

Actualidad en coerción y asistencia en salud mental: de la pugna declarativa al impulso a alternativas

Current status in coercion and mental health care: from the exchange of statements to the encouragement of alternatives

JOSÉ ANTONIO INCHAUSPE ARÓSTEGUI

Psiquiatra. Centro de Salud Mental de San Juan, Servicio Navarro de Salud- Osasunbidea, Pamplona, España.

Correspondencia: jinchaua@gmail.com

ES CONOCIDA LA TENDENCIA EN LA ASISTENCIA en salud mental a reforzar declarativa y legislativamente el respeto a la autonomía y a los derechos de las personas, al menos en los países occidentales. También lo es la brecha internacional entre legislación y declaraciones, que enfatizan la excepcionalidad de la coerción formal, y la práctica actual, extendida y en aumento, en internamientos y en el tratamiento ambulatorio involuntario –TAI–, también en España (1,2).

Hemos asistido a una serie de tomas de posición de organismos internacionales a favor de los derechos humanos de personas diagnosticadas de trastorno mental. Destaca la Convención sobre los Derechos de Personas con Discapacidades de la ONU –CRPD– y, en particular, la interpretación del Comité del CRPD sobre el artículo 12 (todas las personas con discapacidad tienen plena capacidad jurídica y, por tanto, hay que abandonar la toma de decisiones por sustitución) y el 14 (el derecho a no ser internado contra su voluntad). Otras instancias de las Naciones Unidas (NN. UU) se han expresado en una línea idéntica o muy similar. No existe, sin embargo, unanimidad al respecto en las NN. UU y hay quienes discrepan de esta interpretación (3).

Lo novedoso es la beligerancia con la que se han levantado voces a favor de las prácticas tradicionales coercitivas y la réplica que han recibido. Es lo que llamamos pugna declarativa.

En febrero de 2019, la revista *World Psychiatry* publicó un editorial de Appelbaum (4) de contenido inaudito para el órgano de una asociación de naturaleza institucional. Appelbaum, conocido por el diseño de un instrumento de evaluación de la competencia en salud mental al que se reconoce fiabilidad y cuya validez es muy discutida, llama directamente a la rebelión. Propone ignorar la CRPD, al menos la interpretación que hace el Comité sobre los artículos 12 y 14. Dado que muchos países –178– han firmado la Convención, de los cuales 94 han firmado el Protocolo Facultativo, entre ellos España, y forma parte de sus dispositivos legales, propone una relectura de la misma en situaciones, por ejemplo, de preservación de la vida frente al ejercicio de la capacidad legal, dando preferencia al derecho más importante: la preservación de la vida. Pide la enmienda del artículo 12 para evitar “la interpretación extrema del Comité y retirar el espectro de la condena internacional de cualquier país que no se apegue a su enfoque”. Llama a la movilización de países, organizaciones profesionales y expertos individuales que representen las “posturas tradicionales” para que este tipo de acuerdos internacionales no caigan en manos de “algunos de los elementos más radicales del movimiento de derechos de los pacientes, dispuestos a sacrificar el bienestar de personas con discapacidades para lograr lo que ellos ven como sus metas políticas a largo plazo”. El título del editorial, “Salvando la Convención sobre los Derechos de Personas con Discapacidades de la ONU - de sí misma”, recuerda al “es por tu bien”, tan frecuente en las prácticas coercitivas.

El mismo número de *World Psychiatry* publica un artículo central y un fórum sobre el tema (3) de tono más institucional. El artículo central es de Szmukler, un autor prolífico en el estudio de la coerción y en la defensa de los derechos humanos en la asistencia en salud mental. Aunque considera que una prohibición absoluta sobre el tratamiento involuntario “no es creíble, al menos en el momento presente”, se aproxima a las posturas del Comité. Distingue entre voluntad, que permanece en el tiempo, y preferencias en un momento dado, por ejemplo, en una crisis, dando prioridad a la primera sobre la segunda, entendiendo que es factible un rastreo de esa voluntad, incluso en ausencia de directrices anticipadas, acudiendo a lo que se conoce de la trayectoria de la persona, sus creencias y valores, apoyándose en sus allegados. Considera también que en determinados casos, p. ej., de delirios crónicos, puede darse una transformación estable y coherente de las opiniones de la persona, por lo que es necesario respetarlas, considerándolas como su voluntad genuina. El fórum, dentro de un tono respetuoso con la CRPD, recoge posturas contrapuestas sobre la interpretación del Comité, apoyos sin fisuras, crítica radical y otras más matizadas. A señalar la postura contraria al Comité de una asociación de usuarios (5) y la observación de un autor de

que “la toma de decisiones solo es relevante cuando hay opciones donde escoger” (6), clave a nuestro entender.

