

EL INGRESO INVOLUNTARIO ORDINARIO (NO URGENTE).

Oscar Martínez Azurmendi. Médico psiquiatra.*

Comentarios sobre las dificultades encontradas en el sistema judicial a la hora de solicitar un ingreso involuntario ordinario. Se presentan algunos casos clínicos reales donde estas dificultades se hacen patentes. Se discute el sentido y utilidad de estos procesos, así como la necesidad de clarificarlos y acelerarlos, señalando la responsabilidad sobreañadida sobre los servicios asistenciales. Sugiriendo una mayor colaboración entre servicios judiciales y sanitarios, igualmente se llama la atención sobre alguno de los riesgos del actualmente debatido Proyecto de Ley de Enjuiciamiento Civil.

Palabras clave: Ingreso psiquiátrico involuntario. Psiquiatría Legal. Legislación.

The paper comments on the difficulties arising from the judicial system when a compulsive (not urgent) hospitalisation is needed. Some clinical cases are presented where these difficulties are explained. It is discussed the aims and utility of these processes, and the need to clarify and accelerate them. It is suggested a more strong collaboration among judicial and sanitary services, addressing at the end some of the risks arising from the Law Project on Civil Judicial Procedure that is been debated.

Key Words: Compulsive psychiatric admissions. Legal psychiatry. Legislation.

Previamente a la promulgación del actual Código Civil en 1983, el ingreso psiquiátrico venía legislado por un Decreto de 1931¹. El antiguo decreto intentaba dar un mayor peso específico al punto de vista médico que legislaciones anteriores y había abolido la práctica del ingreso “definitivo”, sin embargo descuidaba muchos aspectos jurídicos de protección del individuo frente a la hospitalización inadecuada, no dando garantías legales en esas situaciones ni ningún tipo de revisión una vez procedido de ese modo. Puede decirse que, debido a la ideología liberal que lo inspiraba, estaba menos preocupado con la protección del individuo que con la protección de sus propiedades², objetivo este que tampoco parece cumplió con eficacia, levantándose las primeras voces críticas al poco tiempo de su promulgación³.

Con el paso de los años, la ausencia de control

judicial directo de la situación de internamiento involuntario y el gran peso otorgado sobre la peligrosidad del enfermo mental entraron en colisión con posturas y actitudes más democráticas de respeto a la libertad individual. Estas corrientes críticas, junto a la presión internacional derivada de los Tratados y Convenios suscritos por España, con especial referencia al Tribunal Europeo de Derechos Humanos⁴, obligó finalmente a la revisión de dicho Decreto.

La reforma del Código Civil de 1983 supuso una innegable mejora en las garantías individuales del enfermo mental. Sin embargo, bien pronto se comprobó las importantes dificultades para aplicar con rigor la nueva legislación, observándose incumplimientos y persistencia de modelos de actuación más acordes con el Decreto de 1931⁵⁻⁶, que se solapan con otras peculiaridades e insuficiencias de nuestros

Servicios en comparación con otras sociedades desarrolladas⁷. Lo escueto de la regulación del artículo 211 del Código Civil y la falta de directrices concretas y ágiles de actuación, ha arrastrado hasta nuestros días importantes lagunas que están generando un cierto margen de inseguridad jurídica. Algunos textos oficiales, más o menos orientativos, aparecidos en los últimos años no han sido tampoco capaces de operativizar los mecanismos de actuación en todos los casos necesitados de un ingreso “involuntario” en el ámbito civil, dejando sin resolver uno de los principales problemas que enfrentamos en nuestra práctica diaria.

El Código Civil distingue claramente dos tipos de ingresos involuntarios: el urgente y el ordinario. Una diferencia fundamental entre ellos, además del concepto de “urgencia”, es que el primero no requiere de autorización judicial previa, mientras que el segundo sí.

