

¿Psiquiatras o forenses? Estudio de las intervenciones judiciales en un centro de salud mental de Madrid

M. S. Olmeda García y A. Crespo Valencia

Centro de Salud Mental Puente de Vallecas. Madrid

Psychiatric or forensic doctors? Study of legal interventions in a mental health center of Madrid

Resumen

Introducción. *El internamiento psiquiátrico involuntario supone la restricción de un derecho fundamental como es la libertad individual. En España está legalmente regulado por la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil.*

En Madrid capital, desde la década de 1990, en función de acuerdos entre el Juzgado n.º 30 y representantes del Servicio Regional de Salud, las valoraciones psicopatológicas de supuestos incapaces sobre los que el juzgado emite autorizaciones de internamientos involuntarios son llevadas a cabo por los psiquiatras de los centros de salud mental en lugar de los forenses.

Material y métodos. *Este estudio compara los primeros 60 casos que fueron evaluados a instancias judiciales en un centro de salud mental en los años 1992, 1993 y 1994 en los últimos 60 casos de los años 2000, 2001 y 2002.*

Resultados. *Encontramos un aumento significativo de la edad media y del número de demandas a intervenir en mujeres en el segundo grupo.*

Además de las solicitudes de valoración de incapacidades civiles y de las autorizaciones ordinarias de internamientos involuntarios, existieron ocho casos de sometimiento judicial a tratamiento y dos demandas de informes psiquiátricos para juicios civiles.

El número de intervenciones domiciliarias disminuyó significativamente en el segundo grupo a favor de las realizadas en consulta.

En ambos grupos > 50% fueron diagnosticados de trastorno psicótico.

Aunque fueron ingresados el mismo número de casos (un 36%) en ambos grupos, en un 20% del segundo grupo no se indicó ni ingreso ni tratamiento. Observamos una pérdida de pacientes a los 5 meses del alta de un 15% en el primer grupo y de un 20% en el segundo.

Conclusiones. *Es necesario crear protocolos de actuación de este tipo de intervenciones desde su punto de partida en el tribunal correspondiente hasta en los equipos que deban llevarlas a cabo con objeto de salvaguardar mejor los derechos de los ciudadanos.*

Palabras clave: *Ingreso involuntario. Tratamiento involuntario. Psiquiatría. Legislación.*

Summary

Introduction. *Psychiatric compulsory admission means that a fundamental right, such as individual freedom, is restricted. This has been legally regulated in Spain by the January 7, 2000 Civil Procedure Law 1/2000.*

Since the 1990's in the capital of Madrid, based on the agreements reached between Court no. 30 and the representatives of the Regional Health Service, the psychopathological assessments of supposed incapacities on which the Court has issued compulsory admission authorizations are carried out by the psychiatrists of the mental health centers instead of by the forensic physicians.

Material and methods. *This study compares the first 60 cases evaluated in a mental health center during the years 1992-1994 with the last 60 cases of patients evaluated during the years 2000-2002.*

Results. *In the second group, we found a significant increase in mean age and in the number of request for intervening in female patients.*

In addition to the number of request for civil disabilities and ordinary authorizations for compulsory admission, there were eight cases of court subjection to treatment and two requests for of psychiatric analyses for civil procedure.

In the second group the number of home interventions significantly decreased in contrast with the number of interventions developed in medical offices.

Although there was the same number of admissions from both groups, 36%, 20% of patients had no indication for treatment or admission in the second group. At 5 months after discharge, we observed a 15% loss of patients from the first group and 20% from the second group.

Conclusions. *Action protocols must be created in this type of intervention, starting in the corresponding court and going to the teams which would develop the interventions, in order to safeguard the citizen's rights.*

Key words: *Compulsory admission. Involuntary treatment. Psychiatry. Legislation.*

Correspondencia:

María Soledad Olmeda García

José Bergamín, 12, 9.º C

28030 Madrid

Correo electrónico: pati.ol@wanadoo.es

INTRODUCCIÓN

El internamiento psiquiátrico involuntario supone la restricción de un derecho fundamental como es la liber-

tad individual, valor protegido por todos los derechos^{1,3}. Este tema suscita grandes controversias éticas entre los que defienden el paternalismo del Estado respecto al presunto incapaz y los que apoyan los principios de autonomía y libre albedrío y denuncian la hospitalización involuntaria como clara violación de la libertad de la persona⁴.

