

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ DE ELCHE

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y JURÍDICAS DE ELCHE
ÁREA DE DERECHO CIVIL



GRADO EN DERECHO

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**ACTUACION JUDICIAL EN RELACION CON LA SALUD MENTAL.
ESPECIAL REFERENCIA AL TAI.**

REALIZADO POR: ÉRICA BENAVENTE PÉREZ

DIRIGIDO POR: MARÍA ENCARNACIÓN AGANZO RAMÓN

CONVOCATORIA JUNIO 2024

RESUMEN

El objetivo de este proyecto es realizar un análisis de las actuaciones judiciales posibles en situaciones de crisis derivadas de problemas de salud mental, con especial dedicación a la medida de Tratamiento Ambulatorio Involuntario (TAI). El fin es estudiar las implicaciones legales y éticas del TAI explorando la normativa actual y revisando casos judiciales recientes. La metodología empleada se basó en un enfoque cualitativo, que involucró la revisión de artículos académicos y fuentes especializadas en derecho y salud mental, de la mano de un análisis detallado de la legislación pertinente y la jurisprudencia relevante. Así mismo, se incorporó un estudio reciente sobre la efectividad de la medida en los Juzgados de Elche, el cual nos acercó aún más a la realidad y amplió nuestra comprensión del asunto. Los resultados nos muestran que, a pesar de ser una medida controvertida, puede resultar necesaria su aplicación para proteger tanto a los pacientes como al resto de la sociedad. No obstante, se identifican importantes desafíos en cuanto a la protección de los derechos de los pacientes y a la necesidad de criterios claros y uniformes para su implementación. Las conclusiones sugieren que es crucial desarrollar políticas y procedimientos más concretos con el fin de garantizar una aplicación justa y ética del TAI en el marco de un tratamiento integral del paciente y de su entorno.

ABSTRACT

The objective of this project is to carry out an analysis of possible judicial actions in crisis situations derived from mental health problems, with special dedication to the measure of Involuntary Outpatient Treatment (IAT). The purpose is to study the legal and ethical implications of TAI by exploring current regulations and reviewing recent court cases. The methodology used was based on a qualitative approach, which involved the review of academic articles and specialized sources in law and mental health, together with a detailed analysis of the relevant legislation and relevant jurisprudence. Likewise, a recent study on the effectiveness of the measure in the Courts of Elche was incorporated, which

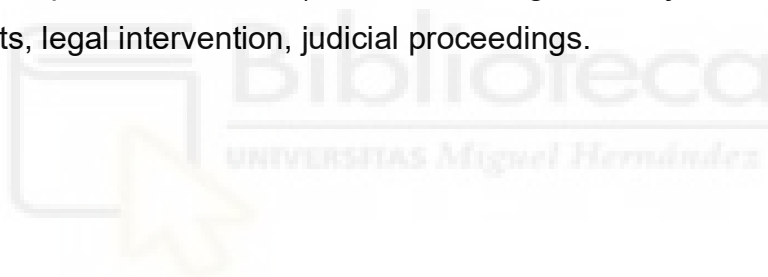
brought us even closer to reality and expanded our understanding of the matter. The results show us that, despite being a controversial measure, its application may be necessary to protect both patients and the rest of society. However, important challenges are identified regarding the protection of patients' rights and the need for clear and uniform criteria for its implementation. The conclusions suggest that it is crucial to develop more concrete policies and procedures in order to guarantee a fair and ethical application of TAI within the framework of a comprehensive treatment of the patient and their environment.



PALABRAS CLAVE:

Actuación judicial, salud mental, modelo de recuperación, internamiento, TAI (Tratamiento Ambulatorio Involuntario), derecho sanitario, legislación, intervención judicial, derechos de los pacientes, intervención legal, procedimientos judiciales.

Legal proceedings, mental health, recovery model, internment, IOT (Involuntary Outpatient Treatment), health law, legislation, judicial intervention, patients' rights, legal intervention, judicial proceedings.



INDICE

1. Introducción
2. Algunos datos sobre la enfermedad mental
3. Últimas tendencias en el abordaje socio sanitario de los problemas de salud mental. El modelo de recuperación frente al modelo de cuidados
4. Incidencia de la Ley 8/21 de apoyos a las personas con discapacidad en el abordaje de los problemas de salud mental
5. Procedimiento de internamiento:
 - 5.1. Regulación legal. El internamiento involuntario
 - 5.2. El internamiento urgente
 - 5.3. El internamiento ordinario
 - 5.4. La negativa al tratamiento
6. El Tratamiento ambulatorio involuntario.
 - 6.1. Concepto y requisitos
 - 6.2. Antecedentes. Regulación en otros países de nuestro entorno
 - 6.3. Regulación legal
 - 6.4. Protocolos de actuación sanitaria-judicial en supuestos de tratamiento ambulatorio involuntario
 - 6.5. Opinión de las personas implicadas
7. Estudio práctico sobre el resultado de la aplicación la medida de Tratamiento Ambulatorio Involuntario en Elche durante los años 2013 a 2020
8. La proposición de Ley de Salud Mental.
9. Conclusiones
10. Bibliografía

I. INTRODUCCIÓN

Actualmente, cada vez resultan más comunes los problemas relacionados con la salud mental, y cada vez son más las personas afectadas. La Encuesta Europea de Salud realizada en 2020 por el Instituto Nacional de Estadística, nos ha permitido conocer cuál fue el principal motivo de muerte extrema en la población durante el primer trimestre del año, el suicidio. Esta realidad preocupante implica la urgente necesidad de tratar los distintos factores que afectan día a día a nuestra salud mental, desde el estrés en el trabajo y las preocupaciones financieras, hasta la insatisfacción que nos provocan las presiones sociales, especialmente entre la juventud.

El reconocimiento creciente de la importancia de la salud mental conlleva la necesidad de desarrollar un marco legal que promueva sistemas de salud mental integrales. La regulación de este marco debe contemplar distintas actuaciones, como, por ejemplo, concienciar sobre la importancia de la salud mental, acabar con la discriminación y facilitar una intervención personalizada, adaptada a las necesidades de cada paciente.

No obstante, el Sistema Nacional de Salud en España presenta problemas a la hora de facilitar una adecuada solución que ponga fin a esta controversia. Se observa una carencia de datos epidemiológicos completos y son insuficientes los profesionales especializados en salud mental. Los recursos disponibles son insuficientes para abordar esta cuestión con la importancia que merece. A pesar de que la Constitución Española de 1978, en su artículo 43, reconoce el derecho a la protección de la salud y establece el mandato de que los poderes públicos deben organizar y tutelar la salud pública, la interpretación de dicho mandato ha resultado más enfocada en el tratamiento de enfermedades que en su prevención, justificándose así el vacío que observamos en el ámbito de la salud mental.

A pesar de ello, la normativa vigente, como el artículo 18.8 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, reconoce la importancia

de fomentar y mejorar la salud mental. Pero todavía encaramos desafíos con el fin de garantizar la accesibilidad a estos servicios y superar las desigualdades económicas que sufren ciertos pacientes que requieren tratamiento en centros de carácter privado. Otra de las preocupaciones que han surgido es la protección de la salud mental en el ámbito laboral, incluyendo el derecho a la desconexión digital, como reconocen la Ley Orgánica 3/2018 y la Ley 10/2021 de trabajo a distancia.

Este estudio analiza cómo el legislador está tratando de adaptar las normativas para abordar y tratar la enfermedad mental de acuerdo con los principios de la Ley 8/21 y el modelo de recuperación, que se impone cada vez más a los antiguos modelo médico y de cuidados. Examina además la regulación de los internamientos, que se mantiene en la LEC, y el desarrollo jurisprudencial del Tratamiento Ambulatorio Involuntario, incluyendo las conclusiones de la experiencia llevada a cabo en los juzgados de Elche entre 2013 y 2019, que evidencia que el TAI puede resultar efectivo en casos extremos, en que han fracasado otras iniciativas. Se pretende resaltar la necesidad de un sistema de salud mental más completo, eficaz y ajustado a las necesidades reales de la población afectada.

A lo largo de este proyecto, observaremos cómo la nueva legislación, reflejada en la Proposición de Ley de Salud Mental presentada por Podemos, actualmente en fase de tramitación parlamentaria, propone superar estos desafíos a través de la creación de estructuras administrativas como la Defensoría de la persona con problemas de salud mental y el Centro Estatal de Salud Mental. Todo ello poniendo el foco en la prevención del suicidio y la protección de los derechos humanos relacionados con la salud mental

II. ALGUNOS DATOS SOBRE LA ENFERMEDAD MENTAL

En 2019, según la OMS¹ casi mil millones de personas –entre ellas un 14% de los adolescentes de todo el mundo– estaban afectadas por un trastorno mental. Los suicidios representaban más de una de cada 100 muertes y el 58% de ellos ocurrían antes de los 50 años de edad. Los trastornos mentales son la principal causa de discapacidad y son responsables de uno de cada seis años vividos con discapacidad. Las personas con trastornos mentales graves mueren de media de 10 a 20 años antes que la población general, la mayoría de las veces por enfermedades físicas prevenibles. La depresión y la ansiedad aumentaron más de un 25% en el primer año de la pandemia solamente. Los datos publicados por la OMS en el año 2017 son significativos en relación con el alcance de la enfermedad mental.

Del mismo modo, se concluye que 1 de cada 4 personas tendrán un trastorno mental a lo largo de su vida; que el 12'5% de los problemas de salud está representado por los trastornos mentales; que un 1% de la población mundial desarrollará alguna forma de esquizofrenia a lo largo de su vida; y que 450 millones de personas en todo el mundo se ven afectadas por un problema de salud mental que dificulta gravemente su vida.

En España, según el último Informe del Sistema Nacional de Salud (SNS) de 2022,² recientemente publicado por el Ministerio de Sanidad un tercio de la población tiene algún trastorno mental, siendo el más frecuente la ansiedad, que ataca el doble a las mujeres que a los hombres y cuya prevalencia ha aumentado un 34 % en dos años, cifra que alcanza casi el 41 % en los menores de 25 años.

Entre el 2'5% y el 3% de la población adulta tiene un trastorno mental grave, lo que supone más de un millón de personas.

¹ <https://www.who.int/es/news/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care>

² <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>

El 9% de la población tiene algún tipo de problema de salud mental y el 25% lo tendrá en algún momento a lo largo de su vida.

Más de la mitad de las personas con trastorno mental que necesitan tratamiento no lo reciben, y un porcentaje significativo no recibe el adecuado.



III. ÚLTIMAS TENDENCIAS EN EL ABORDAJE SOCIO SANITARIO DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL.

Ante el panorama descrito, resulta fundamental analizar el abordaje que se viene realizando de la enfermedad mental, no sólo desde el punto de vista sanitario, sino también desde el punto de vista social, y cuál ha sido la evolución del planteamiento sanitario del problema, de su diagnóstico y de su tratamiento, desde el conocido como modelo de cuidados hasta el más actual modelo de recuperación; para seguidamente analizar cuáles son las herramientas legales y jurídicas en que dicho modelo puede desarrollarse en la actualidad, que es lo que constituye el objetivo principal de este trabajo.

En primer lugar, puede resultar conveniente introducir la definición de la Organización Mundial de la Salud sobre la propia salud mental. La OMS la define como un estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede manejar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de manera productiva y fructífera, y es capaz de contribuir a su comunidad. Además, la define como un derecho humano fundamental y un elemento esencial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico.

En la actualidad, el Gobierno considera la atención a la salud mental una de sus prioridades, especialmente tras el impacto que ha tenido la pandemia ocasionada por la COVID-19 en trastornos como la ansiedad o la depresión.

Sabemos que en España se están llevando a cabo distintas actuaciones con el fin de mejorar la salud mental de la población. Dichas actuaciones son dirigidas mediante el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, que fijó como prioridad el desarrollo de la Estrategia de Salud Mental 2022-2026³, de la que proviene el Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024, implementado por el Ministerio de Sanidad. Dicho Plan concuerda con los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 y está orientado de acuerdo con el enfoque integral de la Unión Europea.

³ <https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/sanidad14/Paginas/2023/100123-salud-mental-claves-estrategias-y-plan.aspx>

Debe añadirse que existen diferentes iniciativas como el progreso en el establecimiento de un conjunto uniforme de acciones en este ámbito, obtenido durante el periodo de tiempo en que España ostentó la Presidencia de Consejo de la UE. Por otro lado, el Consejo de Ministros ha dado su aprobación para la formación de un Comité conformado por personas expertas, cuyo objetivo es la salvaguarda de los intereses de niñas, niños y adolescentes en el ámbito digital, con la finalidad principal de preservar la salud mental. En cualquier caso, dentro de la nueva conformación del Ministerio de Sanidad se ha incorporado la figura de un Comisionado dedicado a la Salud Mental, con el fin de impulsar nuevas políticas relacionadas con este tema.

La Estrategia de Salud Mental 2024-2026 está dirigida a la mejora de la salud mental de toda la población dentro del Sistema Nacional de Salud, aportando una atención plena a aquellas personas que sufren problemas de salud mental y fomentando un modelo de atención comunitaria y recuperación.

El Plan de Acción de Salud Mental se estructura en cuarenta y cuatro acciones divididas en seis líneas de trabajo, las cuales comprenden el fortalecimiento de recursos humanos, la optimización de la atención integral, la sensibilización contra el estigma, la prevención del suicidio, el abordaje de la salud mental en contextos vulnerables y la prevención de adicciones. El presupuesto con el que cuenta este plan es de cien millones de euros, financiado de forma conjunta entre las comunidades autónomas y el Ministerio de Sanidad.

Dentro de las actuaciones notorias encontramos la creación de una línea telefónica de información y apoyo disponible las 24 horas del día, mejoras en la capacitación profesional en salud mental, atención orientada a la población mayor y programas de prevención de adicciones. También se establecen medidas para la prevención del suicidio y para la promoción de un envejecimiento activo en personas mayores. Al mismo tiempo, se dirige la atención a los jóvenes a través de herramientas concretas en el ámbito educativo.

La Associació Activament de Catalunya nos habla del modelo de recuperación, entendido como un cambio en la forma de abordar la salud mental.

Podemos afirmar que estamos experimentando un cambio fundamental en la manera de entender y tratar la salud mental y los problemas psicosociales. En Catalunya, por ejemplo, se creó el Pla Integral de Salut Mental i Addiccions 2017-2019 y las Estratègies del Pla Director de Salut Mental i Addiccions 2017-2020, y desde entonces la planificación estratégica de la salud mental se trata de enfocar desde el modelo de recuperación. Además, observamos cambios que incluyen, por ejemplo, la reforma del Código Civil de Catalunya, para adecuar la ley a la Convención sobre los Derechos de las personas con discapacidad, en especial su artículo 12 que señala el igual reconocimiento como persona ante la ley.

La planificación estratégica de la salud mental se ha alejado del enfoque tradicional centrado en el control de síntomas o la adaptación social, hacia un modelo de recuperación que prioriza la satisfacción personal y el desarrollo de proyectos de vida en línea con nuestras propias elecciones y valores. La participación de los afectados en la creación de políticas ha potenciado este cambio.

Este nuevo enfoque enfatiza la importancia de una identidad no ligada a la enfermedad, promoviendo la inclusión en espacios no sanitarios y la importancia de que mantengan relaciones sin etiquetas diagnosticadas. Además, pretende un enfoque dimensional más comprensivo, y para ello apuesta por el abandono de los diagnósticos categóricos. El principal fin es no fortalecer una identidad definida por el trastorno que las personas padecen, para así evitar que pueda cronificarse por el hecho de fortalecer dicha identidad. Se destaca la importancia de realizar actividades que nos hagan sentir valiosos como personas.

Modelos como el que nos ofrece la *British Psychological Society* (Johnstone y Boyle, 2018) son un ejemplo de los sistemas dimensionales que acabamos de referir. No obstante, se advierte que el modelo de recuperación debe integrar la perspectiva de los derechos humanos para evitar distorsiones y barreras añadidas.

En nuestros días, los profesionales de la salud mental tienen a adoptar una perspectiva centrada en el individuo, y su foco está principalmente puesto en los síntomas y en el tratamiento de las condiciones mentales, pero descuidan que es más amplio el contexto en el que las personas viven. Mediante esta crítica al modelo actual, destacamos la necesidad de tomar en consideración las condiciones sociales, económicas y culturales que pueden influir en la salud mental de las personas. La recuperación debe ir ligada a la inclusión social y comunitaria y al respeto a la diversidad de las experiencias individuales. La indigencia, la exclusión social y la ausencia de conexión con la comunidad pueden resultar un obstáculo para el proceso de recuperación de una persona. Por esa razón, es de suma importancia contar con lazos familiares fuertes, de amistad y comunitarios, y unas condiciones dignas de vida garantizadas que apoyen la salud mental y el bienestar.

Debe añadirse que se destaca además la importancia de erradicar prácticas coercitivas en el sistema psiquiátrico, como pueden ser la medicación forzada, los ingresos involuntarios, entre otras. Pues es evidente que, además de suponer problemas éticos, minan la confianza en los servicios de salud mental y propagan el estigma asociado a los trastornos mentales, al que se pretende poner fin.

En respuesta a estas preocupaciones, se están desarrollando nuevas herramientas y enfoques para promover la recuperación enfocada en los derechos humanos. Entre dichos cambios, podemos mencionar la Planificación de Decisiones Anticipadas (Ramos et al.,2020)⁴, una herramienta que apoya la toma de decisiones para así facilitar nuestra autonomía y capacidad jurídica favoreciendo que, sobre todo durante una crisis de salud mental, se respete nuestra voluntad y nuestras preferencias. También hacemos referencia al Manual para la Recuperación y Autogestión del Bienestar (Sampietro et al.,2018)⁵. Este manual nos otorga información, enfoque e instrucciones o

⁴ Ramos, J.; Pérez-Pérez, B.; Carreras, B; Vincens, E.; Porta, E; Andrés-Mora, H.; Mondón, S. Consell Assesor de Salut Mental i Addiccions (2020). La planificació de decisions anticipades en salut mental i addiccions: propostes per a la seva implantació

⁵ Sampietro, H. y Gavalda-Castet, C. (2018). Generalitat de Catalunya i Federació Veus. (2018). Manual per a la Recuperació i Autogestió del Benestar. Projecte Activa't per la Salut Mental, de Salut Mental Catalunya

estrategias útiles a la hora de elaborar un plan personalizado para llevar a cabo un proceso de recuperación adaptado a las propias preferencias del paciente.

Así mismo, se están llevando a cabo cambios legislativos para garantizar el reconocimiento de los derechos de las personas que sufren trastornos mentales.

La Proposición de Ley de Derechos en el ámbito de la salud mental, del 8 de marzo de 2019, recoge los reclamos históricos de los movimientos activistas en primera persona y las recomendaciones del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (la CDPD).

