

Artículo especial

RESP

Opinión de los psiquiatras sobre el tratamiento ambulatorio involuntario

Moleón Ruiz A¹, Fuertes Rocañín JC²

¹Complejo Hospitalario Universitario de Huelva.

²Médico Forense en excedencia.

RESUMEN

Introducción: El tratamiento ambulatorio involuntario (TAI) es una forma de tratamiento obligatorio de carácter extrahospitalario aplicado en la comunidad, que pretende mejorar la adhesión al tratamiento de las personas con una enfermedad mental grave, sin conciencia de enfermedad, en los que el abandono terapéutico supone un riesgo alto de recaída, con aparición de conductas disruptivas y/o autoagresivas o heteroagresivas, hospitalizaciones repetidas y urgencias frecuentes. La aplicación del TAI no está exenta de polémica y, por tanto, la necesidad o no de su regulación legislativa en España es un tema controvertido desde hace varios años, que encuentra tanto defensores como detractores.

Objetivo: Recoger la opinión de los psiquiatras clínicos y médicos internos residentes en psiquiatría acerca del tratamiento ambulatorio involuntario y su regulación legislativa.

Material y método: Se trata de un estudio de carácter descriptivo. La población de estudio está compuesta por 42 profesionales clínicos de la salud mental (32 psiquiatras y 10 médicos internos residentes en psiquiatría), los cuales estaban ejerciendo en alguno de los dispositivos de los que se compone el Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario Universitario de Huelva al inicio del estudio (en marzo de 2018). Se realizó una encuesta personal en formato papel constituida por diez cuestiones sobre el TAI a cada uno de los miembros de la muestra.

Resultados: El 85,7% de los clínicos conoce la iniciativa actual de intentar llevar a cabo la regulación legislativa del TAI, estando de acuerdo con dicha regulación el 92,8% de ellos. En este sentido, un 83,3% está en contra de que estén reguladas medidas más coercitivas para el paciente psiquiátrico, como el internamiento involuntario o la incapacitación civil, y no lo esté el TAI. Por otra parte, un 78,6% de los profesionales de la salud mental cree que el TAI es beneficioso para los pacientes, mientras que un 95,2% piensa que también es beneficioso para sus familias. Por otro lado, el 78,6% de los clínicos no considera estigmatizante la aplicación del TAI a los enfermos mentales graves.

Conclusión: La gran mayoría de los clínicos ve necesaria la regulación legislativa del tratamiento ambulatorio involuntario en España, al considerarlo beneficioso para el enfermo mental grave y su familia.

Palabras clave: tratamiento psiquiátrico involuntario, trastornos mentales, psicosis inducidas por sustancias, jurisprudencia, psiquiatría forense.

PSYCHIATRISTS' OPINION ABOUT INVOLUNTARY OUTPATIENT TREATMENT

ABSTRACT

Introduction: Involuntary outpatient treatment (IOT) is a kind of compulsory outpatient treatment, whose aim is to improve the adherence to the treatment in people with severe mental illness and with no awareness of disease. In these cases, therapeutic abandonment involves a high risk of relapse, with appearance of disruptive and/or hetero-aggressive behaviour, repeated hospitalizations and frequent emergencies. The application of IOT is not an issue without contention. Therefore, the need of legislative regulation in Spain has been a controversial subject for several years, and there are both advocates and opponents.

Objective: The objective of this study is to bring together the opinion of clinical psychiatrists and resident doctors in psychiatry on the involuntary outpatient treatment and its legislative regulation.

Material and method: This study is descriptive in nature. The study population consists of 42 clinical professionals in mental health (32 psychiatrists and 10 resident doctors in psychiatry). At the beginning of this study (March 2018), some of these professionals were working in the Psychiatry Department's facilities of the University Hospital Complex of Huelva. A personal survey in paper form consisting of ten questions about IOT was carried out to each member of this study.

Results: 885.7% of clinicians know the current initiative that tries to carry out the legislative regulation of IOT, and 92.8% of them agree to such regulation. In this sense, 83.3% of them are against the fact that more coercive measures for the psychiatric patients such as the involuntary commitment or the civil incapacitation are regulated and IOT is not. On the one hand, 78.6% of the professionals in mental health believe that IOT is beneficial for the patients. Moreover, 95.2% of them think that is beneficial for their relatives, too. On the other hand, 78.6% of clinicians do not consider that the application of IOT to mentally-ill patients is stigmatizing.

Conclusion: The vast majority of clinicians think that the legislative regulation of involuntary outpatient treatment is necessary in Spain, and they think this treatment is beneficial not only for the patient but also for their family.

Keywords: involuntary treatment psychiatric, mental disorders, psychoses substance-induced, jurisprudence, forensic psychiatry.

Texto recibido: 28/08/2018

Texto aceptado: 04/02/2019

INTRODUCCIÓN

El tratamiento ambulatorio involuntario¹⁻³ (TAI) es una forma de tratamiento obligatorio de carácter extrahospitalario aplicado en la comunidad, que pretende asegurar la cumplimentación terapéutica en las personas que presentan una enfermedad mental grave, especialmente en aquellos pacientes sin conciencia de enfermedad y en los que el abandono del tratamiento supone un riesgo alto de recaída, con aparición de conductas disruptivas y/o autoagresivas o heteroagresivas, hospitalizaciones repetidas y urgencias frecuentes.