La declaración de Hawái de 1977 que establecía los principios éticos que debían regir la actuación de los psiquiatras de todo el mundo ha sido actualizada en el convenio de Oviedo, que es el acuerdo del Consejo de Europa relativo a los derechos humanos y biomedicina y que tuvo lugar el 4-4-1997 y ratificado el 23-7-1999. Éste es el primer instrumento internacional de carácter jurídico vinculante para los países que lo suscriben⁵.

En España en casos de internamiento psiquiátrico voluntario la regulación legal no ofrece diferencias con respecto a internamientos por otras patologías no psiquiátricas^{6,7}, pero en caso de internamiento involuntario el clásico artículo 211 del Código Civil ha sido sustituido por la nueva Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, que entró en vigor el 8 de enero de 2001^{1,8}.

Dado lo comprometido del tema se ha editado el Libro Blanco del Consejo de Europa, que regula el ingreso y tratamiento forzoso del enfermo mental⁹. Asimismo, los autores señalan la necesidad de protocolizar las intervenciones, así como de la formación de los profesionales implicados en el conocimiento legislativo vigente^{1,2,7}.

En Madrid, según consta en actas del 19-6-1989 y del 10-1-1990 del Servicio Regional de Salud, a raíz de la creación del Juzgado número 30 encargado de los temas de tutela y autorizaciones de internamiento involuntario, se reunieron el ilustrísimo señor juez, la ilustrísima señora fiscal y dos representantes del Servicio de Salud Mental, dando origen a unas recomendaciones que se difundieron a todos los centros de salud mental dentro del ámbito de competencia de dicho juzgado. En una segunda reunión se concretaron algo más las competencias y actuaciones tanto del juzgado como de los médicos, y en el último párrafo de «intervención a domicilio de los pacientes» dice: «El señor juez indica que sea el psiquiatra de distrito, que conoce la situación del paciente y no el forense, quien haga una intervención en el domicilio...»^{10,11}.

Este escueto e impreciso comentario dio lugar a que no sólo en el caso de los pacientes conocidos por el psiquiatra, sino en cualquier tipo de intervención domiciliar de un supuesto enfermo mental que se negara a ser reconocido por el especialista, el juzgado número 30 inicialmente ampliado al número 65 en la actualidad, emitieran una protocolaria autorización de internamiento al centro de salud mental correspondiente, quien debe ponerse en marcha automáticamente para no incurrir en desacato. Ese acuerdo inicial que pretendía mejorar la fluidez de las relaciones entre juzgado y psiquiatras en beneficio del supuesto incapaz ha convertido a los centros de salud mental del municipio de Madrid en recursos forzosos del Ministerio de Justicia. De este modo los psiquiatras sin recibir ninguna formación en temas lega-

les y con una precariedad absoluta de medios estamos sustituyendo en esas funciones al cuerpo de forenses del Estado.

Existía la sensación entre los profesionales de que este tipo de intervenciones distorsionaban mucho su práctica asistencial y excedían el campo de sus funciones. Nuestra hipótesis de trabajo fue que los acuerdos llevados a cabo entre el juzgado y los responsables de salud mental de principios de la década de 1990 habían quedado obsoletos, y no eran en la actualidad la mejor respuesta para los problemas del grupo de población a la que iban dirigidos.

Es llamativa la ausencia de publicaciones sobre este problema. Por eso creímos justificado el estudio de las actuaciones judiciales que se nos solicitan y la evolución de las mismas a lo largo de los años.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de comparación de dos poblaciones de pacientes atendidos en un centro de salud mental del Área I de Madrid en los que se solicitó la intervención psiquiátrica a instancias, bien judiciales, bien fiscales.