Siendo la “urgencia” una situación cargada de componentes subjetivos muy importantes, en psiquiatría sólo un relativamente pequeño número de ingresos podría compararse al concepto de “urgencia médica” (graves amenazas somáticas o materiales hacia uno mismo o los demás), pudiendo la mayoría de los ingresos planificarse en las horas o días siguientes a la toma de esta decisión (tal y como muchas veces ocurre, por ejemplo, cuando no hay disposición inmediata de cama). Es el caso de la persona gravemente deprimida o psicótica que evolucionando de forma no satisfactoria a lo largo de los días previos se niega a un tratamiento ambulatorio, se ha encerrado en su domicilio descuidándose en su cuidado personal o generando pequeñas alteraciones de convivencia. La mayor parte de estos casos no justificarían una actuación de “urgencia”, a pesar de que la hospitalización sea sin embargo la única alternativa viable contemplada por el psiquiatra en ese momento.

El no considerar estas situaciones como urgentes, no implica de ningún modo que

pueda posponerse su ingreso hospitalario de forma indefinida, ya que la evolución natural del proceso nos indica que muy probablemente esta irá hacia el empeoramiento, generando sufrimiento y tensiones innecesarias en el paciente y su familia. Son estos casos los candidatos a una intervención judicial que dicte, tras escuchar al individuo y el consejo psiquiátrico y forense, la oportunidad o no de un ingreso involuntario “ordinario”.

Recientemente, el Juzgado Decano de Bilbao ha revisado las pautas de actuación propuestas anteriormente por el Juzgado de Primera Instancia nº14 de Bilbao y que hasta este momento protocolizaban los internamientos involuntarios en el ámbito civil⁸⁻⁹.

Este tipo de protocolos son sin duda bienvenidos por parte de los clínicos, ya que nos ayudan y dirigen en nuestras actuaciones, pero en sí mismos no dejan de ser una mera adaptación del artículo 211 del Código Civil al que se añade un recordatorio sobre las responsabilidades derivadas sobre la administración (Sanitaria y Fuerzas de Seguridad), pero dejando sin tocar uno de los principales escollos existentes en este momento y que desde el trabajo cotidiano de un C.S.M. podría situarse en el propio Sistema Judicial, percibido en sus actuaciones sin la suficiente celeridad y agilidad, dilatando de forma interminable una toma de decisión.

Veamos lo que nos ofrece el protocolo divulgado de manera más reciente. Comparando entre las pautas de actuación propuestas para ambos tipos de ingreso involuntario, si el “urgente” se recoge y explicita en extenso con relativa abundancia de modos de actuación, responsabilidades y plazos temporales, no sucede lo mismo con el “ordinario”. Por este se pasa en un escueto párrafo, no indicándose, por ejemplo, plazo de actuación alguno desde el Sistema Judicial, no clarifica quién debe solicitar la actuación judicial (médicos, otros profesionales, familia y allegados...), ni consi-

dera los necesarios mecanismos de comunicación con la familia (o el equipo tratante) una vez iniciados los trámites pertinentes.

Tratándose de una revisión del anterior protocolo, presenta sólo ligeras modificaciones en su texto correspondientes a adaptaciones o correcciones de la situación actual (teléfonos, partidos judiciales...). Junto a ello, añade un punto sobre las pautas de actuación en el caso de las fugas hospitalarias. Además, suprime el párrafo relativo al articulado legal que sirve como apoyatura a lo expuesto y en relación con los ingresos involuntarios urgentes un supuesto que textualmente decía *“En el caso de que no se de esta coyuntura excepcional (situación excepcional de peligro inminente que el nuevo protocolo sitúa sobre la persona del enfermo o sus bienes o de terceros) nos cuestionamos entonces si realmente estamos ante un intemamiento urgente, habrá que solicitar autorización judicial para la entrada en el domicilio en horas de audiencia, ante el juzgado de primera Instancia competente”* (es decir, actuar como en el caso del ingreso involuntario ordinario).

