

Aproximación al debate sobre el tratamiento ambulatorio involuntario desde una perspectiva bioética.

Approaching the involuntary out patient treatment debate from a bioethical perspective.

RESUMEN: El tratamiento ambulatorio involuntario (TAI) nos plantea la necesidad de ir más allá de cuestiones legales. Brindándonos la oportunidad de la deliberación ética sobre los tratamientos psiquiátricos.

PALABRAS CLAVE: Tratamiento ambulatorio involuntario, bioética.

ABSTRACT: The Involuntary Outpatient Treatment make us to go beyond legal issues. It give us the opportunity to discuss psychiatric treatment under ethics terms

KEY WORDS: Involuntary Outpatient Treatment, bioethics.

«Ningún hombre puede, en buena lid, ser obligado a actuar o a abstenerse de hacerlo, porque de esa actuación o abstención haya de derivarse un bien para él, porque ello le ha de hacer más dichoso, o porque, en opinión de los demás, hacerlo sea prudente o justo. Estas son buenas razones para discutir con él, para convencerle o para suplicarle, pero no para obligarle o causarle daño alguno si obra de modo diferente a nuestros deseos. Para que esta coacción fuese justificable, sería necesario que la conducta de este hombre tuviese por objeto el perjuicio de otro. Para aquello que no le atañe más que a él, su independencia es, de hecho, absoluta. Sobre sí mismo, sobre su cuerpo y su espíritu, el individuo es soberano» (1)

La filosofía de Stuart Mill es la base actual de la mayor parte de los tratamientos involuntarios que se realizan en nuestro país. Con el paulatino cierre de los hospitales psiquiátricos, el desarrollo de la psiquiatría comunitaria y la búsqueda de la integración del enfermo mental en la comunidad, la atención psiquiátrica se ha centrado prioritariamente en la atención ambulatoria a través de los distintos equipos de salud mental. Las hospitalizaciones involuntarias se realizan en un marco de urgencia bajo el paraguas legal de la ley 41/2002 de Autonomía del Paciente. Esta en su artículo 9 dice: “los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables a favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento; cuando existe un riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización”. Al ser el riesgo inmediato grave el principal elemento clínico, los ingresos se caracterizan por estancias cortas, alrededor de 15 días, una vez

controlado el riesgo los pacientes son dados de alta continuando la mayoría el tratamiento en su correspondiente dispositivo ambulatorio. Pero hay un grupo de pacientes que se caracterizan por una clínica no tan disruptiva como para considerarse el criterio de urgencia, sin conciencia de enfermedad y con posibilidades de mejoría si hicieran un tratamiento. Si este tipo de paciente no entra en una situación de crisis que se considere urgencia pueden permanecer durante tiempo indefinido sin tratamiento.

Historia de los TAI.

Los Tratamientos ambulatorios involuntarios (TAI) son una realidad asistencial en países como Reino Unido, Canadá y EEUU Medrano (2).

En 1994 se inicia un proyecto en el Bellevue Hospital de Nueva York con la aplicación de un programa de tratamiento ambulatorio (3) Entre otros criterios para su aplicación precisaba un juicio clínico de incapacidad del paciente de sobrevivir con seguridad en comunidad sin supervisión, indicación terapéutica del tratamiento ambulatorio forzoso a fin de prevenir recaídas o deterioros que pudieran provocar daños al propio paciente o a terceros y presunción de que el tratamiento ambulatorio forzoso sea beneficioso al paciente,

Posteriormente en Nueva York (4) aconteció un drama que actuaría como revulsivo y centraría el interés de los medios de comunicación, pero también del legislador estatal. El 3 de enero de 1999 Andrew Goldstein, una persona diagnosticada de esquizofrenia que no recibía tratamiento, empujó a una mujer al paso del metro, ocasionándole la muerte por decapitación. En evitación de tragedias similares un año después se aprobó una Ley, conocida precisamente con el nombre de la víctima de aquel suceso, Kendra Webdale. La Ley tiene por finalidad básica dar cobertura a los tribunales para dictar órdenes de tratamiento ambulatorio involuntario para individuos que, padeciendo enfermedades mentales graves, no reúnan los criterios para un ingreso involuntario.

