

TRACTAMENT PSIQUIÀTRIC INVOLUNTARI AMBULATORI (TPIA)

o

TRACTAMENT INVOLUNTARI AMBULATORI DEL TRASTORN MENTAL (TIATM)

Autors (per ordre alfabètic): Jordi Blanch, Itziar Idiakez, Fina Pérez-Blanco, Inmaculada Ruiz, Javier Valls. Grup de Treball de la Societat Catalana de Psiquiatria i Salut Mental

A. JUSTIFICACIÓ DEL TAI

La Constitució estableix la llibertat com un dels drets fonamentals de tots els ciutadans. És un dret inalienable del qual només se'ls pot privar, també segons la Constitució, en circumstàncies molt concretes, i sempre per decisió i sota la tutela judicial.

Una d'aquestes circumstàncies és quan una persona necessita un tractament mèdic que és imprescindible per al manteniment de la seva vida o la seva integritat i no està capacitada per decidir si sotmetre's a ell o no. En aquest cas la nostra llei és molt curosa garantint al màxim la llibertat dels ciutadans, ja que limita la possibilitat de privar-los de la seva llibertat de decidir en aquells casos en què es tracta de rebre un tractament que és essencial per a la vida o la salut i no qualsevol tractament, i a més requereix que la persona sigui veritablement incapaç de prendre aquesta decisió perquè el seu judici, la seva voluntat o ambdós estiguin alterats.

Però també podríem dir, i aquesta és la postura que mantenim, que la nostra llei és desproporcionada i en la seva precaució deixa a vegades que succeeixin mals majors. Ens explicarem. Només contempla l'hospitalització involuntària del pacient en les circumstàncies a dalt esmentades. Amb aquesta mesura es priva al ciutadà per complet de gairebé totes les seves llibertats. No només de la llibertat de rebre o no un tractament, sinó de la llibertat de desplaçar-se a voluntat, o de fer negocis, per exemple, o fins i tot en ocasions de comunicar-se amb altres persones. És un correlat realment dràstic per proporcionar-li un tractament que certament necessita. Però també és lògic que s'arribi a aquest punt, ja que, com la llei preveu, s'ha arribat a fer necessària l'hospitalització i l'hospitalització comporta implícitament la pèrdua de totes aquelles llibertats. I s'ha arribat a fer necessària l'hospitalització perquè la malaltia del pacient s'ha agreujat tant pel fet de no prendre ell altres mesures ni poder ningú obligar-lo a prendre-les si ell no ho vol, que res no ha pogut impedir l'agreujament.

La nostra proposta és que la llei sigui més previsor, més preventiva i també més adequada en les restriccions de llibertat que imposa a l'individu a les seves estrictes necessitats. Que, fins i tot quan la situació no hagi arribat a ser tan greu com perquè el tractament necessari sigui salvador de la vida o de la integritat del pacient o dels altres, la llei permeti obligar-lo a seguir un tractament. És cert que aquesta seria una privació de llibertat més continuada i duradora que la que fins ara contempla la nostra llei, però seria la privació de llibertat en un sol aspecte, o d'una sola de les llibertats de l'individu: la de decidir si rep o no un tractament. Totes les altres llibertats quedarien preservades. I amb això, a més, s'evitaria arribar a una situació d'agreujament de la malaltia i de risc que obligués a l'hospitalització involuntària amb la privació completa de llibertat que hem exposat abans.

Per sustentar la nostra postura, s'haurà de demostrar que realment el fet de prendre aquestes mesures prèvies, aquests tractaments que obligarem al pacient a seguir, violant parcialment i aviat la seva llibertat, eviten que s'arribi a la situació d'agreujament a la qual no volem arribar. Per demostrar aquest punt, la qual cosa només es pot fer amb el mètode científic, recorrerem a l'avaluació de resultats de mesures com les que nosaltres proposem per al nostre país que ja s'han implantat en altres països. Prendrem com a exemple l'anomenada "Kendra's Law" (Llei de Kendra, en referència al cas particular d'una persona amb aquest nom que va dur a la promulgació d'aquesta llei), que és la llei de l'Estat de Nova York als Estats Units d'Amèrica que fou promulgada al 1999 – estem parlant, doncs, de deu anys d'experiència– i que regula precisament el tractament ambulatori involuntari de persones que pateixin una malaltia mental.