Parecería que la eliminación de este párrafo, muy oportuno desde nuestro punto de vista, quisiera evitar una vez más llamar nuestra atención sobre estas situaciones “ordinarias”, mucho más frecuentes en la práctica clínica que aquellas otras de “peligro inminente”. En cierto sentido, esa impresión se confirma cuando al darnos a conocer esta normativa desde la propia Administración Sanitaria, se nos reitera sobre el ingreso “urgente”, pasando totalmente por alto la otra posibilidad.

Desafortunadamente este suele ser también el gran riesgo que corremos cada vez que consideramos la necesidad de un ingreso involuntario, quizás más predispuestos a considerar una actuación por vía de urgencia ante la previsible demora o falta de agilidad en la respuesta judicial. Con consultas saturadas por la demanda y debiendo hacer frente a exigencias

familiares desbordantes, embarcarse en un tedioso proceso de solicitud de ingreso involuntario ordinario no suele ser una perspectiva sugerente. En el caso de considerar necesaria la hospitalización puede ser más fácil convenir con la familia la mejor forma de que lleven directamente a la persona a las urgencias hospitalarias (con el consiguiente engaño asociado), o bien que sea la propia familia, por decisión propia, la que opte por esta solución, tal y como parece haber sido la práctica relativamente frecuente al observar que cerca de los 2/3 de los ingresos se han realizado sin el concurso directo de los C.S.M.¹⁰. Todo ello, si no se actúa directamente por la tremenda enviando una ambulancia al domicilio, escudados en el laxo concepto de “urgencia” y a riesgo de que se obre de esta forma especialmente sobre aquellas personas más débiles y que por su carácter, edad o constitución física no consideremos con un mayor riesgo de “represalias” posteriores.

Pero actuar de esta forma, no sólo sería actuar en contra de la ley sino que:

- a) Desde el punto de vista de los Derechos Humanos, conculcaría los derechos individuales del enfermo mental como persona, haciéndonos retroceder socialmente a épocas pretéritas.
- b) Desde el punto de vista terapéutico, en muchos caso entorpecería el propio vínculo médico-enfermo, al percibir el segundo que se ha actuado sobre él de forma autoritaria y en contra de sus deseos. La intervención de una figura de autoridad externa (el juez) puede ser un “principio de realidad”, mejor o peor aceptado, que confronte la falta de conciencia de enfermedad y preserve la necesaria relación médico-enfermo.

Como ejemplo de las importantes dificultades y graves demoras necesarias para la consecución de un ingreso involuntario, a continuación se presentan cuatro casos recientes de nuestra práctica.

CASO 1

Mujer, 47 años. Consulta en el C.S.M. tras cuadro aparentemente orgánico (negativismo y abstramiento) estudiado por neurología. Trabajadora no cualificada, de baja laboral desde hace 3 meses. No refiere tratamientos psiquiátricos previos, pero a la exploración parece haber existido sintomatología paranoide con anterioridad. A pesar de nuestros esfuerzos la paciente se muestra reticente a colaborar y negativista frente a cualquier tipo de intervención por nuestra parte. La familia refiere que se encuentra encerrada en sí misma y dice cosas que no llegan a entender, atribuyéndolo a “desorientación”. Sin embargo sigue responsabilizándose mínimamente de sus tareas domésticas y no da muestras graves de conductas disruptivas. La situación se mantiene así durante 4 meses, hasta que una carta de su empresa, anunciándole la retirada del complemento económico de I.T. por sus reiterados incumplimientos de obligaciones, hace que se dirija a nosotros su marido, al que no conocíamos. Nos solicita un informe, posiblemente más motivado por el temor a perder su soporte económico (en paro y al parecer jugador compulsivo) que por un interés genuino sobre el estado de salud de su esposa que seguía garantizando los aportes mínimos domésticos.

