixiantes o la falta de referencias y límites de un medio desestructurado.

El acto médico, reducido a intervención física o química sobre el cuerpo, repetido al infinito, como perversión consoladora que bloquea las posibilidades de intervención global social y sanitaria (12).

9. Tanto en U.S.A. en los 60, como en Italia en los 70 está documentado (Gerald Caplan y Mario Tommasini respectivamente) la resistencia de los psiquiatras a los programas de tratamiento comunitario de los legisladores y políticos, y su tendencia a mantener tratamientos institucionales. Los responsables técnicos de la Reforma Andaluza, hasta 1989 mantuvieron el “no rotundo a la respuesta unívoca y al centro monovalente” y la “decidida obstrucción a cualquier intento de hacer perdurar o crear instituciones monovalentes compuestas por pacientes psiquiátricos y sus terapeutas”, aunque pocos años después (1993) ellos mismos impulsaron una Fundación *solo para enfermos mentales*.

10. Lo dice muy bien Eugenio Trias (2001) ...”El imperativo cívico exige la prescripción de la exogamia, y la tabuización del ensueño psicótico de mantenerse encerrado en el nido matricial, o en unión especular con la propia madre”.

11. Los términos “pseudopsicopatología psicofarmacológica” y “clínica del medicamento” los he tomado de Fuentenebro de Diego (1994) y Maleval (1994) respectivamente.

12. La reflexión es de G. Jervis (1977) aunque tiempo atrás, en 1933, en la posdata de una carta a Tatiana Schucht lo expresaba muy bien Antonio Gramsci: “tomarse una medicina y someterse a un tratamiento cuando siguen subsistiendo las condiciones que determinan la enfermedad es una burla”...

BIBLIOGRAFÍA

- Barrios Flores Luis** (2005) El tratamiento ambulatorio involuntario: perspectiva jurídica. *Psiquiatría Legal*.
- Bercovitz y Rodríguez -Cano, R.** (1976) La marginación de los locos y el Derecho. Taurus. Madrid.
- Bercovitz y Rodríguez Cano, R.** (1980) "Psiquiatría y Derecho". En Glez de Rivera , Vela y Arana. Manual de Psiquiatría. Ed. Karpos. Madrid.
- Bloch S, Chodof - HP Green S.A.** (2001) La Ética en Psiquiatría. Triacastela. Madrid (traducción de la 3º edición inglesa, de 1999, Oxford University Press)
- Caplan, G.** (1980) Principios de Psiquiatría Preventiva. Paidós. Buenos Aires.
- Defensor del Pueblo Español** (2005) Recomendación al Ministerio de Justicia . Expte.: 00411621
- Diez Fernández, M. A.** (2004) Documento A.E.N. sobre la propuesta de regulación del tratamiento ambulatorio involuntario de las personas con trastornos psíquicos. *Rev. Asoc. Neuropsiq.* XXIII- 92, 177-185
- Dueñas C.** (1999) Acerca de la propuesta legislativa para modificar los internamientos psiquiátricos no voluntarios (Editorial) *Rev. Asoc. Esp. Neurops.* XIX- 72, 567-570
- Espinosa Iborra, J** (1997) El tratamiento del enfermo mental en el nuevo Código. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* XVII- 64, p.g. 607-625
- Fernández Entralgo, J.** (1996) Prólogo. En Carrasco J.J. y Maza J.M. Manual de Psiquiatría Legal y forense. La Ley actualidad. Madrid.
- Fuentenebro de Diego** (1994) De las variaciones de la melancolía al concepto de dilución en psicopatología descriptiva. *Psiquiatría Pública* 6-3, 125-131
- González O.** (2000) "La A.E.N. y la situación jurídica de los enfermos mentales". Cuadernos Técnicos nº 3 A.E.N. Madrid
- González O.** (2003) "La atención que excluye" *Siso –Saude* 38 p. 77-90
- González O.** (2005) *Psiquiatría y Ley de Autonomía.* Tribuna de Diario Médico, 4-III-05
- González O.** (2005) *Acerca del tratamiento ambulatorio involuntario de los enfermos mentales.* Diario Médico. 1-XII-05
- Gramsci, A** (1974) Antología. Selección, traducción y notas de M. Sacristán SXXI Madrid
- Jervis G.** (1977) Manual crítico de Psiquiatría. Anagrama. Barcelona
- Maleval J. C.** (1994) Como desembarazarse de la histeria o la histeria en el siglo XX. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* XIV – 49, 269-290
- Magro Servet V.** (2005) Sobre la reforma de la L.E. C. para regular los tratamientos no voluntarios de personas con trastornos psíquicos. *Diario La Ley* nº 6260, 25-V-05
- O.M.S.** (2003) Legislación sobre Salud Mental y derechos humanos. Ginebra
- Torres F., Lara L., López M.** (1989) nuevas perspectivas en Salud Mental Comunitaria: La Reforma Andaluza. Libro de Ponencias. Simposio Regional. W.P.A. Granada 74-81
- Trias , Eugenio** (2001) *Pensar en público.* Destino . Barcelona 199-202
- Vila A** (2001) Los derechos sociales de las personas con discapacidad. *Rev. Med. Internacional sobre el Síndrome de Down*, 5-2 , 27-31.

Dirección postal:
Servicio de Psiquiatría
Hospital Juan Ramón Jiménez
Ronda Norte s/n
21005 HUELVA

Tratamiento Ambulatorio Involuntario: tal vez sí, pero ...

Community Treatment Orders (CTOs). Maybe, but...

Fernando Santander Cartagena

Psiquiatra. Servicios de Salud Mental de Álava. Osakidetza/Servicio vasco de salud. Vitoria.

RESUMEN.

Este trabajo analiza los déficits del sistema asistencial psiquiátrico cara a los trastornos mentales severos y el deber de cuidado. Analiza los pros y contras de los tratamientos comunitarios obligatorios y sus posibles indicaciones clínicas. Termina con una serie de interrogantes sobre los riesgos de una medida de tal tipo y concluye proponiendo una serie de indicaciones para una medida que debe ser contemplada como extraordinaria.

Palabras Clave:

Transtorno Mental Severo. Deficiencias asistenciales. Criterios Clínicos. Riesgos. Propuestas..

ABSTRACT.

The current debate on the modification of Civil Law is linked with the deficits of the Mental Health Care to treat some severe mental disorders and the duty of care. It analyzes the "pros and cons" of Community Treatment Orders and its possible clinical indications. It end with a series of questions on the risks of such type measure and ends up by proposing a series of criteria that must be contemplated to set up this extraordinary measure.

Keywords:

Severe Mental Disorders. Lacks of Mental Care. Clinical Criteria. Riskiness. Proposals.

INTRODUCCIÓN

Desde hace cinco años se viene debatiendo en España, en diversos medios relacionados con la asistencia psiquiátrica, la pertinencia de que exista un sistema de atención especial para personas que padecen una enfermedad mental grave y que no aceptan ser atendidos por los servicios de salud mental. En la base de esa negativa suele estar la deficiente conciencia de enfermedad o el desacuerdo con la asistencia que se ofrece; es sabido que ese rechazo suele conllevar un agravamiento de la patología psíquica, un uso irregular e inconstante de los servicios sanita-

rios (con ingresos hospitalarios frecuentes y sin aceptación de continuidad de cuidados tras el alta) y un sufrimiento añadido para el entorno familiar y social del paciente.

Tomando como referencia experiencias de otros países, la Federación Española de Familiares de Enfermos Psíquicos ha promovido una modificación legal que –superando el tradicional recurso a la hospitalización forzada– permitiese la atención obligada en medio comunitario a esos pacientes. La propuesta llegó en Octubre de 2004 al Parlamento español a través del grupo parlamentario de Convergencia i Unió y se plan-

teó como una modificación del Art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, que regula el internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico. Desde entonces se habla de Tratamiento ambulatorio involuntario (TAI), Tratamiento ambulatorio forzoso (TAF) o, como plantea la propuesta de modificación legal, Tratamiento u observación para diagnóstico no voluntarios (TODNV).

La propuesta planteada dice así:

Art. 763 Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico.

1. *El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí (...) requerirá autorización judicial (...)*
2. *El internamiento de menores (...)*
3. *Antes de la autorización el tribunal oír a la persona (...)*
4. *(...) obligación de los facultativos (...) de informar periódicamente (...)*
5. Podrá también el Tribunal autorizar un tratamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico o un periodo de observación para diagnóstico, cuando así lo requiera la salud del enfermo, previa propuesta razonada del especialista, audiencia del interesado, informe del forense y del Ministerio Fiscal.

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

El plazo máximo de esta medida será de dieciocho meses.

Todo esto ha generado una serie de comparecencias en la comisión de estudio 'ad hoc' que se encargó a la Comisión de Justicia del Parlamento (1), posicionamientos de asociaciones profesionales (AEN, SEPL) (2, 3) y diversos artículos en medios profesionales (4, 5, 6, 7). El debate sigue abierto.

LA PATOLOGÍA PSÍQUICA GRAVE Y LA INSUFICIENCIA DEL SISTEMA ASISTENCIAL

Toda relación clínico-asistencial está fundamentada en la confianza del paciente en el (los) terapeuta(s) y en los planes de atención y cuidados planteados en cada caso. La persona que padece algún problema de salud acude a los servicios sanitarios desde la conciencia de ese problema y con la expectativa y confianza de ser atendido profesionalmente. Un elemento primordial para llevar a cabo cualquier tipo de intervención clínica es, pues, que el paciente acepte y participe en ello. Desde el reconocimiento a la gestión de la propia vida (autonomía de decisión en cuestiones relacionadas con la propia salud) se acepta que una persona pueda rechazar –tras un proceso de información y consentimiento– las intervenciones sanitarias que se le planteen –art 9.1 Ley 41/2002– (8), decisión que admite excepciones –art 9.3 Ley 41/2002– en el caso en que la persona estuviese funcional o legalmente incapacitado para tomar decisiones de ese tipo.

En el ámbito de los trastornos mentales se da una especial complejidad pues algunas condiciones patológicas interfieren la plena competencia para tomar decisiones

en cuanto a los cuidados de salud. Este es el caso de las psicosis, especialmente la esquizofrenia, en las que en ocasiones el juicio de realidad y la conciencia de enfermedad pueden estar disminuidos o ausentes, condicionando así la respuesta del sujeto en cuanto a la necesidad de ponerse en tratamiento o aceptar un tratamiento.

Los esfuerzos desplegados en estos casos por profesionales y familiares se topan con la falta de colaboración, cuando no franco rechazo, del paciente, con lo que las descompensaciones de su frágil equilibrio psíquico suelen derivar en hospitalizaciones psiquiátricas –las más de las veces por el procedimiento de involuntariedad– que al alta tienen un seguimiento ambulatorio poco consistente. La interrupción o la no aceptación de seguir tratamiento es así una de las principales causas de recaída, con el consiguiente y elevado costo en cuanto a deterioro psíquico del paciente, sufrimiento para él mismo y su entorno familiar y –también– coste económico para el sistema sanitario por las frecuentes re-hospitalizaciones.

En el contexto del desigual desarrollo de servicios de atención psiquiátrica que se ha dado en España tras el proceso de reforma de la asistencia psiquiátrica amparado en la Ley General de Sanidad de 1986 se viene clamando desde hace tiempo por la falta de desarrollo de un modelo comunitario integral de atención a los problemas de salud mental, habiéndose detectado descoordinación y fragmentación de servicios (distancia entre los recursos hospitalarios y extra-hospitalarios), sobrecarga asistencial de los centros o unidades de salud mental (que conlleva el riesgo de derivar en un menor compromiso de los profesionales con las complicadas necesidades de los pacientes más graves), insuficiencia de recursos asis-

tenciales de rehabilitación comunitaria (equipos y estructuras intermedias) y escasez o ausencia de planes socio-sanitarios que cubran las necesidades (no sólo de salud) de las personas que padecen trastornos mentales.

Pero hay que reconocer que a pesar de los avances terapéuticos (no sólo psicofarmacológicos) y del desarrollo de medios y esfuerzos asistenciales que se han dado en las últimas décadas, sigue habiendo pacientes que se descompensan, sigue habiendo evoluciones hacia la cronicidad (y no sólo por estar internado en una institución asilar) y que, en definitiva, hay pacientes que son –en muchos momentos de su devenir vital– manifiestamente incompetentes para hacerse cargo de modo racional y responsable de los cuidados de salud que precisan. En ocasiones, cuando no disponen de recursos familiares o sociales cercanos, viven en situaciones de desarraigo y marginalidad, abandonados a los desordenados vaivenes de su frágil psiquismo, pero, en la inmensa mayoría de los casos, son los familiares los que asumen el depósito de la mayor carga de cuidados (y de sufrimiento), a veces hasta el límite de la extenuación o la desesperación ante la constatación del creciente deterioro de su familiar enfermo.

El deber de cuidado hacia las personas que están en una situación de *incapacidad funcional para decidir sobre sus cuidados de salud por causa de un trastorno mental*, es lo que justificaría –lo único que creo que justificaría, desde un punto de vista ético-asistencial– intervenir contra de su voluntad (limitada o condicionada), imponiendo estrategias terapéuticas que permitiesen la máxima recuperación posible de su merma de salud y de sus capacidades, de su libertad, en definitiva.

LAS EXPERIENCIAS DE TRATAMIENTOS PSIQUIÁTRICOS INVOLUNTARIOS

De la necesidad y modo de gestión de las situaciones clínicas que requieren una hospitalización psiquiátrica involuntaria no cabe decir ahora mucho más de lo que ya está debatido, aceptado social y profesionalmente y, en definitiva, legislado. Tampoco me extenderé en la revisión de los diversos sistemas propuestos en otros países para abordar los tratamientos ambulatorios obligados pues es objeto de otro artículo en esta monografía de Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria y ha sido analizado in extenso en otros artículos de recomendable lectura (4, 5, 9-26).

Tomando como referencia la revisión del panorama internacional al respecto realizada por J. Medrano (4) se podrían resumir los argumentos a favor y en contra del Tratamiento ambulatorio involuntario (TAI) del siguiente modo:

Argumentos a favor del TAI :

- La falta de conciencia de enfermedad es un síntoma en sí mismo.
- No se ha demostrado que tenga efectos perjudiciales.
- Frente al ingreso: favorece el tratamiento en un entorno menos restrictivo.
- Responsabiliza al clínico de la evolución del paciente.
- Permite que se puedan evitar recaídas y reingresos.
- Mejora la calidad de vida del paciente.
- Evita que pacientes incompetentes abandonen el tratamiento.
- Prioriza la atención a los casos más graves. Acerca los servicios a los pacientes más necesitados.
- Es una de las consecuencias inevitables de la desinstitutionalización.

- Se basa en la obligación social de atender y ayudar a los enfermos graves, aunque no lo deseen.
- Puede favorecer la potenciación de servicios comunitarios.

Argumentos en contra del TAI :

- No se ha demostrado que sea suficientemente efectivo.
- Es una solución solo aparentemente fácil a un problema complejo.
- Es la respuesta desfavorada a un problema mal planteado.
- Convierte el tratamiento comunitario en custodial.
- Destruye la relación terapéutica.
- Es discriminatorio y supone un riesgo de estigmatización de pacientes y profesionales.
- Es una medida demasiado drástica
- Interfiere el derecho a rechazar el tratamiento.
- Hace énfasis en el control más que en asistencia.
- Se desvalorizan razones competentes para no aceptar ser tratado.
- Intimida a los pacientes, por lo que acudirían a tratamiento más / demasiado tarde.
- Conlleva dificultades prácticas: implementación de medidas complementarias judiciales y policiales difíciles de aplicar.
- Al imponer, reduce la posibilidad de negociar / consensuar con el paciente.
- Conlleva el riesgo de que sirva para ejercer control social de personas con conductas desadaptadas.
- Podría originar que los hospitales se llenasen de pacientes no cumplidores.