Por otro lado, la Federació de Salut Mental de la Comunitat Valenciana también aborda la cuestión del modelo de recuperación, que seguidamente analizaremos, en contraposición con el modelo de cuidados.

En cuanto al modelo de cuidados, como sabemos, se puso en duda el modelo tradicional enfocado en servicios hospitalarios y resultaron evidentes los problemas en áreas como derechos humanos, costes y efectividad. Una gran cantidad de países decidieron invertir en cuidado comunitario, desmantelando instituciones psiquiátricas de gran tamaño para ajustarse a un enfoque que prioriza el cuidado en la comunidad. Sin embargo, en los países del sur de Europa, la transición ha sido más gradual, aunque se reconoce la urgencia de realizar cambios.

Se introdujo una nueva aproximación en la gestión de cuidados en la comunidad, sobresaliendo el desarrollo de servicios sociosanitarios en atención primaria y la reubicación de recursos desde la atención especializada. Ello se llevó a cabo en países como el Reino Unido y Estados Unidos, ya que los gobiernos pretendieron reducir costos y mejorar la eficiencia de la atención en salud mental. En Estados Unidos, los cuidados en la comunidad se conocen como “gestión del cuidado”. Esto conllevó la redefinición de otros servicios proporcionados con anterioridad por organizaciones sanitarias, consignándolos como servicios de atención social.

La financiación para el cuidado de la salud se fusionó con la de los servicios sociales, y se enfocó en los servicios comunitarios. Dichos servicios incluían medicamentos, intervenciones en crisis, acceso a profesionales de salud mental y servicios de prevención. Al tiempo que los servicios sociales abarcaban aspectos como la gestión financiera, el cuidado personal y el apoyo en la vida cotidiana.

Resultó imprescindible la implementación de estándares de calidad y la evaluación de la práctica, por lo que se produjo el desarrollo de software como Carista, para la gestión y seguimiento de servicios.

La transición hacia la atención comunitaria implicó la necesidad de coordinar programas personalizados y gestionar contratos, así como cambiar los recursos y la infraestructura de la atención hospitalaria hacia la comunitaria. Así mismo, requirió coordinar la financiación entre diferentes departamentos gubernamentales.

Los retos que han sido identificados principalmente engloban la falta de servicios comunitarios para personas con trastornos mentales de larga duración, la falta de enfoque centrado en la persona en los servicios que existen, la aleatoriedad en la prestación de servicios, la falta de accesibilidad a los servicios de salud mental en áreas no metropolitanas, y la dependencia excesiva de la hospitalización como única opción de atención.

En la actualidad este sistema se enfrenta a un problema de “cuello de botella”⁶, en el que los pacientes que se encuentran hospitalizados esperan periodos de tiempo prolongados para ser trasladados a la comunidad, lo que ocupa las camas de los hospitales e incrementa la presión sobre el sistema. Sistema que produce costos insostenibles y limita la disponibilidad de servicios adecuados en la comunidad.

Por lo tanto, se contempla la propuesta de cambio hacia un modelo de recuperación basado en la persona y su atención en el hospital, ofreciendo

⁶ J. AGUSTIN OZAMIZ, IÑAKI MARKEZ, AGURTZANE ORTIZ.: “Propuestas de un Modelo de Recuperación en Salud Mental”, Norte de salud mental, 2014, vol. XII, n° 48, pp. 89 a 94

servicios que se adaptan a las necesidades individuales y promoviendo la integración comunitaria. Lo que conlleva la implementación de servicios como el Clubhouse y el uso de hoteles de recuperación, además de un enfoque en la resistencia al cambio dentro del sistema de salud y servicios sociales.

Y, en relación al modelo de recuperación, el Estado de bienestar encara desafíos en la sociedad de hoy debido a la falta de coordinación entre las necesidades individuales y la responsabilidad social. La priorización de los derechos individuales sin considerar la responsabilidad personal ha debilitado el sistema de bienestar, promoviendo una atención médica cada vez más enfocada a la industrialización y la dependencia excesiva de tratamientos médicos, lo que a menudo provoca que las personas enfermas se sientan aisladas y en soledad.

Se ha propuesto un Sistema de Recuperación basado en una concepción holística de la persona en sociedad. Esta perspectiva trata de cuidar al paciente, además de tratar la enfermedad, al mismo tiempo que pretende que se aprovechen los recursos de los profesionales sanitarios, familias y comunidad.

Esto se materializa en:

- Reconocimiento de la individualidad de cada experiencia de enfermedad.
- Incorporación de la persona en su entorno social.
- Mejora en la gestión del tiempo del personal de salud.
- Amplio uso de tecnologías para la información y la comunicación.

El concepto Recuperación en salud mental es la posibilidad de las personas de concebir y construir una vida con sentido propio, autodeterminada, elegida libremente y de pleno derecho, más allá de un diagnóstico clínico.

Otra definición ofrecida por William Anthony en 1993, y que continúa vigente, es: *“Un proceso único, hondamente personal, de cambio de actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y roles de una persona. Es una manera de vivir una vida satisfactoria, con esperanza y aportaciones, incluso con las*

limitaciones causadas por la enfermedad. La recuperación implica el desarrollo de un nuevo sentido y propósito en la vida, a la vez que la persona crece más allá de los efectos catastróficos de la enfermedad mental”.

Pero no hay una definición universal aceptada. Otra definición nos la ofrece la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). La define como *“un proceso de cambio a través del cual las personas pueden mejorar su salud y bienestar, vivir una vida autónoma, y tratar de alcanzar su pleno potencial”*. A través de ella se recogen diez componentes clave: la esperanza, la iniciativa propia, la multiplicidad de senderos, el enfoque integral/holístico, el apoyo de pares, las relaciones humanas, la cultura, la confrontación de trauma, las fortalezas y sentido de responsabilidad y el respeto.

“Podemos construir nuestro proyecto de vida”, “somos capaces y fuertes”, “tenemos esperanza”, “queremos tomar las riendas de nuestra vida”, “necesitamos compañeros de viaje”, “somos ciudadanos y ciudadanas de la sociedad en que vivimos”, “somos mucho más que una etiqueta”, “nuestra historia es importante”, “necesitamos que crean en nosotras y nosotros”, “podemos ayudarnos mutuamente”. Estos son algunos de los principios en los que se apoya el modelo de recuperación⁷, y reflejan la importancia de darle un sentido propio a la vida, de fortalecer la personalidad y sentirse válido, de estar acompañados en el proceso, entre otras cosas.

El modelo de recuperación se ha visto a menudo como opuesto al modelo médico. Se considera que el modelo médico enfatiza la cronicidad de la enfermedad mental y el control por parte de los expertos, mientras que la recuperación promueve el empoderamiento de los pacientes y se centra en su bienestar y en sus fortalezas.

Ken Wilber propone el modelo AQAL (“todos los cuadrantes, todos los niveles”)⁸, que comprende en un marco conceptual distintas perspectivas ideológicas. Este modelo toma en consideración cuatro cuadrantes que

⁷ <https://www.salutmentalcv.org/modelo-de-recuperacion/>

⁸ MIRIAM BRONCANO BOLZONI.: “Hacia la recuperación en la salud mental”, Rev. Enferm. Salud Ment., 2016, pp. 13 a 20

representan diferentes perspectivas de la realidad. Por otro lado, el modelo de proceso de recuperación de Green determina factores que son necesarios para la recuperación, mientras que Lloyd generaliza la recuperación en seis dimensiones interrelacionadas, desde lo clínico hasta lo ambiental y social.

La promoción de la salud y la recuperación de la salud mental han evolucionado simultáneamente, aunque no coinciden enteramente. La Carta de Ottawa y el Modelo Global sugieren estrategias interrelacionadas para procurar la salud mental y la recuperación. En cambio, el modelo de dos continuos de Keyes integra perspectivas patogénicas y salutogénicas.

El modelo de Tidal, impulsado por Phil Barker y Poppy Buchanan-Barker, pone especial atención a la importancia de las historias personales del paciente y de que sea escuchado durante el proceso de recuperación. Por ello, define diez compromisos en base a valores esenciales para orientar las intervenciones de enfermería.

La Recovery Alliance Theory (RAT) es una teoría que se basa en la filosofía humanística, originada para la práctica de enfermería en salud mental. Se encuentra combinada por seis concepciones, entre ellas la recuperación y el empoderamiento. La RAT se centra en el Partnership in Coping, un sistema de cuidados que se enfoca en el afrontamiento, la alianza de trabajo y la autorresponsabilidad.

Además, se han desarrollado distintos instrumentos para poder evaluar la recuperación en salud mental. En total suman 48 instrumentos, que nos facilitan tanto medir la recuperación del paciente, como la orientación de la recuperación de los servicios. Dichos instrumentos se hacen valer de entrevistas y cuestionarios para así poder evaluar distintas dimensiones y distintos aspectos del proceso de recuperación.

Considero importante resaltar, que, a día de hoy, sólo se ha encontrado un instrumento adaptado y validado en población española, el Stage of Recovery Instrument (STORI), en combinación con la Recovery Self Assessment-Registered Nurse (RSA-RN), traducida y adaptada al español.

Como hemos referido, existe un creciente interés por adoptar el enfoque de la recuperación en políticas de salud mental de distintos países, lo que exige cambios organizativos estrictos en distintos ámbitos. El Centro de Salud Mental ha señalado diez retos organizativos clave para poner en efecto este enfoque. Dichos retos abarcan cambios en la interacción diaria, programas educativos liderados por usuarios, y transformación de la participación de los usuarios y el conjunto de profesionales. Al mismo tiempo, la implementación de este enfoque conlleva un cambio en la relación entre los pacientes y los profesionales encargados de su salud, con el fin de ofrecer recursos para que los pacientes gestionen su propia enfermedad y luchen contra el estigma.

Los servicios de salud mental enfocados en la recuperación tienen objetivos totalmente distintos a los tradicionales, con el objetivo de mejorar la calidad de vida y el bienestar del paciente y la reducción de sus síntomas. La recuperación lleva aparejada un cambio de arquetipo hacia una perspectiva más abarcadora que abarca el bienestar, las fortalezas y las relaciones de ayuda.

Este cambio tuvo un gran impacto en las organizaciones de salud mental, tanto gubernamentales como comunitarias, ya que tuvieron que ajustarse a las nuevas demandas de servicios centrados en el modelo de recuperación. Este enfoque, se centra en ayudar a las personas con problemas de salud mental a retomar el control de sus vidas, fomentando su integración en la comunidad y el establecimiento de relaciones significativas.

En España, los desafíos enfrentados por las personas que sufren problemas de salud mental y los profesionales que trabajan con ellos reflejan problemas parecidos a los que podemos encontrar a nivel internacional. Organizaciones como Uztai, en colaboración con la Universidad de Deusto y otros entes, están haciendo frente a estas cuestiones a través de una aproximación innovadora enfocada en la recuperación, basada en experiencias internacionales y locales, como el modelo de Clubhouse.

A continuación, haremos referencia a un artículo⁹ llamado “Reflexiones en torno al modelo de recuperación”, de José Juan Uriarte Uriarte y Ana Vallespí Cantabrana, que nos aporta ciertas reflexiones críticas acerca del modelo de recuperación en salud mental, para así tratar de observar cómo se traslada lo esencial del modelo a la práctica asistencial rutinaria en los servicios públicos de salud mental, y poder comparar las consecuencias de adoptar esta nueva perspectiva con los resultados que se podían obtener con el modelo tradicional.

A modo de introducción, referimos el fallecimiento de Carrie Fisher, conocida por su papel como princesa Leia en Star Wars, puesto que éste reveló su lucha contra el trastorno bipolar y su defensa de buscar ayuda profesional. El artículo acepta la falta de reconsideración de las prácticas asistenciales. Se argumenta la presión existente de los movimientos a favor de la recuperación para cambiar la perspectiva de nuestro sistema, pero se pone en duda la compatibilidad de éste con tratamientos como la medicación. Menciona variables que alimentan posturas críticas, como la medicalización de la vida cotidiana y la escasez de recursos. Y se concentran los principios de la recuperación como la construcción de un proyecto de vida saludable y la inclusión social. En conclusión, el objetivo del artículo es reflexionar sobre las implicaciones del modelo de recuperación en profesionales, la organización de servicios y pacientes.

El artículo profundiza en el concepto de recuperación en el contexto de la salud mental, mediante el análisis de sus múltiples interpretaciones y su evolución histórica. Cuatro significados principales del término resultan destacados. Éstos van desde un enfoque individual y personal hasta críticas hacia los servicios de salud mental, el optimismo terapéutico y el modelo social de la discapacidad. Surge el dilema de si todos los pacientes pueden recuperarse y se pone en duda la efectividad del cambio de lenguaje y de la supresión de las

⁹ JOSÉ JUAN URIARTE URIARTE, ANA VALLESPÍ CANTABRANA: “Reflexiones en torno al modelo de recuperación”, Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2017; 37(131), pp. 241 a 256, disponible en <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v37n131/14.pdf>

etiquetas diagnósticas en la lucha contra el estigma de las enfermedades mentales.

También aborda investigaciones que insinúan la posibilidad de que algunos pacientes que sufren esquizofrenia tengan una evolución más favorable sin tratamiento antipsicótico a largo plazo. A pesar de ello, se deben considerar los posibles riesgos que este enfoque conlleva. De la misma manera, se cree que estas personas pueden tener una mejor evolución en países con menor desarrollo, aunque está en duda la metodología de estas soluciones.

En última instancia, se discute la necesidad de aumentar la atención a la salud mental para prevenir situaciones de desatención como la de pacientes con esquizofrenia sin tratar que viven en las calles y en las cárceles, en lugar de limitar el acceso al tratamiento.

Por otra parte, se aborda el conflicto entre la libertad y la necesidad en el tratamiento de enfermedades mentales graves, como la esquizofrenia, que venimos mencionando. Se pone en duda la compatibilidad del modelo de recuperación con prácticas coercitivas como podrían ser la medicación forzosa o los ingresos involuntarios.

Muchos pacientes no son conscientes de la enfermedad, y se reflexiona sobre cómo las prácticas coercitivas son a menudo vistas como violaciones de derechos humanos. Pero se considera que el enfoque en la autonomía del paciente puede, en ocasiones, minimizar la realidad de la enfermedad mental y del impacto que puede suponer. Se critica la presentación del modelo de recuperación como contrapuesto a la psiquiatría. Consideran que resulta muy difícil enfrentarse a la ideología “buenista” y se valora la importancia de la autodeterminación en el proceso de recuperación, haciendo referencia a una frase de la psicóloga y activista Pat Deegan: *“la recuperación existe porque la hemos vivido”*.

En relación al lenguaje, el uso de éste refleja actitudes y prejuicios, pero, además, actualmente existe una tendencia hacia eufemismos y corrección política en términos relacionados con la salud mental. Algunos grupos buscan el

reconocimiento a través de diagnósticos para obtener apoyo y recursos, y se cuestiona el uso de distintos términos, como “enfermedad mental” y “paciente”.

Se destaca la importancia del diagnóstico y de la obtención de una información realista para comprender y abordar de una forma más adecuada las enfermedades mentales. Se acepta como inevitable el uso del lenguaje diagnóstico en el ámbito profesional, pero se considera necesario diferenciar a la persona de su diagnóstico para evitar estigmatizarla.

Es clara la crítica a la tendencia de movimientos que se enfocan de manera exclusiva en la subjetividad en el proceso de recuperación, ignorando otros factores que también resultan importantes.

Ha sido esencial para poder comprender desde otra perspectiva totalmente distinta el dolor psíquico que estas personas llegan a sufrir, movimientos actuales y colectivos como los “escuchadores de voces”. Ello ha ayudado a que se plantee la importancia de considerar tanto los aspectos terapéuticos como los derechos humanos y el cambio social.

Se lleva a cabo un análisis de las creencias y los principios asociados al movimiento de “escuchadores de voces”, y se cuestionan afirmaciones como la idea de que no es una enfermedad el hecho de escuchar voces, y la consideración de las alucinaciones auditivas como una capacidad especial. Se afirma que la causa de escuchar voces es el conjunto de experiencias traumáticas que ha podido atravesar el paciente, la soledad y la falta de apoyo, además del abuso en la infancia. Considera que el problema es que la psiquiatría ha convertido las voces en una enfermedad. Sin embargo, existen tantas dudas acerca de estos contenidos que resulta necesario someter estas ideas a un escrutinio riguroso y desarrollar evidencia empírica para respaldarlas.

A continuación, se señala la falta de claridad en los efectos de la incorporación del modelo de recuperación en los servicios de salud mental, y la necesidad de evaluación. Surgen dudas sobre si resulta viable y deseable la integración del presente modelo en los servicios públicos, y sobre el enfoque de estos servicios hacia la recuperación y la valoración de sus resultados.

Se estudia la responsabilidad de los servicios de salud mental hacia la sociedad, abarcando la seguridad. Se refiere a la tensión entre las necesidades que tienen los pacientes y las expectativas de la población a nivel general. Supone todo un desafío el hecho de encontrar el equilibrio entre el riesgo asumible en la atención a personas con trastornos mentales y los diferentes puntos de vista que los profesionales tienen acerca de este asunto.

Resulta difícil implementar cambios hacia el enfoque de la recuperación, y se requiere el desarrollo de sistemas de evaluación adecuados para valorar la recuperación individual, pero también la orientación de los servicios de salud mental hacia la recuperación.

En cuanto a la percepción de los profesionales de la salud mental en base al modelo de recuperación, algunas críticas generalizan actitudes y prácticas que no son la norma. Algunas de las preocupaciones de los profesionales son la sobrecarga laboral y la percepción de que el modelo de recuperación es irresponsable o no está basado en la evidencia.

Se menciona la importancia de abordar dichas preocupaciones, de forma reflexiva y la necesidad de tener en cuenta las actitudes, creencias y habilidades de estos profesionales en la implementación de dicho modelo en los servicios de salud mental. Es evidente que el cambio del sistema depende de los profesionales y de factores como la formación, las políticas de planificación y la inversión en salud mental.

Para finalizar, el epílogo del artículo resalta la importancia de no confundir la ideología con la realidad en el contexto de la salud mental, y nos avisa del riesgo de que los valores ideológicos de la recuperación dominen sus objetivos. El modelo de recuperación puede suponer una mejora en la atención y en la organización de los servicios, no obstante, no solucionará de forma aislada los desafíos de la enfermedad mental ni las necesidades de todos los pacientes.

Es crucial que tanto los pacientes, como los familiares y profesionales que les acompañan en el proceso de recuperación, mantengan la esperanza, sin

ocultar la necesidad de tratamientos y recursos de más efectivos. Además, la investigación científica ocupa un papel fundamental en este campo.