En ese momento (principios de Mayo), extendemos un informe para la empresa y otro dirigido al Juzgado correspondiente con el consejo de que se inicien las diligencias necesarias para su ingreso involuntario de tipo ordinario. La no existencia de “urgencia” inmediata se confirma cuando a finales de mayo todavía el marido no ha acudido al Juzgado, por lo que con cierta presión por nuestra parte es su hermana quien hace las gestiones. A mediados de Junio todavía no hay respuesta del Juzgado, por lo que tras dirigirse allí la hermana asegura que el personal administrativo (posiblemente conscientes de la preocupación familiar, pero en clara contradicción con la legisla-

ción) le ha sugerido que nos solicite la gestión de un ingreso urgente, como mejor manera de acelerar el proceso. Esto genera en ella la lógica sensación de “peloteo”, dirigiendo entonces sus quejas hacia el más accesible C.S.M. Dos días después, la paciente es citada (con un día de antelación) en el Juzgado, negándose a acudir por lo que nos dirigimos por fax al Juzgado solicitando la aceleración del proceso.

En Septiembre, cuatro meses después de nuestro primer informe, la situación se ha estancado. Ella parece estar tranquila, sigue de baja y hay importantes deudas con la comunidad, ya que al parecer ella entrega su dinero al marido que lo gasta en el Bingo. La hermana asegura que en el Juzgado le han dicho que “como en Agosto estaba todo cerrado, en Septiembre tendría que volver a hacer los papeles”. Ante la ineficacia judicial, decidimos su ingreso por vía de urgencia, donde se confirma el diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide, se inicia el tratamiento y se planifica su reincorporación laboral. Desafortunadamente, sin conciencia de enfermedad, sale de alta habiendo incluido al C.S.M., junto a su empresa, como participante en un mismo complot, negándose con posterioridad a todo seguimiento.

CASO 2

Mujer, 48 años. Con algún ingreso psiquiátrico previo, diagnosticada de Esquizofrenia Paranoide. A finales de 1.997 los Servicios Sociales Municipales, alertados por el vecindario, solicitan nuestra intervención ante sus trastornos de conducta. Ante la gran alarma transmitida, se procede a su ingreso involuntario urgente con la colaboración de la Policía Municipal. A su alta persiste la negativa al tratamiento. A principios de Junio de 1.998, se dirige a nuestro Servicio una vecina de la paciente. Se han dirigido previamente al Juzgado desde donde les aconsejan un ingreso “urgente” que nosotros podríamos facilitar. Sin embargo, no parecen existir razones clíni-

cas ni conductuales, mas allá de continuos enfrentamientos menores con el vecindario. En esa fecha se extiende un informe aconsejando la intervención judicial para su valoración psiquiátrica y eventual ingreso involuntario por vía ordinaria. Dos meses después, se dirige al Centro la paciente, muy enfadada, amenazante y agresiva verbalmente no se le puede contener introduciéndose en el despacho médico pidiendo explicaciones. Según dice, todavía no ha sido vista por el Juez ni el Forense, pero en una entrevista que sostuvo con una Asistente Social del Juzgado se le ha dicho que somos nosotros quiénes hemos solicitado su ingreso. A principios de Octubre, cuatro meses después de nuestro informe, es ingresada con autorización judicial. Habiéndose presentado igualmente un expediente de incapacitación (desconocemos por quién), la paciente debe ser reconocida tras su alta por el médico forense. Este “principio de realidad”, parece que en estos momentos está jugando a favor de su mejor adhesión al tratamiento y buena evolución observada, así como nos preserva en cierta medida favoreciendo su vinculación.

CASOS 3 y 4

Madre e hija de 57 y 22 años. Antecedentes psiquiátricos de tipo psicótico de larga data y negativa a tratamiento. A principios de Julio de 1.998 se solicita nuestra intervención desde el Ayuntamiento, ya que desde hace tiempo se vienen recibiendo quejas por algunas conductas de ambas. Dado que no parece existir carácter de “urgencia” en ninguna de las situaciones expuestas y que estas vienen sucediéndose desde hace meses, nos decidimos a solicitar su valoración y eventual ingreso psiquiátrico ordinario. Ante la nula respuesta judicial y la alarma y presión social que se dirige hacia nuestro Servicio por su mayor accesibilidad, se procede a aconsejar su detención forzosa para su ingreso involuntario urgente, quedando hospitalizada únicamente la madre.