En Europa, la pugna se centra en el Protocolo Adicional al Convenio de Oviedo –PA-. El Comité de Derechos Humanos del Consejo de Europa –DH-BIO–, en su afán de corregir las escasas salvaguardas del artículo 7 de la Convención de Oviedo respecto al tratamiento involuntario en salud mental, ha producido un texto que ha generado un amplísimo rechazo, también en España. En un gesto sin precedentes, las organizaciones de usuarios han dejado de acudir a las reuniones DH-BIO. En España, su ratificación mantendría la situación actual respecto al internamiento involuntario y abriría las puertas al TAI (7).

En nuestro país seguimos bajo el signo del artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (LEC) 1/2000, que regula el internamiento involuntario, clave de bóveda del sistema español de coerción formal en la asistencia en salud mental. Garantista, contempla en su aplicación ordinaria una autorización judicial previa, la audiencia de la persona y su derecho a disponer de representación y defensa. Es uno de los escasos ejemplos europeos en los que la ley no alude al “riesgo o peligrosidad” (1), que sí se recogen en sentencias del Tribunal Constitucional (TC) respecto al internamiento extraordinario o urgente, exigiendo: “un carácter o amplitud que legitime el internamiento” de la entidad clínica, la “urgencia o necesidad inmediata de intervención para su protección” y la “necesidad y proporcionalidad de la medida”, y que el acto urgente ha de ser “necesario y no simplemente oportuno”. El 763 fue declarado inconstitucional sin nulidad de la norma porque, entre otras razones, el TC no discute lo bien fundado del internamiento involuntario.

En la práctica, el internamiento extraordinario prevalece masivamente. Es el procedimiento tipo (8), y muchos jueces lo justifican porque es impensable “que se lleve al Juzgado o se acuda al mismo para pedir autorización de ingreso para alguien que ha sufrido un infarto”. No se cumplen las garantías previstas en el 763, ni la necesidad y proporcionalidad de la medida, por lo que un número importante de internamientos no voluntarios se realizan en España incumpliendo los presupuestos legales mínimos (8).

Resurge periódicamente el debate acerca de la regulación por ley del TAI, en 2018 por última vez (9, 10). A favor, se esgrime que si el enfermo mental no puede decidir por sí mismo en ocasiones, alguien ha de hacerlo por él, y el juez puede decretar el tratamiento obligatorio de forma ambulatoria durante cierto período de tiempo, dado que está previsto por el artículo 7 del Convenio de Oviedo y es “plenamente constitucional”. No obstante, el legislador español no lo ha desarrollado y es necesario hacerlo para evitar “la excesiva discrecionalidad judicial, que en algunos casos podría llegar a la arbitrariedad” de los jueces que se basan para el TAI en el 763 (9). En contra, se defiende el consentimiento informado y, como último recurso, la toma de decisiones

por representación, se apela al desarrollo de recursos comunitarios y, jurídicamente, se da el asunto por zanjado tras la ratificación por España del CRPD (10). Desde la AEN se manifiesta cierto hastío por un tema en el que “los argumentos que se consideran, democráticos, legales y científicos, apoyan el abandono de esta medida” (11).

Insisten las voces a favor de los derechos y en contra de la coerción: informes del Comité de Bioética de España –CBE– sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas, de 2016, sobre la necesidad de adaptar la legislación española al CRPD, de 2017, y su valoración contraria del PA, de 2019 (7), y del propio Comité del CRPD, que, en 2019, ha vuelto a sentar a España en el banquillo de los acusados solicitando que elimine las contenciones, los internamientos y toda forma de tratamiento que no cuente con el consentimiento informado (12). Sin embargo, no parece que las prácticas hayan cambiado. Los internamientos involuntarios están en aumento en España (2), el TAI se desarrolla localmente allá donde haya jueces “sensibles” (13) y es objeto de *protocolos de coordinación* [sic] entre jueces y psiquiatras (14). Desde un punto de vista bioético, el TAI puede considerarse un hecho consumado en España: *palancas* socio-sanitarias, carencias en consentimiento informado, uso de antipsicóticos inyectables... (7)

No parece que ninguno de los argumentos utilizados sirva para mucho. Tampoco el argumento central de la AEN que lo considera un problema de “falta de recursos” comunitarios (11). El desarrollo de recursos como los programas de Primeros Episodios Psicóticos –PEP– no resuelven el problema. Al contrario, parecen reforzar el modelo de enfermedad (15), nada extraño si consideramos quiénes componen el *lobby* que trabaja para su implementación.

La pugna declarativa parece habernos llevado a un callejón sin salida. Todo sigue igual.

¿Tiene sentido insistir? ¿Existe algo nuevo, algo diferente que pueda hacerse?