Más allá de los ‘pros’ y los ‘contras’ (cualquier acto o actividad humana tiene sus beneficios y sus riesgos) en el análisis de las experiencias de TAI realizadas hasta ahora en diferentes lugares (EEUU, UK, Canadá,

Israel, Australia, N Zelanda...) se concluye que los mejores o peores resultados están en directa relación con el grado de desarrollo e implantación de recursos de salud mental comunitarios y con el hecho de que estos servicios dispongan de programas y personal suficientemente dedicado y cualificado para desarrollar los programas intensivos de continuidad de cuidados que los pacientes adscritos a esta modalidad de atención precisan. En esa misma línea cabe plantearse si la existencia previa de esos programas y personal no es ya suficiente garantía de calidad asistencial como para hacer innecesarias las ordenes de tratamientos obligados. O, dicho de otro modo: para llevar a cabo programas de TAI se precisan equipos profesionales capacitados y comprometidos con la atención a las personas que padecen trastornos mentales graves y allí donde esto se da la necesidad de recurrir a una orden judicial de TAI sería una situación de excepción.

UNA PROPUESTA DE POSIBLES INDICACIONES CLÍNICAS QUE PRECISARÍAN UN TRATAMIENTO INVOLUNTARIO AMBULATORIO

Tal como arriba enunciaba, desde un planteamiento de partida basado en la *incapacidad funcional para decidir sobre los cuidados de salud, originada por un trastorno mental*, parece además lógico y necesario perfilar de antemano las características clínicas que debería reunir una persona para que se pensase en la necesidad de tomar una medida impositiva de tratamiento psiquiátrico.

Los criterios clínicos que –**sumados**– delimitarían la indicación de TAI podrían ser:

- Padeecer una psicosis de curso crónico y

- deteriorante (esquizofrenias, trastornos delirantes, trastornos bipolares –especialmente los que cursan con crisis maníacas).
- Con historia previa de frecuentes descompensaciones por abandono o incumplimiento del tratamiento.
- Con reingresos hospitalarios reiterados.
- Con una insuficiente o ausente capacidad/competencia para tomar decisiones sobre los cuidados de salud (déficit de capacidad para emitir un consentimiento válido para el tratamiento).
- Con historia de conductas de riesgo para sí mismo, para otras personas o para el entorno, cuando se descompensan.
- Con escaso o inexistente apoyo socio-familiar (o cuando el apoyo familiar está ya desbordado), que les coloca en situación de grave riesgo de abandono o marginalidad.

Desde el punto de vista de la bioética aplicada, los argumentos (debatibles) a favor de medidas terapéuticas mediante TAI podrían fundamentarse en el deber de no abandonar (No Maleficencia), la equidad en la asistencia priorizando los casos más graves (Justicia), el deber de dar la mejor atención sanitaria posible (Beneficencia) y el respeto a las decisiones de la persona en aquellas áreas en que sea autónoma y el deber de decidir por ella en aquellas en que tenga una limitada competencia/capacidad para decidir, haciéndolo del modo más correcto (Autonomía).

Consecuentemente, las medidas de obligatoriedad de este tipo de tratamiento psiquiátrico sólo tendrían sentido y utilidad si fuesen llevadas a cabo con **todas** estas condiciones:

- Que se hayan agotado todas las alternativas terapéuticas –y menos restrictivas– posibles (y aquí cabe señalar que el com-

promiso asistencial de los profesionales, la constancia–perseverancia y el uso adecuado de la persuasión son modos que suelen ser suficientemente eficaces y válidos para abordar muchos de los casos “difíciles” de los que venimos hablando).

- Que se conozca un tratamiento efectivo y eficaz para conseguir la mejoría clínica de cada caso en particular.
- Cuando sea esperable una mejoría y estabilización clínica como fruto del tratamiento.
- Si no existe otra alternativa terapéutica menos restrictiva para la libertad de la persona.
- Cuando se prevea que con esta medida disminuirán los reingresos hospitalarios y las situaciones de riesgo.
- En el contexto de un plan terapéutico individualizado
- Si se asegura un compromiso asistencial de seguimiento con una correcta continuidad de cuidados (para lo cual son necesarios recursos asistenciales suficientes y adecuados).
- Si es esperable que mejore la capacidad de autocuidado y de consentir o de tomar decisiones sobre cuidados de salud, es decir, que se incremente o recupere la autonomía personal del paciente.

INQUIETUDES ANTE LA POSIBLE IMPLANTACIÓN DE MEDIDAS LEGALES PARA TRATAMIENTOS INVOLUNTARIOS

Como vimos antes, el planteamiento de una reforma legal genera expectativas de nuevas herramientas de solución al arduo problema de afrontar la atención a personas que, padeciendo trastornos mentales graves y discapacitantes, no aceptan ser

tratados. Pero también genera algunas inquietudes y preguntas:

- ¿Están suficientemente acotadas las indicaciones clínicas que serían susceptibles de este tipo de medidas?
- ¿Es necesario cambiar las leyes cuando el problema de fondo es una insuficiencia de recursos asistenciales adecuados?
- ¿Se han de establecer nuevas articulaciones legales específicas para personas con enfermedad mental –con su posible carga discriminatoria o estigmatizante– o deberían encuadrarse en propuestas legales generales aplicables para todos los casos en que exista incompetencia para los cuidados de la propia salud? (y en este sentido: ¿no existen ya leyes útiles, aunque tal vez insuficientemente desarrolladas, tales como la Ley General de Sanidad –1986–, la Ley de Autonomía –2002– o la Ley de cohesión del Sistema Nacional de Salud –2003–?)
- En el supuesto de que la reforma legal propuesta prosperase ¿no sería pertinente una explicitación complementaria de una normativa reglamentaria que defina con claridad procedimientos, responsabilidades, mecanismos de intervención, recursos, etc.?, ¿el sistema judicial ejercería una función sólo de garante o habría de implicarse activamente en la aplicación de la medida (por ejemplo facilitando los medios para afrontar la circunstancia de que un paciente que se opusiera activamente a acudir a recibir la atención programada).
- ¿No se corre el riesgo de que la judicialización de los tratamientos conlleve una desresponsabilización del sistema sanitario –o de sus profesionales– por delegación en el sistema legal?
- Antes de decidir cambios legales que siempre son difíciles de modificar, basados en experiencias foráneas con sistemas sociales y legales diferentes al nuestro ¿no

sería más interesante poner en marcha una “experiencia piloto”, suficientemente dotadas de medios, controlada y evaluada, que nos permitiese llegar a conclusiones más realistas sobre la pertinencia y efectividad de la propuesta? (lo que estaría más acorde con una sistemática de trabajo fundamentada en la metodología científica que permitiese pasar de la razón teórica –más o menos cargada ideológica o emocionalmente– a la razón práctica –contrastada con la justeza y razonabilidad de los resultados–).

A MODO DE CONCLUSIÓN Y PROPUESTA

Cuando todas las alternativas terapéuticas menos restrictivas estén agotadas, el TAI podría ser considerado una *medida terapéutica extraordinaria* y necesaria, amparada en las reglas y garantías de un Estado de Derecho.

- para personas que sufriendo una enfermedad mental grave sean *incompetentes para los cuidados de su salud mental* (para valorar su situación psicopatológica y para

valorar las razones y consecuencias tanto de la aceptación de recibir un tratamiento como de la negativa a recibirlo) .

- basada en *criterios clínicos* mínimos, previamente consensuados por la comunidad científica .
- que fuese *proporcional* al sufrimiento psíquico del sujeto y al pronóstico clínico.
- que se encuadrara en un *plan terapéutico integral* encuadrado en un sistema de cuidados *suficientemente dotado* (en cuanto a personal asistencial y medios) .
- en un contexto de *compromiso asistencial* socio–sanitario con una eficaz *coordinación* de servicios .
- con una periodicidad de *revisión* previamente determinada .
- que tenga en cuenta e *implique al paciente* (en cuanto a información de las razones y objetivo de las medidas terapéuticas y en cuanto a información de los aspectos procedimentales –ej: posibilidad de recurso legal–) .
- que contemple la posibilidad de oposición activa del paciente y los medios para afrontarla .
- y que se realice en un contexto de evaluación y control de la calidad del procedimiento y de los resultados.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) **Cortes Generales.** Diario de sesiones del Congreso de los Diputados. VIII legislatura. Nº 206 y 209. 2005
- (2) **Documento A.E.N.** sobre la propuesta de regulación del tratamiento ambulatorio involuntario de las personas con trastornos psíquicos. Revista de la Asociación española de Neuropsiquiatría 2004; 92: 177-185
- (3) **S.E.P.L.** Posición de la sociedad Española de Psiquiatría Legal sobre el Tratamiento ambulatorio y la Observación para Diagnóstico no Voluntarios. <http://www.psiquiatrialegal.org> . 2005.
- (4) **Medrano J.** Tratamiento ambulatorio involuntario. <http://www.psiquiatrialegal.org> .2005
- (5) **Barrios LF.** El tratamiento ambulatorio forzoso: experiencias de derecho comparado y propuestas de regulación en España. Derecho y Salud 2004. (12) 2: 127-150
- (6) **Hernanz MM, Santander F, Ron S, Yoller AB, Larreina M.** Tratamiento psiquiátrico ambulatorio obligado. En: De los Reyes M, Rivas FJ, Buisán R, García J. La bioética mosaico de valores. Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, 2005. 155-161

- (7) **Chicharro F.** Tratamiento ambulatorio involuntario. Norte de Salud Mental 2004; 19: 6-8
- (8) Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. B.O.E. 15 de Noviembre de 2002. 274: 40126-40132
- (9) **Torrey EF,** Kaplan RJ. A national survey of the use of outpatient commitment. *Psychiatric Services* 1995;46,2:778-784.
- (10) **Appelbaum PS.** Thinking Carefully About Outpatient Commitment. *Psychiatr Serv* 2001; 52: 347-50
- (11) **O'Reilly R.** Does involuntary out-patient work? *Psychiatr Bull* 2001; 25: 371-4
- (12) **Swartz MS, Swanson JF, Hiday VA, Wagner HR, Burns BJ, Forum R.** A randomized controlled trial of outpatient commitment in North Carolina. *Psychiatric Services* 2001; 52, 3:325-329.
- (13) **Torrey EF, Zdanowicz M.** Outpatient commitment: what, why and for whom. *Psychiatric Services* 2001; 52, 3:337-340
- (14) **Dawson J, Romans S.** Uses of Community Treatment Orders in New Zealand: early findings. *Aust N Z J Psychiatry* 2001; 35: 190-5
- (15) **Steadman HJ, Gounis K, Dennis D, Hopper K, Roche B, Swartz M, Robbins PC.** Assessing the New York City involuntary outpatient commitment pilot program. *Psychiatr Serv* 2001; 52: 330-6
- (16) **O'Connor E.** Is Kendra's law a keeper?. How Kendra's law erodes fundamental rights of the mentally ill. *Journal of Law and Policy* 2002; 325-329
- (17) **Preston NJ, Kisely S, Xiao J.** Assessing the outcome of compulsory psychiatric treatment in the community: epidemiological study in Western Australia. *BMJ* 2002; 324: 1244
- (18) **Flug M.** No Commitment: Kendra's Law Makes no Promise of Adequate Mental Health Treatment. *Georgetown Journal on Poverty Law and Policy*, Winter, 2003, pp. 112-115
- (19) **Appelbaum PS.** Ambivalence codified: California's new outpatient commitment statute. *Psychiatr Serv* 2003; 54: 26-28
- (20) **O'Reilly R.** Why Are Community Treatment Orders Controversial? *Can J Psychiatry* 2004; 49: 579-84
- (21) **Chaimowitz GA.** Community Treatment Orders: An Uncertain Step. *Can J Psychiatry* 2004; 49: 277-8
- (22) **Zigmond T.** A new Mental Health for England and Wales: grounds for compulsion. *Adv Psychiatr Treat* 2004; 10: 161-3.
- (23) **Eaton L.** Revised mental health bill fails to persuade patients or professionals. *BMJ* 2004; 329: 640
- (24) **Swartz MS, Swanson JS.** Involuntary Outpatient Commitment, Community Treatment Orders, and Assisted Outpatient Treatment: What's in the Data?. *Can J Psychiatry* 2004; 49: 585-91
- (25) **O'Brien AMA, Farrell SJ.** Community Treatment Orders: Profile of a Canadian Experience. *Can J Psychiatry* 2005; 50: 27-30
- (26) **Appelbaum PS.** Assessing Kendra's law: five years of outpatient commitment in New York. *Psychiatr Serv* 2005; 56: 791-792.

Tratamientos Psiquiátricos no voluntarios en la comunidad: una cuestión abierta.

Community Treatment Orders (TCOs): An Open Subject.

Ana-Esther Sánchez

Psiquiatra. Servicios de Salud Mental- Asturias (España)

RESUMEN.

El cambio legislativo por modificación de la Ley de Enjuiciamiento Civil (LEC) en trámite parlamentario en estos momentos en España plantea la posibilidad de aplicar Tratamientos Ambulatorios Obligatorios .

Se revisa la legislación Internacional sobre el tema y los distintos tipos de medidas, sus contenidos y principios fundamentales y se termina con los problemas y dudas que su puesta en práctica puede acarrear.

Palabras Clave:

Tratamientos Ambulatorios Comunitarios. Legislación en Salud Mental. Derecho Comparado. Contenidos Claves. Problemas.

"...La legislación sobre salud mental debería verse como un proceso y no como un hecho puntual que tiene lugar una vez cada varias décadas. Esto permitiría que fuese adaptada en relación a los avances científicos en el tratamiento de los trastornos mentales y del desarrollo de la red de servicios.

El consenso y las negociaciones posteriores son importantes no sólo en la redacción de la legislación, sino también en su futura implementación...."

OMS-2003.

Los tratamientos ambulatorios obligatorios en sus distintas modalidades vienen siendo discutidos ya en muchos países desde los ochenta.

Muchos de ellos, con servicios psiquiátricos comunitarios desarrollados tienen legislación al respecto y otros están en vías de tenerla.

Ha habido ante ellos posicionamientos claros de asociaciones profesionales, usuarios, juristas y múltiple bibliografía sobre su bondad/perver-

ABSTRACT.

The Change of the article 763 of Civil Procedure Law will authorize explicitly involuntary outpatient treatments for Mental Disorders in Spain.

This paper drafts a summary of compulsory treatments in International Law and the range of Care Measures that are allowed, the key components in Mental Health Legislation and the obstacles and doubts to be adequately implemented.

Keywords:

Community Treatment Orders (TCOs). Mental Health Legislation. International Overview. Key Components. Obstacles

sidad según quien sea el evaluador y los resultados que son estudiados.

En España, estamos en estos momentos, siguiendo un proceso similar tras 20 años de Reforma Psiquiátrica.

Tras la admisión a trámite (por unanimidad) de la propuesta de modificación del artículo 763 de la Ley Enjuiciamiento Civil (que añade un quinto punto) esta posibilidad quedaría abierta.

Existe un problema formal, de técnica parlamentaria por lo que no puede ser devuelta. Solo se pueden hacer enmiendas, comparecencias, en definitiva retrasarla.

De no ser así, quedaría con la introducción de un quinto punto, la siguiente redacción:

“Podrá también el tribunal autorizar un tratamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico o un periodo de observación para diagnóstico, cuando así lo requiera la salud del enfermo, previa propuesta razonada del 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 esta medida será de dieciocho meses”.

