

INTERPSIQUIS

Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología
y Enfermería en Salud Mental

INTERVENCIÓN DEL MÉDICO FORENSE EN EL TRATAMIENTO AMBULATORIO INVOLUNTARIO

María Eugenia Carbajosa Fernández, Carmen Ana García García, M^a Ángeles Sepúlveda de la Torre, Nathalie Andrés Moreno

eucarfe@hotmail.com

Trastorno mental grave, adherencia, tratamiento, involuntario.

RESUMEN

Médicos Psiquiatras y Médicos Forenses vemos, de forma frecuente, enfermos denominados como "de puerta giratoria", con múltiples ingresos por descompensaciones de su patología psiquiátrica. Ante este problema, desde 2004, en que CIU propuso una modificación del artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil para autorizar el TAI, ha habido distintas propuestas y existen variadas opiniones, a veces encontradas, en relación a la aplicación de este tipo de tratamiento, que aun no está regulado legalmente en España.

El TAI es una forma de tratamiento no voluntario aplicado en la comunidad, que pretende asegurar la cumplimentación terapéutica en las personas que presentan un Trastorno Mental Grave, que no tienen conciencia de enfermedad y en las que el riesgo de recaídas es muy frecuente, generalmente por abandono del tratamiento, lo que da lugar a hospitalizaciones repetidas y urgencias frecuentes.

El TAI pretende mejorar la adhesión al tratamiento y prevenir el deterioro de estas personas con trastorno mental grave, manteniéndolas en su medio y evitando las múltiples intervenciones de urgencia y los sucesivos y frecuentes internamientos involuntarios hospitalarios. Todo ello cumpliendo una serie de requisitos para garantizar los derechos del enfermo.

INTERVENCIÓN DEL MÉDICO FORENSE EN EL TRATAMIENTO AMBULATORIO INVOLUNTARIO

INTRODUCCIÓN

El derecho a la libertad así como a la protección de la salud se encuentran protegidos por la Constitución Española (artículo 17 y 43)¹ que se concretan en diferente normativa. Así, la ley de autonomía del paciente², establece en su artículo 2.2 "toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios". Este consentimiento se haya seriamente comprometido, cuando no anulado, ante diferentes actuaciones médicas como es el caso del tratamiento ambulatorio involuntario (TAI) entendiéndolo tal como un modo de actuación médica sin contar con el consentimiento o voluntad del paciente. Por tanto, no es un tratamiento en sí mismo sino una forma de llevarlo a cabo en la que falta una cualidad imprescindible recogida en la citada ley: el consentimiento.

El TAI no se encuentra regulado en España. Esta situación conlleva a que su utilización sea dispar por los diferentes jueces y magistrados autorizándolo o no según criterio personal que fundamenta en diferentes criterios jurídicos. Por ello ha adquirido relevancia ante la controversia que ocasiona en psiquiatría dadas las características de determinados pacientes en los que la descompensaciones psicopatológicas se caracteriza por pérdida transitoria de la capacidad de competencia, y por tanto de alterando su libertad para decidir³, dando lugar a la "puerta giratoria" con varios ingresos y altas hospitalarias en un mismo año así como a diferentes problemas conductuales que pueden poner en riesgo al paciente o a un tercero. En estos pacientes, fundamentalmente trastornos esquizofrénicos, bipolares y por consumo de sustancias, se utiliza una forma de tratamiento involuntario que sí se encuentra regulado legalmente, el ingreso hospitalario involuntario recogido en el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (LEC)⁴. Por tanto, si se encuentra regulado una forma agresiva de restringir la libertad de una persona (ingreso involuntario) ¿es necesario regular una forma de actuación terapéutica menos agresiva contra el derecho constitucional de la libertad (tratamiento ambulatorio involuntario?) En tal caso ¿cómo debe actuar el médico forense?