Primer transcriurem dues taules que mostren la millora dels pacients sotmesos a TAI als sis mesos de tractament en dos aspectes importants de les seves vides.

Millora en la cura de si mateixos i en la vida en comunitat.

	Percentatge de pacients en TAI amb dificultats		
	A l'inici del TAI	Als sis mesos	Percentatge de reducció
Accés a serveis comunitaris	23	16	30
Preparar àpats	17	12	29
Cura de les propietats	14	10	29
Higiene personal adequada	7	5	29
Seguir els consells de salut	26	19	27
Concertar i presentar-se a les cites	27	20	26
Prendre la medicació	36	27	25
Cuidar la casa	16	12	25
Menjar correctament	9	7	22
Maneig financer	29	25	14
Evitar perills	7	6	14
Compr ar menjar...	16	14	13
Usar els transports	9	8	11
Percentatge mitjà de reducció			23

Incidència reduïda de comportaments perniciosos.

	Percentatge de pacients en TAI amb comportaments perniciosos		
	A l'inici del TAI	Als sis mesos	Percentatge de reducció
Autoagressió o intents de suïcidi	9	4	55
Abús d'alcohol	45	23	49
Abús de drogues	44	23	48
Amenaces de suïcidi	15	8	47
Agredir altres persones	15	8	47
Destruir o malmetre propietats	13	7	46
Amenaçar	28	16	43
Alteració pública	24	15	38
Insults a persones	33	21	36
Robatoris	7	5	29
Percentatge mitjà de reducció			44

I després una taula que mostra la millora avaluada al final del període de tractament ambulatori involuntari dels pacients, sigui quina sigui la durada del mateix.

Reducció de la incidència d'esdeveniments importants per als pacients en TAI

	Percentatge abans del TAI	Durant TAI	Reducció
Empresonament	23	3	87
Detenció policial	30	5	83
Hospitalització psiquiàtrica	97	22	77
Vagabunderia	19	5	74

Amb aquests resultats -i es podrien afegir altres similars de l'avaluació de lleis semblants en altres llocs-, creiem que queda demostrada, amb les advertències metodològiques que s'hagin d'aplicar a cada cas, l'eficàcia del tractament ambulatori involuntari evitant l'agreujament de la malaltia d'aquestes persones i, el que encara és més important, millorant aspectes importants de la seva vida.

Per concloure, volem deixar clara la nostra postura dient que altres alternatives per obligar als pacients a seguir un tractament que no siguin una llei de tractament involuntari, malgrat puguin semblar menys intrusives, violentes, dràstiques o com es vulguin qualificar, poden ser-ho, ben al contrari, molt més que aquesta. Una llei de tractament ambulatori involuntari en la qual un jutge sigui qui decideixi a quines persones i quan s'ha d'imposar i vigili la seva aplicació, és l'única possibilitat que s'até a la Constitució i que respecta la llibertat i la dignitat de les persones amb una malaltia mental. És l'única manera en la qual quan es priva una persona de la seva llibertat es fa d'acord amb una llei, per decisió d'un jutge i amb la tutela judicial dels drets de la persona durant tot el procés. És l'única alternativa, en resum, compatible amb un Estat de Dret.

També s'hauria de considerar un argument addicional incontrovertible: les lleis han d'afavorir l'accés de totes les persones al dret a la salut, que és un dels drets fonamentals consagrats en la nostra Constitució. Les persones amb malalties mentals greus poden tenir compromesa transitòriament la seva capacitat funcional per prendre les decisions adequades sobre la seva cura mèdica, al tenir limitada la consciència de la seva malaltia. La conseqüència és que queden excloses d'un tractament efectiu i, en definitiva, del seu dret a la salut.

Des de qualsevol perspectiva que s'analitzi, privar a alguns dels malalts mentals d'un tractament efectiu que pot millorar substancialment el seu estat de salut i el pronòstic de la seva malaltia no hauria de confondre's amb una limitació paternalista dels seus drets. Més encara si considerem que en la major part dels casos el tractament permet als pacients adquirir consciència del seu problema i des d'aleshores col·laborar de forma voluntària i més activament en el seu tractament.