Las dos poblaciones se obtuvieron con todos los pacientes registrados durante los años 2000, 2001 y 2002 con un total de 60 casos y a la que se denominó grupo II. La otra población se formó con idéntico número de casos recogidos durante los años 1992, 1993 y 1994, fecha de inicio de este tipo de intervenciones en nuestro centro, sobre un total de 77; éste fue el grupo I.

Para la recogida de datos se elaboró un cuestionario específico con los siguientes aspectos:

1. Datos sociodemográficos: edad, sexo, tipo de convivencia (solo, familia de origen, familia propia, institución, otros).
2. Antecedentes personales: historial psiquiátrico previo, historia en nuestro centro, consumo de tóxicos.
3. Propuesta de la demanda (servicios sociales, familia, comunidad de vecinos, juzgado).
4. Procedencia de la demanda (proceso de incapacitación desde la fiscalía, autorización judicial de internamiento ordinario, sometimiento a tratamiento penal, causas civiles).
5. Motivo de la demanda (enfermedad física, enfermedad mental, acúmulo de basuras, apertura de puerta).
6. Lugar de la intervención (en el centro de salud mental, en el domicilio del paciente, en la calle, no se pudo intervenir).
7. Utilización de otros recursos (policía, bomberos, otros).
8. Diagnósticos de la novena edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9).
9. Resultado de la intervención (ingreso en la Unidad de Agudos de Psiquiatría, seguimiento ambulatorio en nuestro centro, derivación a otros servicios, no indicación de tratamiento, informe de incapacidad, no localizados).

10. Evaluación a los 5 meses de la intervención (continúan en nuestro centro, pérdida de seguimiento tras el alta hospitalaria, derivados a otros recursos).

Los datos fueron tratados estadísticamente con el programa SPSS versión 11.0 para Windows. Se efectuó una *t* de Student para la variable edad y una Chi cuadrado para las variables cualitativas.

RESULTADOS

Aunque los rangos de edades fueron similares en ambos grupos (18-81 años para el primero y 19-81 años para el segundo), se encontraron diferencias significativas para las medias ($p > 0,000$), con edades más avanzadas en el segundo grupo (\bar{x} 39,1 DE 15,4 y \bar{x} 53,6 DE 16,4 en este último). También aumentaron de forma significativa ($p > 0,05$) las demandas de mujeres en los últimos años.

No hubo diferencia significativa respecto al tipo de convivencia en ambos grupos, si bien observamos mayor porcentaje en el segundo grupo de los que vivían solos (28,3 % frente al 18,3%), disminuyendo tanto la convivencia con familia de origen (38,3% frente al 46,7%) y con familia propia (18,3% frente al 21,7%).

No existieron diferencias significativas en cuanto a los antecedentes psiquiátricos (71,7% grupo I y 61,7% grupo II) ni en cuanto a la historia previa en nuestro centro (60% grupo I y 48,3% grupo II). Tampoco encontramos diferencias en el consumo de tóxicos; sin embargo, hay que destacar que este dato no constaba en un 20% de los informes del grupo I y en un 10% del grupo II.

Aunque no encontramos diferencias significativas respecto al ente del que partió la propuesta inicial de demanda al juzgado o a la fiscalía, si hemos constatado una mayor iniciativa de las comunidades de vecinos en el grupo II (16,7 % frente al 8,3%), disminuyendo las demandas familiares (43,3% frente al 51,7% del grupo I) y de los servicios sociales (10% frente al 13,3%).

Curiosamente se demandaron el mismo número de procedimientos de incapacidad procedentes de la fiscalía en ambos grupos con un 23,3%, así como el mismo porcentaje de sometimientos a tratamiento penales con un 6,7%, disminuyendo muy levemente el porcentaje de autorizaciones ordinarias de internamiento procedentes del juzgado en el grupo II (66,7% frente al 70% del grupo I). En este último grupo se produjeron dos casos (3,3%) en el que la intervención solicitada fue de informe psiquiátrico para demandas civiles.