La Ley Kendra estructura un programa de Tratamiento Ambulatorio Asistido (*Assisted Outpatient Treatment, AOT*) que proporciona unos “servicios de supervisión” (*case management*) y un “tratamiento comunitario asertivo” (*assertive community treatment, ACT*) a los individuos que padezcan una enfermedad mental, a la vez que puede incluir otros servicios asistenciales autorizados por los tribunales que pueden consistir en medicación; periódicos análisis de sangre u orina a fin de verificar el cumplimiento de las prescripciones médicas; terapia individual o grupal; programación diaria o parcial de actividades; actividades educativas y de formación profesional; verificación de consumo de alcohol o

drogas; supervisión de actividades, y otros servicios. Según la Ley Kendra para la aplicación del tratamiento ambulatorio forzoso han de reunir una serie de criterios. Los criterios serían menos estrictos que los requeridos para la hospitalización involuntaria, la cual necesita además la concurrencia de peligrosidad o incompetencia.

La autorización de TAI no se dictará sin que se previamente se proponga un Plan Terapéutico escrito que incluirá los organismos o medios asistenciales para llevarlo a cabo. En el supuesto de incluir medicación, establecerá la forma de administración, tipo de medicación y dosis. Los médicos que presten testimonio en la audiencia explicitarán el contenido del plan, la racionalidad del mismo y los hechos que justifican que el mismo es la alternativa menos restrictiva para el paciente. Si además incluyera prescripción farmacológica, el testimonio médico se extenderá el tipo de medicación recomendada, los efectos beneficiosos de la misma y forma de administración.

Tipos de TAI.

Podemos encontrarnos con *diferentes opciones de TAI* (5)

1.- Un TAI en lugar de un ingreso involuntario. El tratamiento ambulatorio como medida menos restrictiva que la hospitalización.

2.- Un alta hospitalaria más precoz y continuación con un TAI. El tratamiento ambulatorio como medida menos restrictiva que la hospitalización.

3.- Tratamiento preventivo. Este es el caso más polémico ya que el paciente no se encuentra en ese momento en situación de crisis ni de aparente riesgo. La preocupación de los familiares y la propuesta de modificación legal va dirigida por tanto a este supuesto. Nuestro debate se sitúa también en este punto.

Las metas de los TAI son:

- Garantizar la seguridad de la población.
- Garantizar el acceso a los tratamientos para aquellos que lo necesiten.
- Garantizar que el tratamiento sea el menos restrictivo de acorde a las necesidades del paciente.

Presentación del debate.

En el año 2004, con una propuesta de modificación legal y en noviembre del 2006 con la presentación de un Proyecto de Ley se inicia un interesante deba-

te entre partidos políticos y Asociaciones de Familiares (FEAFES) por un lado y la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) y el Defensor del Pueblo por el otro. Este proyecto de ley pretende solucionar esta situación antes planteada mediante la regularización de los tratamientos no voluntarios de las personas con trastornos psíquicos.

El proyecto de modificación de la Ley de Enjuiciamiento Civil (LEC) propuesto por la FEAFES consistiría en añadir un artículo más al 763:

“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”

Un representante de la FEAFE lo resumiría así:

“Hablamos de una situación grave, en la que el enfermo no está “totalmente descompensado” pero que a criterio del facultativo que le atiende - precisa de tratamiento - porque sino acabará irremediamente en un internamiento. Ante esta situación la propuesta es que cuando un médico lo estime necesario, pueda solicitar la autorización judicial para someter a tratamiento psiquiátrico a una persona con enfermedad, aunque no tenga conciencia de la misma, y que como consecuencia de ello, no se somete a un tratamiento que le es favorable” (6)

A esta propuesta, apoyada por todos los partidos políticos, se opuso la AEN con los siguientes argumentos (7):

“1. Esta asociación siempre se ha proclamado contraria a la promulgación de cualquier legislación específica para las personas que sufren trastornos mentales, por considerarla discriminatoria y estigmatizante. Por tanto, en esta ocasión, en relación con la regulación de los tratamientos involuntarios también nos manifestamos en contra.