B.- CONDICIONS PER ESTABLIR EL TAI:

1.- Els pacients hauran de:

- a) estar afectes d'un Trastorn Mental Greu i concret
- b) trobar-se en situació de risc greu per a ells mateixos o altres,
- c) presentar una evolució desfavorable del trastorn, bé per manca de consciència de malaltia, o per manca de tractament (abandonament o negativa al mateix),
- d) mostrar-se clarament incompetents per prendre decisions en temes de salut mental, és a dir, per valorar la malaltia que pateix i les conseqüències d'aquesta, a causa de la mateixa psicopatologia (necessari confirmar-la de forma activa).

2.- Hauria de ser el Psiquiatre referent del sector sanitari corresponent qui, després de valorar la incompetència del pacient, així com els seus antecedents, fes una proposta de TAI, sempre prioritzant l'interès del pacient, amb un objectiu terapèutic (millorar o evitar una determinada síndrome clínica) sense deixar-se influenciar per altres situacions.

3.- El TAI hauria de presentar-se per escrit, en un pla individualitzat i adequat a cada cas.

4.- Hauria de ser un tractament:

- a) de caràcter integral (psicofarmacològic, programes de rehabilitació psicosocial, etc)
- b) d'eficàcia contrastada.
- c) el menys restrictiu possible per al funcionament general del pacient
- d) que especifiqués quins serien els productes farmacològics a administrar, utilitzant els productes comercialitzats amb major evidència clínica de resposta positiva i simplicitat en l'administració, i valorant el de menors efectes secundaris en el pacient (coneixent la resposta prèvia als mateixos si n'hi hagués).

5.- S'hauria d'especificar quines mesures alternatives es proposen en cas d'incompliment del TAI (trasllat al dispositiu assistencial per administrar la medicació, visita domiciliària per administrar el tractament, trasllat al servei d'urgències de zona, que puguin valorar la necessitat o no d'ingrés per administrar el tractament, etc).

6.- Aquesta proposta haurà de ser remesa al Tribunal corresponent, per a la seva aprovació, possibilitat d'execució i supervisió.

7.- S'haurà d'explicar aquest pla al pacient, a qui haurem d'escoltar i donar opció a presentar recurs al mateix, bé ell i/o els seus representants legals.

8.- També durant tot el procés, el psiquiatre hauria d'informar i procurar educar el pacient en la malaltia, provant d'establir una aliança terapèutica, treballant

l'autonomia i la capacitat de decisió del mateix, seguint el model del procés de desenvolupament del consentiment informat.

9.- Aquest pla hauria d'establir una durada concreta, cada cop que s'apliqui, i hauria de estar sotmès a revisió periòdica, per exemple cada 3 mesos. La seva suspensió s'hauria de plantejar quan la situació hagi remès, és a dir, quan el pacient hagi recuperat la competència en la presa de decisions en temes de salut.

10.- Es del tot recomanable que qualsevol proposta de TAI, abans de ser remesa al Tribunal corresponent, fos validada i supervisada durant la seva execució des del propi sistema sanitari de cada sector o institució, que hauria d'actuar com un control intern sanitari.

C.- LEGISLACIÓ VIGENT: MODELS DE TAI

En l'àmbit civil, es poden diferenciar els següents models de TAI vigents en l'actualitat:

1. *Suspensió condicional de l'internament*

Sota la fórmula anglosaxona de *conditional release* o alemanya d'*Aussetzung der Unterbringung*, es configura en alguns països una modalitat de tractament ambulatori per aquelles persones que, després d'haver estat internades, són donades d'alta amb la condició de continuar un pla de tractament. Es segueix aquest model a:

— Alemanya, país on l'internament normalment no pot superar els 6 mesos.

— Anglaterra i Gales, on des del 1996, la Llei MHA (*Mental Health Act*) regula aquesta modalitat de tractament. La sol·licitud de supervisió posthospitalària (*after care under supervision*) ha de ser realitzada pel responsable facultatiu corresponent, dirigida a les autoritats sanitàries competents i referida a pacients que:

- a) pateixin un trastorn mental greu (malaltia o dany mental sever o desordre psicopàtic),
- b) presentin un risc greu de dany per a ells mateixos o tercers, i
- c) sigui previsible que la cura posthospitalària permetrà que es beneficiïn de l'assistència.