Al revisar los motivos últimos por los que se solicitó la intervención encontramos que se mantuvo el mismo número de casos en los que el problema era psiquiátrico con un 41,6% en ambos grupos, pero disminuyeron las demandas en el segundo grupo por motivos secundarios a tóxicos, esto es, alcohol o drogas, del 21,6% en el grupo I al 6,6% en el grupo II. El resto de los casos se distribuyeron según puede verse en la **tabla 1**.

Encontramos diferencias significativas ($p < 0,05$) en cuanto al lugar de la intervención psiquiátrica. Mientras

TABLA 1.

<i>Motivo de demanda</i>	<i>Grupo I</i>	<i>Grupo II</i>
Psiquiátrico	25 (41,6%)	25 (41,6%)
Tóxicos	13 (21,6%)	4 (6,6%)
Físico no cerebral	3 (5%)	2 (3,3%)
Demencia	2 (3,3%)	2 (3,3%)
Debilidad mental	5 (8,3%)	7 (11,6%)
Problema social	3 (5%)	1 (1,6%)
Acúmulo de basuras	0	2 (3,3%)
Apertura de puerta	0	4 (6,6%)
Ausencia de datos	8 (13,3%)	11 (18,3%)
Demanda civil de separación	0	2 (3,3%)

en el grupo I un 60% tuvo lugar en el domicilio del paciente frente al 23,3% del grupo II, en éste fueron mayoría con un 70% las intervenciones en el centro de salud mental frente al 33,3% del grupo I. Señalaremos a modo anecdótico que tres intervenciones fueron realizadas en la calle por tratarse de vagabundos y una tuvo que ser llevada a cabo en el lugar de trabajo del supuesto paciente.

La mayoría de las intervenciones (un 95 % en el grupo I y el 85% en el grupo II) se llevaron a cabo por personal del centro de salud mental, a saber, psiquiatra y trabajadora social, sin apoyo policial ni de ningún otro tipo.

Se pudo hacer un diagnóstico psiquiátrico en 35 casos del grupo I (58,3%) y 34 del grupo II (56,7%). La mayor proporción fue para los trastornos esquizofrénicos y paranoides con un 48,6% en el grupo I y 35,3% en el grupo II. Sólo se diagnosticó psicosis maniaco depresiva en el segundo grupo en un 11,8% de los casos, pero en ninguno del primero. Otros diagnósticos fueron: problemas secundarios a alcohol y drogas (22,9% grupo I y 14,7% grupo II), debilidad mental (11,4% grupo I y 14,7% grupo II), trastornos de personalidad (5,7% grupo I y 11,8% grupo II) y resto de diagnósticos (11,4% grupo I y 11,8% grupo II).

Respecto al resultado de la intervención hay que destacar que se ingresó casi el mismo porcentaje de casos en ambos grupos (40% grupo I y 36,7% grupo II). Además un 18,3% de los casos del grupo II y un 16,7% del grupo I no pudieron ser localizados, por lo que no fue posible ninguna intervención. Sin embargo, hay que destacar que disminuyó considerablemente el porcentaje de casos que permaneció de entrada en consulta ambulatoria en nuestro centro (21,7% grupo I y 8,3% grupo II), así como las derivaciones a otros servicios (13,3% grupo I y 3,3% grupo II). En cambio, en el grupo II aumentaron los casos en los que no se indicó internamiento ni ingreso (20% frente al 8,3%) y en los que sólo se hizo informe de incapacidad (11,7% frente al 0% del grupo I).

La evaluación de los casos a los 5 meses de la primera intervención en los 46 casos del grupo I y 48 del grupo II en los que hubo que hacer seguimiento no arrojó diferencias significativas. Un 54,3% del primer grupo y un 41,7% del segundo continuaban tratamiento en nuestro centro, un 15,2% del primero y un 20,8% del segundo no acudieron a tratamiento ambulatorio tras el alta hos-

pitalaria y un 30,4% del grupo I y un 37,5% del grupo II habían sido derivados a otros recursos.

