



LUCES Y SOMBRAS DEL TRATAMIENTO AMBULATORIO INVOLUNTARIO COMO FUTURA ALTERNATIVA TERAPÉUTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Patricia Latorre Forcén¹, María Visitación Palomero Lobera³, Candela Pérez Álvarez¹, Guillermo Pérez Mora², Beatriz Villagrasa Blasco¹, Laura Bosqued Molina¹, Sonia Pedrosa Armenteros¹, Anna Salas Martínez¹, Miguel Ángel Quintanilla López³

1 Médico Interno Residente de Psiquiatría, Hospital Clínico Universitario, Zaragoza.

2 Médico Adjunto de Psiquiatría, Centre Assistencial Sant Joan de Déu, Almacelles, Lleida.

3 Médico Adjunto de Psiquiatría, Hospital Clínico Universitario, Zaragoza.

platorref@gmail.com

RESUMEN

Existe un debate sobre la necesidad de regular el tratamiento ambulatorio involuntario (TAI) en los pacientes con trastorno mental grave. Este tipo de tratamiento pretende asegurar la cumplimentación terapéutica especialmente en aquellos pacientes sin conciencia de enfermedad y en las que el abandono del tratamiento supone un riesgo alto de recaída, con aparición de conductas auto o heteroagresivas, hospitalizaciones repetidas y urgencias frecuentes. A continuación, relatamos un caso clínico en el que la dificultad de manejo ambulatorio durante los periodos de descompensación ha tenido consecuencias legales para la paciente. Se trata de una mujer de 46 años, en tratamiento psiquiátrico desde hace 10 años por trastorno psicótico, con tres ingresos por descompensación. Tras el segundo ingreso, realiza una fuga bajo el efecto de clínica delirante con contenido paranoide y místico, llegando a vivir como transeúnte en la calle durante aproximadamente 1 año hasta que es localizada por la policía. Durante ese periodo, la paciente realiza conductas que tienen repercusiones legales (acude a dormir a hoteles sin tener poder adquisitivo para asumir dicho coste). Dado que los trastornos mentales son enfermedades crónicas e invalidantes, la instauración de un tratamiento multidisciplinar y continuado disminuye la posibilidad de recaídas. El TAI favorece el tratamiento en un entorno menos restrictivo que el internamiento involuntario. Por otra parte, la aplicación de un TAI produciría la estigmatización de los pacientes tanto socialmente como por parte del sistema sanitario y convertiría el tratamiento comunitario en custodial, suponiendo la judicialización del tratamiento psiquiátrico.

LUCES Y SOMBRAS DEL TRATAMIENTO AMBULATORIO INVOLUNTARIO COMO FUTURA ALTERNATIVA TERAPÉUTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

INTRODUCCIÓN

Existe un debate sobre la necesidad de regular el tratamiento ambulatorio involuntario en los pacientes con trastorno mental grave. Este tipo de tratamiento pretende asegurar la cumplimentación terapéutica especialmente en aquellos pacientes sin conciencia de enfermedad y en los que el abandono del tratamiento supone un riesgo alto de recaída, con aparición de conductas auto o heteroagresivas, hospitalizaciones repetidas y urgencias frecuentes.

Algunos pacientes presentan a menudo también problemas de abuso de tóxicos y no toman la medicación de forma correcta, lo que contribuye a un empeoramiento de su enfermedad psiquiátrica e incluso a la aparición de conductas disruptivas o violentas.

Aunque son variadas las causas de las descompensaciones psicóticas con aparición de brotes que requieren ingresos hospitalarios, con frecuencia de forma involuntaria y con la intervención de las fuerzas del orden público, es el abandono de la medicación y el consumo de drogas de abuso y, en general, la falta de control y tratamiento psiquiátrico por la ausencia de conciencia de enfermedad, en un porcentaje no desdeñable de casos, lo que determina el fenómeno de "puerta giratoria" con múltiples ingresos.