La supervisió, que inicialment s'instaura per un període de 6 mesos, es pot prorrogar per altres 6 i després de forma anual. L'incompliment de les condicions, per rebuig o compliment deficient, pot derivar en un reingrés hospitalari.

— Bèlgica disposa també d'aquesta modalitat de tractament ambulatori posthospitalari (nazorg) amb possibilitat de reingrés per incompliment de les condicions imposades dins l'any posterior a l'alta, regulada per llei des de 1991.

— Luxemburg, en la seva llei relativa a l'internament de persones afectades de trastorns mentals en institucions o serveis psiquiàtrics tancats, estableix que en el moment de l'alta es podran estipular condicions de residència o cures sanitàries que, si s'incompleixen, poden justificar el reingrés en els 3 mesos posteriors a l'alta.

— Portugal, en la seva Llei de salut mental en vigor des del 1999, contempla que, després d'un ingrés involuntari, el pacient pot reintegrar-se a la comunitat seguint un TAI que, en cas que no es compleixi, provocarà el reingrés amb l'auxili de la policia si fos necessari. La substitució de la mesura d'internament ha de ser participada a l'autoritat judicial corresponent.

— Israel contempla, en la seva Llei de tractament dels malalts mentals, vigent des del 1991, que com alternativa a l'internament involuntari pugui existir un tractament ambulatori condicionat al compliment de determinades condicions. La mesura es fixa per un període de sis mesos, que es podria prorrogar per sis mesos més pel psiquiatre de districte. Aquest té la potestat de procedir automàticament a l'hospitalització si el pacient incompleix les prescripcions. No se celebra cap audiència, ni cap tribunal revisa la decisió de rehospitalització, segons la llei.

— Als Estats Units es contempla aquesta modalitat amb diverses denominacions, segons les legislacions dels seus estats. El terme més sovint utilitzat és *conditional release* (Idaho, Maryland, Missouri, Montana, Nevada, Dakota del Nord, Ohio, Oregon, Texas, Washington, Wisconsin), a més que existeixen altres estats en els quals, sense ser aquest el terme oficial, és el que s'utilitza de forma tradicional (Arizona, Califòrnia, Districte de Columbia). Altres estats empen la denominació de *conditional discharge* (Lousiana, New Hampshire, Vermont), *conditional outpatient treatment* (Arizona, Wyoming), *release to convalescent status*, o simplement *convalescent status* (Maine, West Virginia), *involuntary outpatient care* (Alaska) o *outpatient treatment* (Districte de Columbia). La seva durada és variable. Els requisits per a la seva aplicació serien, si fa no fa, els següents: 1) el pacient no precisa de l'allargament de l'hospitalització, 2) és més apropiat per ell el tractament en un programa ambulatori, 3) es presumeix que seguirà el pla de tractament i 4) és poc probable que evolucioni a un estat perillós, pateixi un dany físic o mental important, i es considera, a més, que no es deteriorarà si segueix el programa de tractament. L'incompliment de les condicions comporta normalment la revocació de la mesura; així doncs, prenent com a exemple la minuciosa regulació d'aquesta matèria en l'Estat de New Hampshire, si el psiquiatre del servei que supervisa el tractament considerés que el pacient ha incomplert una de les condicions imposades o sorgís una circumstància que fes preveure algun perill per al pacient o per altres, enviarà un membre de l'equip de tractament o del servei de urgències a examinar el pacient. Si el pacient es nega a l'examen, el psiquiatre o el representant del programa de salut mental comunitària pot requerir l'auxili de la força pública per conduir el pacient a l'establiment adient.

— Canadà. A la Columbia Britànica, la MHA (Mental Health Act) de 1996 contempla també la possibilitat de la suspensió condicionada de l'internament.

2. Tractament ambulatori com a alternativa a l'internament

El tractament ambulatori involuntari és una opció que es contempla en alguns estats d'Amèrica del Nord. Bàsicament consisteix en la possibilitat d'escollir entre internament involuntari o tractament ambulatori involuntari, només en

aquells casos en els quals el pacient reuneix criteris per a un i l'altre. Es parla en aquests supòsits de la utilització de l'alternativa menys restrictiva (*the less restrictive alternative treatment*).