2. Hasta el momento no existe suficiente evidencia científica sobre la eficacia del tratamiento obligatorio ambulatorio, ni tampoco evaluaciones concluyentes sobre los pros y los contras que lleva su aplicación.

3. En el marco Europeo no existen recomendaciones sobre la conveniencia de introducir reformas legales específicas para regular este tipo de tratamiento.

4. El texto propuesto que intenta responder a la legítima frustración y desesperación de los familiares, adolece de imprecisión, falta de criterios sobre su aplicación, no considera los riesgos de generalización, ni tampoco delimita suficientemente las actuaciones correspondientes en caso de incumplimiento, ni los servicios que se requerirían para que tales medidas tuvieran efecto con lo

que no representa una solución. Un problema de tratamiento (rehabilitación, etc.) y de soporte social (alojamiento, etc.) no va a ser solucionado por una Ley corriéndose el riesgo de una psiquiatrización de toda conducta anómala de los pacientes.

5. El carácter forzoso del tratamiento hace que tan solo pueda objetivarse el cumplimiento del tratamiento farmacológico, sin que se pueda garantizar la existencia o la adherencia a un plan terapéutico y/o rehabilitador. Cada día hay mas evidencias de que el tratamiento integral y/o combinado (farmacológico, psicoterapia y rehabilitación psicosocial) es el mas eficaz para los trastornos graves.

6. La “judicialización” del tratamiento puede incluso fomentar actitudes de inhibición o de “desresponsabilización” de los profesionales sanitarios por delegación en el sistema judicial. La experiencia de implantación de la “Ley de Menor” sin el desarrollo previo de los recursos necesarios introdujo en muchas comunidades más problemas clínicos y sociales que antes de la misma.

7. La participación del paciente en la toma de decisiones, el consentimiento y pacto asistencial basado en la confianza entre los profesionales sanitarios y el usuario son ejes fundamentales en la evolución del tratamiento y posterior proceso rehabilitador.

8. El tratamiento involuntario en atención comunitaria es controvertido y tiene implicaciones en los Derechos Humanos de las personas con Trastorno Mental (WHO, 2003)”

Finalmente, El Defensor del Pueblo en su Informe del 11 de Noviembre de 2005 expresa su opinión sobre el proyecto de ley en los siguientes términos:

“A juicio de esta Institución un adecuado desarrollo de los recursos sanitarios, sociosanitarios, terapéuticos y de los servicios de rehabilitación y de reinserción social en el ámbito de la salud mental) y un correcto ejercicio de las acciones legales que contempla nuestro ordenamiento hacen innecesario que deba de proponerse una reforma del marco legal actual. Pues las previsiones actuales permiten solicitar el auxilio judicial para aplicar un tratamiento involuntario a una persona que no sea capaz de prestar su consentimiento”

Estos serían de manera resumida los dos planteamientos en debate, en los que se están barajando criterios tanto clínicos, cómo legales, sociales y éticos.

No quiero entrar en los aspectos legales pero es inevitable detenernos un momento en el papel del juez que aparece como uno de los actores principales en este debate.

Por el lado de la FEAFE el juez aparece como una figura parental que obligaría a cumplimentar el tratamiento, mientras que desde la AEN se la ve como una figura peligrosa que podría provocar la judicialización de la asistencia.

Algunos trabajos (8) ponen de relieve que la eficacia no radica en la inter-

vencción judicial en sí misma sino en el tipo de tratamiento que se haga. La responsabilidad de un TAI, en tanto decisión clínica, debería recaer sobre el médico que la propone y el juez debe quedar únicamente como garante de los derechos de los pacientes. Por otro lado encuentro un sin sentido el miedo a la judicialización, pues una intervención donde se conculquen derechos de una persona no puede basarse sólo en el paternalismo benéfico de una decisión profesional sino que debe existir un garante social. Este en nuestra sociedad suele estar representado en la figura del juez. Bien distinto y a todas luces rechazable sería que fuera el juez el evaluador de las necesidades y por tanto el que prescriba una medida terapéutica. Podría no ser necesariamente la figura del juez la que actuara como garante, aunque en nuestra cultura aún no están desarrolladas alternativas a éste.