Se concluye con una referencia a la ausencia de esta esperanza en el discurso de la recuperación y una cita de Darth Vader, que decía: *“su carencia de fe resulta molesta”*.



IV. INCIDENCIA DE LA LEY 8/12 DE APOYOS A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL ABORDAJE DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL.

Una vez analizado el tratamiento socio sanitario del problema de la enfermedad mental, procede analizar el marco legal y jurídico en que dicho tratamiento debe desarrollarse, en concreto, en primer lugar, la Ley 8/21, que pretende dar un paso en la adecuación de nuestro ordenamiento jurídico a los principios de la Convención de Nueva York de los derechos de las personas con discapacidad, adoptando las medidas pertinentes para proporcionar a las mismas acceso al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica y en la igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales, así como promover el respeto a su dignidad inherente; en segundo lugar, la regulación de los internamientos, que se mantiene en la LEC y no ha quedado modificada; y, en tercer lugar, la regulación y desarrollo jurisprudencial de la medida conocida como TAI, de la que, además, se expondrán las conclusiones de la experiencia realizada en los juzgados de Elche durante los años 2013 a 2019.

Para comenzar el estudio de la Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica¹⁰, resulta necesario comenzar analizando el preámbulo de dicha Ley. La intención es proporcionar una visión general de los principios fundamentales, valores y consideraciones que guiaron su redacción y aprobación.

Esta reforma legislativa, como se ha dicho, tiene como finalidad adecuar el ordenamiento jurídico español a los principios establecidos en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, adoptada en Nueva York el 13 de diciembre de 2006. A través de esta Convención se proclama la igualdad de capacidad jurídica para las personas con discapacidad en todos los aspectos de la vida, obligando así a los Estados Parte a

¹⁰ https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2021-9233

proporcionar a estas personas el apoyo que resulte necesario para el ejercicio de dicha capacidad en condiciones de igualdad.

La norma emerge como resultado de la revalidación por parte de España de dicha Convención, y se encuadra en una serie de cambios legislativos orientados a promover, proteger y asegurar los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad, así como a fomentar el respeto por su dignidad inherente. Este enfoque nos presenta la reforma como un avance revelador en la adaptación del ordenamiento jurídico español a los estándares internacionales de derechos humanos, así como refleja un cambio de paradigma hacia un sistema que antepone el respeto a la voluntad de las personas con discapacidad en la toma de decisiones que les incumben y afectan.

Se lleva a cabo un cambio de denominación, sustituyendo los términos de incapaz o persona con capacidad modificada judicialmente por el de persona con discapacidad con medidas de apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica. Se diluye la diferenciación entre capacidad jurídica y capacidad de obrar. La nueva Ley prescinde de la distinción tradicional entre capacidad jurídica y capacidad de obrar y utiliza para referirse tanto a la titularidad de los derechos como a su facultad para ejercitarlos el término capacidad jurídica o, simplemente, capacidad, tal y como hace el art. 12 de la Convención.

Por un lado, en comparación con la ley antigua que se centraba en el concepto del “interés superior objetivo” para sustituir a las personas con discapacidad (muchas por problemas de salud mental) en la toma de sus propias decisiones, ésta pretende realizar una interpretación lo más aproximada posible de la voluntad de la persona, incluidas las situaciones en las que tenga dificultades para comunicarse. Expresado con otras palabras, el fin es ofrecer apoyo a la persona en actuaciones de cualquier ámbito, pero respetando su voluntad.

Se implementan cambios fundamentales a través de ocho artículos, dos disposiciones adicionales, seis disposiciones transitorias, una disposición derogatoria y tres disposiciones finales. Se modifican la Ley del Notariado para

garantizar la accesibilidad de las personas con discapacidad; el Código Civil en materia de Derecho Internacional Privado, nacionalidad, crisis matrimoniales, filiación, sucesiones y contratos, y responsabilidad; el Código Penal en materia de responsabilidad civil derivada del ilícito penal; la Ley Hipotecaria, la Ley 41/2003, de 18 de noviembre, de protección patrimonial de las personas con discapacidad, y la Normativa Tributaria con esta finalidad, la Ley 20/2011, de 21 de julio del Registro Civil y la Ley 15/2015, de 2 de julio, de Jurisdicción Voluntaria.

A continuación, expondremos los cambios más significativos que han resultado de la elaboración de la presente Ley¹¹:

Podemos destacar como uno de los cambios más influyentes, la evolución desde el llamado sistema de sustitución de la capacidad, al sistema de apoyos, de manera que se promueve una perspectiva dirigida a respetar la voluntad y las preferencias individuales, a favorecer un marco más inclusivo y respetuoso con los derechos humanos, y a apartar o suprimir conceptos tradicionales como la incapacitación y la tutela, que son sustituidos por un sistema de apoyos salvaguardas, en el que, además, se priorizan las medidas voluntarias frente a las judiciales, y la guarda de hecho frente a la curatela.

La ley establece que esas salvaguardas asegurarán que las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica respeten los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona, que serán proporcionales y adaptadas a las circunstancias de la persona, sujeta a exámenes periódicos por parte de una autoridad o un órgano judicial competente, independiente e imparcial. Se modifica finalmente el sistema de sustitución en la toma de decisiones por el sistema de salvaguardas y apoyos, respetando la voluntad y las preferencias de la persona, que será la encargada, como regla general, de tomar sus propias decisiones.

Asimismo, la reforma engloba aspectos procedimentales. Introduce ajustes en la regulación de los procesos judiciales en relación con la capacidad

¹¹ <https://www.reyardid.org/blog/asesoria-cierzo-gestion/cambios-ley-8-2021-salud-mental/>

jurídica de las personas con discapacidad, con la finalidad de amparar una tutela judicial efectiva y respetuosa de los derechos fundamentales de este colectivo. Se establece un procedimiento de provisión de apoyos, que se tramitará como jurisdicción voluntaria siempre y cuando no exista oposición, que sólo puede conducir a una resolución judicial que determine los actos para los que la persona con discapacidad requiera el apoyo, pero que en ningún caso puede declarar una incapacitación ni privar de derechos, ya sean personales, patrimoniales o políticos.

El nuevo sistema de apoyo a la persona que lo precise comprende todo tipo de actuaciones, desde el acompañamiento hasta el consejo y que no atiende solo a los asuntos de naturaleza patrimonial, sino también a los aspectos personales, como lo relativo a la vida ordinaria (domicilio, salud, comunicaciones...). Se regulan igualmente medidas voluntarias tales como los poderes y mandatos preventivos y la autocuratela, que antes se consideraban alternativas a la incapacitación.

Como se ha dicho, se prioriza la guarda de hecho, dado que la realidad demuestra que en muchos supuestos la persona con discapacidad está adecuadamente asistida o apoyada en la toma de decisiones por un guardador de hecho, generalmente un familiar, que no precisa de una investidura judicial formal, previéndose autorizaciones judiciales *ad hoc* para que el guardador pueda realizar alguna actuación representativa. Sobre esta figura pueden establecerse salvaguardas y ser objeto de control judicial a través de un expediente de jurisdicción voluntaria, que se promoverá al efecto. En el plano patrimonial, al guardador le estará vedado siempre la realización de actos de disposición o administración extraordinaria. En lo personal, el guardador requerirá autorización siempre que el acto implique riesgo para la vida, integridad física o libertad de la persona, y el procedimiento diseñado para estos casos es el mismo.

La tutela, que ha sido tradicionalmente el prototipo de medida legal se elimina del ámbito de la discapacidad, así como la patria potestad prorrogada y la patria potestad rehabilitada, buscándose otras figuras menos rígidas y mejor adaptadas al sistema de promoción de la autonomía de las personas adultas con

discapacidad que se propone. Se mantiene la tutela para los menores no emancipados en situación de desamparo y no sujetos a patria potestad. La curatela pasa a ser una medida de apoyo continuada y subsidiaria a las demás. Se elimina la prodigalidad como institución autónoma.

Por último, por lo que se refiere al defensor judicial aparece como una figura de apoyo ocasional, como hoy rige. Se acudirá a esta figura cuando quien presta el apoyo habitual a la persona con discapacidad no pueda hacerse cargo transitoriamente de la misma o hasta que se designe a otra persona, así como en caso de conflicto de intereses entre la persona con discapacidad y quien le dispensa apoyo, y cuando la autoridad judicial lo considere necesario. El defensor judicial asume de forma puntual la guarda legal. Lo cierto es que la previsión legal no difiere de lo que ya se realiza en la práctica, no solo en procesos civiles sino también penales para los casos en los que exista conflicto de intereses entre la figura de apoyo y la persona con discapacidad, o en aquella en que exista imposibilidad coyuntural de que la figura de apoyo habitual lo ejerza.

Todas las medidas de apoyo adoptadas judicialmente deberán ser revisadas en un plazo máximo de tres años, o en casos excepcionales, hasta de seis, pero pueden ser revisadas en cualquier momento si se producen cambios en la situación de la persona.

Por lo tanto, podemos afirmar que esta reforma legislativa se encuentra orientada al fomento de la autonomía y de la inclusión de las personas con discapacidad en la sociedad, reconociendo su plena capacidad jurídica y garantizando que se respete su dignidad y derechos fundamentales en todos los ámbitos de su vida.

La Sentencia del Pleno del Tribunal Supremo Sala de lo Civil núm. 589/2021 de 8 de septiembre, plantea una cuestión interesante sobre la aplicación del artículo 268 del Código Civil, que prescribe que, en la provisión de apoyos judiciales, hay que atender en todo caso a la voluntad, deseos y preferencias del afectado. Si bien, ordinariamente, atender al querer y parecer del interesado supone dar cumplimiento a él, en algún caso, como ocurre en el

que es objeto de recurso, puede que no sea así, si existe una causa que lo justifique. Considera el Tribunal Supremo que en algunos casos puede estar justificada la adopción de las medidas asistenciales (proporcionadas a las necesidades y respetando la máxima autonomía de la persona), aun en contra de la voluntad del interesado, porque se entiende que el trastorno que provoca la situación de necesidad impide que esa persona tenga una conciencia clara de su situación. Y añade que *“no intervenir en estos casos, bajo la excusa del respeto a la voluntad manifestada en contra de la persona afectada, sería una crueldad social, abandonar a su desgracia a quien por efecto directo de un trastorno (mental) no es consciente del proceso de degradación personal que sufre”*.

Es evidente que, con la aprobación de la Ley 8/2021 y su publicación en el Boletín Oficial del Estado, España ha dado un paso fundamental hacia un enfoque más humano y respetuoso en el tratamiento de las personas con discapacidad. Se podría decir que dicha reforma legal ha transformado la consideración de la capacidad jurídica de este colectivo.

Ya el artículo 30 del Código Civil recogía la siguiente información: *“la personalidad se adquiere en el momento del nacimiento con vida, una vez producido el entero desprendimiento del seno materno”*. Por lo que no nos debería sorprender que la capacidad jurídica no pueda resultar limitada, pues pertenece a cada persona por el sencillo hecho de serlo. Este cambio de perspectiva refleja un absoluto compromiso con los derechos humanos.

De igual modo, esta modificación lleva aparejados diferentes retos. Algunos de ellos consisten en interpretar situaciones excepcionales, en el reconocimiento o la identificación de la voluntad de dichas personas, y en el conocimiento de su trayectoria vital.

De todas formas, esta Ley ha adquirido una gran importancia no sólo por responder a una cuestión legal, sino por representar un cambio de mentalidad en la sociedad, provocando que ésta se adapte y entienda la discapacidad desde un punto de vista más humano, mediante la empatía y el respeto. Es igualmente

importante para las familias como para los profesionales que trabajan con las personas afectadas por problemas de discapacidad mental.

A este respecto, resulta importante aclarar que esta reforma debiera aplicarse de manera uniforme en todas las comunidades autónomas de España, lo que choca con algunos derechos forales, que contienen normas sobre la materia. Por ejemplo, el derecho foral aragonés contiene normas sobre la capacitación e incapacitación de las personas con discapacidad. Por eso, las Cortes de Aragón tramitan en este momento el proyecto de ley de Modificación del Código de Derecho Foral de Aragón en materia de capacidad jurídica de las personas.

En definitiva, aún estamos en dicho proceso de cambio, y sabemos que a medida que pase el tiempo la jurisprudencia y las prácticas legales se adaptarán mejor para así reflejar esta nueva perspectiva. Por lo que podemos afirmar que nos encontramos en un periodo de aprendizaje y adaptación que nos incumbe a todos, y que va a suponer un claro beneficio a las personas con discapacidad en general, y a las personas con problemas de salud mental en particular.

V. PROCEDIMIENTO DE INTERNAMIENTO.

La Ley 8/21 no ha incluido ninguna modificación en relación con la regulación del internamiento que se realiza en la LEC. No obstante, la adopción de la medida deberá llevarse a cabo siempre de acuerdo con los principios básicos de la nueva regulación, de forma que debe atenderse a la voluntad y preferencias de las personas siempre que resulte posible, y no vengan determinadas por la propia enfermedad.

Debe partirse de lo que dispone el art. 763 LEC¹², que señala que *“1. El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento.*

La autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida. En este caso, el responsable del centro en que se hubiere producido el internamiento deberá dar cuenta de éste al tribunal competente lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación de dicha medida, que deberá efectuarse en el plazo máximo de setenta y dos horas desde que el internamiento llegue a conocimiento del tribunal.

En los casos de internamientos urgentes, la competencia para la ratificación de la medida corresponderá al tribunal del lugar en que radique el centro donde se haya producido el internamiento. Dicho tribunal deberá actuar, en su caso, conforme a lo dispuesto en el apartado 3 del artículo 757 de la presente Ley.

¹² <https://www.conceptosjuridicos.com/ley-enjuiciamiento-civil-articulo-763/>

2. *El internamiento de menores se realizará siempre en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor.*

3. *Antes de conceder la autorización o de ratificar el internamiento que ya se ha efectuado, el tribunal oirá a la persona afectada por la decisión, al Ministerio Fiscal y a cualquier otra persona cuya comparecencia estime conveniente o le sea solicitada por el afectado por la medida. Además, y sin perjuicio de que pueda practicar cualquier otra prueba que estime relevante para el caso, el tribunal deberá examinar por sí mismo a la persona de cuyo internamiento se trate y oír el dictamen de un facultativo por él designado. En todas las actuaciones, la persona afectada por la medida de internamiento podrá disponer de representación y defensa en los términos señalados en el artículo 758 de la presente Ley.*

En todo caso, la decisión que el tribunal adopte en relación con el internamiento será susceptible de recurso de apelación.

4. *En la misma resolución que acuerde el internamiento se expresará la obligación de los facultativos que atiendan a la persona internada de informar periódicamente al tribunal sobre la necesidad de mantener la medida, sin perjuicio de los demás informes que el tribunal pueda requerir cuando lo crea pertinente.*

Los informes periódicos serán emitidos cada seis meses, a no ser que el tribunal, atendida la naturaleza del trastorno que motivó el internamiento, señale un plazo inferior.

Recibidos los referidos informes, el tribunal, previa la práctica, en su caso, de las actuaciones que estime imprescindibles, acordará lo procedente sobre la continuación o no del internamiento”.

Sin perjuicio de lo dispuesto en los párrafos anteriores, cuando los facultativos que atiendan a la persona internada consideren que no es necesario

mantener el internamiento, darán el alta al enfermo, y lo comunicarán inmediatamente al tribunal competente.

El internamiento de aquellas personas que padecen trastornos psíquicos puede producirse de forma voluntaria, en aquellas situaciones en las que la persona afectada está de acuerdo y conviene la idea de llevar a cabo esta medida, mientras que, suele ser más frecuente que se produzcan internamientos de manera involuntaria”.

De acuerdo con dicho precepto, por tanto, si el internamiento es voluntario no precisa autorización judicial, pues debe respetarse la decisión de la persona. Por el contrario, los internamientos involuntarios pueden ser de dos clases: ordinarios, que requieren una autorización judicial previa, o urgentes, en cuyo caso la autorización puede ser posterior con un tiempo máximo de 72 horas.

La finalidad del internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico y la interpretación que de tal ha de hacerse en función de los convenios internacionales ratificados por España (art. 10 CE) y de la doctrina del TEDH., nos permite sentar como conclusiones sobre el internamiento forzoso e involuntario las siguientes: el ser una medida excepcional, necesaria y limitada en el tiempo y que debe estar motivada por razones de trastorno psíquico, siendo el propio texto legal el que delimita aquellas situaciones que justifican estas medidas, cuando entiende que sólo es factible en los supuestos de enfermedad psíquica, o cuando se demuestre que la persona a internar se encuentra en una fase crítica dentro del proceso patológico de un enfermo mental que precisa el ingreso para evitar que se cause daño a sí mismo o a terceros, permitiéndose incluso un internamiento de urgencia que se somete en cualquier caso a un examen judicial a efectos de su ratificación en un breve plazo de tiempo de 72 horas (STC 141/12 de 2 de julio de 2012)

La Sentencia de la Audiencia Provincial de Barcelona 62/2006, de 14 de marzo de 2006, con amparo en el artículo 5.1 letra e) del Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y Libertades Fundamentales señala que *"una medida de protección, no sancionadora ni punitiva, que responde a la existencia de una situación de urgencia"*. Conforme establece el Tribunal

Constitucional: *"Según el artículo 17.1 de la Constitución nadie puede ser privado de su libertad sino en los casos y en las formas previstos en la Ley. Dentro de esos casos y formas ha de considerarse incluida desde luego la "detención regular... de un enajenado", a la que se refiere el artículo 5.1 Convenio Europeo de Derechos Humanos", (Sentencia del Tribunal Constitucional de 4 de junio de 1990). Y, también nos indica que "Aquel supuesto y el que ahora nos ocupa son, obviamente, muy diversos, pero tienen en común la circunstancia de que en ambos casos se dispone la privación de libertad de una persona por razón de un trastorno psíquico y en beneficio tanto de quien lo padece como de la sociedad en su conjunto. Ambos criterios encajan, además, en el tenor del artículo 5.1 e) del Convenio Europeo de Derechos Humanos, que contempla, entre otras, la enajenación como causa suficiente de privación de libertad, siempre que se satisfagan una serie de condiciones que el Tribunal Europeo de Derechos Humanos ha ido perfilando en distintos pronunciamientos y que nosotros hemos asumido, entre otras, en la citada Sentencia Tribunal Constitucional 112/1988."*

Con arreglo a esa doctrina, el internamiento en un centro psiquiátrico sólo será conforme con la Constitución y con el Convenio si se dan las siguientes condiciones, sentadas en la Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos de 24 de octubre de 1979 (caso Winterwerp) y reiteradas en las de 5 de noviembre de 1981 (caso X contra Reino Unido) y de 23 de febrero de 1984 (caso Luberti): a) Haberse probado de manera convincente la enajenación mental del interesado, es decir, haberse demostrado ante la autoridad competente, por medio de un dictamen pericial médico objetivo, la existencia de una perturbación mental real. b) Que ésta revista, un carácter o amplitud que legitime el internamiento. c) Dado que los motivos que originariamente justificaron esta decisión pueden dejar de existir, es preciso averiguar si tal perturbación persiste y en consecuencia debe continuar el internamiento en interés de la seguridad de los demás ciudadanos, es decir, no puede prolongarse válidamente el internamiento cuando no subsista el trastorno mental que dio origen al mismo (Sentencia del Tribunal Constitucional de 5 de julio 1999).