Tal i com indica, per exemple, la legislació d'Alaska, el principi de l'alternativa menys restrictiva és d'aplicació tant en l'internament com en el TAI. El principi té diferents aplicacions i així, juntament amb la premissa general d'"alternativa menys restrictiva", també es parla d'"entorn menys restrictiu" o "atenció i tractament adient menys restrictiu". El procediment judicial d'alguns estats disposa que al final de la preceptiva audiència el jutge pot ordenar o bé l'internament involuntari o el tractament ambulatori involuntari, havent d'aplicar l'alternativa menys restrictiva per al tractament del pacient que sigui necessària i estigui disponible.

3. Permisos d'assaig

Els anomenats permisos d'assaig o prova són una altra modalitat de tractament extern que, com la suspensió condicional, requereixen l'existència d'un ingrés hospitalari previ.

Són una interrupció temporal i programada de l'internament.

— França, en el seu Code de la Santé Publique, recull una forma de suspensió condicionada de l'internament en forma de les anomenades "sortides de prova" ("sorties d'essai"). Es justifiquen perquè afavoreixen la curació, readaptació i reinserció social dels subjectes prèviament internats. Aquestes "sortides" o permisos es desenvolupen sota supervisió mèdica, i la seva durada inicial és de fins a 3 mesos, renovables.

— Espanya va recollir aquesta modalitat per primer cop en el Reial decret de 12 de maig de 1885, que aprovava el Reglament orgànic per l'organització i govern intern del Manicomi de Santa Isabel de Leganés, permetent les anomenades "sortides temporals", però no incloïa cap regulació específica. Posteriorment, el Decret de 3 de juliol de 1931 sí aborda la qüestió de forma més detallada. En el seu art. 30, contemplava dos tipus de sortides dels establiments psiquiàtrics: els permisos d'assaig o llicències temporals, d'una banda, i els permisos o sortides provisionals, d'una altra. Les disposicions del Decret de 1931 van ser completades per l'Ordre de 3 de novembre de 1941 del Ministeri de la Governació, que aprovava el Reglament del Manicomi de Santa Isabel de Leganés. En aquest text es reiterava la doble modalitat de sortides (llicències temporals i sortides provisionals), però el sistema d'aprovació de les mateixes es tornava més complex. Si anteriorment la competència corresponia al Metge-Director de l'establiment, en el Reglament de Leganés les llicències temporals i sortides provisionals les concedia la "Superioritat", a proposta del "Cap Facultatiu del Manicomi". Tal "Superioritat" era el Director General de Beneficència i Obres Socials pertanyent al Ministeri de la Governació.

Tractament preventiu

Sota la fórmula de tractament preventiu involuntari (*preventive commitment*) s'engloben les propostes més pures del TAI.

Va ser l'Estat de Carolina el que va aprovar la primera normativa d'aquest model d'actuació al 1983. Tanmateix haurien de passar alguns anys fins que es consolidés amb l'aprovació, primer a l'Estat de Nova York (1999) i després al de Califòrnia (2002) de sengles lleis conegudes com Kendra's Law i Laura's Law, respectivament.

En el cas de l'estat de Nova York, l'aprovació de la normativa sobre TAI està precedida d'un pla pilot assajat al Bellevue Hospital de la capital de l'Estat (Bellevue Pilot Project). Posteriorment, a Nova York va succeir un fet tràgic que actuaria com a revulsiu i centraria l'interès dels mitjans de comunicació, i també del legislador estatal que aprovaria l'anomenada "Kendra's Law".

Segons la Llei Kendra, per a l'aplicació del tractament ambulatori forçós s'han de reunir els criteris de la MHL (Mental Hygiene Law) següents:

- a) que el pacient tingui més de 18 anys,
- b) que pateixi una malaltia mental,
- c) que sigui improbable que sobrevisqui amb seguretat en societat sense supervisió clínica,
- d) que consti un historial de manca de compromís en el seguiment del tractament de la seva malaltia mental,
- e) que sigui poc probable que el pacient, per la seva malaltia mental, es comprometí voluntàriament a seguir el pla de tractament proposat,
- f) que, basant-se en la història i la conducta del pacient, es consideri necessari el tractament ambulatori per prevenir recaigudes o deteriorament de capacitats o danys per a ell o altres definits en la MHL, i
- g) que sigui probable que el pacient es beneficiï del tractament ambulatori.