COMENTARIOS

En ninguno de los casos anteriores puede considerarse la “urgencia” como característica predominante, sin embargo es obvio que tampoco puede dilatarse una actuación indefinidamente. En este tipo de casos, tal y como se demuestra con el tiempo, es más que probable que al final no quedará más remedio que la intervención urgente, con las posibles consecuencias añadidas que pudieron ser evitadas. Por este motivo, y desde nuestro punto de vista, el hecho de solicitar un ingreso involuntario ordinario, no puede entenderse de ninguna manera como que la situación pueda postergarse por un plazo superior a unos pocos días, lo que tanto en medicina como en psiquiatría deja de ser una “urgencia” para adquirir el carácter de “programado”. Son estas situaciones donde la intervención judicial es necesaria. Sin embargo, de los ejemplos expuestos, parece evidente que esta práctica no es la habitual, máxime al considerar que durante todo el año 1998, el caso nº2 es el único ingreso “autorizado” desde su domicilio en el hospital de referencia para una población de 25.000 habitantes.

Debatiéndonos en el delicado mundo de los derechos individuales, muchas veces nos vemos en la necesidad de optar por la elección entre dos de los más fundamentales y básicos, entre la libertad y la salud. En muchas ocasiones, puede resultarnos relativamente fácil supeditar el primero a la garantía del segundo por motivos de urgencia, pero desafortunadamente los límites conceptuales psiquiátricos en este sentido son mucho más imprecisos que en el resto de la medicina, no estando de más el no perder de vista la reflexión regular ante el riesgo de actuar ocasionalmente conculcando el derecho a la libertad por motivos no estrictamente médicos.

A modo de conclusión¹⁰:

El Código Civil supuso un avance innegable en la consideración del enfermo mental como

individuo. Aunque siguen existiendo algunas dificultades para su completa aplicación.

En el caso de los ingresos involuntarios urgentes, es posible que se señalen algunas dificultades de coordinación entre Servicios Sanitarios y otros Servicios (ambulancias, fuerzas de seguridad). Sin embargo, las claras directrices de actuación emanadas desde los Juzgados, han ayudado mucho a ordenar la situación, no siendo nuestra experiencia personal especialmente negativa en este sentido. Las importantes dificultades para proceder a un ingreso involuntario ordinario con autorización judicial y la baja proporción de estos ingresos en nuestro medio, pueden estar señalando algunas limitaciones en el Sistema Judicial, o al menos en algunos Partidos, para dar respuesta a estas situaciones. Si este fuera el caso, sería necesario un reforzamiento judicial para hacer frente a las eventuales demandas de ingreso "ordinario" en un plazo prudente de tiempo. Esto no sólo como manera de garantizar los derechos individuales de los pacientes, sino para evitar a los Servicios Sanitarios asumir responsabilidades sociales, que como en otras varias situaciones (necesidades de alojamiento, paro, delincuencia y maltrato...), se ven obligados a actuar "psiquiatizando" en exceso para mitigar otras deficiencias de recursos, pero recayendo sobre este Sistema y sus profesionales responsabilidades que no les corresponden.

En relación con las responsabilidades, resulta inquietante el Proyecto de Ley de Enjuiciamiento Civil que está actualmente debatiéndose en el Parlamento y que ya ha levantado las primeras voces críticas frente a ella¹¹. En el Apartado 4 del Artículo 765, se apunta a que será el Tribunal el que resuelva el alta de un paciente. Inquietante ya que, si este Proyecto siguiera adelante, el juez pasaría en la práctica a suplantar el criterio clínico de los psiquiatras que deben habérselo comunicado previamente. La responsabilidad judicial de todo ingreso involuntario, ordinario o urgente, es garantizar que la restricción de

libertad se justifica en la imperiosa necesidad de tratamiento tras oír la opinión clínica, resultando innecesaria su intervención toda vez que el paciente haya mejorado o sea capaz de apreciar la necesidad de tratamiento. Sin entrar en otras consideraciones legales, sociales e ideológicas, es sorprendente que mientras se intenta reducir al mínimo la participación directa del Juzgado a la hora del ingreso involuntario, sin embargo haya sectores que pretendan lo contrario en el momento del alta, que entonces tendría que ser pospuesta sin plazo definido hasta su autorización judicial.