Desde la perspectiva clínica nos encontramos con dos conceptos diferentes que no están explicitados y que causan confusión. Por un lado está la noción de grave riesgo inmediato y por otro, la necesidad de tratamiento: peligrosidad versus necesidad. En la propuesta de la FEAFE presentada en el Congreso ya no se habla de peligrosidad como condición para un tratamiento involuntario sino de beneficios de salud y de necesidad de tratamiento, bien como medida preventiva o bien como búsqueda de mejoría clínica. Esta división entre beneficio de tratamiento/protección y riesgo grave inmediato/peligrosidad está ya desarrollada en los art. 7 y 8 del Convenio de Oviedo (9)

Artículo 7. Protección de las personas que sufran trastornos mentales.

La persona que sufra un trastorno mental grave sólo podrá ser sometida, sin su consentimiento, a una intervención que tenga por objeto tratar dicho trastorno, cuando la ausencia de este tratamiento conlleve el riesgo de ser gravemente perjudicial para su salud y a reserva de las condiciones de protección previstas por la ley, que comprendan los procedimientos de supervisión y control, así como los de recurso.

Artículo 8. Situaciones de urgencia.

Cuando, debido a una situación de urgencia, no pueda obtenerse el consentimiento adecuado, podrá procederse inmediatamente a cualquier intervención indispensable desde el punto de vista médico a favor de la salud de la persona afectada.

La propuesta de la FEAFE está dirigida en el sentido de la protección (beneficencia) que subscribe el art. 7 y no de la situación de urgencia del art. 8.

Esta diferencia nos parece importante no sólo desde el punto de vista clínico, sino también desde el punto de vista ético. Es trascendente no confundir un TAI por peligrosidad con un TAI por necesidad de un tratamiento. Ya que es muy distinto forzar un tratamiento por un peligro de serio daño para el paciente o para otra persona a considerar la necesidad de un TAI por abandono de un tratamiento

en un paciente pongamos por caso con una clínica defectual.

En el marco internacional encontramos países que consideran la peligrosidad como único factor determinante de la hospitalización involuntaria y otros en los que es suficiente con el criterio de necesidad de tratamiento (10)

¿Deberíamos ir más allá del concepto de peligrosidad?

En nuestro país este debate se ha abierto con la propuesta de modificación legal. Pero antes de limitarnos al marco legal debemos intentar una aproximación desde la bioética y la clínica, y para ello tendremos que marcar los límites de la peligrosidad. Podemos definir básicamente la peligrosidad cómo la posibilidad de dañar a los demás o de dañarse a uno mismo a consecuencia de una enfermedad mental. Ampliar la noción de peligrosidad con interpretaciones muy paternalistas, como se está haciendo en algunos estados de EEUU (11), no parece lo más adecuado ya que si no, no estaríamos hablando de TAI, pues todo sería criterio de urgencia.

Una vez delimitado este concepto nos planteamos el segundo interrogante basado en el bien del paciente (Principio de Beneficencia). ¿Se pueden hacer tratamientos involuntarios por necesidad clínica exclusivamente? ¿Debemos hacer el bien a una persona aunque no nos lo pida? Con carácter general no parece admisible la protección apoyada directamente en la beneficencia, en la medida en que elimina la capacidad de elección del sujeto, disminuyendo o anulando su autonomía, (12)

El concepto de “necesidad clínica” debe de llevar consigo una deliberación sobre la clínica que presenta el paciente, los posibles beneficios y perjuicios del tratamiento, sin olvidar un aspecto crucial; la capacidad del paciente para decidir sobre sí mismo. En este caso, además de demostrar que el tratamiento prescrito es el adecuado y no existe otra medida menos restrictiva, será preciso evaluar el nivel de competencia del paciente para tomar decisiones autónomas. Entendiendo además que el rechazo a un tratamiento no implica necesariamente incompetencia ni la existencia de una enfermedad mental por sí misma.

Hay un pobre desarrollo en nuestro país sobre el concepto de capacidad* en las enfermedades mentales y en mi opinión está provocando que se amplíe el de peligrosidad hasta límites cuestionables. Merece la pena pararnos un instante sobre este concepto.

Para evitar equívocos con la traducción de los términos competency y capacity utilizamos de manera indistinta competencia y capacidad.