INTERVENCIÓN DEL MÉDICO FORENSE EN EL TRATAMIENTO AMBULATORIO INVOLUNTARIO

ANTECEDENTES

La jurisdicción penal tiene resuelto el TAI en el artículo 106.k del Código Penal⁵ cuando recoge la posibilidad de obligación de seguir tratamiento médico externo, o de someterse a un control médico periódico.

Por tanto, cuando en la presente ponencia nos referimos al TAI lo hacemos en la jurisdicción civil. Debemos remontarnos a julio de 2004 cuando el partido Convergencia y Unió (CiU) presenta en el Congreso de los Diputados una propuesta a instancia de FEAFES (Asociación Nacional de Familiares de Pacientes con Enfermedad Mental). En la misma se pretende modificar el art 763 LEC que regulaba y regula el internamiento involuntario por razón de trastorno psíquico. Se pretendía introducir un 5º punto que rezaba del siguiente modo:

“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”.

La lectura de la propuesta nos lleva a analizar diferentes aspectos:

1-La propuesta de TAI parte del sistema sanitario “*previa propuesta razonada del especialista*”. Se entiende que no es un problema judicial sino un mecanismo para poder abordar un tipo de patología psiquiátrica que de otro modo, y dada la evolución y experiencia con ese paciente concreto, ha demostrado poca o nula viabilidad.

2- No es para todos los pacientes con patología psiquiátrica, sólo para pacientes concretos y en situaciones concretas “cuando así lo requiera la salud del enfermo”

3-Se requiere el informe del *forense*. Dato significativo pues el art. 763.3 LEC, habla de *facultativo* sin concretar que éste sea médico forense.

INTERVENCIÓN DEL MÉDICO FORENSE EN EL TRATAMIENTO AMBULATORIO INVOLUNTARIO

4-Se señala la necesidad de establecimiento de un *plan de tratamiento*, obviamente propuesto por el sistema sanitario. En ningún momento se menciona que el tratamiento sea exclusivamente psicofarmacológico. El concepto "*plan*" es más amplio y da cabida a todos tipo de abordaje terapéutico que se considere necesario en un paciente concreto.

5-Al igual que en el ingreso involuntario por razón de trastorno psíquico, el juez no ordena sino que *autoriza* el TAI , estableciendo en su resolución los mecanismos de control y la duración del mismo.

La citada propuesta conllevó a un debate en el Congreso de los Diputados en sesión celebrada el 1 de marzo de 2005. Acudieron profesionales que se manifestaron en pro y en contra del propuesto apartado 5 en el art 763 LEC. A modo de resumen las razones por las que se manifestaban en uno u otro sentido eran las siguientes:

A favor del TAI:

1-Necesidad de asegurar el tratamiento correcto, integral y continuado de personas con trastorno mental grave (TMG) y con problemas de baja adherencia por falta de conciencia de enfermedad. Es decir, no se trata de una medida para todo los pacientes con enfermedad mental sino pacientes muy concretos con características muy concretas con el fin de evitar la "puerta giratoria".

2-Afecta libertad de la persona. Por ello es necesario regularlo en la ley y que cuente con todas las garantías constitucionales.

3-Es apoyado por diferente normativa internacional. Ya el Comité de ministros del Consejo de Europa en 2004 hace referencia a este tipo de abordaje.

4-Soluciones actuales como el internamiento involuntario o la incapacitación no son válidas para lograr el objetivo de la adherencia o cuando menos, realización de tratamiento.

5-Es una medida más que complementa y nunca suplanta cualquiera de las posibilidades legales y terapéuticas que existen en el momento actual. Se entiende que lo ideal es el tratamiento en la comunidad y que el TAI sería un mecanismo para ayudar a ese objetivo y nunca para sustituir.

6-La salud mental y por tanto la atención a la persona con patología mental es un problema sanitario, no judicial. Por tanto debe ser el sistema sanitario quien aborde esta situación (TAI) y el sistema judicial queda como control de los derechos fundamentales de la persona.