Sobre las discusiones que produjo en su introducción en el parlamento y las argumentaciones puede consultarse el Diario de Sesiones del Congreso o el análisis realizado por Magro Servet. (1,2)

BREVE PANORAMA INTERNACIONAL

Aunque las leyes mas conocidas en este sentido son las de los países anglosajones, muchos otros contemplan la posibilidad de los tratamientos no voluntarios ambulatorios en distintas modalidades.

Recientemente se han publicados excelentes trabajos sobre Derecho Comparado en este tema a los que remito y recomiendo por su nivel de rigor y documentación (3, 4,5)

La ultima publicacion de la OMS (6) sobre el tema revisa los elementos fundamentales para una legislacion de salud mental efectiva y respetuosa con los derechos humanos, así como ejemplos concretos de muchos países. Aporta tambien una especie de listado (checklist) para ayudar a los países a revisar sus legislaciones siguiendo los componentes claves o ayudarles en el proceso de diseño.

Para más interés, casi todos los gobiernos cuentan con páginas web que pueden ser consultadas.

Sin ánimo de ser exhaustivo el panorama general es:

Países con legislaciones expresas sobre tratamientos ambulatorios involuntarios

- EE UU (Outpatient commitment). Aunque las mas conocidas son la Ley Kendra neoyorkina y la Ley Laura californiana, hay legislación de algún tipo en 42 estados.
- Canada (Community Treatments Orders TCOs) Saskatchewan, Columbia Britanica, Manitoba y Ontario)
- Australia (En todos los estados)
- Nueva Zelanda (Compulsory Treatment Orders y Treatments Community Orders)
- Israel. Ley de Tratamiento de los Enfermos Mentales SH nº 1339.
- Escocia
- Inglaterra y Gales.

La reforma que se preveía iba a ser aprobada para introducir las “Community Treatment Orders“ sigue a debate tras suce-

sivos borradores (Draft Mental Health Bill 2002 y 2004). Actualmente existe la posibilidad de este tipo de tratamiento como “alta supervisada” tras hospitalización

Países con otras legislaciones que los posibilitan:

- Italia: Ley de Servicio Sanitario Nacional. Artc. 33 y 34 posibilitan los tratamientos obligatorio ambulatorios
- Portugal: Ley Saude Mental 1998. Artc 33 “ Substitucao do internamiento”
- Alemania: Artc 70 *Gesetz über die Angelegenheiten der Freiwilligen Gerichtsbarkeit* Permite una formula de tratamiento como “ Suspensión de internamiento”
- Francia : Code de Sante Publique y la sentencia 21-1-92 de Cour de Cassation (“*Qui peut le plus peut le moins*”) permiten las Suspension condicionada de internamiento.

TIPOS DE MEDIDAS:

Existen distintas modalidades asistenciales, acorde a las distintas formulas jurídicas empleadas que podemos resumir en 4 formas:

1. Las que pretenden ser de tipo preventivo y permiten el tratamiento no voluntario directamente en la comunidad cara a evitar las recidivas o descompensaciones.
2. Aquellas que se darían en personas que cumplirían criterios para una hospitalización forzosa pero se deja la posibilidad de elegir un medio menos restrictivo.
3. Las que suponen una suspensión del internamiento bajo condiciones, tipo alta condicionada.

4. Otras situaciones. Como en el caso de los países sin legislaciones expresas pero que pueden autorizarlos usando figuras legales equivalentes. Es el caso también de algunos estados USA sin legislación.(7)

POSICION DE LA OMS

Como siempre la OMS se muestra muy cauta y aporta consideraciones generales.

En “**Legislación sobre Salud Mental y Derechos Humanos**” perteneciente a su colección de “Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental” (recientemente traducido al castellano) viene a dar unos condiciones generales que debe cubrir la legislación sobre Salud mental y sus componentes esenciales (Cuadro 1 y 2)

Cuadro 1-Condicionas fundamentales para una legislación sobre salud mental-OMS-2003

LEGISLACIÓN SOBRE SALUD MENTAL	OTRAS LEGISLACIONES QUE INFLUYEN EN LA SALUD MENTAL
Derechos protectores	Derechos protectores promoción y prevención
- Acceso a los servicios básicos de salud mental. - Cuidados menos restrictivos posibles. - Consentimiento libre e informado de tratamiento. - Tratamiento e ingreso voluntario e involuntario. - Temas de capacidad y aptitud. - Mecanismo de revisión periódica. - Confidencialidad. - Rehabilitación. - Acreditación de profesionales y dispositivos. - Derechos de las familias y los cuidadores.	- Alojamiento - Educación - Empleo - Seguridad Social - Legislación penal - Atención primaria - Discriminación, incluyendo servicios laborales. - Detección de abuso infantil. - Restricciones al acceso al alcohol y drogas. - Protección de grupos vulnerables - Legislación civil

1 Voy a referirme todo el tiempo a las legislaciones de tratamientos ambulatorios de índole Civil, no penal

Puntos clave: componentes esenciales de la legislación sobre salud mental.

- La legislación no sólo debería proteger los derechos de las personas con trastornos mentales, sino también promover la salud mental y prevenir los trastornos mentales.
- La legislación debería adoptar la alternativa del tratamiento menos restrictivo exigiendo que a las personas se les ofrezca siempre un tratamiento en lugares que restrinjan lo menos posible su libertad personal su estatus, y sus derechos en la comunidad, permitiéndoles seguir con su trabajo, desplazarse a voluntad y llevar a cabo sus asuntos.
- La legislación debería asegurar la confidencialidad de toda la información obtenida en el contexto clínico.
- El principio del consentimiento libre e informado al tratamiento debe incluirse en la legislación.
- El ingreso involuntario en el hospital sólo debería producirse excepcionalmente y en circunstancias muy específicas. La legislación debería estipular dichas circunstancias específicas y determinar los procedimientos a seguir en estos casos.
- El tratamiento involuntario sólo debería contemplarse en circunstancias excepcionales; por ejemplo, si el paciente está incapacitado para dar su consentimiento y el tratamiento es necesario para mejorar su estado y/o evitar un deterioro significativo de su salud mental y/o evitar que haga daño a otras personas o a sí mismo.
- En los países en los que existe la posibilidad de tratamientos involuntarios en la comunidad deben establecerse y seguirse unas normas, esto es, debe demostrarse la incapacidad y la probabilidad de que el paciente cause daños a otros o a sí mismo.
- La legislación debería incluir una disposición para el nombramiento de un órgano de revisión independiente que actúe de mecanismo regulador y que posea una composición, unos poderes y unos deberes específicos.
- La legislación no debería estar limitada al ámbito de la salud mental, ni tampoco al de la salud en general. La legislación sobre vivienda, empleo, educación y salud entre otras materias es fundamental para la promoción de la salud mental y la prevención de trastornos mentales, por lo que debe recibir una atención adecuada.

Sobre los tratamientos involuntarios en Atención Comunitaria dice textualmente (8)

“El tratamiento involuntario en la comunidad es controvertido y tiene implicaciones en los derechos humanos de las personas con trastornos mentales”

Existe una demanda creciente de la supervisión comunitaria de personas con trastornos

Mentales. Esto surge de la percepción que tienen tanto el público como los profesionales de que la desinstitucionalización ha fracasado y de que los enfermos mentales en la comunidad son un peligro público. Los profesionales están preocupados por el hecho de que los enfermos mentales que ingresan y son tratados involuntariamente dejan de tomar la medicación cuando se les da el alta y recaen, lo que genera un nuevo ciclo de ingreso y tratamiento involuntarios.

Los países que han promulgado normativas para el tratamiento ambulatorio obligatorio en sus legislaciones, también llamadas normas de tratamiento ambulatorio obligatorio, requieren habitualmente que las personas con trastornos mentales residan en un lugar específico, que asistan a programas específicos de tratamiento, incluyendo consejo psicológico, educación y formación, que permitan a los profesionales de salud mental el acceso a sus hogares y que se sometan a tratamientos psiquiátricos obligatorios.

Uno de los problemas con los tratamientos ambulatorios obligatorios es que los servicios de salud mental se centren en el tema de la obligatoriedad en vez de centrarse en desarrollar unos servicios aceptables, invirtiendo recursos y esfuerzos, para la integración de las personas con trastornos mentales. Esto podría socavar el objetivo de la desinstitucionalización.

Un asunto importante relacionado con la supervisión comunitaria es el del consentimiento al tratamiento. Las personas que residen en la comunidad una vez que se han recuperado de sus trastornos mentales tienen la competencia y la capacidad de tomar decisiones sobre su tratamiento. El derecho a dar su consentimiento viene acompañado del derecho a negarlo, y este derecho también debe ser respetado. Actuar de otra manera sería como sugerir que las personas con trastornos mentales tienen la capacidad para aceptar un tratamiento pero que carecen de la capacidad de rechazarlo, violando por tanto el principio de simetría. La clave reside en que las normas para el tratamiento involuntario deben seguirse obligatoriamente, por ejemplo, debe demostrarse la incapacidad del paciente y el riesgo de auto o heteroagresividad.

Los estudios basados en la evidencia de la efectividad del tratamiento obligatorio ambulatorio están todavía empezando a desarrollarse. El tratamiento obligatorio parece reducir los reingresos y disminuir la estancia media cuando va acompañado de un tratamiento intensivo comunitario. Esto requiere un compromiso importante de recursos económicos y humanos. Una reducción considerable del riesgo de comportamientos violentos es sólo posible si el tratamiento obligatorio va acompañado de un tratamiento intensivo ambulatorio. Tal reducción se debe principalmente a una mejora en la adherencia al tratamiento y a la reducción del uso inapropiado de sustancias.

Lo relatado anteriormente no es una revisión exhaustiva de la efectividad de los tratamientos ambulatorios obligatorios. Está claro, no obstante, que el tratamiento obligatorio puede funcionar sólo si se dispone de dispositivos para tratamientos comunitarios intensivos.

CONTENIDOS NORMATIVOS

Siguiendo las leyes internacionales mas elaboradas, los principios generales que marca la OMS y las diferentes convenciones internacionales , pienso que desde el punto de vista sanitario, asistencial , cualquier normativa que quisiera regular esta cuestión debería tener unos contenidos mínimos que tratare de resumir (Cuadro 3)

Principios Rectores de la ley
Definiciones-Glosario
Criterios de tratamiento
Condiciones de exclusión y limites
Procedimientos y garantías
Ejecutores/Actores
Mecanismos de Apelación-Revisión

Cuadro 3: Contenidos Normativos

A-PRINCIPIO DE LA LEY

En otros trabajos de este mismo número se analizan las fundamentaciones filosóficas y éticas de las intervenciones en salud mental (9) así como los criterios técnicos jurídicos en el contexto legislativo español (10) por lo que no voy a extenderme en ello, ni entrar en campos que no me son propios.

Destacar siguiendo a Ferreiros (11) los principios básicos de los tratamientos obligatorios:

Principio Rector: El Interés del Afectado. Ser beneficiosa, respetuosa con los derechos humanos, flexibles y proporcionados

Principio de Eficacia o Idoneidad. No debe ser establecida en un marco teórico si no responder a las disponibilidades reales y a la aplicabilidad concreta.

Principio de Revisibilidad. Es decir mecanismos de revisión periódica y organismos adecuados.

Principio de Alternativa menos Restrictiva. Orientación comunitaria de los cuidados y fomento de la autonomía.

Principio de Atención Inmediata

Principio de Individualización. Adaptado al sujeto, familia y medio

Barrios Flores (11) resumían en un decálogo los principios que deben regir la aplicación de medidas coercitivas en psiquiatría , unos derivados de los que rigen cualquier restricción de la libertad y dignidad humana y otros derivados de lo que debe ser una buena practica clínica:

- P. de Dignidad de la Persona.
- P de Legalidad
- P de Necesidad
- P de Congruencia
- P de Prohibición de Exceso
- P de Temporalidad
- P de Idoneidad de Medios
- P de Cuidados
- P de Documentación de Actuaciones
- P de Fiscalización

B- DEFINICIONES-GLOSARIO

Una normativa sobre este tipo de medidas debería ser acompañada de una especie de glosario que definiera los términos a los que se esta refiriendo tanto en cuanto a que entiende por trastorno, que entiende por intervención, órganos de revisiones, etc.

C- CRITERIOS DE TRATAMIENTO Y DURACION

Establecer claramente los criterios para ser sometido a este tipo de tratamiento. Sin ánimo de ser exhaustivo se me ocurren varias como si es preciso haber sido hospitalizado previamente o no, que se entiende por intervención clínica y de que tipo de tratamiento estamos hablando, etc. Como documentar las actuaciones, la evolución, etc.

El establecer el tiempo de duración quizás es lo más sencillo, pero habría que detallar o prever que pasa cuando no se han conseguido los resultados esperados, si repite la medida o cual es la alternativa...

D- CRITERIOS DE INCLUSION/ EXCLUSION

Por supuesto tiene que ver con lo anterior, pero también con otras cuestiones no clínicas, como si se precisa tener un domicilio fijado o no, se excluye claramente o no a las personas sometidas a procesos penales? Etc.

E- PROCEDIMIENTOS Y GARANTIAS

Aquí entraría todo lo relativo a la documentación y protocolización de la media, y también si están previstos y regulados los procedimientos de revisión, apelación de la media. Van a ser de tipo jurídico, administrativo, cada cuanto puede ser revisada-apelada una medida. Quien lo puede hacer.

F- EJECUTORES-ACTORES

A mi juicio es importante que estén claramente definidos quien/es puede promover una medida, quien va a ser el responsable, quienes intervienen y como cuando no sea

aceptada y/o seguida, etc.

G-MECANISMOS Y PROCEDIMIENTOS

Tiene que ver con los principios establecidos y con todo lo anterior .Por supuesto con la coherencia con el referente legislativo general del país.

ESTADO DE LA CUESTION

Como decía al principio, en España estamos teniendo un proceso similar al que ha existido en otros países con pronunciamientos de asociaciones (13, 14) y producción bibliográfica al respecto.

La medida propuesta puede ser considerada como una solución simple para pacientes severos con problemas complejos (15), un logro del asociacionismo familiar (quizás la diferencia con otro países es que en el nuestro, el asociacionismo de los usuarios no dispone de la misma fuerza, ni voz), un fruto lógico del fenómeno desinstitucionalizador, de la desigualdad-carencias de recursos presentes en el territorio nacional, de la descoordinación institucional, etc.

En cualquier caso es un **Emergente** a ser reflexionado, afrontado y trabajado.

De los pros y contras de la medida se ocupa otro articulo de este mismo numero (16) así como en otro se analizan los trasfondos en los que surge y porque no es enmarcada la medida dentro de la normativa sanitaria general (17)

Si que me gustaría aportar como clínico y como ciudadano algunos puntos que veo problemáticos a la hora de la implementación y otros que directamente tienen sus riesgos o simplemente

como reflexión o coherencia con lo dicho.

- La única justificación que conozco para una intervención de tratamiento es la clínica. Desde luego que una mala evolución o la evitación de una recidiva es una cuestión clínica (que no es solo psicopatología) pero es clínica.

- La medida debe estar bien fundamentada, porque son diferentes objetivos que se persiga evitar el problemas de la “puerta giratoria”, que abordar los problemas que surjan en relación a la incapacidad, que los vacíos de ese llamado “espacio socio-sanitario” o de la coordinación institucional. Las medidas son distintas.

- ¿Que es una propuesta razonada de un facultativo? Presupongo que cualquier tratamiento es “razonado” (con las razones que sean, que son muy variables), no sería mejor desarrollar una normativa, protocolo de consenso, llamase lo que sea que lo regulase. Deberían ser establecidos los contenidos mínimos de la intervención.

- Los criterios de exclusión/inclusión, de tipo de intervención, de servicios requeridos, procesales garantistas me parecen poco desarrollados. Jurídicamente y formalmente establecidos con la intervención de la Fiscalía, en la practica es esto suficiente?