Se considera que la atención de los trastornos mentales graves no es sólo farmacológica sino que es necesario complementarla con otros como la psicoeducación, la psicoterapia individual y grupal, grupos de familias, de rehabilitación cognitiva, etc...que contribuyen a la reducción de episodios agudos y recaídas en forma significativa a una mayor y mejor integración del enfermo a la comunidad.

A continuación, presentamos un caso clínico en el que la dificultad de manejo ambulatorio durante los periodos de descompensación ha tenido implicaciones/ responsabilidades legales para la paciente. Todavía en trámites legales para justificar su incapacidad durante aquel periodo de tiempo y con sentencia de curatela para la administración de sus bienes, circunstancia que la paciente percibe como injusta.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se trata de una mujer de 46 años, en tratamiento psiquiátrico desde hace 10 años por padecer un trastorno psicótico, con tres ingresos por descompensación. Mantiene seguimiento errático, con mala adherencia terapéutica (se encuentra en tratamiento con antipsicótico inyectable de liberación prolongada) y nula conciencia de enfermedad. No presentando antecedentes de consumo de tóxicos.

En cuanto a su psicobiografía, la paciente es la tercera de una fratría de 4 hermanos. Soltera, residía junto a su padre, ya fallecido, en el domicilio familiar. Estudios universitarios sin finalizar,

LUCES Y SOMBRAS DEL TRATAMIENTO AMBULATORIO INVOLUNTARIO COMO FUTURA ALTERNATIVA TERAPÉUTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

ha realizado varios cursos relacionados con sus aptitudes artísticas con buen rendimiento. Incapacidad laboral desde hace 7 años, con una minusvalía del 45 %.

Al examen mental, la paciente presenta aspecto descuidado, evidente pérdida de peso. Colabora parcialmente, mostrándose reticente a hablar sobre ciertos aspectos. No alteraciones en el habla, impresiona de cierta productividad intrapsíquica. Eutimia. Normosomnia e hiperorexia. Niega alteraciones sensorio-perceptivas si bien no son descartables, posibles fenómenos de pasividad. Ideación delirante de perjuicio bien estructurada. Ausencia de ideación tanática. Nulo insight. Juicio de realidad mermado.

Tras el segundo ingreso, realiza una fuga bajo el efecto de la clínica delirante con contenido paranoide y místico, con una conducta desorganizada, llegando a vivir en la calle, en la indigencia, convirtiéndose en una "sin techo" o homeless durante aproximadamente 1 año hasta que es localizada por la policía. Durante ese periodo, la paciente realiza conductas delictivas que posteriormente tendrán repercusiones legales (acude a dormir a hoteles y a comer en restaurantes sin pagar en los mismos).

DISCUSIÓN

Se ha pretendido realizar una revisión general del tratamiento ambulatorio involuntario.

La evidencia sobre la eficacia del TAI arroja resultados contradictorios. En los estudios observacionales se encuentra de forma mayoritaria una disminución en el número de urgencias, el número de ingresos y los días de estancia en el hospital. Sin embargo, tienen limitaciones metodológicas importantes (tamaño pequeño de las muestras y ausencia de grupos de comparación) que disminuyen la confianza en los resultados.

En los estudios de segunda generación se compara, mediante reparto aleatorio, a pacientes con TAI frente a un grupo control (que recibieron servicios intensivos pero sin orden judicial). Hay sólo 2 estudios de este tipo, uno realizado en la ciudad de Nueva York y el otro en Carolina del Norte. Los resultados son contradictorios. En el estudio de Nueva York no se encuentran diferencias significativas en las tasas de rehospitalización, arrestos, enfermos sin hogar u otros resultados entre el grupo con TAI y el grupo control. Por otro lado, los resultados del estudio de Carolina indican que las personas con trastornos psicóticos y mal pronóstico se beneficiarían de los servicios mentales intensivos y un tratamiento obligatorio sostenido, reduciendo el número de recaídas, conducta violenta, victimización o arrestos.