Concepto de capacidad.

En salud, una decisión es autónoma cuando cumple tres condiciones: voluntariedad, información y capacidad. De estos tres elementos tal vez el más difícil de valorar es la capacidad. Pero para llegar a una propuesta de involuntariedad tenemos inevitablemente que pasar por la valoración de capacidad. La evaluación de la capacidad de los pacientes es, sin lugar a dudas, la cuestión más compleja y peor resuelta en la práctica de la teoría del consentimiento informado. Cuando un clínico se pregunta por la manera de evaluar la capacidad de un paciente se encuentra sólo. El derecho no concreta nada a este respecto. A lo sumo dice que un paciente es capaz cuando tiene “entendimiento” y “voluntad” suficientes, pero no establece ningún criterio objetivo ni ninguna forma práctica de medición. En la clínica llevamos décadas haciendo “evaluaciones” de facto de la capacidad de los pacientes, utilizando una mezcla de sentido común y experiencia profesional ya que no existen criterios, ni estándares ni protocolos consensuados para realizarla de forma objetiva y adecuada. Sin olvidarnos que en un paciente la capacidad debe presumirse siempre. Tendremos que demostrar su incapacidad no su capacidad. En caso de duda la presunción de capacidad debe prevalecer.(13) (14).

En el marco clínico la duda sobre la competencia se presenta cuando una persona plantea una decisión conflictiva. Si no hay desacuerdo con el médico o si la decisión no introduce riesgos significativos no suele cuestionarse la competencia del individuo, aunque en un sentido estricto y teórico pudiera dudarse de ella. Por lo tanto habrá que plantearse cómo valorar la competencia y cómo hacerlo de manera que toda teoría al respecto no suponga considerar como incompetentes a los individuos que no aceptan las indicaciones terapéuticas.

En la legislación española las excepciones del derecho al consentimiento informado se recogen en el punto 6 del artículo 10 de la Ley General de Sanidad. En él se especifican tan sólo cuatro supuestos:

1. peligro para la salud pública;
2. situación de urgencia;
3. incompetencia del enfermo;
4. imperativo legal.

La peligrosidad y la urgencia están fuera de este debate. Los TAI por necesidad de tratamiento van a estar en relación con el nivel de competencia del enfermo. Si el paciente no es competente su consentimiento informado no constituye una autorización para el tratamiento y pone en cuestión el rechazo de éste.

Para Appelbaum y Grisso, (15) los parámetros para valorar la competencia son:

1. Capacidad de elegir, comunicar una elección, para lo que es preciso

mantener y comunicar elecciones estables un tiempo lo suficientemente dilatado como para poder llevarlas a cabo.

2. Comprensión de la información relevante para la decisión a tomar. Requiere la existencia de memoria suficiente para almacenar palabras, frases y secuencias de información, reteniéndose así los datos fundamentales sobre la situación. Exige asimismo un nivel adecuado de atención y participación de los procesos intelectuales.

3. Apreciación de la situación (enfermedad, elección) y sus consecuencias. Este criterio se refiere al significado que tienen los datos y las situaciones (estar enfermo, tener que tomar una decisión, consecuencias) para el paciente. No se relaciona con lo razonable o no razonable de la opción del paciente, sino con la necesaria aprehensión de la situación para poder tomar una decisión.

4. Manejo racional de la información utilizando procesos lógicos para comparar beneficios o riesgos, sopesándolos y considerándolos para llegar a una decisión. Implica una capacidad para alcanzar conclusiones lógicamente consistentes con las premisas de modo que se refleje el valor o peso que previamente se les asignó.

Estos cuatro criterios constituyen la base de uno de los procedimientos clínicos de evaluación de la capacidad más sólidamente validado en el momento actual, el *MacArthur Competence Assessment Tool*, (16).

Al no considerar criterios clínicos de cara a valorar la capacidad se corre el riesgo de caer bien por defecto, dando lugar a un autonomismo exagerado, o por exceso, dando lugar a actitudes paternalistas extremas. Para intentar evitar este problema Drane desarrolló su conocida Escala Móvil de Competencia (17).