DISCUSIÓN

El primer problema con que nos encontramos al recoger datos para este estudio fue el constatar que a diferencia de otras actividades del centro las actuaciones a instancia judicial no estaban protocolizadas, por lo que existían deficiencias en el sistema de registro, lo que suponía que existieron más intervenciones de las que constaban archivadas en carpeta específica, pero nos era imposible identificarlas porque los documentos fueron incluidos en la historia clínica del paciente. El posible sesgo se intentó subsanar eligiendo una población a la que se denominó grupo II correspondiente a los 60 últimos casos registrados en los años 2000, 2001 y 2002 y un número idéntico de casos correspondientes a los 60 primeros atendidos en los años 1992, 1993 y 1994. Éste fue nuestro grupo I.

Otra dificultad derivada de esa ausencia de protocolización fue la obtención de datos de los informes. La intervención de ocho psiquiatras, algunos de los cuales cambiaron en los últimos años, hizo muy difícil la homogeneización de informes, por lo que tuvimos que recurrir a la historia clínica en los casos en los que el paciente, o bien la tenía previamente, o iniciaba tratamiento tras la intervención o el alta hospitalaria en nuestro centro.

El significativo aumento de la edad media en el grupo II podría explicarse por un posible envejecimiento de la población, mientras que el aumento significativo del número de demandas de intervención en el grupo II para las mujeres podría interpretarse como una mayor generalización de los procesos tanto de incapacidad como de autorización judicial. Cabe suponer que en los primeros años de estudio, que coincidían con un centro de salud mental joven que acababa de ponerse en marcha en el distrito, las primeras intervenciones que se solicitaban por parte, principalmente, de los familiares fueran de varones jóvenes con procesos más disruptivos y potencialmente peligrosos. En el grupo actual más envejecido es posible que intervengan más, no sólo situaciones de enfermedad mental deteriorante, sino factores asociados de índole social como el abandono, el aislamiento y la ausencia de familiares. Esta última hipótesis concuerda con el hallazgo en la variable sociodemográfica sobre el tipo de convivencia. En el grupo actual un mayor número de pacientes vivían solos frente al mayor número que vivían bien con familia de origen, bien con familia propia en el grupo I, si bien la diferencia no fue significativa.

No se encontraron diferencias respecto a antecedentes psiquiátricos, historia previa en el centro o consumo previo de tóxicos entre ambos grupos. Sin embargo, este hallazgo hay que tomarlo con reserva, puesto que podría ser un artefacto producido por un deficiente registro. Se podría sospechar que estuvieran historiadados muchos más casos tras más de una decena de años

de funcionamiento del centro y que el hecho de que los informes de algunas de las intervenciones de pacientes conocidos sean archivados en su historia y no en la carpeta específica lleve a datos erróneos. Sin embargo, también pudiera suceder que la población sobre la que se solicitan intervenciones judiciales fuera distinta de la que acude espontáneamente a tratamiento y ello explicaría la ausencia de diferencias entre el grupo I y el II.

La gran facilidad con que cualquier ciudadano puede hacer una demanda de internamiento de otra persona en el tribunal competente⁸, sin que su identidad sea conocida por el supuesto paciente y ni siquiera se le facilite al centro de salud mental al que se solicita la intervención, podría ser la explicación del aumento de las propuestas iniciadas por vecinos en la actualidad frente a las iniciadas por la familia o los servicios sociales.

Aunque la impresión inicial subjetiva que teníamos era que se había producido un aumento en los últimos años en las solicitudes de incapacidad, encontramos un mismo número de ellas en ambos grupos. Sin embargo, hay que destacar que no se produjo ninguna autorización urgente de internamiento, siendo todas las autorizaciones judiciales de internamiento de carácter ordinario. En ambos grupos, cuatro casos fueron derivados para sometimiento a tratamiento por orden judicial, y aunque es un porcentaje mínimo, dada la complejidad de los mismos nos planteamos si un centro de salud mental, tal y como está diseñado, es el dispositivo adecuado para la vigilancia y tratamiento de personas que no acuden por demanda propia, sino por presión judicial.