La Llei Kendra estructura un programa de Tractament Ambulatori Acompanyat (Assisted Outpatient Treatment, AOT), per individus que pateixen una malaltia mental, i pot incloure altres serveis assistencials autoritzats pels tribunals com ara:

- medicació;
- anàlisis periòdiques de sang i/o orina per verificar el compliment de les prescripcions mèdiques;
- teràpia individual o grupal;

- programació diària o parcial d'activitats;
- activitats educatives i de formació professional;
- verificació del consum d'alcohol o drogues;
- supervisió d'activitats, i altres serveis.

La Llei té com a finalitat bàsica donar cobertura als tribunals per dictar ordres de tractament obligatori per individus que, tot i patir malalties mentals greus, no reuneixen els criteris per un ingrés involuntari. L'autorització judicial per a l'aplicació de l'AOT (assisted outpatient treatment) s'ha d'obtenir del Tribunal Suprem de l'estat o comtat on la persona afectada resideix. La sol·licitud ha d'especificar el compliment dels criteris d'ingrés, els fets en què es fonamenta i la certificació que la persona per qui es demana l'autorització resideix a la demarcació del comtat on es fa la sol·licitud. Cal que vagi acompanyada d'un certificat mèdic signat per un facultatiu diferent del que sol·licita l'autorització. Es obligada la celebració d'una audiència, i després de la mateixa:

Si el Tribunal considera que no es reuneixen els criteris d'aplicació de l'AOT, es rebutja la sol·licitud.

Si el Tribunal considera que es reuneixen els criteris d'aplicació i no hi ha una alternativa menys restrictiva, es dicta l'ordre d'aplicació de l'AOT per un període inicial no superior a 6 mesos, i es pot ordenar l'administració de medicació psicotròpica –que s'explicitarà– en règim d'administració individual o per personal autoritzat.

Si el Tribunal conclou que el pacient reuneix els requisits d'aplicació de l'AOT, però no s'ha plantejat un programa terapèutic, ordenarà al director dels Serveis Comunitaris l'elaboració del mateix en un termini no superior a 3 dies.

L'autorització de l'AOT, per tant, no es dicta sense que prèviament es proposi un pla terapèutic escrit que ha d'incloure els organismes o recursos assistencials per dur-lo a terme ("serveis de supervisió" o "equip de tractament comunitari assertiu") que ha de ser explicat al Tribunal per un facultatiu.

Els metges que testifiquen en l'audiència explicaran el contingut del pla i els fets que justifiquen que sigui l'alternativa menys restrictiva pel pacient. Si a més el pla inclou prescripció farmacològica, el metge referirà el tipus de medicació recomanada, els efectes beneficiosos de la mateixa i la forma d'administració. Qualsevol modificació del programa terapèutic requereix l'aprovació del Tribunal, llevat que aquest canvi estigüés previst a la mateixa autorització judicial inicial,

En el cas que el pacient incomplís el programa terapèutic i després de fallar els intents del facultatiu per al seu compliment, es podrà sol·licitar l'ingrés hospitalari, i per això es podrà requerir la participació de mitjancers, de la policia o de membres de l'oficina del sheriff per a la custòdia i trasllat a l'hospital on estigui implantat l'AOT o a qualsevol altre autoritzat a aquests efectes pel

Director de Serveis Comunitaris. El subjecte refractari al tractament podrà ser retingut per observació i tractament per un termini no superior a 72 hores, havent durant aquest període establir un facultatiu si el subjecte pateix una malaltia mental i si requereix d'internament involuntari per més temps, cal en el qual se seguirà el procediment previst per a l'ingrés involuntari. Pel contrari, si s'estimés que el subjecte no reuneix els requisits de l'ingrés involuntari i manifesta el seu desacord a seguir ingressat, serà alliberat.