El CBE acepta que las personas diagnosticadas de trastorno de salud mental se consideren dentro de lo que contempla el CRPD. No se podrá contar para ello con el apoyo de profesionales y asociaciones partidarias del modelo biomédico que consideran que “no son discapacitados, son enfermos”, ni competir con su amplia presencia en medios de comunicación, ni contar con la financiación y el *ghostwriting* de la industria farmacéutica. Las asociaciones de familiares sí parecen cómodas en el movimiento de discapacitados. También las de primera persona. El éxito, al menos en la opinión pública, de la campaña #0Contenciones, aunque aún está por ver su impacto en la reducción de contenciones, nos muestra que esta alianza puede ser fructífera.

Podemos apelar a la ciencia sin complejos. Hacer nuestro el desparpajo de los colegas de la SEP cuando, en su *lobbying* a favor de los PEP, titulan un artículo de opinión de limitado rigor intelectual y científico: “Cuando la asistencia no sigue a la evidencia” (16). Respecto a la coerción, sí existe investigación rigurosa que muestra que ninguna ayuda mejora utilizando la coerción. Seguramente no es suficiente para el

cambio, como refleja la desazón de quienes han analizado el TAI inglés, constatando que no obtiene resultados y que, sin embargo, su uso sigue en aumento porque los motivos son otros (17).

Si la ciencia no basta para convencer a los gestores, es posible que los argumentos económicos sean más persuasivos. Se utilizan abundantemente desde el modelo biomédico: evitar las puertas giratorias, los ingresos hospitalarios... (14). Hace tiempo que la industria americana de las instituciones psiquiátricas descubrió que disminuir la coerción es económicamente rentable, pues se traduce en menos bajas laborales, menor rotación del personal, disminución de litigios y gastos en responsabilidad civil... (18)

En octubre de 2018, con objeto de informar al Relator Especial de las NN. UU. sobre los derechos de las personas con discapacidad, se realizó una revisión bibliográfica respecto a alternativas a la coerción (19). Se revisaron 121 artículos de investigación teniendo en cuenta su diseño, prácticas y resultados. Algunas de las medidas estudiadas son aplicables en contexto comunitario y hospitalario con escasa inversión y, sin duda, mejorarían, también económicamente, los resultados de las prácticas actuales.

Más interesante aún, buena parte de las investigaciones y propuestas no se centran directamente en disminuir la coerción, sino en prácticas para responder a necesidades planteadas por los usuarios y no satisfechas que, como “efecto secundario”, disminuyen las prácticas coercitivas. Algo absolutamente lógico (6). Se contraponen las preferencias de los clientes a las decisiones de los proveedores de servicios; en Europa, la psiquiatría estatutaria o institucional. Se trata de servicios como, por ejemplo, programas para personas en crisis alternativos a las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (UHP) y/o residenciales alternativos a las residencias asistidas, servicios con participación o liderados por usuarios o exusuarios, abordajes libres de medicación o con bajas dosis, respuestas a necesidades diferentes al bloqueo de síntomas que ofrece la psiquiatría tradicional. Atendiendo a las necesidades y preferencias de los usuarios, los resultados serán mejores y la coerción se difuminará.

¿Es posible que algo así se esté haciendo entre nosotros? En Europa, sin duda; en España, tal vez (20).

¿Y si no conocemos, apoyamos o difundimos lo que se está haciendo? En 2019 se ha publicado una experiencia de desprescripción medicamentosa en Toro, Zamora (21). Su autor se lamenta de su soledad y propone establecer una red, a nivel nacional, de profesionales que estén trabajando en esta línea. Ya se propuso en 2018 la creación de un grupo de trabajo en la AEN “al modo del club italiano SPDC No Restraint, que tenga como objetivo el fomento de la reducción de la coerción, donde los profesionales puedan, en un entorno seguro, compartir experiencias de buenas prácticas hacia la eliminación de la coerción, plantear las dificultades para llevarlas a cabo y contribuir a crear una cultura profesional en la que la coerción no sea una opción” (22).