La nueva ley pretende agilizar los trámites necesarios para evitar el desvalimiento del supuesto enfermo mental, favoreciendo su ingreso en una institución psiquiátrica si no existiera otra alternativa de tratamiento. Sin embargo, una incompleta aplicación de la misma puede dar lugar al efecto contrario, esto es, a la vulneración de los derechos de las personas. Dice la Ley General de Sanidad en su artículo 10.5 que toda persona tiene derecho «a que se le dé en términos comprensibles para él (enfermo) y sus familiares o allegados información completa y continuada, verbal y escrita sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento». Y en sus artículos 4 y 6 reconoce el derecho del paciente a conocer toda información en el ámbito de la salud y a la información de todas las actuaciones asistenciales⁶. Pero, ahondando en el tema que nos ocupa, dice el artículo 763 sobre internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico de la nueva Ley de Enjuiciamiento Civil: «Antes de conceder la autorización o de ratificar el internamiento que ya se ha efectuado, el tribunal oír a la persona afecta por la decisión, al Ministerio Fiscal o 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 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 represen-

tación 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»^{1,8,12}.

Sin embargo, en la práctica, y pese a tratarse de autorizaciones ordinarias de internamiento, en ninguno de los casos revisados el tribunal competente había requerido la presencia del afectado ni le había informado de sus derechos. Esto ha dado lugar a situaciones reales como la siguiente. Una enferma mental en tratamiento en nuestro centro con un diagnóstico de paranoia solicitó el ingreso de su vecina alegando enfermedad mental y peligrosidad. El tribunal, automáticamente, emitió autorización judicial de internamiento contra una persona mentalmente sana, proceso que fue paralizado en nuestro centro, de forma absolutamente fortuita, al ser la propia enferma la que llevó en mano el documento del juzgado.

Si comparamos nuestros datos con los referidos por Cañete, et al. sobre internamientos involuntarios con autorización judicial en Cádiz en los años 1992, 1993 y 1994 para una población de 406.000 habitantes en una unidad de hospitalización que recibía pacientes de tres centros de salud mental de adultos y un centro infantojuvenil, encontramos que frente a los 11 casos que refieren ellos, nosotros llevamos a cabo 24 internamientos con autorización judicial de internamiento en el mismo período de tiempo para 197.064 habitantes, lo cual supone más del doble de ingresos para algo menos de la mitad de población¹³.

Aunque en un mayor porcentaje de casos en ambos grupos el principal motivo de la autorización judicial de internamiento fue una enfermedad mental, como se podría suponer, queremos llamar la atención sobre otros motivos tan variopintos y alejados de la función terapéutica del psiquiatra como ingresar a pacientes que presentan patologías físicas y que no quieren acudir voluntariamente al hospital, intervenir en problemas de salud pública como en personas con «síndrome de Diógenes» que son denunciadas por el vecindario por acúmulos de basuras, en situaciones de abandono social o, lo que es aún peor, a ser simples testigos junto a funcionarios del juzgado en procesos judiciales de «aperturas de puertas». Los hallazgos anteriores nos llevan a comenzar a plantearnos si no se está cometiendo un abuso al utilizar al psiquiatra en funciones que claramente debieran estar llevando a cabo el cuerpo de forenses del Estado, los médicos de Atención Primaria y otros especialistas, así como los Servicios Sociales Generales, con grave detrimento de la atención de los pacientes del centro de salud mental, que debe ser nuestro verdadero objetivo.

El hecho de que en la autorización judicial de internamiento sólo consten el nombre y apellidos de una persona junto a una dirección, en muchos casos incompleta o incorrecta, es la explicación de por qué en el grupo I hubiera de forma significativa muchas más intervenciones en el domicilio del supuesto paciente. La experiencia nos ha hecho mucho más cautos. Como resulta fácil imaginar, presentarse en el domicilio de una persona desconocida para proceder a una evaluación psicopatológica y el posible ingreso en una unidad psiquiátrica, aún

cuando el informe médico sea exigible legalmente para el internamiento¹⁴, cuando no ha sido informada del proceso y de sus derechos supone un importante riesgo físico para los profesionales, así como se aprecia que no parece el mecanismo idóneo para que los datos de exploración obtenidos sean fiables. Hay que recordar que un 40% del grupo I y un 50% del grupo II eran personas desconocidas en el centro de salud mental. Es por eso por lo que en la actualidad, tras una ardua labor detectivesca de las trabajadoras sociales del centro, intentamos previamente informar telefónicamente al afectado de lo que el juzgado nos requiere y convencerle de que acuda a nuestra consulta para la exploración. Se reservan las visitas domiciliarias para los casos que se niegan a venir o para aquellos en que es imposible contactar con ellos.