1) Regulación legal. El internamiento involuntario.

En primera instancia, en condiciones normales en las que la persona afectada por el trastorno no acepte someterse a internamiento, resulta necesaria una autorización judicial para que pueda llevarse a cabo, independientemente de que el paciente haya estado sometido a patria potestad o tutela, o, en estos momentos, a una guarda de hecho o curatela, ya sea representativa o meramente asistencial.

La autorización debe ser previa al internamiento, y se obtiene del tribunal del lugar de residencia de la persona afectada. Sin embargo, anteriormente a la concesión de la autorización, el tribunal debe oír a la persona afectada por la decisión, al Ministerio Fiscal y a cualquier otra persona si lo estima necesario el propio tribunal o si lo solicita el paciente. Además de examinar a la persona afectada, el tribunal oirá el dictamen de un facultativo por él designado. Añadir, que de acuerdo con el artículo 758 de la LEC, la persona afectada por la medida de internamiento podrá disponer de representación y defensa en todas las actuaciones. Y, la decisión adoptada por el tribunal podrá ser recurrida en apelación.

2) El internamiento urgente.

Como hemos mencionado anteriormente, hay determinadas situaciones de urgencia que causan la necesidad de que la medida de internamiento deba ser adoptada de manera inmediata. En este caso, el responsable del centro en el que tiene lugar dicho internamiento deberá dar cuenta al tribunal competente a la mayor brevedad posible, no pudiendo superar el plazo de veinticuatro horas. De esta manera, la ratificación de la medida adoptada deberá producirse en un plazo máximo de setenta y dos horas desde que el tribunal del lugar donde se encuentre el centro en el que se produzca dicho internamiento tenga conocimiento.

La resolución que convenga el internamiento debe disponer el cometido de los especialistas que atiendan al internado de emitir informes periódicos al tribunal, cada seis meses, sobre la necesidad de mantener la medida, además

de informes que pueda considerar el tribunal cuando lo considere oportuno. El tribunal puede establecer un plazo inferior atendiendo a la naturaleza del trastorno que dio lugar al referido internamiento.

A pesar de ello, los profesionales que se ocupan de la persona internada pueden estimar que es innecesario mantener la medida de internamiento y, por lo tanto, dar el alta al paciente haciéndoselo saber de forma inmediata al tribunal competente.

3) El internamiento ordinario.

En relación con las personas que están legitimadas para promover esta medida, el artículo 757 LEC en su apartado 1º establece que, el proceso para la adopción judicial de medidas de apoyo a una persona con discapacidad puede promoverlo la propia persona interesada, su cónyuge no separado de hecho o legalmente o quien se encuentre en una situación de hecho asimilable, su descendiente, ascendiente o hermano. No obstante, el apartado 2 refiere que el Ministerio Fiscal debe promover el proceso en el caso de que las personas anteriormente mencionadas no existieran o no hubieran presentado la correspondiente demanda, salvo que concluya que existen otras vías a través de las que la persona interesada puede obtener los apoyos que precisa. Por último, cabe también la posibilidad de que sea iniciado de oficio, en el caso de que el procedimiento resulte justificado por la existencia de una posible causa de incapacitación.

Como hemos indicado, corresponde la competencia al Juez del domicilio del sujeto que se pretende internar. De todos modos, encontramos en jurisprudencia del Tribunal Supremo de forma reiterada el principio de “perpetuatio jurisdictionis”. Por ejemplo, en Sentencias como la de 25 de febrero de 1.983, 3 de febrero de 1.990, 28 de mayo de 1.997, 20 de septiembre de 1.995 y 13 de mayo de 1.995. Este principio establece que la competencia se determina de acuerdo con las normas vigentes al momento de iniciarse el proceso, atendiendo a la situación de hecho existente al tiempo de la demanda, la cual queda fija e inmutable hasta el final del pleito. Lo que conlleva que las alteraciones que se produzcan en cuanto al domicilio de las partes, la situación

de la cosa litigiosa y el objeto del juicio no modificarán la jurisdicción y la competencia. Este principio actúa como garantía procesal que impone la necesidad de que el juez competente predeterminado por ley, lo sea en todas las fases del procedimiento a pesar de los cambios que se puedan dar durante el transcurso del mismo. Por lo tanto, en relación con el criterio de competencia, podemos concluir que el cambio de centro de la persona sometida a la medida no conlleva la pérdida de la competencia.

Por el contrario, el auto del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana de 15 de marzo de 2.005 considera que las sucesivas autorizaciones para la continuidad de los internamientos no son incidentes de un proceso principal, sino pronunciamientos independientes con efectos constitutivos, ya que puede producir el cese de la autorización o su continuidad, por lo que tampoco considera de aplicación el principio de litispendencia.

Como resultado, por lo tanto, debemos seguir el criterio general de la competencia, anteriormente mencionado, recogido en el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, en su apartado 1º, que establece que será competente el tribunal del lugar en el que resida la persona afectada por la medida.

Respecto al derecho a contar con representación y defensa, la persona que padece el trastorno mental puede valerse de Abogado y Procurador, que pueden haber sido designados con anterioridad a su enfermedad, o, por el contrario, podrá realizar apoderamiento apud acta en presencia del Letrado de la Administración de Justicia, o bien solicitar su designación de oficio para lo que el Juzgado oficiará a los respectivos Colegios Profesionales para que procedan a su nombramiento.

En cuanto al procedimiento, en primer lugar, se debe solicitar la petición mediante un escrito que deberá contener las razones por las que se considera necesario el internamiento.

El tribunal, tras admitir la solicitud, debe dar traslado a la persona que padece el trastorno mental, en previsión de que quiera actuar en el procedimiento a través de su propio Abogado o Procurador.

La forma de llevar a cabo estos actos carece de importancia. El legislador no establece unas formalidades o unos plazos estrictos, sino que por el contrario permite una tramitación libre, siempre y cuando se cumplan los pasos a seguir.

Se considera necesario que la persona afectada tenga la oportunidad de expresar sus argumentos durante la audiencia, aunque esta puede llevarse a cabo de manera verbal al mismo tiempo que se lleva el examen personal requerido por la ley para autorizar el internamiento. Dicho examen puede ser diferente en atención al tipo de trastorno alegado. Hay determinadas situaciones, como por ejemplo en casos como la anorexia, en las que una simple observación visual puede tener mayor consideración que la respuesta de las preguntas que puedan realizarse.

Al mismo tiempo, el Ministerio Fiscal será consultado para expresar su opinión acerca de la idoneidad del internamiento. La ley no especifica que éste deba estar presente en todas las etapas del proceso ni establece un momento concreto para la presentación de su informe. Basta con que se notifique al Ministerio Fiscal sobre el procedimiento y con obtener su informe sobre la solicitud formulada para que se cumpla con las disposiciones legales.

Y, además es indispensable oír el dictamen de un facultativo que el tribunal designe (que con carácter general se trata de un Médico Forense), pues el objetivo que se pretende es que aporte los elementos científicos al proceso que resulten decisivos para determinar si existe el trastorno alegado y si resulta conveniente el internamiento para su tratamiento.

Cabe añadir que la ley permite la práctica de otras pruebas como, por ejemplo, las pruebas testificales de la persona que requiere la medida, de cualquier otra persona, un informe de los Servicios Sociales, un informe psicosocial, o cualquier otra que resulte conveniente.

Una vez han sido propuestas y practicadas las pruebas, el tribunal debe tomar una decisión acerca de si autoriza el internamiento. Dicha resolución se lleva a cabo en forma de auto o sentencia, en función de si se trata de un

procedimiento autónomo o de una medida a adoptar en un procedimiento de incapacidad. En el último caso, podrá resolverse conjuntamente con la medida.

Debe indicarse el tipo de centro en el que el afectado internará, ya sea una clínica, un hospital o una residencia de la tercera edad. Y, además, se incluirá la responsabilidad que corresponde a los facultativos de realizar los informes periódicos acerca del estado del afectado, como hemos referido con anterioridad.

Debe reiterarse que la resolución del tribunal es objeto de recurso de apelación, pero que su interposición no interrumpe el cumplimiento de la medida, y que conlleva la práctica de nuevas pruebas.

A continuación, pondremos nuestro foco en los internamientos en residencias de la tercera edad que también deben llevarse a cabo de acuerdo con lo preceptuado en el art. 763 LEC.

El artículo 95 de la Ley 5/1997 de la Generalitat Valenciana, que regula el Sistema de Servicios Sociales en la Comunidad Valenciana, establece que en los procesos de ingreso, permanencia y salida de los centros de servicios sociales, se debe respetar la voluntad del usuario o de su representante legal en caso de menores de edad o personas mayores incapacitadas. En este último caso, se requiere además la autorización judicial conforme al artículo 211 del Código Civil, referencia que debe entenderse hecha al artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil vigente.

Resulta importante destacar la diferencia entre el internamiento de personas con trastornos mentales en centros psiquiátricos, que busca principalmente su curación o la reducción de los efectos de la enfermedad, así como la prevención de daños a sí mismos o a terceros, y el ingreso en centro geriátricos con fines asistenciales para personas de la tercera edad.

Según la jurisprudencia, se permite el internamiento de personas mayores en hospitales o residencias, siempre y cuando no se les impida salir de los mismos bajo ninguna circunstancia, ya que esto equivaldría a una privación de

libertad según el artículo 5.1.e) de la Convención Europea de Derechos Humanos. Por lo tanto, se requiere autorización judicial para este tipo de internamientos.

Esto no limita la naturaleza del establecimiento exclusivamente a psiquiátrica en casos específicos, como personas con demencias como Alzheimer, demencia vascular, demencia asociada a la enfermedad de Parkinson, u otros trastornos mentales orgánicos, que se caracterizan por deterioro cognitivo, déficits en la capacidad de juicio y pensamiento, y cambios en el comportamiento social. O casos en los que el individuo no puede funcionar normalmente en la sociedad debido a riesgos graves para sí mismo, acompañados de deficiencias físicas que pueden resultar en incapacidad.

4) La negativa al tratamiento

Es igual de cierto el hecho de que el paciente puede negarse al tratamiento, como el hecho de que supone la creación de un conflicto, que tiene lugar entre la obligación de prestar asistencia y la obligación de obtener su consentimiento.

Pero la pregunta que nos hacemos es, ¿cómo se debe actuar cuando la no actuación suponga un riesgo ante la salud pública?

Estas situaciones se pueden dar cuando el paciente no tiene capacidad para decidir, cuando la situación sea de extrema urgencia y la espera pueda suponer lesiones irreversibles o la persona afectada pueda fallecer, cuando se trate de enfermedades contagiosas en las que la ausencia de tratamiento provoque un riesgo para la salud de más personas, entre otras.

La Sentencia del Tribunal Constitucional num. 120/90 especifica, en relación con el art. 15 CE lo siguiente: *«Este mismo precepto constitucional garantiza el derecho a la integridad física y moral, mediante el cual se protege la inviolabilidad de la persona, no sólo contra ataques dirigidos a lesionar su cuerpo o espíritu, sino también contra toda clase de intervención en esos bienes que carezca del consentimiento de su titular. Por ello, este derecho constitucional*

resultará afectado cuando se imponga a una persona asistencia médica en contra de su voluntad, que puede venir determinada por los más variados móviles y no sólo por el de morir y, por consiguiente. esa asistencia médica coactiva constituirá limitación vulneradora del derecho fundamental, a no ser que tenga justificación constitucional. A tal fin, como ya ha reiterado en diversas ocasiones este Tribunal, conviene tener presente, de una parte, que sólo ante los límites que la propia Constitución expresamente imponga al definir cada derecho o ante los que de manera mediata o indirecta de la misma se infieran al resultar justificados por la necesidad de preservar otros derechos constitucionalmente protegidos, puedan ceder los derechos fundamentales (SSTC 11/81, f. j. 7º; 2/82, f. j. 5º; 110/84, f. j. 5º), y de otra que, en todo caso, las limitaciones que se establezcan no pueden obstruir el derecho «más allá de lo razonable» (STC 53/86, f. j. 3º), de modo que todo acto o resolución que limite derechos fundamentales ha de asegurar que las medidas limitadoras sean «necesarias para conseguir el fin perseguido» (SSTC 62/82, f. j. 5º; 13/85, f. j. 2º) y ha de atender a la «proporcionalidad entre el sacrificio del derecho y la situación en que se halla aquel a quien se le impone» (STC 37/89, f. j. 7º) y, en todo caso, respetar su cometido esencial (SSTC 11/81, f. j. 10; 196/87, ff. jj. 4º, 5º y 6º; 197/87, f. j. 11), si tal derecho aún puede ejercerse»¹³

Debido a la complejidad de estas circunstancias, existe una regulación legal que aborda estas situaciones. En concreto, la 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, se encarga de ello.

El artículo 2 de la ley referida, expone en sus apartados 2, 3 y 4, que *“toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley. El paciente o usuario tiene*

¹³ TC Pleno, S. 27-06-1990, núm. 120/1990, fundamento jurídico octavo

derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados por la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito”.

No obstante, en cuanto al artículo 5 de la presente ley, éste incluye información referente al titular del derecho a la información asistencial. Pero a pesar de establecer en su apartado 1º que dicho titular es el paciente, en su apartado 3º podemos observar que, en el caso de que el profesional médico encargado de la asistencia del paciente considere que dicho paciente carece de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se podrá poner en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

Entendemos, por lo tanto, que debido a que el consentimiento se debe otorgar tras recibir la información correspondiente, correspondería a los familiares del paciente o a sus allegados de hecho.

Sin embargo, en algunos casos tiene lugar el conflicto entre los familiares o con el personal responsable del tratamiento. Y en estas situaciones, se pondrán los hechos en conocimiento del Ministerio Fiscal o de la autoridad judicial con el fin de adoptar las medidas necesarias.

VI. EL TRATAMIENTO AMBULATORIO INVOLUNTARIO

Es un hecho que el internamiento supone una merma de derechos importante para la persona, en muchas ocasiones innecesaria, ya que a veces tan sólo se pretende que la persona afectada por una enfermedad mental pueda ser sometida de manera involuntaria a la medicación que tiene prescrita, para conseguir su estabilización y procurar con ello la adhesión al tratamiento y la evitación de conductas disruptivas y/o asociales. Para ello se ha venido elaborando toda una doctrina en relación con la medida de Tratamiento Ambulatorio Involuntario, que no tiene una regulación expresa, pero que sí cuenta con la aceptación de gran parte de la jurisprudencia de nuestras Audiencias Provinciales.

1) Concepto y requisitos

Antes de comenzar a hablar del Tratamiento Ambulatorio Involuntario, considero importante recordar algo que mencionamos anteriormente, y es que existen diferentes supuestos de internamiento en función de la gravedad de las circunstancias del caso concreto.

Para comprender el concepto, debemos tomar en consideración la existencia de situaciones en las que las personas afectadas por el trastorno mental no son conscientes de su enfermedad. Y, en determinados casos el hecho de no seguir un tratamiento supone un gran riesgo de recaer, de requerir hospitalizaciones repetidamente y de otro tipo de emergencias de manera frecuente. Por lo tanto, esta forma de tratamiento psiquiátrico pretende garantizar la cumplimentación terapéutica de aquellas personas que se encuentran en esta situación, mediante su imposición coactiva judicial.

Encontramos su justificación en distintos argumentos. En primer lugar, es una vía intermedia entre el internamiento judicial y la incapacitación, evitando así que se produzca el fenómeno “puerta giratoria”. Es decir, evita los ingresos cortos y reiterados. Por otro lado, constituye una herramienta terapéutica adaptada a las circunstancias concretas de cada paciente, así como evita el peligro que pueden suponer, para ellos mismos y para el resto de las personas, el hecho de

llevar a cabo conductas de riesgo. Por lo que la finalidad de esta medida es, sin duda, favorecer la implantación y el sostenimiento de un tratamiento adecuado, que además incremente la consciencia de enfermedad y permita que finalmente el paciente se adhiera al tratamiento de forma voluntaria.

Es más que evidente que este modelo de tratamiento psiquiátrico conlleva una serie de ventajas, como la evidente mejora de la calidad de vida, salud mental y física o funcionamiento social de los pacientes afectados. Se produce una reducción de los días de hospitalización de éstos y del número de internamientos, además de suponer un incremento de la libre adherencia al tratamiento y de la frecuencia de contactos con los servicios de Salud Mental. Al mismo tiempo, se reducen los incidentes de daño o el número de víctimas, los niveles de coerción percibida por los pacientes, y los niveles de abuso de sustancias. También favorece la identificación temprana de recaída, y un mayor número de pacientes, familias y cuidadores resultan satisfechos.

Sin embargo, debemos considerar que existen determinadas condiciones o requisitos que se deben dar para poder aplicar este tratamiento concreto. Debe consistir en un tratamiento integral sanitario que establezca de forma objetiva los indicadores de mejoría del enfermo que pretende alcanzar, a favor siempre del paciente y de su adaptación social y familiar.

Por supuesto, debe recurrirse a él de forma subsidiaria, cuando los sistemas de cobertura asistencial de salud mental no han conseguido que el enfermo sea consciente de su enfermedad y acceda a recibir medicación voluntariamente.

Y, por último, no tiene que interpretarse como una forma de limitación que obstaculice la formación de una relación terapéutica sólida.

2) Antecedentes. Regulación en otros países de nuestro entorno

Inicialmente, el tratamiento involuntario extrahospitalario, tal y como se entendía en Estados Unidos, se dirigía a evitar el problema de la puerta giratoria

y a favorecer el acceso voluntario de los enfermos a los servicios comunitarios. Y, de esta manera, prevenir el deterioro que conllevaría su inaplicación. Consiste en favorecer la adhesión al tratamiento psiquiátrico que resulte conveniente en el contexto menos restrictivo posible.

Las normas sobre este tratamiento se desarrollaron en profundidad en los años 70 y 80, por lo que actualmente la mayor parte de Estados cuentan con normas sobre este tipo de tratamientos, aunque no de forma homogénea.