INTERVENCIÓN DEL MÉDICO FORENSE EN EL TRATAMIENTO AMBULATORIO INVOLUNTARIO

En contra:

1-El TAI sería un obstáculo para el desarrollo del artículo 20 de la Ley General de Sanidad⁶. Se obstaculizaría el desarrollo de la asistencia en el ámbito comunitario y se dejaría de potenciar los recursos asistenciales a nivel de ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización.

2-No es necesario regular el TAI. Bastaría la aplicación del artículo 9 de la Ley Autonomía del Paciente².

3-El hecho de regular en exclusiva para las personas con enfermedad mental constituye una estigmatización.

4-Sería suficiente con una incapacidad parcial para realizar tratamiento ambulatorio involuntario sin necesidad de regular específicamente por él.

5-Se trata de una medida coercitiva

6-Se pretende compensar servicios en salud mental de baja calidad.

7-Posible mala práctica de los profesionales al recurrir al Juez.

8-Cierta utilización del miedo, "sería utilizado en masa por los médicos".

9-En la propuesta falta concreción de acerca cómo se efectuaría.

En este contexto de posicionamientos conviene señalar a nivel nacional, el informe de la reunión de coordinación de los defensores del pueblo⁷. Así, en sus conclusiones señala que "En todo caso, una regulación del tratamiento ambulatorio involuntario habría de contemplar las garantías señaladas en las «Reflexiones finales» precedentes, en un contexto de plena materialización de las previsiones que sobre los recursos comunitarios en el ámbito de la salud mental dispone la vigente Ley General de Sanidad.". Es decir, tras haber dejado claras las diferentes posturas en pro y en contra acerca de la regulación así como las bases en que se sustenta cada posicionamiento, termina por no oponerse a la regulación dejando claras cuáles son las bases sobre la que debía asentar. La principal de ellas, la Ley General de Sanidad, obviamente el artículo 20, contra la cual no ha ido en momento alguno ninguna de las propuestas.

INTERVENCIÓN DEL MÉDICO FORENSE EN EL TRATAMIENTO AMBULATORIO INVOLUNTARIO

De igual modo, las sociedades científicas también se han posicionado. Así, la AEN (Asociación Española de Neuropsiquiatría)⁸ se posicionaba en contra basándose entre otras en las siguientes aseveraciones: cualquier regulación específica para personas con enfermedad mental es estigmatizante; no existe base científica determinante acerca de la utilidad del TAI; la propuesta de FEAFES no concreta el modo de llevarla a cabo; afecta derechos humanos de los enfermos mentales.

La Sociedad Española de Psiquiatría Legal (SEPL)⁹ se mostró a favor, entre otras recomendaciones, si sólo se aplica a personas que por su grave psicopatología no tuviera competencia para decidir sobre el cuidado de su salud mental

En definitiva, estamos de acuerdo con Santander Cartagena (2006)¹⁰ cuando realiza un resumen de los motivos que habitualmente se alegan para mostrarse a favor o en contra del TAI:

A favor:

- 1-La falta de conciencia de enfermedad es un síntoma en sí mismo
- 2-No se ha demostrado que tenga efectos perjudiciales
- 3-Frente al ingreso: favorece el tratamiento en un entorno menos restrictivo
- 4-Responsabiliza al clínico de la evolución del paciente
- 5-Permite que se puedan evitar recaídas y reingresos
- 6-Mejora la calidad de vida del paciente
- 7-Evita que pacientes incompetentes abandonen el tratamiento
- 8-Prioriza la atención a los casos mas graves. Acerca los servicios a los pacientes mas necesitados
- 9-Es una de las consecuencias inevitables de la desinstitucionalización
- 10-Se basa en la obligación social de atender y ayudar a los enfermos graves, aunque no lo deseen
- 11-Puede favorecer la potenciación de servicios comunitarios

INTERVENCIÓN DEL MÉDICO FORENSE EN EL TRATAMIENTO AMBULATORIO INVOLUNTARIO

En contra:

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

En este mismo contexto, hay que señalar el posicionamiento de los fiscales especializados en la protección de las personas con discapacidad y tutelas¹¹ que en su reunión del 18-19 de octubre en Madrid se mostraron a favor del TAI si se cumplían una serie de requisitos entre ellos: 1) trastorno mental severo/grave, 2) efectividad documentada del plan terapéutico, 3) negativa del paciente a realizar tratamiento, 4) capacidad limitada para entender la información sobre su situación y los graves riesgos que conlleva para sí mismo o para otros, a causa de su estado mental, 5) ausencia de criterios de urgencia de tratamiento.