Pese al innegable riesgo que suponen estas intervenciones para los profesionales, especialmente las domiciliarias, puede llamar la atención el escaso número de apoyo policial que apenas se solicitó en seis intervenciones del grupo I y en cuatro del II. Esto es debido a que, aún cuando pudiera ser lógico solicitarlo en casos desconocidos o en aquellos en que se sospecha riesgo, es inviable en la práctica de forma habitual. La comunicación al comisario del distrito de la autorización judicial de internamiento, al ser de carácter ordinario y no urgente, no pone en marcha a los efectivos policiales, sino cuando quedan libres de otros servicios. Esto, teniendo en cuenta la presión asistencial del centro de salud mental, supondría un abandono de la consulta sin límite temporal, con el perjuicio que puede suponer para muchos de los pacientes. Ello lleva a que los profesionales nos exponamos, por orden judicial, a situaciones de riesgo frecuentes que exceden nuestra función. Nos preguntamos: ¿quién sería responsable en el caso de que nos ocurriera un accidente irreparable?

No llama la atención que el mayor número de diagnósticos psiquiátricos con casi el 50% en ambos grupos sean los trastornos psicóticos, puesto que, como señala Blánquez, el trastorno psicótico y el trastorno afectivo grave serían criterios clínicos absolutos de internamiento involuntario, siendo otros criterios a tener en cuenta los trastornos de conducta que ponen en riesgo al paciente o a terceros o criterios sociales de la persona dependiente que no puede ser atendida por su familia^{4,7,15}. Sin embargo, ese segundo criterio podría ponerse en tela de juicio, por tanto, en la nueva Ley de Enjuiciamiento Civil; sólo la protección de la salud y de la vida del sujeto podrían dar lugar a un internamiento involuntario, no incluyendo como motivo del mismo la peligrosidad supuesta hacia terceros. Únicamente en el Código Penal se incluye como medida de seguridad el ingreso de pacientes que hayan cometido un hecho previsto como delito y en los que se puede prever la probabilidad de cometer nuevos delitos¹².

Si llama la atención que en 10 casos (16,7%) del primer grupo y en 11 (18,3%) del segundo no pudiera localizarse al paciente, la mayor parte de las veces por facilitar el juzgado datos incorrectos, y en otros porque la demora en los procedimientos de incapacidad de la fiscalía dio lugar

a que el paciente se hubiera trasladado de domicilio. También llama la atención que en cinco casos del primer grupo (8,3%), pero en 12 del segundo (20%) la intervención no requiriera ningún tipo de tratamiento psiquiátrico de la persona afectada, lo cual hablaría de una solicitud de intervención fuera de lugar que podría haberse evitado de haberse aplicado lo indicado por la ley respecto a recabar información del propio interesado. Sin embargo, para el resto la autorización judicial de internamiento dio por su puesta la autorización automática de tratamiento, hecho éste independiente y que, según opinión de muchos autores, requeriría del consentimiento informado del paciente^{9,12} o en su defecto de una autorización judicial de tratamiento, hecho que sólo podría darse en dos situaciones: riesgo vital o riesgo para la salud pública¹⁶.

