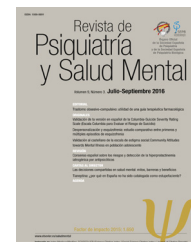




Revista de Psiquiatría y Salud Mental

www.elsevier.es/saludmental



CARTA AL DIRECTOR

Tratamiento ambulatorio involuntario: una propuesta de regulación

Involuntary outpatient treatment: A proposal of regulation

Sr. Director:

Recientemente, aparecía en *Diario Médico*¹ un artículo que debatía la necesidad de regular el tratamiento ambulatorio involuntario (TAI).

Está dirigido a pacientes que padecen afecciones mentales graves, sin *insight*, con múltiples ingresos hospitalarios, abandono terapéutico una vez dados de alta hospitalaria, conllevando deterioro físico y psíquico, y con conductas auto y/o heteroagresivas.

Se aplicación podría reducir el número de readmisiones y días hospitalizados, las conductas violentas o los arrestos. No obstante, los estudios basados en metaanálisis^{2,3} indican que no hay una reducción significativa del uso de servicios sanitarios, o una mejora en los resultados clínicos en las funciones sociales o en la calidad de vida; aunque sí hay una disminución del hecho de ser victimizadas debido a violencia o crímenes no violentos.

Debido a esa aparente poca claridad⁴ y que además significa una reducción de derechos fundamentales se ha generado una polémica sobre su legitimidad. Quienes rechazan el TAI sostienen que: 1) es una medida discriminatoria y estigmatizante; 2) no hay estudios concluyentes que evalúen los pros y contras, dudándose de su fiabilidad y eficacia; y 3) que la cuestión de fondo es la carencia de recursos comunitarios para lograr una mayor cobertura y posibilitar un plan integral.

Sus defensores sostienen: 1) que dicho tratamiento es necesario para su salud; 2) que podría haber un descenso de las conductas auto y heteroagresivas, el abuso de drogas y alcohol, las detenciones policiales y los ingresos involuntarios; 3) podría ser una opción menos restrictiva que un ingreso hospitalario, y 4) que es una medida protectora de la seguridad jurídica de la persona, que potencia la continuidad del tratamiento y la recuperación de la autonomía y la competencia.

Se intentó regularizar mediante una ampliación de la Ley de Enjuiciamiento Civil (art. 763.5) que generó mucho

debate. Además, el Tribunal Constitucional, mediante la sentencia STC 132/2010, declaraba inconstitucional los párrafos 1 y 3 del artículo 763. Aunque podría parecer que los ingresos involuntarios son «ilegales» debido a su inconstitucionalidad, el Tribunal Constitucional no declaraba nula la medida, pero sí pedía una reforma para evitar ese vacío legal. Eso es lo que soluciona la «Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia», dotando al artículo 763 de carácter orgánico, dejando de ser inconstitucional.

Como recientemente se ha hecho⁵, queremos debatir la propuesta del artículo 763.5, ampliándose con las siguientes precisiones:

1. Tomarse como fundamento los derechos a la no discriminación, la igualdad y la dignidad, la protección de la integridad, el derecho a la vida y la salud, y la habilitación y rehabilitación⁶, respetando así la «Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad»⁷.
2. Se establece una aplicación máxima de 18 meses, pero no se menciona el tiempo mínimo. Swartz et al.⁸⁻¹⁰ sostienen que una aplicabilidad menor de 6 meses no consigue unos buenos resultados.
3. Debería especificarse a qué «perfil» de pacientes está indicado.
4. La propuesta sostiene que su aplicabilidad es «cuando así lo requiera la salud del enfermo»; sin embargo, debería mencionarse el deterioro de la persona sin tratamiento, la evitación de conductas auto/heteroagresivas, etc.
5. Aunque se insta a informar al juez cada 3 meses de la evolución y seguimiento del proceso, es recomendable también indicar la necesidad de audiencia del paciente.

Bibliografía

1. Diario Médico. 24 de enero de 2018. [consultado 3 Feb 2018] Disponible en: <http://www.diariomedico.com/2018/01/24/area-profesional/normativa/el-tratamiento-ambulatorio-involuntario-vuelve-a-pedir-pista>
2. Kisely S, Campbell L, O'Reilly R. Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;3. CD004408.
3. Kisely SR, Campbell LA. Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *Schizophr Bull.* 2015;41:542-3.

<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2018.02.003>

1888-9891/© 2018 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

4. Swartz M, Swanson J. Why the Evidence for Outpatient Commitment Is Good Enough. *Psychiatr Serv.* 2014;65:808–11.
5. Fuertes J, Rodríguez J, Fuertes C, Naranjo J. Necesidad de regulación legal del tratamiento ambulatorio involuntario en pacientes psiquiátricos. *Diario La Ley.* 2018:9132.
6. Ramos S. La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad en Salud Mental. Una cuestión de derechos humanos. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.).* 2016;9:126–7.
7. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. [consultado 3 Mar 2018] Disponible en: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>; 2006
8. Swartz M, Wilder C, Swanson J, van Dorn R, Clarck P, Steadman H, et al. Assessing outcomes for consumers in New York's assisted outpatient treatment program. *Psychiatr Serv.* 2010;61:976–81.
9. Swartz M, Swanson J, Wagner R, Burns B, Hiday V, Borum R. Can involuntary out-patient commitment reduce hospital recidivism?: Findings from a randomized trial with severely mentally ill individuals. *Am J Psychiatry.* 1999;156:1968–75.
10. Swartz M, Swanson J, Hiday V, Wagner RH, Burns B, Borum R. A randomized controlled trial of outpatient commitment in North Carolina. *Psychiatr Serv.* 2001;52:325–9.

Sergio Ramos Pozón

Departamento de Enfermería Fundamental y Médico-Quirúrgica, Facultad Enfermería, Universidad de Barcelona, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España
Correo electrónico: sergioramos@ub.edu