INTERVENCIÓN DEL MÉDICO FORENSE EN EL TRATAMIENTO AMBULATORIO INVOLUNTARIO

Con carácter previo, es preciso que se recaben los siguientes informes: 1) la falta de capacidad de decidir del enfermo, 2) la información clínica del mismo, 3) el plan de tratamiento, 4) la necesidad y conveniencia del tratamiento, 5) los mecanismos de control y supervisión del tratamiento.

Para finalizar las iniciativas en pro de la regularización del TAI, en 2018 la Sociedad Aragonesa de Psiquiatría Legal y Ciencias Forenses ha presentado nueva propuesta en las que aporta criterios técnicos para su regularización¹².

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

La situación de no regulación del TAI existente en España contrasta con la postura en otros países e instituciones.

La recomendación 2004/10 del Consejo de Europa¹³ reconoce la posibilidad de dos tipos de actuaciones involuntarias con finalidad terapéutica respecto a las personas con enfermedad mental: el ingreso involuntario y el tratamiento involuntario. En este segundo caso, los criterios (artículo 18) son: 1) existencia de un trastorno mental, 2) riesgo real de daño grave para su salud o para otros, 3) no disponibilidad de otro medio menos intrusivo y que pueda aportar los cuidados necesarios, 4) se ha tomado en consideración la opinión del paciente. El artículo 20 remarca un aspecto esencial: la decisión debe tomarse por tribunal o instancia competente.

En Estados Unidos, la implantación es diferente dependiendo de los Estados. Remarcar la Ley Kendra del Estado de Nueva York (1999)¹⁴ o la Ley Laura del Estado de California (2002)¹⁵. Concretamente, la ley Kendra es rigurosa para establecer los criterios de admisión en un programa de AOT (Assisted Outpatient Treatment). Entre otras:

1- edad mínima 18 años de edad y padecer una enfermedad mental;

2- tener historial de no cumplir con el tratamiento para su enfermedad mental, lo cual ha causado 2 hospitalizaciones por enfermedad mental en los 3 años precedentes o ha llevado a cabo, al menos, un acto de violencia contra sí mismo o contra los demás, durante los 4 años precedentes;

3- es improbable que acepte el tratamiento recomendado en el plan de tratamiento;

INTERVENCIÓN DEL MÉDICO FORENSE EN EL TRATAMIENTO AMBULATORIO INVOLUNTARIO

4-necesidad Tratamiento Ambulatorio Supervisado para evitar una recaída o deterioro que probablemente terminaría en daño serio a sí mismo o a los demás;

5-Antes de ordenar el Tratamiento Ambulatorio Supervisado, el tribunal debe estar convencido de que ésta es la alternativa menos restrictiva para la persona. Por lo tanto, si existe un programa o tratamiento menos restrictivo que podría tratar efectivamente la enfermedad mental de la persona, el tribunal no emitirá una orden de Tratamiento Ambulatorio Supervisado.

En Canadá son 12 las Actas de Salud Mental que regulan el TAI, Nueva Zelanda también lo tiene regulado al igual que Australia. Reino Unido dispone de legislación específica sobre este tema en el Acta 2007 de Salud Mental¹⁶.

Más próximo a nosotros, Francia en su ley de 5 de julio de 2011 recoge otras alternativas a la hospitalización: hospitalización a tiempo parcial, seguimiento ambulatorio y seguimiento en domicilio. Se establecen requisitos así como que la autorización debe ser realizada por un juez de garantías¹⁷.