En cuanto a las diferencias que podemos observar, en primer lugar, existen Estados que no poseen una regulación específica todavía. Mientras tanto, otros Estados establecen como requisito de este tratamiento un período de hospitalización previo. En otros, puede iniciarse de forma directa desde el ámbito extrahospitalario. De la misma manera, algunos cuentan con criterios similares a los aplicables para el ingreso involuntario, mientras que otros cuentan con diferentes criterios. Y, por último, encontramos diferencias a la hora de afrontar las situaciones de incumplimiento. En algunos casos, no conlleva el incumplimiento ninguna consecuencia, en otros casos se requiere la intervención judicial de nuevo, y en otros puede producirse la directa rehospitalización.

En el año 1995 una encuesta mostró que tan solo 12 de los 35 Estados y el Distrito de Columbia utilizaban habitualmente el tratamiento involuntario ambulatorio. Se justificaba por problemas tanto presupuestarios, como por falta de información e interés, preocupaciones sobre derechos civiles y criterios restrictivos, entre otras razones. Algunos Estados utilizaban mecanismos como la “conditional realase” en New Hampshire o los mecanismos de incapacidad legal en California.¹⁴

Identificaron tres clases de leyes reguladoras para el referido tratamiento. El interés en estas medidas fue aumentando, sobre todo tras la elaboración de la Ley Kendra en Nueva York. Por lo que el número de Estados ascendió a 41.

¹⁴ CARLOS-ELOY FERREIRÓS MARCOS.: “Tratamiento Ambulatorio: cuestiones legales y prácticas”, CERMI, 2006

Además, a nivel global, estas prácticas están creciendo y cada vez son más aceptadas por países como Israel, Canadá, Nueva Zelanda y Australia.

Concretamente, a nivel europeo, países como Italia y Reino Unido ya tenían fórmulas similares en leyes anteriores. Ejemplo de ello son la ya derogada Ley italiana de 14 de febrero de 1904 y la Mental Health Act de 1959, que incluían fórmulas de suspensión condicionada del internamiento.

Diferentes formas de tratamiento compulsorio se han implementado en la comunidad, en distintas legislaciones europeas.

En Italia, la Ley del Servicio Sanitario Nacional permite el tratamiento obligatorio ambulatorio, sin embargo, carece de regulación detallada, por lo que genera bastante polémica. Por otra parte, en Inglaterra y Gales, a través de la Mental Health (Patients in the Community) Act de 1995 se introdujo la “after care under supervision”, cuyo uso ha resultado limitado debido a sus deficiencias. Se han propuesto reformas para otorgar mayores poderes de control.

Por otro lado, en Francia el artículo L.3211-11 del Code de la Santé Publique permite la suspensión condicionada del internamiento. Y, se ha aceptado la posibilidad de aplicar condicionamientos a la salida de pacientes con base en el principio *qui peut le peut le moins* (“quien puede hacer lo más, puede hacer lo menos”).

En Alemania, a través del artículo 70k de la Gesetz Über die Angelegenheiten der Freiwilligen Gerichtsbarkeit, se introduce la “suspensión del internamiento”. Al mismo tiempo que la Oficina Pública de Sanidad tiene la potestad de obligar a personas a un reconocimiento médico preventivo con ciertos requisitos.

Finalmente, en Portugal el artículo 33 de su Ley 36/98, de 24 de julio de Salud Mental (Lei de Saúde Mental) incorpora también un método de suspensión condicionada de internamiento (Substituição do internamento).

Refiriéndonos a España, en cuanto a sus antecedentes en esta materia, encontramos una iniciativa legislativa que fue publicada en el Boletín Oficial de

las Cortes, el 19 de julio de 2004, propuesta por el CIU con el fin de modificar el artículo 763 LEC, a petición de la Confederación de Familiares de Enfermos Mentales miembro del Comité Español de Representantes de personas con discapacidad. Dicha iniciativa incluía una nueva redacción del artículo 763 nº 5 LEC, en los siguientes términos: *«Podrá también el Tribunal autorizar un tratamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico o un período 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 propuesta fue, inicialmente, acogida favorablemente por todos los Grupos Parlamentarios, pero pronto se inició un importante debate de ámbito nacional. De hecho, se produjo en la Comisión de Justicia un amplio número de comparecencias de distintas personas que se posicionaron a favor y en contra, no siendo aprobada finalmente la reforma.

Cabe mencionar, de igual manera, el Proyecto de Ley de Jurisdicción Voluntaria de 27 de octubre de 2006, que resultó especialmente criticada por la AEN (Asociación Española de Neuropsiquiatría).

Fueron varios los motivos de dicha crítica¹⁵. En primer lugar, por la desjudicialización de procedimientos. Una de las preocupaciones de la AEN era el hecho de que el proyecto conllevara una transferencia de una gran cantidad de competencias de los jueces a otros profesionales del derecho (notarios y registradores, entre otros), pues ello podría afectar a la calidad de las decisiones en casos delicados, en concreto en aquellos relacionados con la tutela de las personas con discapacidad o enfermedades mentales.

¹⁵ https://www.iustel.com/diario_del_derecho/noticia.asp?ref_iustel=1019749
<https://www.legaltoday.com/practica-juridica/derecho-civil/civil/jurisdiccion-voluntaria-la-gran-olvidada-2014-03-31/>

Otro de los motivos era el riesgo de desprotección de las personas vulnerables. La AEN consideraba que los profesionales que obtendrían dichas competencias no cuentan con la misma formación ni sensibilidad judicial en aspectos relacionados con la salud mental y la discapacidad, y que, por lo tanto, podría surgir dicho problema de desprotección.

Por último, podría tener lugar cierta confusión o complejidad jurídica. La complejidad que conllevaría la nueva normativa fue igualmente criticada por la AEN, ya que no solo modificaba la Ley de Enjuiciamiento Civil, sino que de igual manera afectaba a diferentes leyes, por lo que creaba un marco legal más confuso y complicado de manejar para todos, tanto para los ciudadanos como para los profesionales del derecho.

Es evidente que dichas críticas mostraban la preocupación de la AEN por el efecto que podían producir estos cambios en relación con la protección legal y el bienestar de las personas con enfermedades mentales y discapacidades. Por lo tanto, destaca la necesidad de mantener un enfoque judicial especializado en estos supuestos.

3) Regulación legal

Tras la contextualización que acabamos de realizar acerca de la situación anterior en países de nuestro entorno, dirigiremos nuestra atención a la situación actual.

En cuanto a la regulación jurídica actual de este tratamiento que venimos refiriendo, no contamos con un marco jurídico que recoja expresamente ninguna regulación ni se encuentra prevista la medida.

Al respecto, podemos observar dos corrientes diferenciadas. De una mano, tenemos a quienes opinan que no procede, quienes consideran estas medidas una vulneración de los derechos fundamentales de la persona y piensan que éstas conllevan un aumento de coerción y estigma del paciente afectado por el trastorno mental. Justifican su opinión en la aplicación del principio que recoge

el artículo 4.2 del Código Civil, que prohíbe la interpretación extensiva y analógica de cualquier norma que suponga una limitación de derechos.

Por el contrario, la otra corriente considera que sí cabe, y que existe un marco jurídico suficiente para su aplicación: en primer lugar, regulación legal como, por ejemplo, el artículo 216.2 del CC que permite la adopción de las medidas y disposición previstas en el artículo 158; en segundo lugar, los artículos 7 y 8 del Convenio de Oviedo para la Protección de los Derechos Humanos y Dignidad del Ser Humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina de 4 de abril de 1994; en tercer lugar, la Ley de Autonomía del Paciente e Información Clínica 41/02 de 14 de noviembre; y, finalmente, artículos como el 96.2.11, 100.1, 101.1, 104.2 y la Disposición Adicional Primera del Código Penal.

El punto noveno de la resolución 46/119 de Naciones Unidas asume de una manera expresa el principio de intervención mínima para el ámbito de la protección de los enfermos mentales y del mejoramiento de la salud mental al decir que *“todo paciente tendrá derecho a ser tratado en las condiciones menos restrictivas posibles y con un tratamiento lo menos restrictivo e invasivo posible que corresponda a sus necesidades de salud y a la necesidad de brindar protección física a terceros”*.

El art. 5 del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y Medicina, hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997, publicado en el BOE en fecha 20 de octubre de 1999, establece, como regla general que *“una intervención en el ámbito de la sanidad sólo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e informado consentimiento. Dicha persona deberá recibir previamente una información adecuada acerca de la finalidad y naturaleza de la intervención, así como sobre sus riesgos y consecuencias. En cualquier momento, la persona afectada podrá retirar libremente su consentimiento”*. Sin embargo, este mismo convenio contempla expresamente los supuestos de limitación o pérdida de capacidad de obrar en su art. 6.3: *“cuando, según la ley, una persona mayor de edad no tenga capacidad, a causa de una disfunción mental, una enfermedad o un motivo similar, para expresar su consentimiento para una intervención, ésta no podrá efectuarse sin la autorización de su*

representante, una autoridad o institución designada por la Ley. La persona afectada deberá intervenir, en la medida de lo posible, en el procedimiento de autorización". Y regula, en su artículo 7, los requisitos para que se pueda adoptar una intervención sanitaria en contra de la voluntad del enfermo mental: "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 ese 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".

Debe añadirse que el artículo 763 LEC se abstiene de definir o describir aquello que constituye el objeto esencial de su regulación. Por lo que se limita a usar la expresión "internamiento" de manera reiterada. Debemos saber que puede conllevar numerosas actuaciones de carácter coercitivo y limitativo de diversos aspectos de la autonomía y libertad del paciente, ya que entiende que donde la ley autoriza lo más siempre cabe lo menos, y se apoya en el Principio de Intervención Mínima. Interpreta las normas jurídicas de acuerdo con el artículo 3.1 CC, de atender a su exégesis, fundamentalmente a su espíritu y finalidad.

También contamos con cierta jurisprudencia y doctrina, con sentencias como, por ejemplo, la Sentencia del Tribunal Constitucional 120/90¹⁶, que establece de forma unánime las condiciones y requisitos que deben respetarse sin excepción a la hora de estimar y acordar la medida de sometimiento a tratamiento ambulatorio no voluntario. De igual forma que indica que "*En el marco de un Estado social y democrático de Derecho, la interpretación armónica de los arts. 16.1 y 17.1 C.E. permite deducir, se añade, que ha de respetarse a todo ciudadano su personal código de opiniones, creencias, valores y objetivos vitales de que se trate. De este modo, la actuación estatal o de terceros en la esfera más íntima del sujeto, interfiriendo coactivamente en su actitud frente a su propia vida, como ocurriría si se obligase a prestar asistencia sanitaria a los*

¹⁶ <https://vlex.es/vid/53-49-lotc-9-as-16-11-17-45-logp-15356906>

pacientes que, libre y conscientemente, deciden rehusarla, implicaría negar al hombre todo poder configurador de su vida y su muerte."

Otras Sentencias de las Audiencias Provinciales, dictadas en procesos de incapacitación, admiten que se decrete una incapacitación parcial del demandado limitada sólo al hecho de estar sometido al tratamiento médico o farmacológico que se prescriba o constitución de tutela a estos fines exclusivos.

Además, contamos con sentencias como la de 16 de octubre de 2003 de la Sección Décima de la Audiencia Provincial de Valencia, Sentencias de 17 de febrero de 2004 y de 25 de noviembre de 2003 de la Sección Decimoctava de la Audiencia Provincial de Barcelona, la Sentencia de 27 de abril de 2005 de la Sección Décima de la Audiencia Provincial de Valencia, y Sentencias de Juzgados especializados en materia de Incapacidades de Valencia y Guipúzcoa.

La Sentencia de la Audiencia Provincial de Alicante, Sección Novena, en Auto de fecha 25 de julio de 2014, ha señalado que *"el tratamiento ambulatorio forzoso es una medida mucho menos injerente en el ámbito de los derechos fundamentales y libertades del afectado que la medida de internamiento forzoso, que sí aparece contemplada en el art. 763 LEC y no ha llegado a ser declarada inconstitucional en cuanto al fondo. Tanto el tratamiento ambulatorio como el internamiento no voluntario comportan una afectación de los derechos a la integridad física (art. 15 CE) y a la libertad personal (art. 17 CE), ya que en ambos casos resulta evidente que la privación o restricción de esta última está orientada a procurar tratamiento "por razón de trastorno psíquico" a una persona que no está en condiciones de decidirlo por sí. Es decir, cuando se autoriza o ratifica el internamiento de una persona en contra de su voluntad en un centro adecuado a su estado, la finalidad de la medida no es punitiva (castigar al ingresado por la comisión de un ilícito) ni precautoria (evitar que pueda cometerlo), sino terapéutica. Se trata de suplir la voluntad de quien no la posee, de forma transitoria o permanente, por tener alteradas sus facultades intelectivas y volitivas. De lo contrario, se correría el riesgo de que la decisión de negarse a someterse a un tratamiento médico, que puede comprometer gravemente la salud de quien la adopta, no haya sido tomada de forma libre y consciente. En todo caso, por lo que ahora interesa destacar, si el art. 763 LEC permite una*

privación de la libertad personal y una restricción de la integridad física, no resulta razonable concluir -como pretende el apelante- que dicho precepto no habilita para adoptar una medida de menor intensidad: el tratamiento ambulatorio forzoso" .

La Fiscalía General del Estado no ha adoptado una posición institucional. Sin embargo, en las Conclusiones de las Jornadas para Fiscales especializados en discapacidades y tutelas celebradas en junio de 2004, se expresó:

29. Respecto del tratamiento ambulatorio forzoso se plantea la posibilidad de autorizar judicialmente la sumisión a este tipo de tratamientos, en los casos de enfermos sin conciencia de enfermedad y no susceptibles de protección a través del proceso de incapacidad. La colisión con el derecho fundamental de la libertad impide su autorización judicial amparada exclusivamente en el artículo 763 LEC. No se autoriza en la mayor parte de los juzgados, si bien en algunos se acuerda esta medida, con resultados beneficiosos para el enfermo. Es de destacar la conveniencia de regular de forma expresa tal medida, reclamada por las asociaciones de familiares de enfermos mentales más importantes del país, medida que en cualquier caso habrá de ser secundada por equipos sociosanitarios de seguimiento."

4) Protocolos de actuación sanitaria-judicial en supuestos de tratamiento ambulatorio involuntario¹⁷

En el año 2016, se elaboró por D. Vicente Magro Servet, Presidente de la Audiencia Provincial de Alicante, un protocolo, que, según se expone en su Preámbulo, tenía por objeto conseguir que las personas que padecen una enfermedad mental que hoy por hoy no tiene cura y es crónica, pudieran llevar a cabo una vida normalizada si eran atendida correctamente desde el punto de vista socio-sanitario y seguían un tratamiento. Para ello, señalaba, se podría recurrir a la intervención judicial, al sustituir los repetidos internamientos en

¹⁷ Protocolo de actuación sanitaria-judicial en supuestos de tratamiento ambulatorio involuntario- D. VICENTE MAGRO SERVET Audiencia Provincial de Alicante. 15 enero 2016 <https://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>

centros por un tratamiento médico ambulatorio aunque fuera contra su voluntad, pero siempre para su bien y el de toda la sociedad, pero sin olvidar la atención del tratamiento integral sanitario, que debía coincidir con el tratamiento ambulatorio involuntario, con lo que tendríamos el juego combinado del TIS (Tratamiento integral sanitario) con el TAI (Tratamiento ambulatorio involuntario).

La finalidad del protocolo es regularizar actuaciones entre el cuerpo sanitario y judicial de casos que ya han podido ser observados en nuestro ordenamiento jurídico. Para de esta manera contribuir a que, a través de un correcto desarrollo y organización, se permita seguir y controlar de forma adecuada algunas situaciones que surgen en la evolución de los trastornos mentales, siempre a favor del paciente.

El propósito de la intervención del sistema judicial es asegurar que los derechos y la autonomía de las personas con trastornos mentales se encuentren amparados, sobre todo cuando su capacidad de tomar decisiones pueda resultar afectada por la enfermedad. Para ello, propone la especialización de los tribunales a través de la creación de un tribunal exclusivo, la asignación de un médico forense con experiencia en psiquiatría y la designación de un especialista dedicado exclusivamente a esta función dentro del programa de hospitalización domiciliaria.

Deben concurrir una serie de presupuestos o condiciones médicas para que resulte posible su derivación. Entre ellas, debe tratarse de una enfermedad mental grave, el paciente debe carecer de capacidad para emitir consentimiento informado válido, debe existir riesgo constatado de que la ausencia de tratamiento sea gravemente perjudicial para la salud, y la medida que se pretenda adoptar debe atenerse a los principios de necesidad, proporcionalidad, legalidad y adopción de garantías.

Cabe añadir, que es igualmente imprescindible que exista la posibilidad de rehabilitación y que se sitúa en un medio social inexistente, conflictivo o poco contenido.

Los pacientes que cuentan con la posibilidad de seguir este modelo de tratamiento son aquellos mayores de edad, que padezcan una enfermedad mental, que según criterios clínicos sean incapaces de sobrevivir de una forma segura en la comunidad sin supervisión, y que se haya acreditado que han rechazado previamente el tratamiento, justificándose que se va a beneficiar del mismo a pesar de que sea de forma involuntaria. Así mismo, debe ser improbable que dichos pacientes acepten voluntariamente tratamientos de cualquier índole, cuentan con la probabilidad de recaída, de que aumente la gravedad de la enfermedad, o de que pueda perjudicar a otras personas en caso de no recibir tratamiento. Es importante que exista la probabilidad de que el tratamiento le resulte beneficioso.

Seguidamente, presentaremos el procedimiento a seguir del referido tratamiento.

El Tratamiento Ambulatorio Involuntario comienza mediante una solicitud, realizada de forma preferente por el Centro de Salud o por la Institución encargada del seguimiento del enfermo o de su control. Es decir, el médico psiquiatra responsable es quien lleva a cabo la propuesta, remitida por fax al decanato.

Tal solicitud debe acompañarse de un informe clínico de síntesis, que debe recoger la siguiente información: un diagnóstico de la afección, un resumen de su evolución y de las circunstancias sociales y familiares del paciente, la propuesta de tratamiento que integre su descripción (incluyendo el médico responsable del caso, la frecuencia de consultas previas, y de consultas con familia si existiese), la finalidad terapéutica que se pretende lograr, y los controles establecidos para el seguimiento de su evolución.

Se encuentran legitimados también los familiares, como pueden ser el cónyuge o pareja de hecho asimilable, los descendientes, ascendientes o hermanos, tutores, curadores o titulares de patria potestad. O, por otro lado, el Ministerio Fiscal, en cuyo caso debe remitirse al enfermo al Centro de Salud o al servicio hospitalario que corresponda con el fin de que el Psiquiatra proporcione la información correspondiente.