Tenemos mucho que hacer.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Saya A, Brugnoli C, Piazzì G, Liberato D, Di Ciaccia G, Niolu C, et al. Criteria, procedures, and future prospects of involuntary treatment in psychiatry around the world: a narrative review. *Front Psychiatry*. 2019;10:271.
- (2) Sheridan Rains L, Zenina T, Dias MC, Jones R, Jeffreys S, Branthonne-Foster S, et al. Variations in patterns of involuntary hospitalisation and in legal frameworks: an international comparative study. *Lancet Psychiatry*. 2019;6(5):403-417.
- (3) Fórum – Toma de decisiones por representación en psiquiatría: declaraciones por órganos de las Naciones Unidas y sus implicaciones prácticas. *World Psychiatry* 2019;17(1): 34-52.
- (4) Appelbaum PS. Salvando la Convención sobre los Derechos de Personas con Discapacidades de la ONU –de sí misma. Editorial. *World Psychiatry* 2019; 17(1): 1-2
- (5) Sunkel C. La Convención de la ONU: perspectiva de un usuario de servicio. *World Psychiatry* 2019;17(1): 51-52.
- (6) Bartlett P. Voluntad y preferencias en el proyecto global de CRPD. *World Psychiatry* 2019; 17(1):48-50.
- (7) Comité de Bioética de España. Informe del Comité de Bioética de España valorando el borrador de Protocolo Adicional al Convenio de Oviedo sobre Derechos Humanos y Biomedicina sobre la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastornos mentales respecto a ingresos y tratamientos involuntarios. 2019. En: <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20valorando%20el%20Borrador%20del%20Protocolo%20Adicional%20respecto%20a%20ingresos%20y%20tratamientos%20involuntarios.pdf>
- (8) Berenguer Albaldalejo MC. Los internamientos no voluntarios por razón de trastorno psíquico. Especial consideración al procedimiento a seguir en los casos de urgencia médica. *Derecho Privado y Constitución* 2014;28: 263-309.
- (9) 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; nº 9123.
- (10) Ventura Más S, Roig Salas A, Leal Rubio J, et al. Acerca del TAI. *Diario La Ley* 2018; nº 9234.
- (11) Roig Salas A, González Álvarez O, Díez Fernández ME, Hernández Monsalve M, Leal Rubio J, Santos Urbaneja F. El tratamiento ambulatorio involuntario. Historia de una obstinación. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2012; 32 (114), 435-440.
- (12) Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observaciones finales sobre los informes periódicos segundo y tercero combinados de España, 9 abril de 2019. Disponible en: <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/>
- (13) Hernández-Viadel M, Cañete-Nicolás C, Bellido-Rodríguez C, Asensio-Pascual P, Lera-Calatayud G, Calabuig-Crespo R, et al. Involuntary outpatient treatment (IOT) in Spain. *Int J Law Psychiatry*. 2015;41:31-3.

- (14) Audiencia Provincial de Alicante. Protocolo de Actuación Sanitaria en Supuestos de Tratamiento Ambulatorio Involuntario. 2016. Disponible en: <http://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Poder-Judicial/Tribunales-Superiores-de-Justicia/TSJ-Comunidad-Valenciana/Actividad-del-TSJ-Comunidad-Valenciana/Protocolos-y-convenios/Audiencia-Provincial-de-Alicante--Protocolo-de-actuacion-Sanitaria-Judicial-en-supuestos-de-tratamiento-ambulatorio-involuntario>
- (15) Ibáñez Rojo V. La intervención temprana en psicosis. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2018; 38(133): 9-16.
- (16) Arango C, Bernardo M, Bonet P, Cabrera A, Crespo-Facorro B, Cuesta MJ, et al. Cuando la asistencia no sigue a la evidencia: el caso de la falta de programas de intervención temprana en psicosis en España. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2017; 10(2): 78-86.
- (17) Burns T, Rugkåsa J, Yeeles K, Catty J. Coercion in mental health: a trial of the effectiveness of community treatment orders and an investigation of informal coercion in community mental health care. Southampton, UK: NIHR Journals Library, 2016.
- (18) Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). The business case for preventing and reducing restraint and seclusion use. HHS Publication No. (SMA) 11-4632. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2011. Disponible en: <https://edsource.org/wp-content/iframe/seclusion-restraint/Businesscaseagainstrestraint.pdf>
- (19) Gooding P, McSherry B, Roper C, Grey F. Alternatives to coercion in mental health settings: a literature review. Melbourne: Melbourne Social Equity Institute, University of Melbourne, 2018. [Internet] Disponible en: https://socialequity.unimelb.edu.au/__data/assets/pdf_file/0012/2898525/Alternatives-to-Coercion-Literature-Review-Melbourne-Social-Equity-Institute.pdf
- (20) Moreno Pérez A, Ibáñez Rojo V, Gómez Beneyto M. Aboliendo la coerción en los servicios de salud mental. En: Beviá B, Bono A (editoras). *Coerción y salud mental*. AEN Cuaderno Técnico nº 20. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2018.
- (21) Sans Lacussan FJ. Psychiatric drug withdrawal in Spain. *Mad in America* [Internet] 27 agosto 2019. Disponible en: <https://www.madinamerica.com/2019/08/psychiatric-drug-withdrawal-in-spain/>
- (22) Beviá B, Bono A (editoras). *Coerción y salud mental*. AEN Cuaderno Técnico nº 20. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2018. Disponible en: <https://aen.es/blog/2018/04/21/cuaderno-tecnico-coercion-y-salud-mental/>