Podríamos concretar que los elementos comunes en todas las legislaciones es que el TAI, con diferentes acrónimos dependiendo del país, está pensado para enfermos mentales graves con escasa adherencia al tratamiento y frecuentes recaídas con los consiguientes ingresos hospitalarios. El entorno es menos restrictivo que el hospital.

¿ES ÚTIL EL TAI?

No existe un consenso sobre su utilidad achacándose normalmente a la metodología los desacuerdos que se obtiene con los resultados.

El informe de seguimiento de la Ley Kendra en Nueva York reportó la admisión de 3.766 pacientes observándose una disminución del 87% de entrada en prisión, del 83% de los arrestos, 77% de los ingresos hospitalarios y 74% de conductas de vagabundeo¹⁴. Ciertamente, metodología aparte, son datos que hacen pensar.

Zanni i Stavis en 2007¹⁸ realizan un seguimiento a dos grupos de pacientes, uno de 115 en TAI y otro de 78 elegidos al azar con al menos 1 ingreso. Se comparan los 5 años anteriores y los 2 posteriores obteniendo una disminución de hospitalizaciones en los dos años posteriores en el grupo TAI.

INTERVENCIÓN DEL MÉDICO FORENSE EN EL TRATAMIENTO AMBULATORIO INVOLUNTARIO

Van Dorn et al en 2010¹⁹ realiza un estudio observacional de 3576 pacientes que habían realizado TAI entre 1997-2007 encontrando que los beneficios son mayores si la medida se aplica más de 6 meses.

Entre nosotros hay que reseñar la experiencia del País Vasco 1997-2003 en el que un juzgado de San Sebastián, a propuesta del sistema sanitario mediante un programa de gestión de casos con búsqueda del paciente en domicilio y tratamiento en el mismo, autoriza el TAI en 45 paciente de "puerta giratoria". A lo largo de este periodo, habían reingresado 11, es decir la cuarta parte.

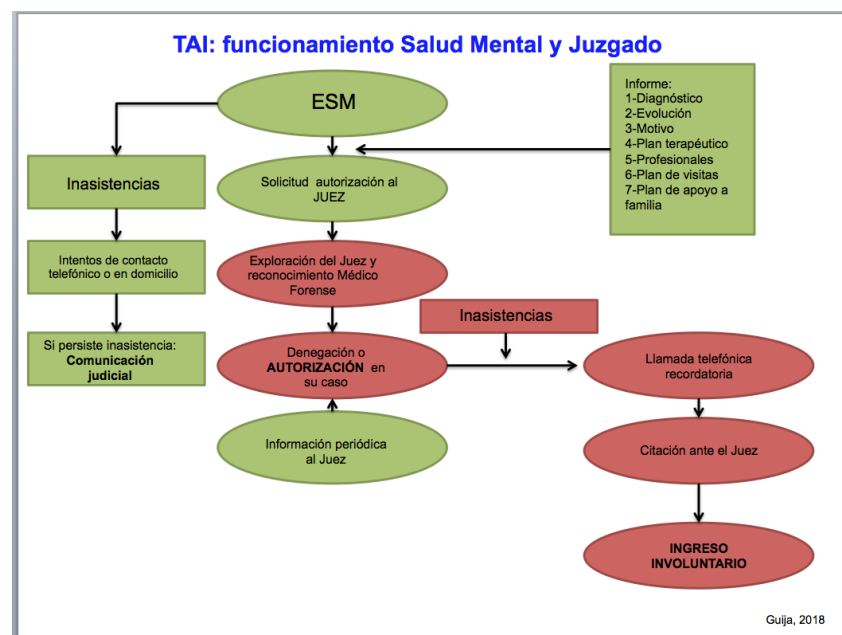
Hernandez-Viadel et al (2007)²⁰ en su estudio sobre asistencia a urgencias, ingresos y estancia en días, encuentra una disminución en lo pacientes que han realizado TAI.