- Todo lo relativo a la autorización para “observación” pienso que debería desarrollarse mas, como donde, etc.

- Es suficiente garantía de participación la audiencia del afectado. Si no es posible, competente, ¿quien lo representa? ¿Como vamos a evaluar la competencia?

- Cara a la aplicabilidad, ¿factibilidad de la medida disponemos de los recursos asistenciales necesarios?

- Que pasa cuando a pesar de todo no se cumple la medida o esta no es eficaz?

- ¿Como prevemos los servicios de información, asesoramiento, etc.?

- ¿Que recursos financieros se contemplan para instrumentalizar la medida? La medida supone un gasto sea en desarrollo de servicios asistenciales, y en el sistema jurídico.

- Etc.

La “ley en los libros” y la “ley en la práctica” no es lo mismo. Hay que contemplar los problemas prácticos de su instrumentalización y las cuestiones financieras de su implementación. Las dificultades para la puesta en práctica de cualquier legislación son múltiples y hay algunas cuestiones claves para ello. La OMS (Cuadro 4) sugiere algunos puntos clave para la puesta en practica de una legislación, podemos empezar a tenerlo en cuenta.

Como se planteaba Apelbaum (18) a propósito de la experiencia americana haciendo referencia a la cuestión económica ¿poner los mismos servicios disponibles sin CTOs haría el mismo resultado? La actuación judicial no tiene ningún efecto positivo por si misma si no va acompañada de un buen nivel de recursos y una adecuada atención en Salud mental.

La pregunta final va a ser a ser tan simple como ¿Donde invertimos?

No querría terminar sin “una de cal y otra de arena”.

Se esta discutiendo en muchos foros, quizás todo esto este sirviendo, para volver a hablar de cuestiones de salud mental, sociales, éticas, etc. Enfrentarse a los problemas, sacarlos de los escenarios exclusivamente profesionales y estimular el debate social puede ser positivo y pura salud mental.

Por otro lado, por muchas medidas legislativas, avances científicos y evidencias, sospecho por desgracia, que siempre va a ver algún caso, que tenga una mala evolución. No creamos en la omnipotencia terapéutica ni profesionales, ni juristas, ni lo trasmitamos a los ciudadanos.

Cuadro 4- Puntos clave para la Puesta en Practica de una Legislación. OMS-2003

Puntos clave: Puesta en práctica

- Muchos países tienen legislaciones sobre salud mental que no están debidamente implementadas.
- Las dificultades a la puesta en práctica pueden identificarse, llevándose a cabo las correcciones adecuadas, durante la fase de redacción y consulta de la legislación propuesta
- Las dificultades a la puesta en práctica pueden surgir por culpa de una falta de acciones coordinada, una falta de concienciación, escasez de recursos humanos, cuestiones de procedimiento o falta de medios económicos.
- Una agencia de coordinación, provista de una agenda definida y con objetivos evaluables, puede facilitar el proceso de puesta en práctica.
- Se requieren fondos adicionales para la implementación y debería existir el suficiente respaldo presupuestario para ello.
- Los grupos de usuarios, las familias, los cuidadores y las organizaciones de apoyo son socios útiles a la hora de agilizar la puesta en práctica de la nueva legislación.
- Una campaña pública puede aumentar la concienciación sobre la nueva legislación, facilitando así, de manera directa e indirecta, su implantación.

BIBLIOGRAFIA

(1) **CORTES GENERALES (2005)**-Diario de Sesiones del Congreso de los Diputados .VII Legislatura. Núm. 37 de 05/10/2004 (páginas 1593 a 1602). Pleno.

Disponible en Internet <http://www.congreso.es/cgi>

(2) **MAGRO SERVET V (2005)**. Sobre la Reforma de la LEC para regular los Tratamientos no voluntarios de personas con Trastornos Psíquicos. Diario La Ley, Año XXVI. Número 6260.

www.laley.net

(3) **MEDRANO ALBÉNIZ, J.(2005)** Tratamiento ambulatorio involuntario. News. (Soc. Esp. Psiquiatr. Legal) 2005; 12.

Disponible en Internet: <http://www.psiquiatrialegal.org/TAI2.htm>

(4) **BARRIOS FLORES, L-F. (2004)** El tratamiento involuntario: .Experiencias de Derecho Comparado y Propuestas de regulación en España: Rev Derecho y Salud 12,2:127-1500.

Disponible en internet. <http://www.psiquiatrialegal.org/TratamientoAmbulatorioInvoluntario.pdf>

(5) **FERREIROS MARCOS C-E (2006)**. El Tratamiento Ambulatorio. Cuestiones Legales y Prácticas. Edic CERMI.

Tambien disponible en Internet: www.cermi.es/NR/rdonlyres/8BEC37D4-E334-431A-AF0A

(6) **WHO (2005)**. WHO Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation. Geneve. Pag 119 - 151

(7) **PETRILA, J.** "Involuntary Outpatient Commitment Forum. A summary of issues and research". State of Florida Department of Children & Families Mental Health Program. Fiscal Year 1998-1999. Página 5. Citado en FERREIROS Marcos. Opus cit. Pág. 23.

(8) **W.H.O-2003**. Mental Health Policy and Service Guidance Package: Mental Health, Human Rights and Legislation. Geneve-2003.) Legislación sobre Salud mental y Derechos Humanos (Version en Castellano EDIMSA. 2005.Pág. 25

(9) **SEOANE J A (2006)**. Derecho y Salud Mental: Capacidades, Derechos y Justicia. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria, vol 6, 1:19-37

(10) **SANTOS URDANEJA F (2006)**. Derecho y Salud Mental: Criterios para la formulación de un sistema eficiente. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria, vol 6, 1:7-19

(11) **FERREIROS MARCOS C-E (2006)**. Opus cit. pag 48-52

(12) **BARRIOS FLORES LF (2003)** Uso de medios coercitivos en Psiquiatría:Retrospectiva y Propuesta de Regulacion. Revista DS,Vol,11,141-163

(13) **AEN (2005)** Documento sobre la Propuesta de Regulación del Tratamiento Involuntario.Rev Asociacion Española de Neuropsiquiatría 2004,92:177-185.T

Tambien disponible en internet <http://www.asoc-aen.es/web/docs/TAI05.pdf> http

(14) **SEPL (2005)**. Posición sobre el Tratamiento Ambulatorio y la Observación para el Diagnostico No Voluntarios http://www.psiquiatrialegal.org/TODNV_normal1.pdf

(15) **TALBOTT JA (2006)**. The Chronic patient: Problems, promises and perspectives, past, present and future .Acta Psychiatr Scan.:113 (Supp 429) 101-108

(16) **SANTANDER F.(2006)**. Tratamiento Involuntario: Tal vez si, pero. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria, vol 6, 1:45-53

(17) **GONZALEZ ALVAREZ O (2006)** Tratamiento involuntario de los Enfermos Mentales. El Trasfondo de un Prolongado debate. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria, Vol. 6, 1:37-45

(18) **APPELBAUM PS (2005)**. Assessing Kendra's Law: Five Years of Outpatient Commitment in NY. Psychiatric Services, 56,7

WEB DE INTERES:

www.health.gov.on.ca

www.scotland.gov.uk

www.mhrb.vic.gov.au

www.omh.state.ny.us/omhweb/spansite/Kendra_web/Kendra_Home_sp.htm

www.psychlaws.org/StateActivity/California/Guide-Lauras-Law-AB1421.htm

www.commonleader.gov.uk

www.laley.net

Ana-Esther Sánchez

Email: anaesther.sanchez@sespa.princast.es

INFORMES

DECLARACIÓN DE BRASILIA

PRINCIPIOS DE BRASILIA

Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas

El Ministerio de la República Federativa de Brasil, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), convocaron al personal gubernamental de salud mental, organizaciones de la sociedad civil, usuarios y familiares a la **“CONFERENCIA REGIONAL PARA LA REFORMA DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL: 15 AÑOS DESPUÉS DE CARACAS”** los días 7-9 del mes de noviembre del año 2005, con el fin de evaluar los desarrollos producidos desde 1990.

LOS PARTICIPANTES DE LA CONFERENCIA, DESTACAN

- Que la Declaración de Caracas surgió como resultado de un análisis crítico del estado de la atención de salud mental en las Américas, que hacía ineludible su reforma.
- Que la Declaración de Caracas consideró que el mejoramiento de la atención era posible por medio de la superación del modelo asistencial basado en el hospital psiquiátrico y su reemplazo por alternativas comunitarias de atención, y por acciones de salvaguarda de los derechos humanos e inclusión social de las personas afectadas por trastornos mentales.
- Que la Declaración de Caracas ha sido endosada por todos los países de la Región de las Américas.

NOTANDO

- Que en los últimos 15 años se han producido en el nivel regional avances en la reestructuración de la atención psiquiátrica.
- Que las Resoluciones de los Consejos Directivos de la OPS en 1997 y 2001 constituyen importantes apoyos a los principios de la Declaración de Caracas.
- Que los Estados-Miembros de la OPS adoptaron en septiembre del 2005 la Declaración de Montevideo, la cual contiene nuevas orientaciones sobre la Atención Primaria de Salud, tales como la creación de sistemas sanitarios basados en la inclusión social, la equidad, la promoción de la salud y la calidad de la atención.
- Que la OMS ha formulado principios rectores que orientan la reforma de la atención de salud mental a nivel global, los cuales fueron incluidos en el Informe Mundial de Salud Mental del 2001 y en otros programas e iniciativas.

TOMAN CONOCIMIENTO

- Que los principios esenciales de la Declaración de Caracas están siendo implementados exitosamente en numerosos países de la Región
- Que con el transcurso del tiempo valiosas experiencias y lecciones se han acumulado tanto de éxitos como de obstáculos
- Que la Declaración de Caracas ha sido utilizada por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) como un estándar para interpretar la Convención Americana sobre Derechos Humanos y otros instrumentos legales en los informes relacionados con los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidades mentales.
- Que existen experiencias exitosas en algunos países, que sirven de referencia para la OMS en sus acciones globales, tales como: la reforma de la atención psiquiátrica en Brasil, que promueve la movilización cultural, la reducción significativa de camas psiquiátricas y la creación de redes comunitarias de atención, y la reforma en Chile, que prescribe la integración de la salud mental dentro de las redes de servicios de salud pública. Cabe destacar ejemplos adicionales, entre otros, la integración de salud mental en la Atención Primaria de Salud y el desarrollo de servicios de salud mental infanto-juveniles en Cuba, aspectos sobresalientes del “Modelo Nacional Miguel Hidalgo de atención en salud mental” cuyo desarrollo contempla importantes acciones de prevención, hospitalización breve y reintegración social en México, el desarrollo de servicios de salud mental basado en la utilización de enfermeras calificadas en Belice y Jamaica, la atención a grupos vulnerables en El Salvador, Guatemala y Nicaragua, y el desarrollo de un sistema de salud mental descentralizado en Panamá.

REITERAN

La validez de los principios rectores señalados en la Declaración de Caracas con relación a:

El papel central que corresponde a la protección de los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas afectadas por trastornos mentales.

La necesidad de establecer redes de servicios comunitarios que reemplacen los hospitales psiquiátricos y aseguren:

1. La provisión de adecuada atención integral y multidisciplinaria de las personas con trastornos psiquiátricos y en situaciones de crisis, incluyendo cuando sea necesario la admisión en hospitales generales.
2. La formulación de respuestas que prevengan el surgimiento de nuevas generaciones de personas enfermas afectadas por trastornos psiquiátricos de larga evolución y discapacidad psicosocial.
3. El establecimiento de vínculos sólidos con los servicios de Atención Primaria de Salud con alta capacidad resolutive.
4. La participación de usuarios y familiares en la planificación y desarrollo de los programas y servicios de salud mental.

5. La concertación de acciones con los diferentes actores sociales a fin de mejorar el estado de salud mental de la población.

Cabe subrayar que si mucho se ha avanzado, aún más debe ser hecho para cumplir las acciones pendientes derivadas de la Declaración de Caracas. Por ejemplo, continúa siendo excesivo el número de camas en los hospitales psiquiátricos y, por contraste, demasiado exiguo el número de servicios alternativos en la comunidad. Además, aún es insuficiente la capacidad de documentación, monitoría y evaluación.

ADVIERTEN

Que los servicios de salud mental deben afrontar nuevos desafíos técnicos y culturales que se han hecho más evidentes en estos quince años, tales como:

1. La vulnerabilidad psicosocial, que incluye la problemática de las poblaciones indígenas y las consecuencias adversas de la urbanización desorganizada de las grandes metrópolis, que se ha incrementado notablemente.
2. El aumento de la morbilidad y de la problemática psicosocial de la niñez y adolescencia.
3. El aumento de la demanda de servicios por parte de la sociedad que faciliten la adopción de medidas efectivas de prevención y abordaje precoz de la conducta suicida y del abuso de alcohol.
4. El aumento creciente de las diferentes modalidades de violencia, que exige una participación activa de los servicios de salud mental, en especial con referencia a la atención de las víctimas.

POR LO TANTO, LOS AUSPICIADORES DE LA CONFERENCIA RESUELVEN AUNAR ESFUERZOS A FIN DE:

1. Gestionar la realización de una Reunión Regional de Ministros de Salud que tenga como objetivo la formulación de un Plan de Acción Regional con metas definidas.
2. Continuar sensibilizando a las autoridades nacionales respecto a la necesidad imperiosa de aumentar la inversión en salud mental para afrontar la dramática carga de morbilidad y discapacidad generada por los trastornos mentales.
3. Recopilar, documentar y diseminar las experiencias de atención en salud mental, que hayan incorporado indicadores y estándares promovidos por la OPS y la OMS.
4. Promover los programas de colaboración bi y multilateral entre países para el desarrollo de servicios, capacitación e investigación.

DECLARACIÓN DE CARACAS

Y LLAMAN A TODAS LAS PARTES INVOLUCRADAS A:

Continuar trabajando firmemente en la implementación de los principios éticos, jurídicos, técnicos y políticos incluidos en la Declaración de Caracas.

NOTANDO

1. Que la atención psiquiátrica convencional no permite alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, la comunidad y continua y preventiva.
2. Que el hospital psiquiátrico, como única modalidad asistencial, obstaculiza el logro de los objetivos antes mencionados al:
 - a) Aislar al enfermo de su medio, generando de esa manera mayor discapacidad social.
 - b) Crear condiciones desfavorables que ponen en peligro los derechos humanos y civiles del enfermo.
 - c) Requerir la mayor parte de los recursos financieros y humanos asignados por los países a los servicios de salud mental.
 - d) Impartir una enseñanza insuficientemente vinculada con las necesidades de salud mental de las poblaciones, de los servicios de salud y otros sectores.

CONSIDERANDO

1. Que la Atención Primaria de Salud es la estrategia adoptada por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud y refrendada por los países miembros para lograr la meta Salud para Todos en el año 2000.
2. Que los Sistemas Locales de Salud (SILOS) han sido establecidos por los países de la Región para facilitar el logro de esa meta, por cuanto ofrecen mejores condiciones para desarrollar programas basados en las necesidades de la población y de características descentralizadas, participativas y preventivas.
3. Que los programas de Salud Mental y Psiquiatría deben adaptarse a los principios y orientaciones que fundamentan esas estrategias y modelos de organización de la atención de salud.

DECLARAN

1. Que la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica ligada a la Atención Primaria en los marcos de los Sistemas Locales de Salud permite la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales.
2. Que la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en la región implica la revisión crítica del papel hegemónico y centralizado del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios.
3. Que los recursos, cuidados y tratamiento provistos deben:
 - a) Salvaguardar, invariablemente, la dignidad personal y los derechos humanos y civiles.