Independientemente de la obligación que por Ley corresponde al Sistema Judicial de actuar en los casos de ingreso involuntario, como garante de los derechos individuales, su intervención activa ha de ser bienvenida por los Servicios Psiquiátricos por otras muchos motivos¹⁰:

- como "principio de realidad" necesario en pacientes con nula conciencia de enfermedad.
- como "árbitro" externo, que preserve la necesaria relación de confianza médico-paciente.
- como forma de freno a la escalada de denuncias⁶ por presuntos delitos de secuestro, malos tratos, coacción...
- como forma de protección ante eventuales amenazas provenientes de pacientes, tras percibir al médico como instigador directo y accesible de su privación de libertad.

En cualquier caso, nunca estará de más seguir reclamando el máximo espíritu de comunicación y colaboración entre ambas partes implicadas, frente a un problema que, sin duda, inquieta y preocupa humanamente a las dos.

*CSM de Erandio. C/ Ibarrodo, s/n
48950 Erandio. Bizkaia



Agadecimientos: A Juan Medrano y Fernando Santander por el intercambio de opiniones sobre el manuscrito.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.-Aparicio, V. Sánchez, A. E. "Norma y Ley en la psiquiatría española (1822-1986)". En: Aparicio, V. (Compilador). *Orígenes y fundamentos de la Psiquiatría en España*. Ed. Libro del Año, Madrid, 1997: 21-42.
- 2.-Fuster, J. "La insuficiente protección legal de los enfermos psíquicos internados en los establecimientos psiquiátricos". *Archivos de Neurobiología*. 1936, XVI: 567-74.
- 3.-Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Gobierno Vasco. Legislación psiquiátrica: crítica y alternativas. Informes Técnicos nº 5. Servicio Central de Publicaciones, Vitoria-Gasteiz. 1984.
- 4.-Ararteko. *Los psiquiátricos*. Situación de los enfermos mentales en los hospitales psiquiátricos. Ed. Ararteko-OMIE Vitoria-Gasteiz. 1992.
- 5.-Defensor del Pueblo. *Situación Jurídica y asistencial del enfermo mental en España*. Madrid. 1991.
- 6.-Cabrera, J. Fuertes, J.C. *La enfermedad mental ante la ley*. Ed. Libro del Año - Publicaciones Universidad Pontificia de Comillas. Madrid, 1994.
- 7.-Martínez Azumendi, O. "Asylum and the community in Spain". En Tomlinsom, D. y Carrier J. (Ed.). *Asylum in the Community*. Londres, Ed. Routledge, 1996†: 31-66.
- 8.-*Internamientos involuntarios en el ámbito civil, pautas a seguir*. Juzgado 1TM Instancia Bilbao. En Papel de Oficio.
- 9.-*Protocolo de actuación de internamientos involuntarios*. Juzgado Decano de Bibao. Papel de Oficio (17-2-99).
- 10.-Martínez Azumendi, O; Beitia, B.; Beitia, M. "Doce años de hospitalización psiquiátrica en el área de Uribe Costa. Un estudio de seguimiento". *Gaceta Médica de Bilbao*. 1995; 92 (3): 128-130.
- 11.-Hernández, M. "Carta a los Presidentes de las Comisiones de Sanidad y Justicia del Congreso. Sobre el Proyecto de Ley de Enjuiciamiento Civil". *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*. 1999, 70: 365-67.