El model californià (Laura's Law) posseeix uns elements bàsics molts similars als de la Llei Kendra. Manté requisits similars per a la seva aplicació, tot i que més pormenoritzats:

- 1) majoria d'edat,
- 2) patiment de malaltia mental,
- 3) l'estimació de l'escassa probabilitat de sobreviure en l'àmbit comunitari sense supervisió,
- 4) un historial de manca d'adherència al tractament al qual se suma el fet d'haver estat ingressat almenys en dues ocasions per causa de la seva dolença (malaltia) en els 3 anys anteriors o bé haver protagonitzat un o més actes greus de violència cap a ell mateix o cap a tercers en els darrers quatre anys.,
- 5) l'existència d'una oferta prèvia de tractament, produint-se el rebuig de la mateixa o l'incompliment del pla proposat.,
- 6) substancial deteriorament del pacient,
- 7) estimació que la participació en el programa de tractament ambulatori involuntari seria l'opció menys restrictiva per a la seva recuperació i estabilització,
- 8) la necessitat del tractament per prevenir recaigudes en la malaltia o el deteriorament que poguessin provocar danys a si mateixos o a tercers i
- 9) l'estimació que el tractament ambulatori involuntari significarà un benefici per al pacient.

A l'igual que en el cas novaiorquès, existeix un control judicial. Un limitat nombre de persones (un major d'edat amb qui convisqui el pacient, pares, els fills o germans majors d'edat, qui tingui al seu càrrec el tractament o el personal assignat per a la supervisió del mateix) poden sol·licitar al director de salut mental del comtat l'aplicació de l'Assisted Outpatient Treatment (AOT). Després la pertinent investigació efectuada per aquest darrer, si s'estima raonada la sol·licitud, aquesta s'enviarà a l'autoritat judicial. El que en aquest cas sol·licita el director de salut mental del comtat és l'emissió d'una *order* (que aquí seria sinònim de manament, ordre o resolució judicial).

La diferència principal amb el model novaiorquès rau en el fet que la llei californiana imposa una obligació als comtats de garantir que el tractament ordenat compleixi uns mínims significatius i proporcioni als pacients involuntaris el mateix tractament que el rebut pels voluntaris. Aquestes condicions mínimes exigides són considerablement més elevades que les exposades en la Llei

Kendra: equips de base comunitaris, mòbils, multidisciplinaris i altament entrenats amb una adequada ràtio professionals/pacients. A més d'això es proporciona assistència oficial a les famílies que conviuen amb els malalts mentals greus i una àmplia xarxa assistencial de recolzament.

Les dues lleis de TAI més famoses dels Estats Units estan impulsades a rel de dos esdeveniments violents. En el cas de Nova York, el 3 de gener de 1999, Andrew Goldstein, un esquizofrènic que no rebia tractament va empènyer una dona quan passava el metro ocasionant-li la mort per decapitació. El fet va tenir una àmplia repercussió mediàtica. Un any després s'aprovava una Llei coneguda precisament amb el nom de la víctima d'aquells succés, Kendra Webdale. A Califòrnia, l'esmentada Laura's Law, va rebre el nombre d'una jove assassinada per un pacient mental. Laura Wilcox era una estudiant universitària de 19 anys, que estava passant les seves vacances d'hivern treballant en una clínica de salut mental a Nevada (Califòrnia). El gener de 2001, un pacient psiquiàtric de 41 anys anomenat Scott Thorpe –que s'havia resistit als precés familiars perquè pregués la seva medicació– va entrar en la clínica amb el convenciment que l'FBI havia estat ordenant als treballadors de la mateixa que enverinessin el seu menjar i l'havien obligat a assistir a consulta d'un psiquiatre que ell considerava un professional incompetent. Va disparar i matar a Laura Wilcox i a un altre treballador de la clínica, va abandonar la institució i es va dirigir a un restaurant proper on va acabar amb la vida del seu amo.

D.- CONCLUSIONS

La Societat Catalana de Psiquiatria i Salut Mental valora positivament la proposta de regular el Tractament Ambulatori Involuntari com una fórmula extraordinària per facilitar el dret a un tractament efectiu a pacients amb trastorns mentals greus evitant que quedin exclosos del seu dret a la salut. La determinació de la capacitat funcional del pacient i la seva indicació s'han de supeditar al criteri de psiquiatre especialista, amb l'oportuna tutela judicial.

Junta directiva de la Societat Catalana de Psiquiatria i Salut Mental
Maig, 2009