- b) Basarse en criterios racionales y técnicamente adecuados.
- c) Propender a la permanencia del enfermo en su medio comunitario.
4. Que las legislaciones de los países deben ajustarse de manera que:
 - a) Aseguren el respeto de los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales.
 - b) Promuevan la organización de servicios comunitarios de salud mental que garanticen su cumplimiento.
5. Que la capacidad del recurso humano en Salud Mental y Psiquiatría debe hacerse apuntando a un modelo cuyo eje pasa por el servicio de salud comunitaria y propicia la internación psiquiátrica en los hospitales generales, de acuerdo con los principios rectores que fundamentan esta Reestructuración.
6. Que las organizaciones, asociaciones y demás participante es esta Conferencia se comprometen mancomunada y solidariamente a abogar y desarrollar en los países programas que promuevan la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica y la vigilancia y defensa de los derechos humanos de los enfermos mentales de acuerdo a las legislaciones nacionales y los compromisos internacionales respectivos.

PARA LO CUAL INSTAN

A los Ministerios de Salud y de Justicia, a los Parlamentos, los Sistemas de Seguridad Social y otros prestadores de servicios, las organizaciones profesionales, las asociaciones de usuarios, universidades y otros centros de capacitación y a los medios de comunicación a que apoyen la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica, asegurando así su exitoso desarrollo para el beneficio de las poblaciones de la Región.

Adoptada en Caracas, Venezuela, el 14 de Noviembre de 1990 por la Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) convocada por la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS) con el apoyo técnico y financiero del Instituto Mario Negri, Milán, Italia, Centro Colaborador de la OMS en Salud Mental y el auspicio de las siguientes entidades: Asociación Mundial de Psiquiatría; Asociación Mundial para la Rehabilitación Psicossocial; Asociación Psiquiátrica de América Latina, Centro de Estudios e Investigación en Salud Mental de la Región de Friuli, Trieste, Italia, Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Organización de Estados Americanos (OEA), Consejería de Sanidad de Asturias, España; Diputación Provincial de Valencia, Servicio de Salud Mental, Valencia, España, Dirección General de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Andalucía, España; Instituto Andaluz de Salud Mental, Federación Mundial de Salud Mental, Servicio de Psiquiatría de la Unidad Sanitaria Local de Livorno, Italia, Servicio de Psiquiatría de la Unidad Sanitaria Local de Parma, Italia, Servicio de Psiquiatría de la Unidad Sanitaria Local de Regio Emilia, Italia; Sociedad Interamericana de Psicología, Sociedad Venezolana de Psiquiatría; Universidad de Umea, Suecia.

Las Organizaciones, asociaciones, autoridades de salud, profesionales de salud mental, legisladores y juristas reunidas en la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud.

IN MEMORIAM

JUAN MARCONI TASSARA (1924-2005)

Maestro de la Psiquiatría Chilena

La fecunda vida académica, generadora de ideas, discípulos y planes de salud pública del Profesor Juan Marconi, deja huellas profundas y fructíferas huellas en las políticas de salud mental en Chile y en la orientación profesional de muchos psiquiatras y otros profesionales de área de la salud mental y las ciencias sociales.

El Profesor Marconi, nace en Valparaíso, el 6 de Marzo de 1924. Estudia Medicina en las Universidades Católica de Chile y Universidad de Chile y recibe de ésta última, su título de médico cirujano en el año 1948.

Se especializa en Psiquiatría en la cátedra del Profesor Matte Blanco, entre 1949 y 1954 y paralelamente se perfecciona en el Instituto Chileno de Psicoanálisis, entre 1949 y 1953.

Fue fundamental para consolidar su formación, su estadía en el Maudsley Hospital de Londres, entre 1954 y 1955, gracias a una beca del British Council. Aunque orientada preferentemente al estudio de la aplicación de métodos estadísticos en Psiquiatría, amplió definitivamente en él, el horizonte de los desafíos intelectuales y éticos que la psiquiatría ofrecía en esos años, confirmando su divergencia básica con la escuela psicoanalítica, ya iniciada años antes.

Dedicado los siguientes años a la atención e investigación clínica en la Clínica Psiquiátrica de la U. de Chile, se concentra en dos temas de temprano interés, las psicosis y el alcoholismo que, en su aparente diversidad, compartían la pesada carga de sufrimiento para los afectados y sus familias, la frustración terapéutica en los profesionales que se dedicaban a ellos, pero además, la insuficiente convergencia entre los hallazgos provenientes de la clínica y los que emergían de la investigación biológica y experimental. En particular, la psicofisiología y las terapias conductuales, entonces en plena ebullición creativa, dejaron en Marconi una impronta determinante.

Fruto de ese período es la provocativa publicación, en el año 1964, sólo tardíamente valorada, titulada “Una teoría psicopatológica estructural de las psicosis”, que le permitió obtener a una edad excepcionalmente joven, el título de Profesor Extraordinario de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Preocupado de formular definiciones operacionales de los trastornos mentales, que integrasen indicadores descriptivos, propios de las etapas de las definiciones nominativas y sintomáticas aún imperantes en los años 50 y 60, con hipótesis explicativas, relativas a la patogenia y con consideraciones transculturales, que faciliten el control y la prevención de la enfermedad, adelantó el concepto de género de las psicosis como una “mutación insólita y productiva de la conciencia de realidad”, que incluye “tres

especies : a) la mutación de la conciencia global de la realidad que da origen a las psicosis oneriformes, con dos criterios operacionales, las percepciones escenográficas y los juicios deliriosos; b) la mutación de la conciencia afectiva de realidad o psicosis afectivas, cuyos criterios operacionales son intensidad desusada y ausencia de modulación del ánimo y juicios deliroides y c) la mutación de la conciencia cognitiva de realidad o psicosis cognitivas, las cuales se subdividen en dos subespecies, unitaria y escindida. La primera (paranoia, etc.) muestra sólo criterios psicóticos , juicios delirantes ante un tema dado. En la segunda (esquizofrenia, etc.), coexisten, frente a un mismo estímulo, los criterios psicóticos y el criterio normal de la conciencia de realidad. Los tres criterios operacionales son las pseudopercepciones fragmentarias, los juicios delirantes y las mutaciones semánticas (disgregación)”. Y continúa, “ Una vez producida la nueva estructura psicótica de conciencia de realidad, ella tendría tanto mayor tendencia a ser fijada mediante el aprendizaje cuanto más cerca esté del polo cognitivo. Esta primera deducción de la teoría explica la tendencia a la cronicidad de las psicosis cognitivas (paranoia, esquizofrenia).....”.

Estos conceptos propuestos antes de los desarrollos cruciales de la investigación psicofarmacológica y neurobiológica, mantienen abierta hasta hoy una avenida a la investigación básico-clínica en el campo de las psicosis.

Sus contactos cercanos tanto con el Profesor de Farmacología, Dr. Jorge Mardones Restat, investigador preclaro y acucioso de la genética del alcoholismo, además de gestor directo de la organización, en 1952, del Servicio de Salud de Chile y con el Profesor E. M. Jellinek, determinante en la concepción moderna de la dependencia al alcohol quién hizo varias visitas al país, como consultor de OMS, le llevaron a consolidar la definición operacional del alcoholismo como “ una enfermedad crónica del sistema nervioso central , que se manifiesta como una dependencia física, primaria o secundaria hacia la droga “ y adelantó una hipótesis patogénica neurofisiológica que sólo investigó muy inicialmente, en una época en que la investigación en esa área era aún muy rudimentaria. Esta definición fue utilizada por la Organización Panamericana de la Salud, hasta años muy recientes.

Paralelamente, el trabajo colaborativo con el Dr. José Horwitz Barak, en los primeros estudios que permitieron dimensionar la prevalencia de los trastornos mentales en la población chilena, consolidaron el camino para lo que fueron sus afanes fundamentales y permanentes : la generación de planes de intervención aplicables a grandes grupos que resultaran efectivos para el alivio de los problemas de salud mental más frecuentes y de mayor carga de sufrimiento asociado.

Progresivamente surgen desde su inspiración sustantiva y su gran capacidad para generar equipos de trabajo e instancias de formación-acción y de investigación-acción, los llamados modelos de programas intracomunitarios, de alcoholismo (1967), de neurosis (1971), de prevención de la deprivación cultural (1972), y el programa integral de psicosis (1980).

Fueron estos los instrumentos esenciales para hacer del Area Sur de la ciudad de Santiago, con casi un millón de habitantes, de bajos niveles socioeconómicos y sin ningún recurso local para la atención de salud mental, un enorme y rico laboratorio de modelos de atención psiquiátrica, comunitaria e institucional; de enseñanza de salud mental y psiquiatría a generacio-

nes de profesionales de la salud y de investigación sobre efectividad de las intervenciones clínicas, psicosociales y comunitarias, dirigidas a resolver las dolencias de la población a cargo.

Un número estimable en más de 100 profesionales, médicos, psicólogos, asistentes sociales, enfermeras, terapeutas ocupacionales y también de otras ciencias sociales, recibieron, directa o indirectamente sus precisas enseñanzas e indicaciones, mientras se especializaban en salud mental, psiquiatría o psicología clínica según el caso, con un fuerte sustento científico y en un enfoque comunitario.

Una breve precisión sobre esto último. Marconi concibe el modelo de programa “intracomunitario, a la vez como un complemento y un transformador del “ modelo de unidad de salud mental en hospital general”, entendido éste como “una red de instituciones , dentro y fuera del hospital general, que comprende atención primaria en los consultorios periféricos y postas rurales; atención secundaria en consulta externa adosada (al hospital general), urgencias psiquiátricas y psiquiatría de enlace; atención terciaria en hospitalización diurna, nocturna y completa; rehabilitación en hogares y talleres protegidos”. Es complemento porque extiende la red de atención a instancias y recursos propios de la comunidad a la que pertenece el sujeto afectado. En efecto, luego de reconocer, validar y respetar la influencia de los familiares, los grupos comunitarios próximos, las instituciones propias de la comunidad, confía en entregarles un adiestramiento tecnológico “ mínimo suficiente”. Surgen así, líderes de salud mental, grupos de ex pacientes (alcoholismo, trastornos emocionales), grupos organizados de familiares de pacientes y otros, quienes asumen roles pre -especificados en prevención, co-terapias y fundamentalmente en rehabilitación, dentro de un marco de trabajo en equipo, el equipo de salud mental, que incluye a profesionales y no profesionales. El modelo intracomunitario es además, transformador cuando se asienta en la alianza entre los aportes de la medicina y la ciencia, integrados en igualdad de valor, con los aportes que hace la cultura y la comunidad local y entonces, crea nuevos métodos y tecnologías y en mi concepto, transita desde la ética de la asistencia profesional a la ética del servicio y la corresponsabilidad social.

Esta modalidad de gestión fue ejecutado, replicado, evaluado y multiplicado muchas veces, compensando con éxito la baja prioridad de la salud mental dentro de las políticas de salud oficiales de entonces y la precaria disponibilidad de recursos institucionales.

Las experiencias con el modelo intracomunitario en Chile, se desarrollan en paralelo con las iniciativas norteamericanas y europeas hacia la reforma psiquiátrica

En el año 1976, Marconi se impuso la responsabilidad del “rescate de los 1200 pacientes crónicos” hacinados en el más abandonado de los 4 hospitales psiquiátricos del país, el Hospital – Colonia El Peral, “aplicando la estructura del programa intracomunitario , la teoría de las psicosis, y la tecnología conductual moderna”. La firmeza de sus convicciones, de sus argumentos basados en información objetiva y, en especial, la afectividad que mostraba al defender su compromiso de servicio para con el enfermo desvalido, consiguió convocar no sólo a su equipo de trabajo más cercano, inicialmente dudoso de la factibilidad y oportunidad de tal empresa, sino además, a un amplio grupo de profesionales e investigadores en psicofarmacología y en tecnologías conductuales.

Dos estrategias simultáneas, cada una con componentes de atención, de investigación y de formación de personal, fueron iniciadas. Una destinada a proveer tratamiento de alta calidad en una unidad de hospitalización de agudos a los enfermos que no lograban ser manejados ambulatoriamente, reorientando así, parte de los recursos del asilo hacia la población general y otra, diseñando programas específicos para la rehabilitación conductual de los enfermos asilados más desvastados, con la expectativa de que pudieran vivir en hogares protegidos o, al menos con un menor grado de discapacidad.

Estas experiencias fueron las pioneras en la reforma psiquiátrica en Chile, remecieron los fundamentos conceptuales y éticos de la psiquiatría nacional y atrajeron a profesionales de la Región que buscaban formación en salud mental de avanzada.

La trayectoria del Profesor Juan Marconi, brillante y plena de propuestas innovadoras, resultó sin embargo prematuramente interrumpida en 1980, resultado de una valiente decisión personal en testimonio de pacífica protesta ante la situación de violencia política entonces imperante en el país, que a su juicio impedía el desarrollo de la vida universitaria y de los programas de asistencia comunitaria que la población chilena necesitaba.

Aún así sin embargo, permaneció plenamente activo y actualizado en los avances y desarrollos del campo de la salud mental, la reorientación de los servicios psiquiátricos y de lo que sucedía en el país. Celebró y acompañó con su consejo e inspiración distante y respetuoso, los comienzos de las tareas de sus discípulos a cargo de las políticas de salud mental, luego de la recuperación de la democracia en el país, en los tempranos noventa. Recientemente, en 1998, a petición del Ministerio de Salud, hizo un análisis de los fundamentos y herramientas de las políticas y planes para el control de los problemas asociados al consumo del alcohol en el país y en otras regiones. Para ello revisó extensamente la publicación de Edwards, Anderson, Babor y cols "Alcohol policy and public goods" de 1994 y no dudó en adherir e incluir cada una de sus conclusiones, entre las propuestas que hace para que Chile cuente en definitiva con una política de acción clara y fuerte en esta materia.

Juan Marconi Tassara recibió, en 1991, el reconocimiento como Maestro de la Psiquiatría Chilena, otorgado por la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile.

Marconi, el hombre, humilde y hasta tímido en su trato, sensible y amistoso dentro de su personalidad marcadamente introvertida, de penetrante e inquisitiva inteligencia, fue un maestro y un visionario, audaz en sus propuestas e iniciativas y por sobre todo comprometido con la búsqueda de la verdad y el servicio al enfermo mental, necesitado y discriminado.

*Alfredo Pemjean
Psiquiatra
Departamento de Salud Mental.
Ministerio de Salud. Chile*

GUILLERMO BARRIENTOS (1937-2006)

Promotor de la reestructuración de la atención psiquiátrica en Cuba y América Latina

Nació en la Habana, Cuba, el 1 de junio de 1937. Se graduó de médico en 1964 y fue de los primeros profesionales incorporados al Servicio Social Rural creado al triunfo de la Revolución, trabajando en zonas rurales de Baracoa y Santiago de Cuba (en el Oriente del país). Se graduó como Especialista de Psiquiatría en 1969 y Doctorado en Ciencias Médicas (Ph.D.) en Hungría (1983).

Se desempeñó desde 1973, y de manera ininterrumpida, como Jefe del Grupo Nacional de Psiquiatría en Cuba. Cuando se creó en la década de los 90 el Grupo Operativo de Salud Mental y Adicciones (con rango de Dirección Nacional) en el Ministerio de Salud Pública pasó a ocupar la dirección del mismo, cargo que desempeñó hasta que ocurrió su deceso. Durante más de 30 años fue Jefe del Servicio de Psiquiatría del "Hospital Universitario 10 de octubre". En 1995 fue fundador y Presidente del Comité Académico de la Maestría en Psiquiatría Social. También era Miembro Consejo Asesor del Rector de la Universidad Médica de la Habana y Vicepresidente de la Sociedad Cubana de Psiquiatría.