Inmediatamente después de que figure en el juzgado que se cumplen dichos requisitos para llevar a cabo la solicitud, se admitirá a trámite como expediente de jurisdicción voluntaria.

Acto seguido, el tribunal oirá al paciente afectado por el trastorno mental, al Ministerio Fiscal o a cualquier persona que considere conveniente o que solicite el afectado por la medida. El tribunal examinará por sí mismo a la persona y escuchará el dictamen de un especialista designado por él, ya sea médico forense, el psiquiatra responsable del tratamiento, entre otros.

En cuanto se encuentre resuelto el expediente, el tribunal dictará auto con la decisión adoptada, concediendo o no el tratamiento, estableciéndose un plan de tratamiento farmacológico, psicosocial y terapéutico en base a lo severo o grave que sea el trastorno psiquiátrico. Conjuntamente, se instaurarán mecanismos de supervisión y control de las medidas convenidas y el dispositivo sanitario responsable del tratamiento que deberá informar al juez de su evolución y seguimiento, mínimo cada seis meses. Debe informar, además, de la necesidad de continuar, modificar o cesar la continuidad de las medidas.

El psiquiatra de la UHD derivará al paciente a su habitual psiquiatra, así como reorganizará su proyecto terapéutico.

Debemos conocer el modelo de actuación en caso de incumplimiento del tratamiento establecido. Por lo tanto, cabe mencionar que, si el paciente falla en esta 2ª instancia, se deberá remitir informe al Juzgado. Y, si éste no acude a esta 3ª visita, se debe notificar telefónicamente y mediante carta por correo al Juzgado, en formato standard de notificación y firmada por el médico responsable.

De otra mano, el juzgado, en caso de incumplimiento se ocupará, con los medios que tenga a su disposición, de que el paciente afectado acuda al Centro que corresponda.

Como punto final, en relación con la finalización del proceso de judicialización, la indicación de ésta la llevará a efecto el psiquiatra responsable

del caso, a través de un informe fundado al Juzgado correspondiente, en el que deberá expresar las razones que la fundamentan. Tras ello, el juez dictaminará su finalización.

En cuanto a las razones que pueden observarse, encontramos el cumplimiento ininterrumpido de tratamiento durante 18 meses, que por el contrario la medida no haya resultado efectiva tras 18 meses, o variaciones en las circunstancias sanitarias y/o sociales del enfermo que desaconsejen el tratamiento. Tanto el profesional psiquiátrico como el magistrado pondrán en conocimiento del paciente y de la familia dicho acontecimiento.

En última instancia, debemos mencionar que se ha propuesto la existencia de una comisión por cada Territorio, que se encargue de valorar la idoneidad o la efectividad de la medida adoptada. De esta manera, cada situación se analizaría a modo de sesión clínica en la que los médicos que venían tratando al paciente en las diferentes estructuras intervendrían. Se trata de una comisión sanitaria de valoración.

Es cierto que se han duplicado la cantidad de especialistas que controlan el caso, y en cualquier caso se implementará un programa psicoeducativo personalizado que aborde la evaluación del entendimiento de la enfermedad y un enfoque comprensible para el paciente sobre su condición de salud.

Examinando expedientes en el Juzgado de Primera Instancia num. Cinco, se pudo comprobar más de un caso en el que resultaba evidente la necesidad de tratamiento. Resulta destacable el supuesto en el que los padres de una mujer, llamada Julia, acudieron a los Servicios Sociales para solicitar ayuda y expresar su preocupación por la salud mental de ésta y el bienestar de su nieto, pues Julia sufría esquizofrenia, llevaba meses sin someterse a tratamiento, y tenía concedida la custodia de su hijo de 5 años. Manifestaron que habían comprobado que su hija llevaba dos días encerrada en casa con su hijo, sin llevarle al colegio, y sin atender llamadas. Sus padres temían que las consecuencias de una actuación judicial derivaran en una privación de la custodia del niño, pues pasaría a residir con su padre (nacional de Colombia, con antecedentes de tráfico de drogas, y que en esos momentos vivía en

Galicia). Este, entre otros, podría ser un caso en el que se podría considerar recomendable el modelo de tratamiento que venimos refiriendo, dado que implica una situación compleja que requiere una intervención coordinada y personalizada para abordar las necesidades tanto de la madre con esquizofrenia como del niño, garantizando su bienestar y seguridad.

5) Opinión de las personas implicadas

A continuación, con el objetivo de exponer la opinión de personas implicadas en el TAI, referimos a un estudio llamado “Tratamiento ambulatorio involuntario: opinión de las personas implicadas”, llevado a cabo por Miguel Hernández-Viadel, Guillem Lera Calatayud, Carlos Cañete Nicolás, Juan Francisco Pérez Prieto, y Teresa Roche Millán¹⁸.

La población de estudio de este trabajo se compone por todos los pacientes que estaban en tratamiento obligatorio ambulatorio en octubre de 2005, cuando comenzó a llevarse a cabo, en la ciudad de Valencia. Así como por sus familiares y psiquiatras responsables de su seguimiento ambulatorio. El acceso a los datos de esta población fue autorizada y facilitada por el Juzgado nº13 de Valencia, encargado de los procesos de internamientos e incapacidad civil.

Es conveniente iniciar con una breve introducción acerca de la efectividad del TAI. Para ello, debemos saber que en la literatura encontramos dos tipos de estudios: estudios observacionales o de primera generación y estudios randomizados o de segunda generación.

En la primera clase de estudios, principalmente se produce una reducción en el número de urgencias, de ingresos, y de días de permanencia en centros hospitalarios. No obstante, presentan importantes limitaciones metodológicas

¹⁸ MIGUEL HERNÁNDEZ-VADEL, GUILLEM LERA CALATAYUD, CARLOS CAÑETE NICOLÁS, JUAN FRANCISCO PÉREZ PRIETO, TERESA ROCHE MILLÁN.: “Tratamiento ambulatorio involuntario: opinión de las personas implicadas”, Archivos de Psiquiatría, 2002; 70(1), pp. 65 a 74

que generan cierta desconfianza en los resultados, como la poca cantidad de muestras o la falta de grupos de comparación.

Por otro lado, en los estudios de segunda generación, se compara a través de una distribución aleatoria, pacientes con TAI frente a un grupo de control. Los autores del estudio contaron únicamente con dos estudios de este tipo, uno llevado a cabo en Nueva York y otro en Carolina del Norte, dirigido por investigadores de la Universidad de Duke. Sin embargo, los resultados de dichos estudios presentaban contradicciones, además de limitaciones metodológicas que pueden condicionar los resultados.

También dispusieron de otros estudios acerca del TAI, de carácter cualitativo y que pretendían recopilar la opinión de pacientes, familiares y especialistas sobre este modelo de tratamiento. Por ejemplo, de 306 pacientes que se encontraban a la espera de que se les aplicara un tratamiento, la opinión de más del 75% de ellos era que con el TAI era más probable mantener las citas del centro de salud mental, tomar la medicación prescrita y que facilita que los pacientes pudieran mantenerse fuera del hospital, lo que suele ser un deseo de todas las partes.

Todos estos estudios coinciden en concluir que se pretende dar mayor importancia a evitar una hospitalización involuntaria, evitar episodios de violencia interpersonal y evitar conflictos interpersonales.

En cuanto al método de realización del estudio, como hemos mencionado anteriormente, la población de estudio estaba compuesta por pacientes que estaban en TAI en la ciudad de Valencia. Todos ellos eran mayores de edad, y de cada uno de ellos se recopilaban datos como la edad, el sexo, su diagnóstico psiquiátrico, los años de evolución de la enfermedad y los motivos del TAI.

Se realizaron entrevistas telefónicas en las que se preguntó por su opinión acerca del TAI a pacientes, familiares y psiquiatras.

Les formularon la siguiente pregunta a los pacientes con TAI: *“El hecho de que el juez le obligue a tomarse la medicación, ¿lo considera una medida*

satisfactoria para su tratamiento?”. A los familiares de los pacientes les preguntaron: “*¿Considera el TAI una medida beneficiosa para el tratamiento de su familiar?*”. Y, a los psiquiatras responsables del tratamiento se les preguntó: “*¿Considera el TAI una medida beneficiosa para el tratamiento del paciente?*”. Además, se recogieron opiniones de estas personas de forma no estructurada. Así como se preguntó a los psiquiatras por la mejoría global de los pacientes.

Finalmente, en cuanto a los resultados del estudio, concluyeron que de 38 pacientes con TAI, el 68% eran hombres y el 32% mujeres. La media de edad fue de 41 años, mientras que los años de evolución de la enfermedad fluctuaron desde los 3 a los 33 años, con una media de 13 años.

Los trastornos mentales más frecuentes resultaron ser los siguientes: en primer lugar, la esquizofrenia, después el trastorno delirante y el trastorno bipolar, y finalmente el trastorno psicótico inducido por tóxicos.

El tiempo promedio de la aplicación de la medida en el momento del estudio fue de 9.7 meses, y los motivos más frecuentes fueron la aparición de conductas agresivas y el incumplimiento terapéutico, que conllevaron reingresos frecuentes o alarma social.

Por lo que, conforme a la opinión de los especialistas la mayoría de los pacientes con TAI experimentaron una mejoría clínica global, excepto 2 de ellos. La mayoría de ellos, el 42%, en el momento de la entrevista estaban “moderadamente mejor”, el 23% de los casos estaban “mucho mejor” y el 15% estaba “levemente mejor”. Añadir, que la mayoría de los psiquiatras consideraba que el TAI es una medida “muy” beneficiosa, o “bastante” beneficiosa, mientras que unos pocos consideraron que el TAI no había aportado beneficios. Y la gran mayoría de familiares opinaron que el TAI había resultado beneficioso para el tratamiento del enfermo. Únicamente el 5% de éstos consideraron que la medida no había servido de “nada”. Por último, más de la mitad de los pacientes entrevistados (54%) estimaron que la medida había resultado beneficiosa, un 30% no pudo entrevistarse, y el resto consideró que la medida no había servido o le había podido perjudicar.

Es posible concluir en que la gran mayoría de las personas implicadas consideran favorable esta medida de internamiento. Pues, además de haberse demostrado a través de distintos estudios que en la mayoría de las situaciones produce efectos positivos y resulta eficaz, este modelo de tratamiento se encuentra como una opción menos coactiva que el ingreso hospitalario. Entrevistas como las realizadas por Crawford y cols a pacientes que finalmente han recibido el alta hospitalaria, demuestran que dichos pacientes prefieren recibir tratamiento involuntario en su casa, antes que en unidades hospitalarias cerradas. De esta manera se evita el ambiente de tensión y en ocasiones hostil que puede llegar a percibirse. A pesar de estos resultados, gran parte de estos pacientes se negaron a apoyar un cambio en la legislación que refuerce este tipo de tratamientos.

Haciendo referencia, de igual manera, a un trabajo llevado a cabo por los estudiantes de Licenciatura de Farmacia de la Universidad Miguel Hernández-San Juan y Técnico de Farmacia y Parafarmacia en la escuela de formación profesional de la Cruz Roja de Alicante: Leyre Notario Barandiaran, Javier Sánchez Asurmendi y Saray Garrido González acerca del TAI¹⁹; podemos alcanzar una conclusión opuesta.

Tras exponer los estudios realizados en Valencia, recoger las opiniones de los psiquiatras, de los familiares y de los pacientes, los diagnósticos que predominaron y los motivos de la solicitud, entre otros datos, llegaron a la conclusión de que debía ser el profesional sanitario quien evaluara el estado del paciente afectado por la medida y quién establezca las pautas del tratamiento. También consideran que debe tratarse cada caso de manera individualizada. Ya que, tras entrevistar a enfermeros y algunos alumnos de prácticas de enfermería, concluyeron que este tratamiento podía resultar efectivo en un número reducido de pacientes con unas características determinadas que deben ser valoradas previamente por el personal especializado.

Se apoyaron en el hecho de que eran de escasa validez los estudios realizados hasta la fecha, ya que cuentan con un reducido tamaño muestral.

¹⁹ LEYRE NOTARIO BARANDIARAN, JAVIER SÁNCHEZ ASURMENDI, SARAY GARRIDO GONZÁLEZ.:” Tratamiento Ambulatorio Involuntario (TAI)”

Consideran que este modelo de tratamiento beneficia sobre todo a las familias de los afectados por el trastorno mental, ya que al estar obligados a tomar la medicación disminuye su agresividad y los episodios de violencia.

Sin embargo, como venimos mencionando, concluyeron que para sacar conclusiones más exactas se deberían practicar más ensayos clínicos.

Otro estudio cuyos resultados ponen en duda la eficacia del TAI es el llevado a efecto por los autores: Miguel Hernández-Viadel, Carlos Cañete Nicolás, Juan Francisco Pérez Prieto, Guillem Lera Calatayud y Manuel Gómez Beneyto. El referido estudio recibe el nombre de “Evaluación de la eficacia del tratamiento ambulatorio involuntario para reducir la atención hospitalaria”, y se encuentra publicado en la Revista de Psiquiatría y Salud mental²⁰. Pues se trata de un estudio del Servicio de Psiquiatría, del Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Con el propósito de evaluar si los pacientes sometidos a TAI disminuyen la utilización de servicios de salud mental en comparación con un grupo de control no sometido a esta intervención legal, se empleó el siguiente método.

Se contrastó el grupo de 38 pacientes con TAI con un grupo de control de otros 38 pacientes, seleccionado el segundo grupo de entre aquellos pacientes que fueron hospitalizados de manera involuntaria durante el mismo período. Los pacientes que conformaban el grupo de control compartían características sociodemográficas, clínicas e historial psiquiátrico similares a los del grupo con TAI. Se llevó a cabo una evaluación del número de visitas a urgencias, de los ingresos hospitalarios y la duración promedio de estancias hospitalarias durante un seguimiento de 6 meses después del inicio del tratamiento judicial o el alta hospitalaria de los casos de control.

²⁰ MIGUEL HERNÁNDEZ-VADEL, CARLOS CAÑETE NIVOLÁS, JUAN FRANCISCO PÉREZ PRIETO, GUILLEM LERA CALATAYUD, MANUEL GÓMEZ BENEYTO.: “Evaluación de la eficacia del tratamiento ambulatorio para reducir la atención hospitalaria”, Revista de Psiquiatría y Salud Mental, 2010; 3(2), pp. 50 a 54

En cuanto a los resultados del estudio, no se observaron diferencias significativas en el uso de los servicios de salud mental que hemos mencionado entre ambos grupos.

Por lo tanto, este estudio alcanza una conclusión similar al que referimos anteriormente. Estos autores consideran que, si la eficacia se define por la reducción del uso de servicios hospitalarios, los resultados obtenidos indican que esta medida legal no es más efectiva que el tratamiento hospitalario no obligatorio.

Sin embargo, si por el contrario se estimaba la eficacia del TAI mediante otras medidas de resultado diferentes, como pueden ser la satisfacción del propio paciente, la adherencia al tratamiento durante la aplicación de la medida o la evolución del enfermo tras utilizar la medida, se alcanzaría una conclusión diferente. Ya que, en cuanto a la satisfacción del paciente, en estudios anteriores encontramos que el 80/90% de los psiquiatras y familiares entrevistados consideran el TAI una medida beneficiosa para el tratamiento del paciente. Inclusive el 54% de los pacientes con TAI consideraron que había resultado ser una medida beneficiosa. Y, en lo referente a la adherencia al tratamiento, para el 13% de los pacientes, la medida fue el último recurso de las familias para que los pacientes se adhirieran al tratamiento ambulatorio.

Finalmente, se vuelve a hacer referencia al tamaño reducido de la muestra, entre otras limitaciones del estudio, lo que vuelve a disminuir la confianza en los resultados.

VII. ESTUDIO PRÁCTICO SOBRE EL RESULTADO DE LA APLICACIÓN DE LA MEDIDA DE TRATAMIENTO AMBULATORIO INVOLUNTARIO EN ELCHE DURANTE LOS AÑOS 2013 A 2020

Este estudio que abordaremos a continuación fue llevado a cabo por la Magistrada de la Audiencia Provincial de Alicante Sección Quinta, y Magistrado-Juez del Juzgado de Primera Instancia 5 de Elche desde septiembre de 2000 hasta febrero de 2020, Dña. M^a Encarnación Aganzo Ramón, directora de este trabajo. Se trata de una memoria de tramitación de expedientes TAI durante el periodo de enero de 2013 a enero de 2020²¹.

Inicialmente, se toma en consideración el hecho de que, durante este periodo de tiempo, el Juzgado de Primera Instancia num.5 de Elche, había instruido con competencia exclusiva los asuntos relacionados con las incapacidades e internamientos del Partido Judicial de Elche. Aunque en el año 2019 pasó a ser compartida la competencia con el Juzgado de Primera Instancia num.6.

Además, se advierte que los datos recopilados no arrojan conclusiones definitivas. Ello se debe a la falta de coordinación entre el Juzgado y la Unidad de Salud Mental (USM). En ocasiones, se indica, no se informaron las incidencias con los pacientes, y en otras, no se consideró la posibilidad de conducciones involuntarias. Se registraron además inasistencias no comunicadas y períodos prolongados sin medicación, lo que condujo a internamientos, tanto voluntarios como involuntarios.

Acto seguido, contamos con una recopilación de los datos obtenidos.

En primer lugar, 297.604 habitantes conformaron el total de la población del Partido Judicial de Elche en el año 2020, siendo el número total de expedientes TAI tramitados durante el periodo de estudio de 108, de los que

²¹ M^a ENCARNACIÓN AGANZO RAMÓN.: “Memoria Tramitación Expedientes TAI”, Juzgado de Primera Instancia Num. 5 de Elche, 2013 a 2020, presentada en el V Simposium Ilicitano de Psiquiatría celebrado en Elche durante los días 25 y 26 de mayo de 2023

simultáneamente se habían llegado tramitar 82. En el momento de emisión del informe, se tramitaban un total de 68 expedientes.

La mayoría de los tratamientos, 30, han sido iniciados a petición directa de los familiares del paciente, como padres, hermanos, hijos, entre otros. 22 fueron iniciados a petición del Ministerio Fiscal, 24 a petición de la Unidad de Agudos, y 26 por Unidades de Salud Mental. 5 fueron solicitados por otras personas distintas, allegadas o conocidas de los pacientes a tratar.

Entre los diagnósticos más frecuentes de los pacientes afectados, encontramos 40 casos de esquizofrenia, 10 de trastorno esquizoafectivo, 2 de trastorno esquizofreniforme, 11 de psicosis/ brote psicótico/ trastorno de ideas delirantes, 14 casos de trastorno límite de la personalidad (TLP), 2 de trastorno explosivo, 8 de trastorno bipolar, 2 de anorexia, y 7 casos de dudoso diagnóstico o sin concretar y 12 de patología dual (enfermedad mental acompañada de adicciones como las drogas o el juego).