La escala móvil de competencia de Drane está en relación a la efectividad del tratamiento, la certeza del diagnóstico y el equilibrio entre beneficio y riesgo. De esta manera el nivel de competencia para rechazar un tratamiento poco eficaz puede ser bajo. (Nivel 1). O debería ser alto para aceptar un tratamiento ineficaz (por ej. Ensayo clínico) o para rechazar un tratamiento eficaz en un cuadro agudo. (Nivel 3). En relación con los TAI en general no nos vamos a situar ni en el nivel 1 ni en el 3 que es más cercano a una situación de urgencia. Nos vamos a situar en lo que Drane denomina nivel 2. En una situación donde el tratamiento no es de tanta eficacia o de mayor riesgo y el diagnóstico no está tan seguro o es una situación crónica. Aquí competencia significa capacidad para comprender las alternativas de tratamiento, ponderar beneficios y riesgos. Tenemos todos los clínicos pacientes con Trastornos de la Personalidad que son competentes para rechazar tratamiento tras la información y comprensión de los beneficios/riesgos. Posiblemente también algunos pacientes psicóticos, pero con la garantía no sólo de tener la información adecuada sino de la comprensión adecuada de los beneficios/riesgos.

¿Son útiles los TAI?

Uno de los argumentos de la AEN para su rechazo al nuevo decreto se basaba precisamente en la no utilidad. Lo que parece evidente es que la utilidad de los TAI va a venir dada por el objetivo que estés detrás de él y el tipo de tratamiento que se aplique. ¿De qué población estamos hablando? ¿Cómo se aplica? ¿Cómo se mide el resultado? El trabajo más ambicioso basado en medicina basada en la evidencia desarrollado por Ridgely (8) coincide en general que los buenos resultados están en relación con la eficacia del tratamiento y el nivel de supervisión realizado.

En conclusión.

La necesidad de un Tratamiento Ambulatorio involuntario debe de ir precedida por un diagnóstico psiquiátrico que debe ir más allá de una categorización. Un diagnóstico que incluya los aspectos psiquiátricos, psicológicos y sociales como paso previo a una deliberación. No todos los enfermos van a tener las mismas situaciones clínicas ni las mismas necesidades. Nos obligaría a un diseño personalizado de las necesidades terapéuticas de cada paciente. Pero no sólo desde el punto de vista de la beneficencia ¿Cuánto estimamos que se mejoraría si el paciente hiciera un TAI? Sino también en cuanto a la no-maleficencia. ¿Sería peligroso para el paciente o contraproducente la aplicación del TAI? ¿Provocaría un rechazo tal que el paciente se alejaría aún más del entorno terapéutico o incluso alejamiento del medio familiar?

Son preguntas que tendríamos que hacernos como clínicos. Preguntas de un alto calado ético, que van más allá de los tratamientos coercitivos sean ambulatorios o no. También de otras medidas como el engaño y la persuasión como recursos que utilizamos en clínica diaria bajo un paternalismo beneficente. Pero sin olvidar que la alternativa al paternalismo, no es el abandono.

La Deliberación clínica contempla obviamente al paciente y familiares y a los jueces como garantes sociales de los derechos de las personas. Bajo el miedo a la judicialización se esconde en ocasiones un paternalismo exacerbado o una dificultad de dar cuenta de esta deliberación. Asimismo en estas deliberaciones tendrá que valorarse la capacidad del paciente ¿Tiene capacidad para tomar la decisión? La respuesta a esta pregunta debe ser individualizada no se puede generalizar basándose en un determinado trastorno o diagnóstico. ¿Tiene un paciente delirante capacidad para tomar decisiones sobre su tratamiento? ¿Lo tiene un paciente con una clínica defectual? El beneficio esperado del tratamiento dependerá