De manera paralela a sus responsabilidades gerenciales en el campo de la salud mental siempre se mantuvo vinculado de manera muy activa a la docencia universitaria y la investigación. Fue docente y fundador de la Facultad de Medicina de la Universidad de Camagüey (1970) y Profesor Titular de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de la Habana desde 1984. Al momento de su fallecimiento era Profesor de Mérito del Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana.

Autor o coautor de numerosos libros y artículos científicos. Entre los libros publicados se pueden mencionar:

- Propedéutica y clínica psiquiátrica.
- Razón, locura y sociedad.
- Tendencias actuales de la psiquiatría. Experiencia cubana.
- Psiquiatría (Tomos I, II y III).
- Psiquiatría Social y Comunitaria Enfoques para un debate en salud mental. Bioética.

Fue el paladín de la reorientación de la psiquiatría cubana hacia la Atención Primaria en Salud e impulsor de los Centros Comunitarios de Salud Mental, que actualmente y gracias - en gran medida - a su empuje suman ya 199 en todo el país.

En el plano internacional fue muy reconocido y participó en innumerables eventos científicos en América y otros continentes. Con la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) tuvo un largo historial de colaboración como Asesor Temporero en numerosos procesos vinculados con la "Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina". Todavía tenemos fresco en la memoria su participación en la "Conferencia para la reforma de

los servicios de salud mental: 15 años después de Caracas”, celebrada el pasado noviembre en Brasilia.

El Profesor Barrientos es una de las figuras más destacadas de la psiquiatría cubana de todos los tiempos; numerosas generaciones de profesionales de la salud de mental fueron formados o trabajaron junto a él. Su recuerdo imperecedero queda evidenciado en las numerosas obras que impulsó; como defensor de los procesos de cambio y reforma, el mejor homenaje de los que le suceden es seguir en ese camino de los riesgos y las transformaciones por un futuro mejor.

*Jorge Rodríguez
Psiquiatra .Asesor Regional OPS
EEUU.*

IAN FALLON

Un pionero de las intervenciones familiares en la esquizofrenia

Se fue de repente en un momento en que nadie lo esperaba. A pesar de su larga enfermedad y cuando todo parecía que iba a tener un desenlace fatal, resurgió de nuevo, con ímpetu, energía y nuevos proyectos. Poco puedo decir de su biografía, mas allá de lo que todos conocen; nacido en Auckland con la que mantenía estrechos lazos afectivos y profesionales, estudió en Inglaterra y posteriormente se trasladó a California donde trabajo con el equipo de Liberman, para volver de nuevo a Inglaterra y finalmente recalcar en Italia, donde compaginó su trabajo profesional con el cultivo de vid y la elaboración de buenos caldos.

Lo conocí en el año 1991 al ser admitida a un curso internacional en torno a la Intervención Familiar. Y ahí descubrí a un Falloon docente, entusiasta, “machacón”, pero cálido y flexible a la vez. Fue capaz de transmitirnos que realmente hay otras formas de hacer las cosas, un modelo de atención basado en estrategias eficaces, contrastadas científicamente, puestas al servicio de las necesidades de los pacientes y de su grupo de apoyo. Y que para esa labor no se precisaban grandes estructuras y encuadres. Y lo demostró con el ejemplo, no solo con el servicio de Buckingham sino impartiendo el curso en su propio Cottage. Es decir el predominio de la función sobre la estructura.

Fue coherente y luchó siempre a contracorriente. Fue capaz, a pesar de la falta de apoyo institucional que sufrió al menos en las últimas décadas de su vida profesional, de aglutinar, en torno a un proyecto común, a una serie de profesionales dispersos por la geografía mundial. Y fruto de ello no solo han sido productos científicos de impacto, sino un cambio de cultura asistencial para muchos de nosotros, que esperamos poder diseminar.

Recuerdo su estancia en Valencia, cuando acudió para llevar a cabo una auditoria de nuestro trabajo. Su entusiasmo no había disminuido durante los cinco años transcurridos desde mi estancia en Inglaterra. Nos agotó a todos, aunque él seguía en buena forma y participó activamente en la cena, bailó un sirtaki en una taberna griega y se emocionó con la obra de Paul Klee en el IVAM.

No quiero terminar sin agradecerte tu enorme generosidad, algo tan escaso en nuestro entorno científico de hoy.

Un abrazo, estés donde estés.

*Isabel Montero
Psiquiatra
Profª Titular de la Universidad de Valencia (España)*

RESEÑAS

Psiquiatras de celuloide

Anacleto Ferrer, Xavier Garcia Raffi, Bernardo Lerma y Candido Polo
Generalitat Valenciana. Ediciones de la Filmoteca.
Valencia-España. 2006

Desafortunadamente, muy pocas son las referencias bibliográficas de las que disponemos que aborden la Psiquiatría desde el punto de vista del séptimo arte. A lo largo de la corta historia del cine, de poco más de un siglo, el presentar el enfermo mental y todo lo que le rodea (terapeutas, instituciones, tratamientos,...) ha sido una constante, desde los primeros cortometrajes de principios del siglo pasado (siendo muchas veces protagonistas del slapstick y por tanto, objeto de risa del gran público) hasta nuestros días, etapa en la que el psiquiatra es presentado como un ser malvado y que incluso llega a convertirse en un icono de la historia reciente, como podría ser el conocido por todos Doctor Hannibal Lecter.

Psiquiatras de celuloide es una gran oportunidad que se nos presenta para acercarnos a este tratamiento que el cine ha dado ya no solo a la figura del psiquiatra, sino también a la enfermedad mental en general. Es de destacar que, de las obras publicadas hasta ahora, prácticamente ninguna había tratado el cine de fuera de los Estados Unidos, ya que casi siempre habían girado en torno al cine proveniente de Hollywood, dejando en el olvido la riqueza y complejidad que presenta el cine realizado en otros puntos geográficos, como por ejemplo el europeo, cine que por otra parte, al igual que el nacido en la Fábrica de los Sueños, también se ha interesado tradicionalmente por la locura y la complejidad de las relaciones humanas, algo de lo que nos damos cuenta con solo citar a gigantes de la talla de Ingmar Bergman, Luis Buñuel o varios autores afincados en la Alemania de entreguerras, partícipes de una de las corrientes cinematográficas y culturales más importantes del siglo XX como fue el expresionismo (destacando figuras como Fritz Lang, F.W. Murnau o G.W. Pabst). Es de destacar que esta obra no solo pone en relieve la importancia de este cine europeo, sino que también en algunos capítulos tiene un papel preponderante.

Tenemos delante un recorrido por la historia de la Psiquiatría estructurado en seis capítulos, cada uno de los cuales se compone de dos apartados, consistiendo el primero de ellos en un desarrollo del título del capítulo (de los que algunos hablaremos con posterioridad) y el segundo consta de ejemplos de filmes a modo de ilustración de lo anteriormente expuesto. De este modo, a lo largo de los capítulos, se puede extraer una visión global de la enfermedad mental, de sus tratamientos y terapeutas a lo largo de la historia, la influencia de las diferentes corrientes filosóficas, el clero o la cultura popular.

La imagen que nos ofrece el cine de las instituciones psiquiátricas, protagonista de uno de los capítulos, es de gran importancia debido a que la imagen que tienen de estos centros los individuos ajenos al mundo de la salud mental es la que proviene del cine, imagen a su vez car-

gada de tópicos: grandes construcciones de aspecto tenebroso, pasillos lúgubres, jaulas, gritos, cadenas, estereotipias,... confiriéndole un barniz de lugar maldito, algo que permite clasificar el cine de manicomios como un hermano menor del cine ambientado en prisiones.

Otros temas de interés tratados con profundidad son los conflictos bélicos y las consecuencias que pueden tener en el soldado, el psiquiatra y el enfermo mental en el cine de juicios o el nacimiento casi simultáneo de cine y psicoanálisis y la influencia de este último en la obra de grandes creadores del séptimo arte, llevando incluso en alguna ocasión al mismísimo Freud a la gran pantalla (la portada de este volumen la ilustra el Freud probablemente más conocido de la historia del cine, encarnado por Montgomery Clift).

De las películas mencionadas y analizadas, hay que destacar que se incluyen grandes clásicos, entre las que se encuentran películas previas a la aparición del cine sonoro (*La brujería a través de los tiempos*, *El gabinete del Doctor Caligari*,...) hasta las últimas pequeñas joyas del cine indie como puede ser *Algo en común*, desfilando a lo largo de las hojas de este volumen mitos del cine como Alfred Hitchcock, Stanley Kubrick, François Truffaut o John Huston, entre muchos otros.

En resumen, una buena ocasión para profundizar en el mundo de la Psiquiatría a través de la gran pantalla, a través de un medio artístico en el que se forjan mitos y leyendas, imágenes y frases que ya forman parte de la historia.

Jorge Rodríguez Caride
MIR Psiquiatría
Ourense (España)

Deseo sobre deseo

Fernando Colina

Valladolid, Cuatro, 2006.

Aunque las estanterías de las librerías están llenas de libros que llevan por título *La vida: Instrucciones de uso*, o frases similares, y pretenden aleccionar al lector acerca de cómo vivir la vida, el libro escrito por Fernando Colina, sin pretenderlo, nos ofrece una cuidada descripción de lo que realmente significa estar vivo. El deseo es un síntoma de la vida, escribe el autor. De una vida plenamente vivida, diría yo. Al leer “*Deseo sobre deseo*”, el lector inicia un sorprendente viaje por el paisaje emocional del ser humano.

El hombre retratado en el libro lleva una vida tan intensa como un insecto del género de las efímeras: nace por la mañana, y tras el éxtasis del apareamiento, muere al atardecer, cuando lo hace el sol. El protagonista del libro pasa gran parte de su vida cruzando un puente en un río sin orillas. “El deseo responde a unos límites difíciles de definir”, escribe Colina. El puente sobre el que apoyamos nuestros pies la mayor parte del tiempo, el que nos lleva desde un deseo hasta el siguiente, nos traslada desde un lugar donde ya no estamos a un lugar que no acaba de llegar. Existimos en medio de lugares inexistentes: entre el *ya no*

y el *todavía no*. Sin embargo, estando en medio de ninguna parte, el hombre vive bajo la ilusión de ser feliz.

Para el autor el deseo tiene un sabor agrídulce. Su naturaleza es fundamentalmente trágica, ya que está condenado a desvanecerse al alcanzar su plenitud. Es la totalidad la que nos acerca peligrosamente al vacío. El movimiento que empuja al hombre hacia delante resulta ser un movimiento antigravitatorio: al subir inicias una caída hacia arriba. Cuando alcanzas el cenit ya estás cayendo. No obstante, tienes que seguir caminando, puesto que si te paras para contemplar lo que has dejado atrás corres el riesgo de acabar petrificado, o *melancolizado* diría el autor, como la mujer de Lot.

El deseo del que habla el autor contiene una dosis de vida tal que podría matar al que lo satisface plenamente. Como si estar enteramente vivo fuese mucho más de lo que un ser vivo fuese capaz de soportar. Al parecer, no es solo la muerte, sino también la propia vida la que puede acabar con nuestra existencia. Algo que muchos, en el fondo, ya intuíamos: es la propia vida la que nos mata. El deseo es, por tanto, un efecto secundario de estar vivo. Si no deseas y, por tanto, no acabas de vivir del todo, la vida deja de merecer ese nombre y es vivida con la emoción de un simulacro. Por otra parte, la vida puede verse como una serie de duelos sucesivos por los deseos satisfechos y lo que de nosotros se va con ellos. El ser humano muere en múltiples ocasiones antes de ser considerado oficialmente un cadáver. Al desear, por tanto, aceptamos vivir muriendo un poco.

En su recorrido por los clásicos, Colina expone las respuestas que diferentes escuelas filosóficas han ofrecido para bregar con este asunto. Así, los estoicos o los seguidores de Epicuro, entre otros, hicieron uso de la muerte para aprovechar la vida.

El autor también analiza las diferentes respuestas subjetivas desplegadas para sortear el dilema que nos ocupa. Algunos, como Don Juan, toman un atajo para eludir el duelo al que más arriba me refería. Las retinas de este tipo de personas no pueden soportar una puesta de sol. Por eso, ver amanecer junto a la pareja no es para ellos más que una promesa incumplida. El histérico, por su parte, sobrevive a base de deslumbrar al otro ofreciéndole una luna llena que tiene la particularidad de que cuando alguien se acerca demasiado a ella empieza a menguar. Cabe destacar también su imperiosa necesidad de triangular, tal vez porque lo que más teme sea estar a solas con el otro. El obsesivo es caracterizado como un experto en el desencuentro. Es un especialista en llegar tarde a la cita con su propia vida. Tal vez para no gastar la vida, el obsesivo disfruta de una muerte a crédito. Muchos obsesivos coleccionan objetos muertos. Sin embargo, no son tan diestros en el trato con otros seres vivos. Por último, el fóbico se cubre bajo un corsé que le protege pero, a la vez, le ahoga. A ese corsé le solemos llamar miedo.

En otro orden de cosas, el libro plantea una serie de cuestiones que casi todos hemos intuitido, o incluso experimentado, alguna vez pero pocos han formulado con tanta claridad. Así, los demás actúan como una especie de *trompe l'œil* que oculta, al menos durante algún tiempo, los pequeños vacíos de los que estamos hechos. Nunca conseguimos que el otro nos complete en el acto amoroso. De hecho, al tratar de unirte al otro, te das de bruces contigo mismo. Nuestra propia piel nos aleja, nos sitúa a años luz de distancia. “Los cuerpos nos separan”, escribe Colina.

Por otra parte, hay cierto carácter de epílogo implícito en todo acto amoroso: besos que nos dejan en la boca el amargo sabor de una despedida, caricias que pierden por el camino la curiosidad por conocer un territorio inexplorado y se van convirtiendo lentamente en cuidados paliativos, suspiros y susurros se tornan en últimos estertores de forma inapreciable... Difícil posición la del amante que sabe que al amar está matando a su *partenaire* y está muriendo un poco. Esta naturaleza mortífera del amor le convierte en una suerte de acto suicida y homicida al mismo tiempo.

En mi opinión, el libro nos anima a amar la vida sobre todas las cosas, a consumir plenamente los momentos que se nos han brindado porque, en cierto modo, las cenizas de esos momentos son la única prueba que tenemos de haber vivido. En definitiva, invita al lector a seguir deseando. No en vano “El alcance de un hombre debería exceder su brazo, si no ¿para qué sirve el cielo?”.

Rebeca García Nieto
Psicóloga clínica
Valladolid

El Bilbaíno Ángel Garma (1904-1993), fundador del psicoanálisis argentino

Iñaki Márquez

Edita Fundación BBK, Bilbao. 2005. 178 págs.

Decía José Bergamín que *enamorarse de la historia es algo peregrino. La historia no se repite según el decir popular*². Lo que sí se repiten son las personas, éstas saben sucederse, saben lo que sucede y saben lo que ha sucedido. Recordar la obra y vida de un pionero, reconocer su condición seminal en el psicoanálisis en lengua castellana y acercarse al conocimiento de un ilustre a la sociedad, es también un debido tributo a un hombre de altura como es Ángel Garma, bilbaíno de origen, de quien en el pasado año 2004 se hubiera celebrado el centenario de su nacimiento.