No obstante, Hernandez-Viadel et al. (2010)²¹ concluye la no existencia de diferencias significativas entre grupo control y grupo TAI.

Desde la perspectiva de la percepción por parte de los profesionales, Moleón et al. (2020)²² encuentra que el 78,6 de los profesionales piensa que el TAI es beneficioso para los pacientes y el 95,2% cree que también lo es para las familias. El 78,6% no considera estigmatizante la aplicación del TAI.

CUESTIONES MEDICO FORENSES

El esquema de funcionamiento de la propuesta de TAI sería la siguiente³:



INTERVENCIÓN DEL MÉDICO FORENSE EN EL TRATAMIENTO AMBULATORIO INVOLUNTARIO

Como se ha señalado en anteriores momentos, la propuesta debe partir siempre del sistema sanitario. El Equipo de Salud Mental (ESM), a la vista de la psicopatología del paciente, la ausencia de conciencia de enfermedad, los numerosos ingresos, el riesgo para sí mismo o los demás, propone el TAI solicitando autorización al juez. El oficio debe de ir acompañado de informe detallado en el que se haga mención a aspectos relevantes tanto del diagnóstico como evolución, plan terapéutico entendido este no sólo como abordaje psicofarmacológico sino las medidas psicoterapéuticas, psicosociales, psicoeducacionales y cualquiera otra que se estime conveniente para el tratamiento del paciente. Debe también reseñarse plan de visitas así como apoyo a familia.

A la vista de la documentación, el juez, aparte explorarlo por sí mismo, solicitará informe psiquiátrico forense

La función del médico forense es asesorar a los tribunales de justicia. Por tanto, en caso de ser solicitada una pericial respecto de la conveniencia de autorización del TAI, el objeto de la pericia debe quedar claramente determinado dada la imposibilidad de recurrir a la nominación de artículo alguno pues, como se ha señalado, no se encuentra regulado.

Como en cualquier otro informe psiquiátrico forense, el trabajo conlleva varias fases: estudio de los antecedentes, estudio de la documentación clínica, reconocimiento del paciente y elaboración de informe.

Antes de iniciar habría que considerar las siguientes cuestiones²³.

1-El paciente ¿tiene conciencia de enfermedad? La negativa a seguir tratamiento ¿es consecuencia de su psicopatología?

2-De acuerdo a la ley de autonomía del paciente ¿se ha proporcionado adecuada información acerca del trastorno, evolución y consecuencias así como tratamiento y alternativas?

3-¿Se han agotado los recursos terapéuticos para mejorar la adherencia al tratamiento?

4-la aplicación del TAI ¿conlleva consecuencias negativas para el paciente o para un tercero?

INTERVENCIÓN DEL MÉDICO FORENSE EN EL TRATAMIENTO AMBULATORIO INVOLUNTARIO

En función de estas preguntas iniciales se llevará a cabo el informe en el cual habrá que valorar

1-Diagnóstico del trastorno mental concreto de acuerdo a las clasificaciones internacionales.

2-Conciencia de enfermedad, adherencia al tratamiento y evolución del trastorno a lo largo de los años: número de descompensaciones, número de ingresos por año, alteraciones de la conducta, riesgo para el paciente en estos casos o para terceros y cualquier otro elemento que se pueda considerar útil para la comprensión del caso.

3-Comprobación de los tratamientos efectuados y abandonados, a lo largo del tiempo (¿sólo psicofarmacológico o de otra naturaleza?)

4-Apoyo familiar y social

5-Competencia para decidir. Se trata del elemento primordial desde la perspectiva forense. No podemos olvidar que una de las características esenciales en estos pacientes, especialmente con esquizofrenia es la anosognosia o incapacidad para valorar el alcance de sus propias limitaciones. Desde esta perspectiva, la dificultad (imposibilidad) para ser consciente de la enfermedad y las limitaciones que conlleva cuando se encuentra descompensado aumentan, requiriendo el apoyo externo para compensar situación clínica.