de un adecuado conocimiento del paciente, de su patología y del esperable beneficio del tratamiento. Estamos en el territorio de la opinión y de la incertidumbre como corresponde a la clínica. Con el problema añadido de ser un terreno muy poco debatido entre los clínicos. En estas situaciones deberíamos pretender que esta decisión fuera razonable y prudente, para ello la bioética echa mano de los criterios aristotélicos de deliberación y prudencia. Analizando la situación con todo el detalle posible, deliberar sobre los cursos de acción del caso a la vista de esto tomar una decisión prudente.(18) Esta deliberación debería ser colectiva, participativa y aquí podría entrar a jugar un papel preponderante los Comités de ética. Me sorprende, con toda la historia negra que arrastra la psiquiatría, la poca sensibilidad que se presta en estos momentos a los aspectos éticos de gran calado como éste de los tratamientos involuntarios. En un trabajo a veces saturado de reuniones para múltiples cuestiones sobre el trabajo en salud mental los nulos espacios que tenemos para deliberar sobre qué estamos haciendo desde una perspectiva ética/clínica con los ingresos involuntarios o las contenciones físicas Limitándonos, faltaría más, a cumplir con la normativa legal. En mi opinión todo tratamiento involuntario debería estar acompañado de una deliberación ética.

La reforma psiquiátrica se ha realizado en busca de la igualdad y la dignidad de un tratamiento a los enfermos mentales (Principio de Justicia) y sobre el Principio de no Maleficiencia. Que haya comenzado por estos dos principios de la bioética parece lógico por otro lado pues son los considerados dentro de una ética de mínimos. (18) Pero no termina ahí y en mi opinión esa es la asignatura pendiente de la reforma. Es decir, ampliar el debate ético a los otros principios: Principios de Autonomía y Beneficiencia. Y sobre estos dos principios es sobre lo que cae el actual debate sobre los TAI. La falta de deliberaciones éticas, de la que los principales responsables son los clínicos, hace caer en el error de intentar legislar y en eso estamos en estos momentos, donde la ética está siendo absorbida por las leyes. La Asociación Española de Neuropsiquiatría cómo principal representante en nuestro país de los profesionales de la Salud Mental debería ser quien liderara no la protesta por la innecesaria legislación sino promoviendo la deliberación ética de todos los tratamientos coercitivos. Es obvio que no se puede pretender tener preparadas soluciones legales para todos los problemas que los sanitarios afrontan en su quehacer diario. Por ello, resulta imprescindible crear marcos de reflexión que permitan establecer acuerdos, racionales y fundamentados entre los sanitarios, los paciente, los administradores y la sociedad, acerca de lo que en cada situación concreta parece más adecuado hacer, siempre respetando mínimos éticos exigibles a todos por igual. Encontrar el curso entre el riesgo de obstinación terapéutica versus la irresponsabilidad del abandono del frágil. Esto permitirá que muchas cuestiones éticas conflictivas vayan siendo maduradas por el cuerpo social antes de que se estime conveniente establecer normas legales

respecto a las mismas.(19)

Este debate desde una perspectiva ética se está desarrollando en el difícil equilibrio entre la ética de la justicia y la ética del cuidado. Si nos posicionamos exclusivamente en una defensa a ultranza de la ética de la justicia en detrimento del cuidado: aplicando principios morales abstractos, formalismos, imparcialidad, prescindiendo de las particularidades como individuo, conseguiremos no perjudicar. Pero lo inmoral no es sólo hacer algo que perjudique a otros, sino también la falta de respuesta, el abandono del frágil, la falta de responsabilidad. Por otro lado desde el predominio de la ética del cuidado. Teniendo en cuenta las peculiaridades y los sentimientos, rozando el imperativo de la beneficencia. Podremos caer con facilidad en lo injusto, la estigmatización y el atropello de la dignidad de las personas.

Entiendo que toda la deliberación tendrá que estar en un inestable equilibrio de estas dos éticas ¿pero no estaba ya en este equilibrio Pinel y Esquirol cuando comenzaron la ruptura de las cadenas de los alienados y el Tratamiento Moral?

Dice el profesor Gracia (20): “La ética se juega antes que nada en el tipo de actitud que se adopta ante el otro, beligerante, indiferente o deliberante. Entiendo que la posición que debemos adoptar ante el problema de los TAI debería acercarse más hacia ésta última actitud: La deliberación.