Garma es un gran desconocido en Bilbao, y también en España, aunque es muy posible que poco a poco, se vaya divulgando su obra y su biografía. De momento ello ha empezado a lograrse gracias a la iniciativa de la Fundación BBK publicando este libro biográfico, centrado más en el personaje, y menos en su obra. Las largas y fructíferas conversaciones mantenidas por el autor del texto, Iñaki Márquez con Carmen Garma, hija del biografiado y, verdadera coautora, según Márquez de la obra, así como las informaciones y confidencias de otros psicoanalistas, psicólogos y psiquiatras que lo conocieron, tanto en Buenos Aires como en Bilbao, han logrado sacar a la luz a la persona que se ocultaba tras la una figura de renombre mundial.

Ángel Garma (1904-1993) estudió Medicina en la Universidad Complutense de Madrid y ya desde el comienzo pensó en dedicarse a la psiquiatría. Tuvo como profesores a Santiago

Ramón y Cajal, y José Ortega y Gasset, siendo durante cuatro años alumno interno en la cátedra de Fisiología de Gregorio Marañón donde se graduó en 1927. Vivió en la Residencia de Estudiantes donde hizo amistad con Federico García Lorca, Salvador Dalí, Luis Buñuel, Pepin Bello, Severo Ochoa, y otros futuros artistas de la Generación del 27, nada famosos aun en esa época.

Marchó a Alemania en 1927, obteniendo el diploma de Psiquiatra por la Universidad de Tübingen en 1929, tras trabajar un año con el profesor Gaupp. Pero descubrió la existencia del psicoanálisis. Garma invirtió su herencia familiar en estudiar psicoanálisis y en psicoanalizarse. Comenzó a hacerlo con Theodor Reik, psicólogo laico y analista profano y obtuvo en 1931 su diploma de estudios de grado como psicoanalista siendo admitido como miembro de la Asociación Psicoanalítica Alemana. Ángel Garma fue el primer psicoanalista español, entrenado como tal, miembro de la International Psychoanalytical Association (IPA). Regresó a Madrid en 1931, y se integró en el ambiente cultural y científico dominante en los años previos a la Guerra Civil.

Dejó voluntariamente España, el mismo día en que Calvo Sotelo fue asesinado y poco después comenzó a trabajar como psicoanalista en París, teniendo que dar clases de castellano para poder subsistir. Pero también en Francia el clima político se deterioraba día a día. Ante ello tomó la decisión de emigrar a la Argentina donde tenía vínculos familiares. Se instaló en Buenos Aires en Junio de 1938.

Al llegar Ángel Garma a Buenos Aires, llevaba una importante formación psicoanalítica, una firme convicción en sus puntos de vista científicos y una poderosa personalidad creadora. En Buenos Aires, Ángel Garma, comenzó a reunirse con el grupo dinamizador del psicoanálisis, con los fundadores: Arnaldo Rascovsky; Enrique Pichon Rivière, Marie Glas de Langer, Celes E. Cárcamo. Todos pertenecían a una generación formada en un periodo de crisis económica y agitación política. Para ellos, el psicoanálisis llegó a ser la pasión central de sus vidas.

En la última década de su vida, Ángel Garma vio comprometida la producción de sus textos al padecer una dolencia neurológica que le dificultaba los movimientos y el habla, lo cual también le impidió asistir al Congreso Psicoanalítico Internacional de Madrid en 1983, el primer congreso de la IPA en un país de habla castellana, Ello no supuso obstáculo para que fuese nombrado vicepresidente de Honor de dicha institución.

En sus últimos años, en varias ocasiones había manifestado su deseo de que arrojaran sus cenizas en El Abra de la ría de Bilbao, tras su fallecimiento. Y así lo hizo su familia en febrero de 1994, siendo acompañada por varios psiquiatras y psicoanalistas de su ciudad natal. Fue el último y definitivo viaje de Ángel Garma.

En la actualidad, como todos sabemos, el movimiento psicoanalítico argentino mantiene, a pesar de todo, aquel impulso que le dieron los fundadores hasta ser una de las fuentes más productivas del mundo y, sin duda, foco esencial en el área castellano hablante. Hay, cerca tres mil miembros de las sociedades psicoanalíticas argentinas o de diferentes colectivos en la

diáspora americana o europea. Son el resultado del trabajo entusiasta de aquellos pioneros del psicoanálisis, entre ellos y de modo preeminente, Ángel Garma.

Sobre el autor

Iñaki Márkez (1953) trabaja desde hace años como médico psiquiatra en el Servicio Vasco de Salud/Osakidetza, donde actualmente presta servicios en el Centro de Salud Mental de Basauri. Posee el título de Doctor en Neurociencias y tiene amplia experiencia en el campo de las toxicomanías, la psiquiatría comunitaria y la salud pública. Es miembro de diversas asociaciones de ámbito nacional e internacional. Pertenece al consejo editorial de OP Koadernoak y es director de la revista NORTE de Salud Mental. Investigador con interés por el ámbito social ha participado en diversos proyectos de investigación donde la salud mental se relaciona con este campo.

Ha publicado artículos tanto en prensa especializada como en diarios de gran tirada, así como diversos libros sobre los temas que le ocupan. Entre sus publicaciones de mayor interés están las siguientes: Morbilidad psiquiátrica en Atención Primaria de salud (1993); Los programas de mantenimiento con metadona (1999); Drogodependencias: reducción de daños y riesgos (2000). También ha escrito en colaboración otros textos como: El dominio de la Hipocresía. Las drogas en Euskadi (1989); Las drogas de ayer a mañana (1994); Los agentes sociales ante las drogas (1998); Ética y praxis psiquiátrica (2000); Cannabis de la Salud y del Derecho (2002); Atención a la salud mental de la población reclusa (2003); Mujeres y prescripción de psicofármacos (en prensa, 2005).

*Ander Retolaza
Psiquiatra
Vizcaya*

1. Robert Browning "Andrea del Sarto.

2. José Bergamín. Larra, peregrino en su patria. Hora de España, nº11. Noviembre 1937.

La práctica psicoanalítica en las instituciones de salud mental. la psicosis y el malestar en la época actual.

VIII Jornadas de la sección de psicoanálisis de la AEN.

Rosa Gómez Esteban y Enrique Rivas Padilla (Coordinadores)

AEN/ESTUDIOS 34. Madrid 2005

Una de las primeras secciones que se fundaron dentro de la AEN fue la de Psicoanálisis, en el año 1983. Esta sección realizó sus primeras jornadas en febrero de 1985 en Huelva, teniendo como título de la primera ponencia Psicoanálisis en las instituciones.

La pujanza de la teoría psicoanalítica en aquellos tiempos y su influencia en la AEN era notoria, como lo demuestra el simple hecho, que espero no se tome como casual, de que el primer artículo de la RAEN tenga un título totalmente psicoanalítico: Justificación del Edipo. Como se ve de nuevo se demuestra que todo comienza con el Edipo.

Está por estudiar la importancia de la teoría psicoanalítica en los procesos de reforma psiquiátrica. Si se leen los textos sobre este tema de los años 80 se observa en el lenguaje utilizado la profusión de conceptos psicoanalíticos, y hubo un buen porcentaje de psiquiatras y psicólogos, de orientación analítica, comprometidos con el desarrollo de la asistencia y la modificación de los manicomios. Recordemos que las primeras transformaciones estaban influenciadas por la psiquiatría de sector y esta la desarrollaron en Francia fundamentalmente psicoanalistas. El libro *Le psychanalyste sans divan* (1970) (El psicoanalista sin divan) de Racamier y que tenía como subtítulo *La psychanalyse et les institutions de soins psychiatriques* (El psicoanálisis y las instituciones de cuidados psiquiátricos) daba ya solamente en su título todo un discurso de la aplicación del psicoanálisis en los procesos de reforma.

Otras teorías, como la terapia institucional, por la cual la institución asilar puede ser terapéutica si se privilegia una relación dinámica entre el personal de salud y los pacientes, partía de concepciones totalmente freudianas, teniendo también una gran influencia en nuestro país.

Este libro que comentamos es el resultado de las VIII Jornadas de la Sección de Psicoanálisis de la AEN e intenta recuperar la influencia del discurso analítico dentro de las instituciones, (en este caso se habla de dispositivos asistenciales) al mismo tiempo que trata de reflexionar y descifrar, sobre todo en el prólogo, cuales son las claves para que esta influencia tan notoria en los años 80 se haya debilitado o casi desaparecido.

El Coordinador de la Sección el Dr E. Rivas, en la Presentación de las Jornadas, expone cuatro causas que pueden haber influido en este debilitamiento: retroceso en relación a las manifestaciones de la cultura, involución del pensamiento sobre la subjetividad, la necesidad de satisfacción inmediata y el hiperdesarrollo de la tecnociencia. Pero también realiza una auto-crítica sobre los psicoanalistas que han hecho una dejación del desafío que propone el discurso del paciente psicótico en base a aspectos tan discutibles como la imposibilidad de transferencia, la interpretación o el pago por hablar, de este último el Dr Rivas busca una fórmula que nos parece innovadora con el fin de aceptar el reto del psicótico: "si en la cura en el régimen privado el paciente paga por hablar, en la cura analítica en las instituciones el sujeto debe hablar para pagar".

Desde diferentes ópticas y corrientes psicoanalíticas, pero con una mayor preponderancia de la teoría lacaniana, abordan las difíciles cuestiones de la relación psicoterapéutica con el psicótico como son la capacidad de comunicación con este, la necesidad de devolverle la palabra y no retroceder ante la posibilidad de tratamiento e indicándonos el camino para ello.

E. Rivas, propone la necesidad de pasar de un trata-miento del psicótico a un trato. Este trato está basado en la transferencia con el psicótico, es decir no niega que esta exista, al contrario de muchos de sus colegas psicoanalistas, afirmando rotundamente: “Si, hay transferencia. Otra cosa es como se analiza o maniobra con ella” (pag 47).

Resume el trato con el psicótico en un pacto implícito, no explicitado, es decir no se trata de un acuerdo entre partes, pero que al estar implicada la transferencia compromete a ambos sujetos del diálogo, produciendo un estado civil del psicótico.

Siguiendo a Lacan opina que el terapeuta se debe situar como secretario del alienado para dar testimonio de que hay un sujeto que dice ser en su propio nombre. De esta forma en este artículo de E. Rivas “Diálogo y trato con el sujeto psicótico” va desmenuzando a lo largo de nueve puntos las instrucciones para conseguir dicho trato terapéutico. En resumen se trataría de:

- Poner una barrera al goce del psicótico.
- Ser prudente con las interpretaciones bajo transferencia
- Realizar un acompañamiento en el intento del psicótico de sostener su existencia
- Construir lazos para evitar la erotomanía u “odiomanía” de transferencia.

El fin de este trato con el psicótico es conseguir la estabilización por medio de la suplencia. En este sentido Rivas diferencia entre suplencia espontánea, buscada por el sujeto y ajena a cualquier relación terapéutica y la artificial que debe ser buscada en las maniobras del analista. Esta es la que debe crearle las condiciones al psicótico para que acceda a la ley que no se inscribió en su inconsciente. De esta manera el trabajo de Rehabilitación del psicótico, sería “incluir la locura en la razón, en el logos del discurso”. No se trata pues de dar la razón a la locura como hacían los antipsiquiatras ni tampoco de dar razón de la locura.

En otro artículo del mismo autor “Abordaje psicoanalítico de los nuevos síntomas y formas de malestar contemporáneo: El psicoanálisis aplicado a la terapéutica” Aborda los problemas emergentes en los centros de salud mental: Acosos, fenómenos psicósomáticos, perversiones, patología de la pulsión oral, etc que E. Rivas denomina “patología de lo real”.

- Para el abordaje de este tipo de patología recomienda al analista ser
- Paciente para desbarrar la insistencia de la demanda vacía y/o la causa transferida al partener.
- Prudente para evitar interpretaciones apresuradas que impidan al sujeto situarse frente a la causa y su responsabilidad (inconsciente). Perseverante para tratar de enlazar la transferencia imaginaria que soporta la simbólica y real.

Un trabajo de I. Anasagasti sobre el mito del “deterioro” en las psicosis retoma el problema de la cronicidad y la rehabilitación. Siguiendo la tónica general del resto de los autores del libro, insiste en la existencia de transferencia en las psicosis, apoyándose en el texto de Freud, poco leído y comentado por los psicoanalistas más ortodo-

xos. Es un texto publicado en 1937, dos años antes de su muerte “Construcciones en el Análisis”.

El autor ha leído a los clásicos, Bleuler etc, analizando los acontecimientos imprevisibles de la evolución del psicótico como efectos transferenciales de la relación de este con el mundo exterior, hecho clave para el autor pero difícil de captar si se considera que el psicótico está fuera de la realidad.

Expone un caso tratado por él, en el cual aparece la reconstrucción del sujeto en transferencia a través de los cuidados de un gato. Estos cuidados acaban teniendo la dimensión de una creación “en” y “de” la transferencia, realizando la función de verdad histórica vivencial a la que se refiere Freud en el citado artículo: Si consideramos a la humanidad como un todo y la sustituimos al individuo humano aislado, descubrimos que también ella ha desarrollado delusiones que son inaccesibles a la crítica lógica y contradicen la realidad. Si a pesar de esto son capaces de ejercer un extraordinario poder sobre los hombres, la investigación nos lleva a la misma explicación dada en el caso del individuo. Deben su poder al elemento de verdad histórica que han traído desde la represión de lo olvidado y del pasado primigenio.

Las posibilidades de la práctica del psicoanálisis en las instituciones de SM son abordadas por Ana Castaño. Considera que la intersección entre psicoanálisis y SM es una cuestión ética centrando su análisis en las clásicas preguntas kantianas: Que puedo hacer? Que debo hacer? Que me está permitido esperar?, e interesándose fundamentalmente por los modelos de estabilización. Para la autora hay estabilización cuando hay reunificación, cuando el sujeto se desata de una cadena significante patológica (persecución, etc) y esto le permite establecer algún tipo de lazo social. Tanto el paso al acto como la metáfora delirante y la suplencia producen efectos de estabilización. De esta forma los dispositivos que permiten la escucha analítica, tendrían también una función estabilizadora. La autora nos describe brevemente el dispositivo en el que trabaja en Madrid (Área de actividades rehabilitadoras): “Lugar donde circula la palabra y la escucha”.

Otro aspecto de la psicoterapia con psicóticos que se abordó en las jornadas y que se recoge en el libro es la psicoterapia de grupo. Rosa Gómez expone su experiencia en este tipo de grupos que se extiende a la década de los 70. La terapia grupal de pacientes psicóticos, apoyados con grupos de familiares y psicofármacos se ha demostrado como la fórmula que mejor resultado ha dado en la atención de este tipo de pacientes. Para la autora el grupo va a actuar como el “tercero” del que carece el psicótico, impidiendo las peligrosas relaciones duales que se establecen ante las transferencias delirantes.

Según la Dra Gómez el grupo terapéutico pasa por 4 fases que van a indicar los diferentes momentos de cambio tanto del grupo como de sus integrantes:

- El reconocimiento de los síntomas
- El relato del delirio
- La expresión de los afectos, la agresividad y la ambivalencia afectiva
- La inserción en el tiempo y en la historia

Concluye que el grupo funciona como un espacio de elaboración y contención, produciendo efectos de reconocimiento, siendo fundamental la capacidad del terapeuta de escucha y respeto tanto para la palabra, como hacia su silencio. El grupo va a permitir el desarrollo

de transferencias laterales y va a favorecer los procesos de comunicación del paciente, impidiendo procesos tan peligrosos como el aislamiento: “Tan destructivo para el psiquismo del propio paciente”.

Beatriz Molina Gabriel y Galan también cuenta la experiencia de intervenciones psicoanalíticas grupales con mujeres de zonas rurales. La palabra silenciada llaman a su artículo. Los grupos se han realizado con mujeres de zonas rurales en riesgo de exclusión social, ámbito en el que el Centro de trabajo psicoanalítico (CEPYP-UNO) viene trabajando desde hace tiempo.