A su vez, tuvo lugar la combinación de algunos expedientes de TAI con otras medidas. 7 fueron combinados con asistencia a UCA (Unidad de Conductas Adictivas), y otros 2 con asistencia a CRIS (Centro de Rehabilitación e Inserción Social). Y 22 fueron los expedientes en los que constan iniciados procedimientos de incapacidad antes, durante o después de la medida.

Llegaron a realizarse conducciones involuntarias en distintos expedientes, conformando un total de 24 expedientes (22%). En 16 de ellos se realizaron entre 1 y 2 conducciones involuntarias, en 8 se llegaron a cabo tres o más, y en 3 no se pudo localizar al paciente (se encontraba en paradero desconocido).

A pesar del TAI, 32 de los pacientes sometidos a este tratamiento (29,6%) requirieron internamiento. De ellos, solamente en 9 se probaron con carácter previo conducciones involuntarias. En los casos restantes no se comunicó la falta de adhesión al tratamiento hasta descompensación, por lo que resultó necesario el internamiento del paciente de forma directa.

Por otra parte, 6 fueron los casos en los que el paciente entró en prisión durante la tramitación del tratamiento. Durante la estancia en prisión el procedimiento quedó en suspenso.

En lo referente a la terminación de los expedientes, los motivos han resultado ser los siguientes: 4 de ellos por ingreso en CEEM, 27 por adhesión al tratamiento, 14 por no considerar útil la medida, 5 por recuperación o mejoría, 3 por oposición de los padres con carácter posterior, 3 por fallecimiento y 3 por desaparición o traslado del paciente a otra localidad.

En el momento de la emisión del informe, como mencionamos anteriormente, eran 68 los expedientes en tramitación. Entre ellos, 49 eran expedientes anteriores que continuaban abiertos, 8 eran también expedientes anteriores pero acordados de nuevo tras el archivo y 11 habían sido incoados en relación con nuevos pacientes.

Asimismo, habían tenido lugar algunas incidencias como, por ejemplo, la retirada de un perro a un paciente, ya que éste convivía con su madre que padecía demencia, y perjudicaba la convivencia. En otros dos supuestos se retiraron armas a los pacientes, siendo éstas depositadas en la Guardia Civil, lo que había provocado en uno de estos casos una situación de riesgo para la Comisión Judicial. También se requirió en otros dos casos al paciente para depositar su permiso de conducir en el Juzgado, con el fin de evitar situaciones de riesgo ya producidas, informando a la Dirección General de Tráfico.

Debemos aclarar que estas medidas a pesar de ser cuestionables se adoptaron al amparo del art. 158.CC, en relación con el art. 216 CC en su antigua redacción (que otorgaba al juzgador la facultad de adoptar las medidas necesarias con el fin de evitar peligros o perjuicios a una persona con falta de capacidad).

Acerca de las consideraciones generales del estudio, resulta importante saber que, aunque el expediente de TAI está originalmente destinado a pacientes con enfermedades mentales graves y riesgo de conductas agresivas, en la práctica observamos que se aplica a distintos casos, como pueden ser

patologías duales o TLP, como último recurso a solicitud de familiares. En estos casos se han obtenido resultados distintos.

Además, los familiares (que conviven normalmente con el paciente) apoyan la adopción del TAI en la mayoría de los casos. Consideran que garantiza la adherencia al tratamiento y que favorece la convivencia con los pacientes. Algunos casos de familiares que se oponen expresan su preocupación por las consecuencias que puede conllevar la intervención de la policía.

Incluso los propios pacientes muestran una alta aceptación de este modelo de tratamiento, sobre todo tras episodios de descompensación o confrontaciones legales previas. No obstante, las quejas suelen tener relación con los efectos secundarios de la medicación y la falta de adherencia al tratamiento a largo plazo.

El Ministerio Fiscal suele respaldar la adopción del TAI cuando se solicita intervención judicial.

Y, aunque los expedientes deban ser revisados cada 6 meses, en la práctica se prolongan y las revisiones no se realizan en los plazos establecidos debido a la carga de trabajo en el juzgado y la Unidad de Salud Mental (USM).

En algunos casos, la medida continúa a pesar de la opinión del especialista encargado del tratamiento, lo que resalta la necesidad de coordinación entre los profesionales de salud mental y el sistema judicial.

Finalmente, debemos también considerar que la ejecución del TAI ha sido difícil en pacientes no adscritos a la Seguridad Social, pues los psiquiatras privados no se han responsabilizado del seguimiento. Las conducciones suelen ser realizadas por la Policía Local, y por la Guardia Civil en áreas rurales, con la finalidad de presentar al paciente en un plazo corto y sin el uso de la fuerza, dando importancia a la empatía y al cuidado del paciente.

Conforme a lo expuesto, del estudio efectuado se derivan una serie de conclusiones:

1.- La colaboración y la coordinación entre las autoridades judiciales y la USM tiene un gran impacto en la eficacia de la medida. Podemos concluir que en los casos en los que ha tenido lugar dicha coordinación la medida ha funcionado y ha evitado ingresos posteriores. Sin embargo, son muchas las situaciones en las que no se ha aprovechado la existencia de la medida, no se ha comunicado al juzgado la ausencia de adhesión al tratamiento, y no se ha conocido finalmente la situación real del enfermo hasta el momento en el que ha resultado necesario su internamiento.

2.- El resultado perseguido por el TAI únicamente se ha logrado en 32 casos (si consideramos eficaz la medida en caso de que se produzca adhesión al tratamiento o mejoría), de los que en 27 expedientes se ha alcanzado la adhesión al tratamiento y en otros 5 se ha conseguido la curación o mejoría. Constituye el 29,6% de los expedientes abiertos.

3.- Sin embargo, si por el contrario se considera eficaz la medida cuando logra evitar descompensaciones en la enfermedad que hacen necesario el internamiento, el porcentaje aumentaría, pues en el 70,4% de los casos no han sido necesarios internamientos involuntarios (frente al 29,6% que sí lo han sido). Pese a que los datos obtenidos no son del todo fiables.

4.- Si consideramos útil la medida por permitir la convivencia familiar y una mejor situación social, los resultados serían mejores todavía, debido a que únicamente en 6 casos consta ingreso en prisión y en 4 ingreso en CEEM. Tampoco contamos con resultados exactos, ya que otras incidencias como podrían ser denuncias por delitos leves o una mala convivencia familiar no comunicada no pueden tomarse en consideración.

5.- En cuanto a los expedientes de patología dual, la integración de la asistencia a la Unidad de Salud Mental con la asistencia a la Unidad de Conductas Adictivas puede ser beneficioso solamente si el paciente muestra disposición para la deshabituación. En ausencia de esta disposición, carece de efectividad, pues no es posible obligar al paciente a participar en el tratamiento en caso de negativa, y los responsables de la UCA pueden rechazar su intervención.

6.- Debe priorizarse el tratamiento a la libertad del paciente con el fin de evitar agresiones en casos de enfermos mentales graves con conductas de violencia. Pues las consecuencias de no hacerlo y priorizar su libertad podrían ser desde órdenes de alejamiento y claudicación familiar, hasta posteriores internamientos. Podría conllevar un riesgo para su persona y para la sociedad.

7.- La medida TAI deberá llevar aparejado un tratamiento integral sociosanitario del paciente y de su entorno, y ni mucho menos debe limitarse a la toma de medicación del afectado por el trastorno mental. Sólo así podrá lograrse por el paciente una adaptación social y familiar íntegra.



VIII. LA PROPOSICIÓN DE LEY DE SALUD MENTAL.

Para finalizar este estudio, se considera pertinente analizar cuáles son los pasos a los que se encamina el legislador para adecuar las normas en materia de abordaje y tratamiento de la enfermedad mental a los principios de la Ley 8/21 y al modelo de recuperación, cada vez más extendido en contraposición al hasta ahora imperante modelo de cuidados.

Para ello, resulta significativa la Proposición de Ley de derechos en el ámbito de la salud mental²², presentada por el Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea, que se encuentra en fase de enmiendas, y que se analizará a continuación.

En la Exposición de Motivos de dicha Proposición se recoge que, en la actualidad, cada vez son más comunes los problemas relacionados con la salud mental, y cada día es mayor el número de personas que sufren enfermedades relacionadas con la salud mental, como es la depresión. De la misma manera, se demostró que, según la Encuesta Europea de Salud realizada por el Instituto Nacional de Estadística en 2020, para el primer trimestre, el suicidio se convirtió en la primera causa de muerte externa en la población.

Existen muchos factores que condicionan la salud mental de la población, desde factores de estrés ocasionados por situaciones laborales, preocupaciones económicas, carencia de tiempo libre o imposibilidad de desconectar, etc., como la insatisfacción que fácilmente pueden tener debido a la promoción de ideas de hiperproductividad, autoexigencia, necesidad de alcanzar la perfección, etc., que podemos ver en nuestro día a día, ya sea mediante las redes sociales, en medios de prensa, en la televisión, o en cualquier tipo de ambiente social. La crisis de la COVID-19, entre otros, ha sido un factor agravante a estos problemas de salud sobre todo en la población juvenil.

Son muchos los motivos que pueden desencadenar este tipo de situaciones, y afortunadamente, cada día va cobrando mayor reconocimiento e

²² https://www.congreso.es/public_oficiales/L12/CONG/BOCG/B/BOCG-12-B-376-1.PDF

importancia el abordaje de estas enfermedades. Por ello, se considera una prioridad el establecimiento de una regulación legal que permita desarrollar sistemas de salud mental integrales, concienciar de la importancia del bienestar mental, poner fin a los prejuicios y a la desigualdad o discriminación de las personas con problemas de salud mental, y por supuesto, disponer de expertos en los diferentes ámbitos de intervención, con el objetivo de asegurar la prevención e intervención específicas y adaptadas a las necesidades de cada perfil.

Sin embargo, se afirma, nuestro Sistema Nacional de Salud no resuelve de manera suficiente y óptima este tipo de problemas de salud. Todavía los datos epidemiológicos con los que contamos son incompletos, lo que impide valorar adecuadamente la incidencia y el impacto que tienen los trastornos mentales en nuestra población.

Por lo tanto, pese a la importancia y el reconocimiento que deberíamos dar a este tipo de problemas que afectan a la salud de un importante número de personas diariamente, España, en comparación con otros países de nuestro entorno, cuenta con muchos menos profesionales especializados en salud mental (psicólogos, psiquiatras, neuropsicólogos, entre otros), así como cuentan con unos recursos sociales y materiales insuficientes, que dificultan o impiden abordar esta materia con la importancia que merece, y el correcto funcionamiento del sistema con una organización y coordinación de las diferentes estructuras de nuestro modelo territorial que garantizara, mediante la creación de normas, programas y políticas públicas, la posibilidad de dar una respuesta a las necesidades reales de las personas afectadas. Una respuesta, por supuesto, eficaz, científica, multidisciplinar y completa.

La Constitución española de 1978 en su artículo 43, apartado 1, reconoce el derecho a la protección a la salud, y establece un mandato a los poderes públicos de organizar y tutelar la salud pública, en su apartado 2, mediante medidas preventivas, prestaciones y servicios que resulten necesarios. A pesar de ello, podemos considerar que ha tenido lugar una interpretación errónea del concepto de protección, pues nuestro sistema sanitario se ha enfocado a ofrecer

servicios únicamente frente a enfermedades, quedando abandonado el campo de la prevención.

De la misma manera, el artículo 49 del mismo texto legal, ordena a los poderes públicos a llevar a cabo una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración del colectivo de personas con diversidad funcional, de tal forma que les presten la atención especializada necesaria, y amparen especialmente los derechos que les son reconocidos en el Título I de la Constitución. Podemos observar que la intención con la que se tratan de introducir estas nuevas políticas asistenciales para estas personas con diversidad funcional es permitir la inserción de éstas en las relaciones cotidianas de la vida social, partiendo de la asunción de las dificultades o los impedimentos con los que ellos lidian a diario.

El artículo 18.8 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, asigna a las Administraciones Públicas el deber de promover y mejorar la salud mental. Así como incorpora principios rectores como plena integración de la salud mental en el sistema sanitario general, la inclusión de la salud mental en el ámbito comunitario y la atención integral y coordinada, en su artículo 20.

Posteriormente, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, en sus artículos 12 y 13, introdujo la atención a la salud mental como parte integrante de las prestaciones de atención primaria y atención especializada, desarrolladas y concretas en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

Como mencionábamos anteriormente, es una realidad el hecho de que no contamos con los suficientes especialistas en salud mental. La nueva ley pretende facilitar la accesibilidad a este servicio, tratando así de evitar las desigualdades que tienen lugar a la hora de recibir un tratamiento, provocadas por la necesidad de contar con una adecuada situación económica que permita a quien padece estos trastornos de salud poder solicitar la ayuda necesaria en centros privados.

En el ámbito laboral, también pretende realizar modificaciones, como, por ejemplo, procura atribuir como deber al empresario la protección de la salud mental de las personas trabajadoras, como uno de los deberes que le corresponden de prevención de los riesgos derivados del trabajo. Además, somos conscientes de que cada día más personas trabajan a distancia, teletrabajan. Por lo que también se procura evitar que estas modalidades de trabajo puedan perjudicar la salud mental de los trabajadores. Por ello, el artículo 88 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales ha reconocido el derecho a la desconexión digital, concretado para estas situaciones en el artículo 18 de la Ley 10/2021, de 9 de julio, de trabajo a distancia.

Otro de los propósitos de esta ley es superar los problemas de la atención a la salud mental. En el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2019, publicado en 2021 por el Ministerio de Sanidad, se manifiesta la necesidad de continuar trabajando para poder disponer de indicadores válidos en la atención a la salud mental que, como anteriormente mencionamos, confieran una mejor comprensión de las necesidades, perfiles sociodemográficos de las personas que sufren trastorno mental y los recursos existentes con el objeto de fomentar el bienestar mental.

Menciona la exposición de motivos que la prevención al suicidio es otra de las prioridades de la presente ley, asegurar la protección de personas con factores de riesgo o situaciones que pueden propiciar el intento o la voluntad de suicidio, el reconocimiento de dichas conductas, etc. Se pretende acabar también con la discriminación, el rechazo y otras violaciones de derechos humanos relacionados con la salud, mediante la creación de mecanismos para su detección, denuncia y reparación.

En consecuencia, la ley amplía las estructuras administrativas encargadas de velar por la protección de la salud mental de la población, creando la Defensoría de la persona con problemas de salud mental o el Centro Estatal de Salud Mental.

A continuación, hablaremos de la estructura de esta proposición de ley y de su contenido para analizar la tendencia mostrada por el legislador en la regulación de esta materia.

En primer lugar, ésta se estructura en un título preliminar, tres títulos, una disposición adicional y seis disposiciones finales. Durante su redacción se han tenido en consideración los principios de la buena regulación, incorporando los preceptos estrictamente necesarios para enfrentar las necesidades en el ámbito de salud mental.

El Título preliminar recoge el objeto, el ámbito de ampliación, los principios y las definiciones. De tal manera que, recoge las disposiciones generales de la presente ley, como son su objeto, ámbito de aplicación, principios, definiciones y su perspectiva de género transversal e interseccional.

Su objeto consiste en garantizar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas y regular el acceso a una atención sanitaria y social de calidad, así como establecer las correspondientes actuaciones de los poderes públicos con el fin de lograr la plena participación e inclusión en la sociedad sin estigmas ni discriminaciones, respetando los derechos humanos.

No nos debe sorprender que su finalidad, y el motivo de su elaboración, sea ésta, tras habernos referido a la importancia y al impacto que tiene la salud mental en la población y a la necesidad de abordar problemas como su protección o prevención, la dificultad para acceder a la atención sanitaria y la exigencia de que los poderes públicos actúen amparando a las personas que sufren trastornos de este tipo.

Por otro lado, en cuanto a su ámbito de aplicación, también hemos expuesto el cometido que corresponde a los poderes públicos de garantizar el acceso a los servicios de salud a cualquier persona que pueda necesitarlos, y al Sistema Nacional de Salud la promoción de la protección plena de la salud mental.

Por supuesto, cualquier servicio, proveedor o persona encargada del apoyo de personas con problemas mentales debería adecuarse a los principios establecidos en la ley.

Así como las medidas de prevención, promoción y atención de la salud mental serán de acceso universal, impidiendo así la discriminación de cualquier persona por razones de sexo, de raza o religión, o cualquier otra condición o circunstancia personal.

Es aplicable, además, en el ejercicio de los derechos de libertad, intimidad y autonomía personal. Pues cualquier persona tiene derecho a decidir libremente acerca de aquello que afecte a su salud mental, siempre con el límite del debido respeto a los derechos de las demás personas y al orden público que la Constitución y las leyes garantizan.

Y, por último, los poderes públicos llevarán a cabo las prestaciones y demás obligaciones que establece la ley para garantizar la salud mental de la población.

El artículo 3 del Título preliminar refiere los principios básicos que inspiran esta ley. Éstos permiten garantizar el bienestar físico y mental de todas las personas, reconociendo su derecho a tomar decisiones autónomas sobre su vida y tratamiento, promoviendo la equidad, el respeto a la dignidad y los derechos humanos en la atención prestada. Se enfoca en combatir la discriminación y el estigma social hacia aquellos con problemas de salud mental, asegurando su inclusión social y calidad de vida. Además, prioriza la atención integral en la comunidad, la prevención de los problemas de salud mental, asegurando su inclusión social y calidad de vida. Además, prioriza la atención integral en la comunidad, la prevención de problemas de salud mental en todas las etapas de la vida, con especial atención a los grupos vulnerables, y la participación activa de las personas afectadas en la organización de los servicios de salud mental. Y, en situaciones de crisis sanitarias, se establecen medidas específicas para atender la salud mental de manera efectiva.

Adicionalmente, la presente ley define una serie de conceptos clave para su aplicación efectiva, como el suicidio, la autonomía, la diversidad funcional, entre otros.

El suicidio se refiere a un acto deliberado y consciente con la intención de quitarse la vida. La autonomía se entiende como el derecho de las personas a tomar decisiones libres e informadas sobre su vida. La diversidad funcional se relaciona con las diferencias en el funcionamiento de una persona al realizar tareas habituales. La recuperación es un proceso personal de vivir una vida satisfactoria e independiente del trastorno mental, promoviendo la autodeterminación y una vida digna. La atención integral aborda la salud mental de manera holística, considerando aspectos biológicos, psicológicos, sociales y contextuales. El consentimiento informado implica la conformidad libre y consciente de un paciente después de recibir información adecuada sobre su salud. La decisión compartida es un proceso en el cual paciente y profesional sanitario intercambian información y deliberan para tomar decisiones consensuadas sobre el cuidado de la salud. Finalmente, las violencias machistas se refieren a cualquier acto de violencia basado en género que afecta a mujeres y sus hijos/as, incluyendo daños físicos, sexuales, psicológicos o económicos, tanto en el ámbito público como privado.