ORIGINALES Y REVISIONES

BIBLIOGRAFÍA:

- (1) STUART MILL J. *Sobre la libertad*. Madrid: Orbis, 1985; 32
- (2) MEDRANO ALBÉNIZ J. "Tratamiento ambulatorio involuntario" News. (Soc. Esp. Psiquiatr. Legal) 2005; 12. Disponible en: <http://www.psiquiatrialegal.org/TAI2.htm>
- (3) <http://www.psych.org/pnews/98-07-03/pilot.html> en esta página explica la experiencia Bellevue de Trujillo en N. York.
- (4) http://www.omh.state.ny.us/omhweb/Kendra_web/finalreport/ En esta página están los datos de la ley Kendra.
- (5) GEORGE SZMUKLER en "Ética en la psiquiatría comunitaria". En Chodoff 349-352 ética en psiquiatría. Sydney Bloch, Paul Chodoff, Stephen A. Green, (eds) Ed Triacastela 2001 Madrid
- (6) M^a JESÚS GERMÁN. Abogada de la Fundación Rey Ardid y miembro del Comité Técnico-Jurídico de F.E.A.F.E.S Debate sobre el "Tratamiento ambulatorio no voluntario", celebrado el jueves, 26 de mayo de 2005, en el marco de las XX Jornadas Nacionales de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) y Profesionales de Salud Mental sobre "Salud mental, violencia y sociedad". Del 25 al 28 de mayo, en el Auditorio de Zaragoza.
- (7) AEN <http://www.portalsaludmental.com/Article326.html> Noviembre 2006
- (8) RIDGELY, M. SUSAN, BORUM, RANDY Y PETRILA, JOHN: "The Effectiveness of Involuntary Outpatient Treatment: Empirical Evidence and the Experience of Eight States", 2001; disponible en la URL: <http://www.rand.org/publications/MR/MR1340/>
- (9) CONVENIO DE OVIEDO. BOE núm. 251 Miércoles 20 octubre 1999 36825
- (10) MEDRANO ALBÉNIZ J. "Tratamiento ambulatorio involuntario" News. (Soc. Esp. Psiquiatr. Legal) 2005; 12. Disponible en: <http://www.psiquiatrialegal.org/TAI2.htm>
- (11) RIDGELY, M. SUSAN, BORUM, RANDY Y PETRILA, JOHN: "The Effectiveness of Involuntary Outpatient Treatment: Empirical Evidence and the Experience of Eight States", 2001; disponible en la URL: <http://www.rand.org/publications/MR/MR1340/> pp:42. Consultado el 20/08/08
- (12) SEOANE JOSÉ ANTONIO "Derecho y Salud Mental. Capacidades, derechos, justicia Law and Mental Health. Capabilities, rights, justice" Universidad da Coruña (España) Cuad. Psiquiatr. Comunitaria, Vol. 6, N.º 1, pp. 21 - 38, 2006
- (13) SIMON-LORDA P.: "Diez mitos en torno al consentimiento informado" An. Sist. Sanit. Navar. 2006, vol 29 Suplemento 3.
- (14) SIMÓN-LORDA P.: "La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente". Rev Asoc. Esp. Neuropsiq., 2008 vol. XXVIII, nº 102, pp. 325-348
- (15) THOMAS GRISSO Y PAUL APPELBAUM PS, ROTH LH. *Competency to consent to research: a psychiatric overview*. Arch Gen Psychiatry 1982;39:951-8.
- (16) Macarthur Competence Assesment Tool for Treatment (Maccat-T) Grisso Thomas 1988
- (17) DRANE JF. *Las múltiples caras de la competencia*. En: Couceiro A, ed. Bioética para clínicos. Madrid: Triacastela, 1999: 163-176.)
- (18) GRACIA D. *La deliberación moral: el método de la ética clínica en Medi Clin (Barc)* 2001; 117(1): 18-23
- (19) GRACIA D.: "Como arqueros al blanco" pp: 391 Ed. Triacastella 2004
- (20) GRACIA D.: "Cómo arqueros al blanco". Pp: 119

* Javier Romero Cuesta, Psiquiatra.. Unidad Gestión Clínica de Salud Mental. Área Norte de Málaga. Maite Gorrotxategui Larrea, Psicóloga. Técnica de educación para la salud. Área de gestión sanitaria Serranía de Málaga.

Correspondencia: Correo electrónico: Javier.Romero.sspa@juntadeandalucia.es

** Recibido: 3/04/2009.