Mediante los grupos de dialogo se facilitan condiciones para que en el discurso de cada una emerja en su singularidad de sujetos deseantes, pero la autora considera que no se deben dotar sus manifestaciones de contenido o significado, realizando solamente señalamientos de los puntos de cambio que se producen en dicho discurso y facilitando que puedan hacer elaboraciones e interpretaciones acerca del mundo, de su relación y de su historia personal.

En otro artículo contenido también en el libro, la Dra R.Gómez vuelve sobre el tema de su tesis doctoral I: La Relación Médico Paciente(M-P): Las emociones del médico. Como conclusión de esta revisitación de su tesis es preciso reincidir en aspectos importantes, que aunque ya sabidos, no viene mal recordarlos en los tiempos que corren:

La relación M-P es el núcleo fundamental de la práctica clínica y un instrumento fundamental tanto para realizar un diagnóstico certero como para evitar la abstención terapéutica. Existe una importante carencia de formación en esta práctica, de tal forma que casi todos los jóvenes médicos opinan que la relación M-P afecta a su salud.

Los grupos Balint u operativos son instrumentos importantes tanto de aprendizaje de la relación M-P como para solventar las ansiedades que esta crea.

Maximino Lozano hace una revisión del problema de la transferencia en las psicosis, centrándose en la esquizofrenia, ya que considera que es diferente para otros tipos de psicosis. Realiza una serie de reflexiones para resolver la complejidad de la situación transferencial con el paciente esquizofrénico dada la tendencia a una transferencia erotomaniaca como forma de lidiante de encontrar identidad mediante la pertenencia al Otro, entregándose a su goce. Como evitar entonces ser perseguidor?. Para el autor consistiría en evitar posiciones de un saber sin fisuras, absoluto, no sujeto a revisión, discusión o crítica.

La función del psiquiatra-psicoanalista sería tratar de limitar la angustia persecutoria con disponibilidad y presencia pero con límites y referencias espaciales y temporales, no estrictamente rígidos, pero si de cierta precisión. Otra función del terapeuta sería ser testigo de su sufrimiento mediante la escucha: “Un delirio referido siempre es menos delirio”.

En general los autores vuelven sobre los dilemas clásicos de la convergencia entre psiquiatría y psicoanálisis o si se quiere entre psicosis y tratamiento psicoanalítico, y esto unido a que las nuevas instituciones, es decir los dispositivos de salud mental tiene dinámicas ya diferentes de las antiguas instituciones psiquiátricas. No obstante, en la actualidad, ambas parecen estar unificadas en la desaparición del sujeto hablante; en las antiguas instituciones porque lo totalitario no daba lugar a dialéctica alguna, en los dispositivos actuales porque la narración del paciente ha desaparecido del universo médico retornando en

la forma de, cifras, números, imágenes etc en las cuales ya no podemos reconocer que pertenecen a un sujeto que habla.

En el libro se hace un recorrido muy clarificador por problemas candentes como la transferencia y su manejo, la estabilización del psicótico, etc etc, desde luego tarea digna de ensalzar dados los tiempos que corren en que la escucha y la reflexión es anulada.

Si algo se echaría en falta en este libro, a mi modo de ver, serian referencias clínicas concretas a casos tratados por los autores, ya que es difícil pensar en como alguien que no se siente enfermo o es tratado contra su voluntad, como suele ser el paciente psicótico, es capaz de hablar en la dimensión que los autores indican.

Tiburcio Angosto Saura
Psiquiatra
Vigo (España)

¹ El medico como persona en la relación médico-paciente. Editorial Fundamentos (2002)

REUNIONES CIENTIFICAS

- **19th Congress of European College of Neuropsychopharmacology [ECNP]**
16- 20 Sep 2006. Paris, Francia
www.ecnp.nl

- **XIII Jornadas de la Asociación Canaria de Neuropsiquiatría y Salud Mental (AEN)**
5 - 7 Octubre 2006. Tenerife.
www.aen.es
Una de las asociaciones mas dinamicas de la AEN.Sus Jornadas siempre congregan a un numero importante de profesionales.

- **4ª Conferencia Mundial-Federacion Mundial de Salud Mental**
The Promotion of Mental Health & Prevention of Mental and Behavioral Disorders
11-13 Octubre 2006. Oslo, Noruega.
www.worldconference2006.no/

- **9º Congreso Mundial de Rehabilitacion Psicosocial**
12-15 Octubre 2006. Atenas, Grecia.
www.wapr.2006athens.gr/en/

- **VI Jornadas Nacionales de Historia de la Psiquiatría (AEN)**
“De la edad de plata al exilio:construccion y reconstruccion de la psiquiatr’ia española”
20-21 Octubre 2006. Madrid, España.
www.aen.es
Unas Jornadas que se han convertido en el punto de referencia de los historiadores de la psiquiatria en España.Siempre sugerentes.Nunca defraudan.

- **56th Annual Meeting of the Canadian Psychiatric Association**
9 Nov 2006. Toronto, ON, Canada.
www.cpa-apc.org

- **XXIV Jornadas de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría (AEN)**
Evidencia y Calidad en Salud Mental
9-11 Noviembre 2006. Córdoba, España.
www.aen.es
La asociación andaluza es la mas antigua de las sociedades autonomicas de la AEN.Sus jornadas son un fiel reflejo de la pujanza de los profesionales de salud mental de Andalucía y de la riqueza de sus experiencias.

- **15 Congreso Europeo de Psiquiatría**
17-21 Marzo 2007. Madrid, España.
www.kenes.com/aep2007

- **XIV Symposium Internacional sobre actualizaciones y controversias en psiquiatria**
26-27 abril 2007. Barcelona, España.
www.geyseco.com

- **160th Annual Meeting of the American Psychiatric Association**
19- 24 Mayo 2007. San Diego, CA, USA.
<http://www.psych.org>
- **Conferencia Bianual de Salud Mental Europa**
“No hay Salud sin Salud Mental: desde el eslogan a la realidad”
31 de Mayo-2 de Junio 2007. Viena, Austria.
office@promente-wien.at
- **XXI Jornadas Nacionales AEN**
31 mayo-2 junio 2007. Alicante, España.
www.aen.es
- **Depresion y otros trastornos mentales comunes en atencion primaria**
Conferencia temática-Asociación Mundial de Psiquiatria
19-21 Junio 2008. Granada, España.
www.wpa2008granada.org
- **XXIV Congreso AEN**
Mayo 2009. Cadiz, España.
www.aen.es



NORTE DE SALUD MENTAL

SUMARIO

Volumen VI nº 25 (Mayo 2006)

EDITORIAL

Aniversario de Norte de Salud Mental. *Francisco Chicharro* 6

ORIGINALES Y REVISIONES

La antipsiquiatría: crítica a la razón psiquiátrica. *Manuel Desviat* 8

La eficacia de las psicoterapias breves estructuradas en el tratamiento de los trastornos afectivos en la atención ambulatoria. *Itziar Güemes y Javier Ballesteros* 15

Psicoanálisis de El Quijote del psicoanálisis, el psicoanálisis en lengua castellana. *Juan Pundik* 27

Los problemas de salud mental en las prisiones, vistos desde la atención primaria. *José Manuel Arroyo* 35

La violencia colectiva: un problema de salud pública pendiente de ser investigado. *Florencio Moreno, Iñaki Markez, Isabel Izarzugaza* 45

PARA LA REFLEXIÓN

Vivimos y sobrevivimos en un país multiduelos. *Marha Cabrera* 61

Creación de la categoría clínica "Trastornos de la Conducta Alimentaria". *Eugenia Gil* 71

El médico y el paciente como exploradores en una geografía de historias emergentes: hacia un nuevo paradigma clínico para las enfermedades crónicas. *Clara Valverde* 77

Referencias filosóficas en la obra de Lacan. *Fco. Javier Zuazo Pérez* 82

METÁLOGOS

Entrevista al profesor José Guimón. *Iñaki Markez y Oscar Martínez Azumendi* 89

FORMACIÓN CONTINUADA

Caso clínico: Trastorno bipolar en la infancia. *Aranzazu Fernández, Esther Fernández, Maialen Arístegui, Miguel Angel González* 95

HISTORIA

Imágenes de Luis Martín-Santos: psiquiatra, político, literato, vasco. *José Lázaro* 99

Últimos libros y semblanza de Luis Martín-Santos. *Luis Martín-Santos Laffón* 105

Apuntes para una historia de OME-AEN en el País Vasco y Navarra. *Oscar Martínez Azurmendi* 109

Aproximaciones a la Historia de la Psiquiatría desde OME. 118

Portadas par aNorte de salud mental. *Nekane Sagasti* 123

ACTUALIZACIONES

La terapia racional emotiva de Alber Ellis. *Nicolás Landriscini Martín* 126

AGENDA

Próximas citas 131

CUADERNOS DE PSIQUIATRIA COMUNITARIA

SUMARIO

Volumen 5 - nº 2- 2005

PRESENTACIÓN 93

ARTÍCULOS ORIGINALES

Personalidad fronteriza, límite o "borderline": características etiopatogénicas, diagnósticas y evolutivas

V. Rodríguez Melón 95

La intervención grupal en los cuadros límite

N. Caparrós Sánchez 109

Trastorno límite: el largo viaje del diván al Boletín Oficial del Estado

G. Rendueles Olmedo 121

Terapia icónica en inestabilidad emocional. Estudio preliminar

S. Santiago López y colaboradores 151

Inserción laboral de personas con trastorno límite de personalidad (TLD)

N. Castán Ballarín 167

INFORMES

Convención de Bangkok 180

IN MEMORIAM 186

RESEÑAS 189

REUNIONES CIENTÍFICAS 199

NORMAS DE PUBLICACIÓN 203

NORMAS DE PUBLICACIÓN

Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria abordará con carácter monográfico diversos temas de psiquiatría y de disciplinas afines que sean relevantes para aquélla con la colaboración de reconocidos profesionales en dichas materias.

REQUISITOS DE LOS MANUSCRITOS

Los manuscritos constarán de las siguientes partes, cada una de las cuales se iniciará en una página independiente:

1. Primera página, que incluirá por orden, los siguientes datos: título del artículo (en español e inglés); nombre y apellido(s) de los autores, indicando el título profesional, centro de trabajo, dirección para correspondencia, teléfono, fax y cualquier otra indicación adicional que se estime necesaria.

2. Resumen, de extensión no inferior a 150 palabras ni superior a 250. En los trabajos originales se recomienda presentarlo en forma estructurada (introducción, métodos, resultados y conclusiones). Irá seguido de 3 a 10 palabras clave seleccionadas preferentemente entre las que figuran en el Medical Subject Headings del Index Medicus. Tanto el resumen como las palabras clave se presentarán en castellano e inglés.

3. Texto, que en los trabajos de investigación conviene que vaya dividido claramente en apartados según el siguiente esquema:

3. 1. Introducción: explicación breve cuyo objetivo es proporcionar al lector la información imprescindible para comprender el texto que sigue.

3. 2. Sujetos (pacientes, material) y métodos: se especificará el(los) lugar(es) donde se ha realizado el estudio, las características del diseño (duración, criterios de inclusión y exclusión, etc.), las pruebas utilizadas (con una explicación que permita su replicación) y los métodos estadísticos empleados, descritos con detalle.

3. 4. Resultados: descripción de las observaciones efectuadas, complementada por tablas o figuras en número no superior a seis en los originales y a dos en las comunicaciones breves.

3. 4. Discusión: exposición de la opinión de los autores sobre el tema desarrollado, destacando la validez de los resultados, su relación con publicaciones similares, su aplicación práctica y las posibles indicaciones para futuras investigaciones.

4. Agradecimientos: en los casos en que se estime necesario se citarán las personas o entidades que hayan colaborado en la realización del trabajo.

5. Referencias bibliográficas (normas Vancouver): se ordenarán y numerarán de forma correlativa según su primera aparición en el texto, debiendo aparecer el número de la cita entre paréntesis o en carácter volado. No se aceptarán como referencias las observaciones no publicadas aunque se pueden incluir en el texto señalando que se trata de una «comunicación personal». Los artículos aceptados para publicación podrán citarse colocando la expresión «(en prensa)» tras el nombre de la publicación. En caso de ser varios autores, se indicarán todos ellos hasta un número de seis y si se supera este número, se añadirá et al., poniendo el(los) apellido(s) seguido de la(s) inicial(es) sin otro signo de puntuación que una coma separando cada autor y un punto final, antes de pasar al título.

6. Tablas y figuras: presentarán en hoja aparte, numeradas consecutivamente según su orden de referencia en el texto en cifras arábigas (tabla x, figura x), con el título y una explicación al pie de cualquier abreviatura que se utilice. Se incluirá una sola tabla o figura por hoja.

PROCESO DE EDICIÓN

El autor remitirá una copia de la versión definitiva en un disquete de 3,5" (versión compatible IBM o Macintosh) acompañado de una copia en papel mecanografiado a doble espacio en hojas DIN A4 (210 x 297 mm) numeradas correlativamente. Los manuscritos se remitirán a Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria (Carretera de Rubín, s/n, Oviedo 33011). El Comité de Redacción se reserva el derecho de realizar las modificaciones de estilo que estime pertinentes en los trabajos aceptados para publicación.

Para una información más detallada, consulten «Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicaciones en revistas bio-médicas». Arch Neurobiol (Madr) 1998; 61 (3): 239-56 y Medicina Clínica. Manual de estilo. Barcelona: Doyma; 1993.

ASOCIACIÓN ASTURIANA DE NEUROPSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

Profesionales de Salud Mental (Miembro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría)

La Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental fue fundada en 1987 y está formada por Profesionales de Salud Mental que trabajan en la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias. La Asociación forma parte de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Entre sus actividades destacan:

- Desarrollo de actividades docentes a través de “**La Escuela de Salud Mental de la A.E.N.**” (Delegación de Asturias). Anualmente se celebra un “Curso de Psiquiatría y Salud Mental”.
- Publicación de un **Boletín Informativo** de carácter trimestral que se distribuye gratuitamente a los miembros de la Asociación Asturiana.
- Publicación de la revista monográfica “**Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria**” de periodicidad semestral que se distribuye gratuitamente a los miembros de la Asociación Asturiana.
- Programa de formación continuada a través de la convocatoria de **Bolsas de Viaje “Carmen Fernández Rojero”** para estancias de formación en Servicios de Salud Mental nacionales y extranjeros.
- **Premio “Julia Menendez de LLano”** al mejor poster presentado en las **Jornadas Asturianas de Salud Mental**.
- Actos con motivo del “**Día Mundial de la Salud Mental**” que se celebra el 10 de octubre de cada año.
- **Foros, Debates y Conferencias** sobre temas de actualidad profesional y científica.

Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental
Carretera de Rubín, S/N
33011 Oviedo

aenasturias@hotmail.com
www.aen.es

**SOLICITUD DE INGRESO EN LA
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA
(Y en la Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental)**

Nombre 1º Apellido
..... 2º Apellido
profesional de la Salud Mental, con título de
que desempeña en (centro de trabajo)
y con domicilio en c/
Población..... D. P. Provincia
Tel..... e-mail

SOLICITA:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental, para lo cual es propuesto por los miembros:

D.

D.

(Firma de los dos miembros)

Firma:

Fecha / /

Esta solicitud deberá ser aprobada por la Junta de Gobierno y ratificada en la Junta General de la Asociación. La suscripción de la Revista de la A.E.N y de Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria está incluida en la cuota de asociado.

Nombre 1º Apellido
..... 2º Apellido

Dirección

BANCO/CAJA DE AHORROS

Muy Sres. míos:

Les ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi Cuenta Corriente/Libreta de Ahorros el importe de la suscripción anual a la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Firma