En el año 2009 se realizó una evaluación de la eficacia del programa TAI en el estado de Nueva York donde se encontraron resultados favorables con una disminución del número de ingresos y

LUCES Y SOMBRAS DEL TRATAMIENTO AMBULATORIO INVOLUNTARIO COMO FUTURA ALTERNATIVA TERAPÉUTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

una mayor adherencia al tratamiento, sin consecuencias negativas para los pacientes (estigma, coerción y satisfacción con el tratamiento).

El TAI en otros países consta básicamente de 2 tipos de intervención: Altas supervisadas y Tratamiento Obligatorio en la Comunidad. Las altas supervisadas se tratan de permitir la salida del hospital de un paciente bajo la condición de cumplir el tratamiento en la comunidad. Sólo es aplicable en aquellos pacientes que han estado ingresados con carácter involuntario en el hospital. El incumplimiento de las condiciones acordadas en el plan terapéutico puede justificar su reingreso hospitalario. Este modelo es seguido en países europeos como Alemania, Francia, Inglaterra y Gales, Bélgica, Luxemburgo, Portugal e Israel. En todos ellos se propone la salida del paciente del hospital con la condición de seguir un plan terapéutico en la comunidad durante un período de tiempo variable según los países (3-6 meses) y que puede prorrogarse. El Tratamiento Obligatorio en la Comunidad se podría aplicar como alternativa al internamiento o con finalidad preventiva (de aplicación en aquellas personas que padecen una enfermedad mental grave, con antecedentes de pobre adherencia al tratamiento y que es poco probable que se comprometan voluntariamente a seguir un plan terapéutico).

Para la autorización del TAI es preceptiva la celebración de una audiencia, tras la cual el tribunal decidirá si se cumplen o no los criterios para su aplicación. Previamente se propone un plan terapéutico escrito que incluya los medios asistenciales para llevarlo a cabo ("servicios de supervisión" o "equipo de tratamiento comunitario asertivo").

En la mayoría de los estados norteamericanos el TAI no incluye el poder para la administración forzosa de la medicación en la comunidad.

En España, en octubre de 2006 apareció una nueva propuesta legislativa. El gobierno presentó un Proyecto de Ley de Jurisdicción Voluntaria, que incluía en su capítulo IX sobre "la autorización judicial de los tratamientos no voluntarios de las personas con trastornos psíquicos", pero el Tribunal Constitucional, en Sentencia 132/2010, declaró la inconstitucionalidad de los párrafos 1 y 2 del art 763.1. Al tratarse de una materia que afecta a la libertad personal, derecho fundamental, debe regularse por Ley Orgánica. El Tribunal Constitucional no declara nulos los párrafos para no dejar un vacío legal que perjudicaría en primer lugar a los pacientes que precisen de esta medida. Pero insta al legislador a regular con la mayor celeridad dicho internamiento involuntario por Ley Orgánica.

Con todo ello, en los últimos años se están realizando experiencias de TAI en diferentes ciudades españolas (San Sebastián, Barcelona, Alicante, Valencia), con el objetivo de mejorar la adherencia terapéutica de personas con enfermedad mental grave y evitar los extremos del ingreso hospitalario o la incapacidad civil.

LUCES Y SOMBRAS DEL TRATAMIENTO AMBULATORIO INVOLUNTARIO COMO FUTURA ALTERNATIVA TERAPÉUTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Se ha planteado que posiblemente una parte de estos pacientes podrían responder a programas de seguimiento intensivo, como el tratamiento asertivo comunitario, sin necesidad de una intervención judicial.

Entre los argumentos a favor del TAI encontramos: que frente al ingreso, favorece el tratamiento en un entorno menos restrictivo; responsabiliza al clínico; evita recaídas y reingresos; puede favorecer potenciación de servicios; evita que pacientes incompetentes dejen el tratamiento; consecuencia inevitable de la desinstitucionalización; se considera como una obligación social de atender y ayudar a los enfermos graves aunque no lo deseen; la falta de conciencia de enfermedad es un síntoma en sí mismo; y no se ha demostrado que tenga efectos perjudiciales.