Por otro lado, en informe aportado al juzgado por parte de ESM hay que comprobar la existencia del plan terapéutico así como que aquél se va a llevar a cabo por los profesionales indicados para ello y la existencia de un plan de visitas

Tras la exploración judicial y una vez valorado el informe psiquiátrico forense el juez autorizará o denegará la autorización para el TAI justificando su decisión. En caso de ser autorizado, el ESM informará periódicamente (de acuerdo al tiempo establecido en resolución judicial) sobre la evolución del paciente, siendo conveniente reconocimiento psiquiátrico forense de esta evolución.

En caso de inasistencias, debe primar la actuación sanitaria a través del contacto telefónico o, en su caso, asistencia a domicilio. En caso de persistir la inasistencia se dará cuenta al juzgado.

INTERVENCIÓN DEL MÉDICO FORENSE EN EL TRATAMIENTO AMBULATORIO INVOLUNTARIO

Dado que para conseguir el logro que se espera del TAI requiere una adecuada coordinación entre sistema sanitario y judicial, sería deseable que desde el propio juzgado se intentase el contacto telefónico para comentar con el paciente qué circunstancias están influyendo en la no persistencia del TAI. En caso de negativa se producirá la correspondiente citación ante el juez quien tomará las decisiones que considere oportunas en derecho.

Para finalizar, recordar que el dilema acerca de si el TAI debe o no regularse continúa en la actualidad. No se encuentra generalizada su aceptación judicial a nivel nacional por la falta de regulación. En ese contexto, las Observaciones del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2019) señala entre sus recomendaciones a España²⁴ que " revise o derogue todas las disposiciones jurídicas, incluido el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, a fin de prohibir la institucionalización forzosa y los tratamientos forzosos por motivo de discapacidad y de garantizar que las intervenciones por motivo de salud mental se basen en los derechos humanos". Al respecto señalar que en ningún caso, como médicos forenses hemos observado que se ingrese o trate en contra de su voluntad a paciente alguno por "motivo de discapacidad" sino como consecuencia de la psicopatología que produce la enfermedad o trastorno en la cual pierde el paciente su competencia necesitando de apoyos para revertir la situación en la que el paciente disponga de una voluntad no patológica para decidir. Es por ello que ante aseveraciones como la anterior, autores como Appelbaum²⁵ señalan la necesidad de aplicar el sentido común para los temas relacionadas con la discapacidad de la persona con trastorno psíquico.

INTERVENCIÓN DEL MÉDICO FORENSE EN EL TRATAMIENTO AMBULATORIO INVOLUNTARIO

BIBLIOGRAFIA

1-Constitución Española. Disponible en URL: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1978/BOE-A-1978-31229-consolidado.pdf>

2-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. Disponible en URL: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf>

3- Guija JA. Tratamiento Ambulatorio Involuntario (TAI). XXVI Curso Nacional de Actualización en Psiquiatría. El Reto de la Recuperación en Psiquiatría. Vitoria 1 marzo 2018.

4-Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. Disponible en URL: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2000/BOE-A-2000-323-consolidado.pdf>

5-Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Disponible en URL: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1995/BOE-A-1995-25444-consolidado.pdf>

6-Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Disponible en URL: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf>

7- XXVII Jornadas de coordinación de defensores del pueblo. Reflexiones y conclusiones del Taller II: «Tratamientos involuntarios en el ámbito de la Salud Mental». (Sevilla, 15 de marzo de 2012.). Disponible en URL: https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2015/05/F_relaciones_institucionales.pdf

8- Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). Documento AEN sobre la propuesta de regulación del tratamiento ambulatorio involuntario. Disponible en <http://www.asoc-aen.es/>.