En el seguimiento de 5 meses tras la intervención hay que destacar que un 15,2% de los pacientes del primer grupo y un 20,8% de los pacientes del segundo grupo que fueron ingresados en la Unidad de Agudos no acudieron tras el alta a seguimiento ambulatorio. Son porcentajes significativos que hablarían de una deficiente coordinación entre los distintos dispositivos asistenciales y que contrastan con los comentarios de Nuria López, fiscal de la Sección de Incapacidades del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, quien al referirse a la necesidad de continuar cuidados tras el alta hospitalaria decía: «Los dos jueces y los dos fiscales que en Madrid intervenimos en este tipo de asuntos utilizamos (en condiciones de garantía) el tratamiento ambulatorio forzoso, por el que el alta del ingreso hospitalario se supedita al cumplimiento de este tratamiento por el paciente y se revoca en caso de que no acuda a las consultas programadas¹⁶». En ninguno de los casos estudiados se produjo esa revocación del alta independientemente de que el paciente acudiera o no a tratamiento.

CONCLUSIONES

1. Es preciso revisar las pautas de actuación en caso de personas sin antecedentes psiquiátricos conocidos ante la emisión por parte del tribunal correspondiente, de autorizaciones judiciales de ingreso para respetar al máximo los derechos de las personas implicadas.
2. En Madrid capital sería deseable que se revisaran y precisaran los acuerdos entre el Juzgado número 30 y responsables de salud mental de principios de la década de 1990 respecto a las competencias forenses y de los psiquiatras de la Comunidad Autónoma de Madrid.
3. Dada la importante cantidad de intervenciones sobre personas sin antecedentes psiquiátricos co-

nocidas en Madrid capital sería lógico que las autoridades competentes se plantearan la necesidad de crear un equipo específico y especializado dotado de los medios adecuados para ocuparse de las mismas.

4. En lo referente a la competencia de dispositivos asistenciales en nuestro distrito tendríamos que plantearnos una mayor coordinación entre la unidad de hospitalización y ambulatoria para evitar tan alto número de pérdidas de seguimiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Blanco ML. Internamiento involuntario. Caso clínico. *Psiquiatría News* 2003.
2. Holgado PM, Arranz C, Grasa C, Vázquez I. Reflexiones acerca del internamiento psiquiátrico. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/articulos/psiquiatria_legal/5358/
3. Calcedo A. En torno al internamiento psiquiátrico. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr* 1988;16(1):59-62.
4. Milone RD. Hospitalización involuntaria. *Advanced Selected Topics Psychiatry. Medical Trends*, 2002.
5. Convenio de Oviedo. Disponible en <http://www.arrakis.es/jacoello/cp1.html>
6. Ley General de Sanidad (Ley 14/1986-25 abril). Art. 20.
7. Blánquez R, Galarraga ME, Galtés JI. Internamiento psiquiátrico involuntario: criterios clínicos y cuestiones médico-forenses. *An Psiquiatría* 2003;19(1):15-21.
8. Ley de enjuiciamiento civil (Ley 1/2000-7 enero). Art. 763: Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico. Art. 757: «Cualquier persona está facultada para poner en conocimiento...».
9. Gil C. El Consejo de Europa regulará el ingreso y tratamiento forzoso del enfermo mental. Disponible en: http://www.diariomedico.com/normativa_13/3/00.
10. Intercomunicación al Servicio de Salud Mental de Vallecas del Servicio de Salud Mental del S.R.S. con Salida n.º 474 del 19/6/89 sobre reunión con el juzgado n.º 30.
11. Acta de la Reunión distribuida por Isabel Nieto. Coordinadora de programas asistenciales. Con Salida n.º 840 del 10/1/90.
12. Medrano J. Ingreso involuntario e ingreso incompetente. 2.º Congreso Virtual de Psiquiatría.
13. Cañete JM. Reflexiones acerca de la dimensión jurídica del ingreso psiquiátrico. *Psiquiatría Pública* 1998;10(1):13-8.
14. Rego S. Isabel de las Cuevas: el informe médico es exigible para internar enfermos mentales. Disponible en: http://www.diariomedico.com/normativa_12/9/02.
15. Andrés MJ, Donaire L, Juárez C, Hernández M, de Miguel JL, Guisado JA. Internamiento no voluntario en hospital general. *Psiquiatría Com* 2002;6(2).
16. Esteban M, Gil C. Jornadas sobre derecho sanitario. Disponible en: http://www.diariomedico.com/normativa_28/6/99.