Aquellos que se muestran en contra del TAI exponen que: es una solución fácil; destruye la relación terapéutica; respuesta despavorida a un problema mal planteado; convierte el tratamiento comunitario en custodial; es discriminatorio, drástico y antiético; supone un énfasis en control más que en asistencia; presenta dificultades prácticas; se desvalorizan razones competentes para no tomar el tratamiento; intimida a los pacientes, por lo que acudirían a tratamiento más tarde; supone la estigmatización de pacientes y profesionales; reduce la posibilidad de negociar/consensuar; riesgo de que sirva para ejercer un mayor control social y que los hospitales se llenen de pacientes no cumplidores.

Asimismo, es probable que la falta o escasez de recursos asistenciales, incremente la práctica del TAI por parte de los profesionales dedicados a la asistencia de pacientes con trastorno mental grave. Sin embargo, debe ser el clínico quien tiene que evaluar y decidir cuál es el tratamiento adecuado para el paciente, aunque esta elección venga determinada por los recursos disponibles y la necesidad, en ocasiones, de dar una respuesta inmediata.

La legislación acerca del TAI debería regirse por los siguientes principios: de respeto a la dignidad personal; legalidad (regulación por una ley de rango orgánico); justificación ética; necesidad; menor restricción respecto al internamiento involuntario; garantía asistencial y jurídica; documentación de actuaciones; fiscalización y derecho a la intimidad y confidencialidad de datos sanitarios.

Finalmente, queremos añadir que la ausencia de una normativa que regule de forma expresa las órdenes de tratamiento comunitario, no sólo afecta a las personas que padecen una enfermedad mental grave, sino que también afecta a las personas implicadas en su tratamiento, como familiares y cuidadores, que constituyen el principal apoyo del paciente para su continuidad y convivencia en la comunidad.

LUCES Y SOMBRAS DEL TRATAMIENTO AMBULATORIO INVOLUNTARIO COMO FUTURA ALTERNATIVA TERAPÉUTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

En conclusión, existen argumentos válidos a favor y en contra de esta ley y desde los principios de la bioética; las discrepancias se basan en un planteamiento último de la atención sanitaria, en dos visiones diferentes de la salud; las diferencias de criterio están en si se supone que el valor máximo, al que hay que tender, es la libertad a costa del bienestar o si el valor máximo supuesto es el bienestar, a costa de la libertad. Si la enfermedad mental incapacita para ser libre de obrar y tomar decisiones o no, si el estado de bienestar es la libertad o la ausencia de síntomas psiquiátricos y si la enfermedad mental supone o no una cortapisa para la libertad.

La enfermedad mental grave limita la capacidad, aunque a diferencia de la discapacidad intelectual no de forma permanente y por lo tanto limita la autonomía del paciente en los periodos de descompensación o cuando el paciente se encuentra con síntomas psicóticos activos. Favorecer o hacer efectivo el tratamiento psiquiátrico supondría no ir en contra del derecho de libertad o autonomía del paciente sino devolvérselo, mejorando su capacidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Portero,G. Tratamiento ambulatorio involuntario de carácter civil. Una revisión. Cuad. med. forense v.16 n.1-2 Sevilla ene.-jun. 2010.
2. Barrios, LF.La regulación del internamiento psiquiátrico involuntario en España: carencias jurídicas históricas y actuales.*Derecho y Salud*. Vol. 22, núm. 1, Ene-Jun. 2012;pp. 31-56. ISSN 1133-7400.
3. Cañete-Nicolás C. et al. Situación en España del tratamiento ambulatorio involuntario (TAI) en enfermos mentales graves. *Actas Esp Psiquiatr* 2012;40(1):27-33.
4. Gías B. Tratamiento ambulatorio involuntario en psiquiatría: una revisión desde la bioética. *Revista de Bioética y Derecho*, núm. 29, septiembre 2013, p. 109-12.