INTERVENCIÓN DEL MÉDICO FORENSE EN EL TRATAMIENTO AMBULATORIO INVOLUNTARIO

9- Sociedad Española de Psiquiatría Legal. Posición de la Sociedad Española de Psiquiatría Legal sobre el tratamiento Ambulatorio y la Observación para Diagnóstico no Voluntarios. Disponible en: http://www.psiquiatricalegal.org/TODNV_normal1.pdf.

10- Santander Cartagena, F. Tratamiento Ambulatorio Involuntario: tal vez sí, pero. Cuad Psiquiatr Comunitaria 2006: Vol. 6, N.º 1, pp. 47-54.

11- Jornadas de fiscales especializados en la protección de las personas con discapacidad y tutelas. Madrid 18 y 19 de Octubre 2009. <http://www.fiscal.es/>

12- Fuertes Rocañín JC, Rodríguez Lainz JL, Fuertes Iglesias C, Naranjo Rodríguez J. Necesidad de regulación legal del tratamiento ambulatorio involuntario en pacientes psiquiátricos. Diario La Ley. 2018;9123.

13-Recommendation 2004/10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux et son exposé des motifs)adoptée par le Comité des Ministres le 22 septembre 2004 lors de la 896^e reunion des Délégués des Ministres).

Disponible en URL: <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=Recommandation+Rec%282004%2910+du+Comit%C3%A9+des+Ministres+aux+Etats+membres+relative+%C3%A0+la+protection+des+droits+de+l%27homme+et+de+la+dignit%C3%A9+des+personnes+atteintes+de+troubles+mentaux>

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

<https://mentalillnesspolicy.org/kendras-law/research/kendras-law-final-report-on-the-status-of-assisted-outpatient-treatment-pdf.html>

15- A Guide to Laura's Law (2003). Disponible en URL: https://www.calhospital.org/sites/main/files/file-attachments/Lauras_Law_implementation_guide_2009.pdf

INTERVENCIÓN DEL MÉDICO FORENSE EN EL TRATAMIENTO AMBULATORIO INVOLUNTARIO

16-Portero G. Tratamiento ambulatorio involuntario de carácter civil. Una revisión. Cuad Med Forense 2010;16(1-2):87-97

17-Jonas C. Soins sans consentement prévus par la loi du 5 juillet 2011. EMC - Psychiatrie 2014;11(4):1-16 [Article 37-901-A-15].

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

19-Van Dorn R, Swanson J, Swartz M, Wilder C, Moser L, Gilbert A, Cislak A, Clark Robins O. Continúan Medicaciones and Hospitalización Otoño Afer Assisted Outpatient Treatment in New York. Psychiatric Services 2010;61:982-987

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

21-Hernández-Viadel M, Cañete Nicolás C, Pérez Prieto JF, Lera Calatayud G, Gómez Beneyto M. Evaluación de la eficacia del tratamiento involuntario para reducir la atención hospitalaria. Rev. Psiquiatr Salud Ment (Barc.) 2010; 3 (2):50-54.

22-Moleón Ruiz A, Fuertes Rocañín JC. Opinión de los psiquiatras sobre el tratamiento ambulatorio involuntario. Rev Esp Sanid Penit. 2020;22(1):41-48.

23-Gías B. Tratamiento ambulatorio involuntario en psiquiatría: una revisión desde la bioética. Revista de Bioética y Derecho, núm. 29, septiembre 2013, p. 109-121

24-Observaciones finales sobre los informes periódicos segundo y tercero combinados de España del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 9 de abril de 2019. Disponible en URL: <http://www.convenciondiscapacidad.es/2019/04/10/observaciones-finales-sobre-los-informes-periodicos-segundo-y-tercero-combinados-de-espana-del-comite-sobre-los-derechos-de-las-personas-con-discapacidad-9-de-abril-de-2019/>

25-Appelbaum P. Saving the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities - from itself. World Psychiatry 18(1)1-2 - February 2019

**INTERVENCIÓN DEL MÉDICO FORENSE EN EL TRATAMIENTO
AMBULATORIO INVOLUNTARIO**