Como última disposición del Título preliminar, en su artículo 5, la referida ley establece la necesidad de una perspectiva de género transversal e interseccional en todos los servicios y recursos de salud mental. Esto implica abordar los problemas de salud mental como fenómenos relacionales y relacionados con las diferencias y desigualdades estructurales de sexo, género, orientación sexual, identidad y expresión de género, clase social o etnia.

Se promueve una concepción integral de la salud que considere a la persona como un sistema dinámico y la atención simultánea a las diversas dimensiones de las problemáticas de la salud mental. Además, se busca intervenir en las tensiones entre los modelos sociales de género y los modelos de atención, promoviendo la igualdad de género en la atención a la salud mental y el reconocimiento de los roles e identidades de género como parte del proceso de salud.

Se destacan la importancia de establecer relaciones asistenciales de persona a persona, superar la patologización de las problemáticas sociales y su medicalización, así como identificar y registrar los determinantes psicológicos y sociales que influyen en la salud mental, incluyendo género, clase, etnia, diversidad funcional, orientación sexual e identidad de género.

A continuación, el Título I de la proposición, recoge los derechos de las personas afectadas por problemas de salud mental. En su Capítulo I recoge los derechos de las personas a la atención para los problemas de salud mental en el Sistema Sanitario, reconociendo así el derecho de éstas a una atención integral, el derecho de audiencia y a la no discriminación, el derecho a la autonomía de la persona que padecen el problema de salud mental, el derecho a otorgar poderes preventivos, a una información veraz y completa sobre su propia salud mental y los tratamientos, el derecho a las decisiones compartidas y al consentimiento informado, al uso de estrategias de decisiones anticipadas, al nombramiento de las Personas Referentes, y el derecho a la prevención cuaternaria y a la protección contra la iatrogenia y las intervenciones de riesgo.

El Capítulo II recoge los derechos de las personas con diversidad funcional y problemas de salud mental. Estos son los derechos de la población en riesgo de pobreza y exclusión social y personas con diversidad funcional y problemas de salud mental, la autodeterminación de la persona con diversidad funcional, y su protección cualificada.

Los derechos de niños, niñas y adolescentes afectados por problemas de salud mental se encuentran agrupados en el Capítulo III. El artículo 20 establece que deben garantizarse sus derechos y libertades fundamentales recogidos en los tratados internacionales, en la Constitución y en las leyes. Entre ellos, recoge derechos como acceder a una atención pública especializada y de calidad, expresar su opinión libremente y ser escuchados sobre las cuestiones que les afecten, preservar su privacidad e intimidad... Al mismo tiempo los artículos 21 y 22 establecen que se implementarán programas específicos dirigidos a la prevención primaria y secundaria.

Finalmente, el Capítulo IV comprende los derechos de las mujeres afectadas por problemas de salud mental, como el derecho a un trato libre de discriminación, a la protección de violencias machistas, a recibir una atención integral, entre otros. Tendrán derecho a disponer de servicios de apoyo psicológico, social y sanitario para el ejercicio de la maternidad, aquellas mujeres que sean madres y tengan problemas de salud mental.

Subsiguientemente, el Título II de la presente ley hace referencia a las actuaciones públicas para la protección de la salud mental.

En primer lugar, contemplamos en su Capítulo I las garantías de atención a la salud mental, como son la atención a la salud mental, las garantías de tiempo para la atención a la salud mental, ratios mínimas de profesionales de salud mental y la formación en salud mental. Todo ello con el fin de asegurar una atención sanitaria integral y continuada dirigida a la prevención, promoción y protección de la salud mental en el marco del Sistema Nacional de Salud y los servicios públicos restantes.

Se pretende asegurar, de igual manera, la investigación y promoción de la salud mental. El Capítulo II expone el deber de investigación en salud mental y las campañas de lucha contra el estigma, de acuerdo con los principios de participación directa de las personas con problemas de salud mental y el empleo de discursos que cooperen a la descomposición de los estereotipos y prejuicios, y con los tratados internacionales de protección de los derechos humanos.

Referente a la prevención del suicidio, el Capítulo III dispone que el Ministerio de Sanidad elaborará un protocolo de prevención del suicidio que será conciliado en el seno del Consejo Internacional del Sistema Nacional de Salud, y que tiene como principios y criterios la prevención en grupos expuestos a situaciones de vulnerabilidad, la identificación precoz de estas personas, el acceso a la atención sanitaria y social de forma rápida e integral, estrategias de fomento de la salud mental, ofrecimiento de seguimientos estrechos y continuados, atención al postsuicidio a familiares y personas del entorno, coordinación entre servicios sanitarios en general, y campañas psicoeducativas de educación e informativas de prevención, factores de riesgo y contra el estigma

social asociado a estas conductas. Además de la creación de un registro de datos asociados a los suicidios y su tratamiento, y de que se brindará formación sobre la prevención del suicidio.

El Capítulo IV nos habla de la atención libre de coerción y de tratamientos involuntarios, con el objetivo de eliminar la contención mecánica y otras formas de coacción, y el internamiento en contra de la voluntad de la persona afectada, a excepción de determinados supuestos y siempre previa autorización judicial.

Asimismo, se establecen medidas de atención a las personas que presentan problemas de salud mental provenientes de la crisis de la COVID-19.

Ulteriormente, el Título III presenta el modelo de gobernanza para la protección de la salud mental, mediante la Estrategia Española de Salud mental, la creación del Centro Estatal de Salud Mental y del Consejo de Participación de Salud Mental, y de la Defensoría de la persona con problemas de salud mental. Esta última figura deberá ser creada por cada Comunidad Autónoma. De esta manera, se pretende el cumplimiento de los principios y objetivos establecidos en esta ley, mediante la planificación y coordinación de las actuaciones públicas en materia de salud mental, garantizando así el amparo de los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental.

Acto seguido, se establece como disposición adicional única que el Estado debe llevar a cabo la Alta Inspección como una tarea destinada a asegurar y comprobar que se cumplen adecuadamente los derechos y beneficios establecidos en la presente ley.

Para concluir, es crucial destacar cómo las disposiciones finales de esta ley representan un avance fundamental en la protección y promoción de la salud mental en nuestra sociedad. Procederemos a examinar estas disposiciones, subrayando su importancia en la configuración de un sistema de salud más inclusivo y enfocado en el bienestar integral de todos los ciudadanos.

En primer término, la Disposición Final Primera modifica la Ley de Prevención de Riesgos Laborales para incluir medidas de protección de la salud mental de los trabajadores.

La Disposición Final Segunda modifica la Ley General de Salud Pública para incluir la salud mental como uno de los aspectos a considerar en la vigencia de la salud pública y establece programas de prevención en este ámbito, así como la recopilación de estadísticas específicas sobre salud mental.

La Disposición Final Tercera establece el carácter básico de la ley y su aplicación en todo el territorio del Estado, con competencias autonómicas para garantizar la prestación de servicios de salud mental.

La Disposición Final Cuarta habilita al Gobierno para desarrollar reglamentos para la implementación de la ley.

La Disposición Final Quinta establece la creación del Centro Estatal de Salud Mental y otras estructuras sin incrementar los créditos presupuestarios, así como el alcance progresivo de las ratios mínimas de profesionales y la responsabilidad financiera de las Comunidades Autónomas en las prestaciones sanitarias establecidas en la ley.

Y, por último, la Disposición Final Sexta determina la entrada en vigor de la ley a partir del día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial del Estado, diferenciando las medidas presupuestarias, que entrarán en vigor en el siguiente ejercicio presupuestario.

De salir adelante la proposición de ley que se ha analizado, ello supondría un gran cambio en relación con el abordaje psiquiátrico de la salud mental, que debería modificar por completo su planteamiento. La proposición califica la situación actual de la psiquiatría con expresiones tales como “*atención fragmentada, insuficiente, biologicista y centrada en la reducción sintomatológica*”. Considera abiertamente el proponente de la norma que el Convenio de Oviedo, el internamiento y el tratamiento involuntario suponen una amplia violación de los derechos humanos. Y critica la defensa a la iatrogenia

que se realiza por la psiquiatría actual como consecuencia necesaria a la disminución de la sintomatología.

La proposición considera con acierto que no parece razonable relegar la salud mental al ámbito privado o familiar, sino que es necesario generar normas, programas y políticas públicas convenientes, practicables y evaluables que den respuesta a las necesidades reales de las personas beneficiarias. Y aboga por conseguir la equidad y respeto a la dignidad, autonomía individual y derechos humanos. Se recogen igualmente el derecho a recibir información comprensible y suficiente sobre el significado del diagnóstico, alternativas a los tratamientos, efectos adversos de la medicación, medidas que facilitan la recuperación y los recursos de apoyo mutuo y comunitario.

En cuanto al tratamiento de la enfermedad mental, se establece que todos los servicios que se presten en el ámbito de la salud mental adoptarán tratamientos basados en el consentimiento libremente otorgado. Y se indica que toda persona tendrá derecho a participar, de manera conjunta con el equipo de profesionales y otras personas de referencia para sí misma, en la decisión sobre qué tipo de tratamiento y actuación debe seguirse, de acuerdo con sus necesidades y deseos.

No obstante, la ley concluye señalando que no procederá el internamiento u hospitalización en contra de la voluntad del o de la paciente, salvo los supuestos restringidos y tasados en que lo determine una ley orgánica y siempre previa autorización judicial, lo que abre la puerta al mantenimiento de la medida de internamiento, e incluso del Tratamiento Ambulatorio Involuntario, siempre que medie resolución judicial y en los términos que habrá de establecer la norma de desarrollo, que tendrá que tener el carácter de ley orgánica.

IX. CONCLUSIONES

A lo largo de este trabajo, hemos realizado un análisis profundo de la situación actual de la salud mental en España y de la inaplazable necesidad de enriquecer el marco legal y la intervención sanitaria en este contexto, dada la creciente gravedad de problema que se refleja en los datos estadísticos expuestos.

Entre las ideas centrales que se han manejado, destaca la importancia del reconocimiento y tratamiento adecuado de los problemas de salud mental, además de la necesaria implementación de políticas efectivas y coordinadas que permitan atender a las necesidades de las personas afectadas, más allá del simple tratamiento médico y farmacológico de su situación. Frente a los antiguos modelo médico y de cuidados para el tratamiento de la enfermedad mental, el modelo de recuperación está volviéndose cada vez más común, y presenta como resultado el fomento de una perspectiva integral y multidisciplinaria que reconoce la dignidad y los derechos humanos de aquellos que sufren este tipo de problemas. La recuperación debe ir ligada a la inclusión social y comunitaria y al respeto a la diversidad de las experiencias individuales, superando los antiguos modelos médico y de cuidados.

Se destaca además la importancia de erradicar prácticas coercitivas en el sistema psiquiátrico, como pueden ser la medicación forzada, los ingresos involuntarios, entre otras. Pues es evidente que, además de suponer problemas éticos, minan la confianza en los servicios de salud mental y propagan el estigma asociado a los trastornos mentales, al que se pretende poner fin. No obstante, tales prácticas pueden resultar necesarias en casos graves, en que se revelan insuficientes otras medidas, pero siempre con sujeción estricta a lo dispuesto en la ley.

Indudablemente, la Ley 8/21 representa un avance significativo en relación con la adaptación de nuestro ordenamiento jurídico a los principios de la Convención de Nueva York sobre los derechos de las personas con discapacidad, consagrando la evolución desde el llamado sistema de sustitución de la capacidad, al sistema de apoyos, de manera que se promueve una perspectiva dirigida a respetar la voluntad y las preferencias individuales, a

favorecer un marco más inclusivo y respetuoso con los derechos humanos, y a apartar o suprimir conceptos tradicionales como la incapacitación y la tutela, que son sustituidos por un sistema de apoyos salvaguardas, en el que, además, se priorizan las medidas voluntarias frente a las judiciales, y la guarda de hecho frente a la curatela. Por lo tanto, podemos afirmar que esta reforma legislativa se encuentra orientada al fomento de la autonomía y de la inclusión de las personas con discapacidad en la sociedad, reconociendo su plena capacidad jurídica y garantizando que se respete su dignidad y derechos fundamentales en todos los ámbitos de su vida.

La Ley 8/21 no ha incluido ninguna modificación en relación con la regulación del internamiento que se realiza en la LEC. No obstante, la adopción de la medida deberá llevarse a cabo siempre de acuerdo con los principios básicos de la nueva regulación, de forma que debe atenderse a la voluntad y preferencias de las personas siempre que resulte posible, y no vengan determinadas por la propia enfermedad. A pesar de ello, todavía resulta necesario adaptar la normativa, de tal forma que el internamiento constituya un recurso subsidiario, que se lleve a cabo cuando sea imprescindible y respetando en cualquier caso los derechos de los pacientes.

El Tratamiento Ambulatorio Involuntario (TAI) es una propuesta clave que, a pesar de no contar todavía con una normativa concreta, puede ser una medida útil y necesaria en algunos casos, especialmente en pacientes con enfermedades mentales graves y conductas violentas, cuando los sistemas de cobertura asistencial de salud mental no han conseguido que el enfermo sea consciente de su enfermedad y acceda a recibir medicación voluntariamente.

La experiencia realizada por el Juzgado de Primera Instancia num 5 de Elche entre 2013 y 2019, evidencia que el TAI puede resultar un tratamiento eficaz a la hora de garantizar la adherencia de los pacientes al tratamiento farmacológico y prevenir conductas disruptivas, contribuyendo a la estabilización de los pacientes y a su recuperación. La medida TAI, no obstante, deberá llevar aparejado un tratamiento integral sociosanitario del paciente y de su entorno, y ni mucho menos debe limitarse a la toma de medicación del afectado por el

trastorno mental. Sólo así podrá lograrse por el paciente una adaptación social y familiar íntegra.

Para concluir, es fundamental que se continúe avanzando en el desarrollo de una legislación completa y adecuada, y en la mejora de los recursos disponibles con relación a los servicios de salud mental en España. Con ello hacemos referencia tanto a la creación de estructuras administrativas, como a la implementación de medidas preventivas y la promoción del bienestar mental en todos los aspectos de la vida social y laboral. La finalidad es asegurar una atención adecuada e igualitaria para todas las personas afectadas por trastornos de salud mental.

La manera en que una sociedad aborda la salud mental de sus ciudadanos es, en suma, un indicador clave de su progreso y empatía, y una sociedad no puede considerarse desarrollada y moderna si no considera que los problemas de salud mental de sus integrantes son prioritarios, siendo su solución responsabilidad de todos.



X. BIBLIOGRAFÍA.

<https://www.who.int/es/news/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care>

<https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>

<https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/sanidad14/Paginas/2023/100123-salud-mental-claves-estrategias-y-plan.aspx>

Ramos, J.; Pérez-Pérez, B.; Carreras, B; Vincens, E.; Porta, E; Andrés-Mora, H.; Mondón, S. Consell Assesor de Salut Mental i Addiccions (2020). La planificació de decisions anticipades en salut mental i addiccions: propostes per a la seva implantació

Sampietro, H. y Gavaldà-Castet, C. (2018). Generalitat de Catalunya i Federació Veus. (2018). Manual per a la Recuperació i Autogestió del Benestar. Projecte Activa't per la Salut Mental, de Salut Mental Catalunya

J. AGUSTIN OZAMIZ, IÑAKI MARKEZ, AGURTZANE ORTIZ.: "Propuestas de un Modelo de Recuperación en Salud Mental", Norte de salud mental, 2014, vol. XII, nº 48, pp. 89 a 94

<https://www.salutmentalcv.org/modelo-de-recuperacion/>

MIRIAM BRONCANO BOLZONI.: "Hacia la recuperación en la salud mental", Rev. Enferm. Salud Ment., 2016, pp. 13 a 20

JOSÉ JUAN URIARTE URIARTE, ANA VALLESPÍ CANTABRANA: "Reflexiones en torno al modelo de recuperación", Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2017; 37(131), pp. 241 a 256, disponible en <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v37n131/14.pdf>

https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2021-9233

<https://www.reyardid.org/blog/asesoria-cierzo-gestion/cambios-ley-8-2021-salud-mental/>

<https://www.conceptosjuridicos.com/ley-enjuiciamiento-civil-articulo-763/>

CARLOS-ELOY FERREIRÓS MARCOS.: "Tratamiento Ambulatorio: cuestiones legales y prácticas", CERMI, 2006

TC Pleno, S. 27-06-1990, núm. 120/1990, fundamento jurídico octavo

https://www.iustel.com/diario_del_derecho/noticia.asp?ref_iustel=101974

9

<https://www.legaltoday.com/practica-juridica/derecho-civil/civil/jurisdccion-voluntaria-la-gran-olvidada-2014-03-31/>

<https://vlex.es/vid/53-49-lotc-9-as-16-11-17-45-logp-15356906>

Protocolo de actuación sanitaria-judicial en supuestos de
tratamiento ambulatorio involuntario- D. VICENTE MAGRO SERVET
Audiencia Provincial de Alicante. 15 enero 2016

<https://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>

MIGUEL HERNÁNDEZ-VADEL, GUILLEM LERA CALATAYUD, CARLOS CAÑETE NICOLÁS, JUAN FRANCISCO PÉREZ PRIETO, TERESA ROCHE MILLÁN.: “Tratamiento ambulatorio involuntario: opinión de las personas implicadas”, Archivos de Psiquiatría, 2002; 70(1), pp. 65 a 74

LEYRE NOTARIO BARANDIARAN, JAVIER SÁNCHEZ ASURMENDI, SARAY GARRIDO GONZÁLEZ.:” Tratamiento Ambulatorio Involuntario (TAI)”

MIGUEL HERNÁNDEZ-VADEL, CARLOS CAÑETE NIVOLÁS, JUAN FRANCISCO PÉREZ PRIETO, GUILLEM LERA CALATAYUD, MANUEL GÓMEZ BENEYTO.: “Evaluación de la eficacia del tratamiento ambulatorio para reducir la atención hospitalaria”, Revista de Psiquiatría y Salud Mental, 2010; 3(2), pp. 50 a 54

M^a ENCARNACIÓN AGANZO RAMÓN.: “Memoria Tramitación Expedientes TAI”, Juzgado de Primera Instancia Num. 5 de Elche, 2013 a 2020, presentada en el V Simposium Ilicitano de Psiquiatría celebrado en Elche durante los días 25 y 26 de mayo de 2023

https://www.congreso.es/public_oficiales/L12/CONG/BOCG/B/BOCG-12-B-376-1.PDF