La aplicación del TAI no está exenta de polémica y, por tanto, la necesidad o no de su regulación legislativa en España es un tema controvertido desde hace varios años, que encuentra tanto defensores como detractores.

En el ámbito internacional, hoy en día, el TAI se encuentra regulado legislativamente en muchos de los países de la Unión Europea (Francia, Holanda, Italia, Portugal...) y en el Reino Unido⁴, como también ocurre en la mayoría de los países más desarrollados (Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda...), y en alguno menos desarrollado (Israel) de otros continentes.

En los Estados Unidos, cabría destacar tanto la aprobación de la Ley Kendra⁵ en el Estado de Nueva York (1999) como la de la Ley Laura⁶ en el Estado de California (2002), con las cuales se comenzó a regular la aplicación del TAI en ambos estados. Hoy en día, la mayoría de los estados que componen los Estados Unidos tienen leyes que permiten el TAI.

En Canadá, actualmente disponen de 12 actas de salud mental⁷ que regulan el TAI. Por su parte, en Nueva Zelanda, se encuentra regulado a través de los artículos 28 y 29 del Acta de 1992 sobre Salud Mental⁸; mientras que Australia dispone de TAI desde hace más de 20 años, aunque es en la década de los años

90 cuando proliferaron las reformas del *Community Treatment Order* (CTO)⁹. En Israel, está regulado a través de la Ley de Tratamiento de Enfermos Mentales de 1991¹⁰.

Estos programas de TAI de dichos países tienen algunas diferencias (justificación que ha motivado su implantación, modalidades existentes...) y similitudes (en todos los casos se trata de enfermos mentales graves, con escasa adherencia al tratamiento y que presentan frecuentes recaídas e ingresos).

En relación con los antecedentes nacionales, el TAI ha supuesto un debate polémico en los últimos años en España, tanto a nivel jurídico como médico. La polémica, aunque venía de tiempo atrás, se hace más explícita desde 2004, cuando *Convergencia i Unió* presentó un Proyecto de Ley a las Cortes Generales¹¹ en el que se pretendía modificar el art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil 1/2000, con el fin de regular el TAI. En los debates, fue valorada la opinión de distintas asociaciones psiquiátricas, y hubo disparidad de criterios. De este modo, la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP) se posicionó francamente a favor de la regulación del TAI; la Sociedad Española de Psiquiatría Legal (SEPL) se mostró a favor, pero con ciertos matices; mientras que la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) se situó completamente en contra¹², argumentando que es una medida “discriminatoria y estigmatizante, sin evidencia científica en relación a su eficacia” para los enfermos mentales. Esta confrontación, junto a distintas razones políticas, hizo que no se aceptara.

El debate llegó hasta al Defensor del Pueblo que, tras oír a las partes, elaboró un informe en 2005 en el que se adhería a la postura de la AEN, y se posicionó en contra de la necesidad de la regulación del TAI, argumentando que con el art. 6 del Convenio de Oviedo y el art. 9 de la Ley 41/2002 existiría suficiente garantía legislativa para abordar estas situaciones.

Sin embargo, en 2006, el Gobierno socialista aprueba en el Consejo de Ministros el Proyecto de Ley de Jurisdicción voluntaria¹³ para regular el TAI, que también fue rechazado cuando se iniciaba el trámite en el Senado.

Desde entonces, no ha cambiado la situación del TAI en España, aplicándose en determinados enfermos mentales graves bajo sentencia judicial, pese a no existir una legislación explícita que lo regule, a diferencia de la mayoría de países de nuestro entorno, donde sí está regulado.

En este marco, desde principios de 2018, la Sociedad Aragonesa de Psiquiatría Legal y Ciencias Forenses ha vuelto a retomar el tema, presentando una nueva propuesta¹⁴ de regulación del TAI al Poder Legislativo, en la que aporta una serie de criterios técnicos y un protocolo establecido. Su fin es garantizar que los enfermos psíquicos más graves y que, por definición, carecen de conciencia de enfermedad sean tratados.

De este modo, en nuestros días^{15,16}, y a expensas de conocer qué termina ocurriendo con la propuesta de regulación de la mencionada asociación, la aplicación del TAI en nuestro país sigue dependiendo de la discrecionalidad de la magistratura, considerándose un tema polémico, con seguidores y detractores, tanto en el ámbito sanitario como jurídico, cuyos argumentos quedan reflejados de manera resumida en la Tabla 1.

En el ámbito jurídico¹⁷, hay magistrados que lo aplican argumentando el ya clásico “quien puede lo

más puede lo menos”, que viene a significar que, si se puede autorizar un ingreso involuntario que siempre es más restrictivo que un tratamiento ambulatorio, por lógica, este último también debería poder autorizarse. Por el contrario, hay otros magistrados que no lo aplican, ya que entienden que no hay cobertura legal clara para poder hacerlo. Por su parte, en la Fiscalía también se encuentran expertos a favor y en contra de su aplicación.

En lo referente a la opinión del resto de personas implicadas en el TAI, en las publicaciones científicas se recogen estudios cualitativos desarrollados tanto en el ámbito nacional como internacional. Borum et al.¹⁸ estudian la opinión sobre el TAI de 306 pacientes que están a la espera de que se les aplique esta medida, y encuentran que más del 75% la consideran beneficiosa para ellos.

Swartz et al.^{19,20} estudian el parecer acerca del TAI en pacientes, familiares, clínicos y población general, resultando que los cuatro grupos aprueban la aplicación del TAI para pacientes con esquizofrenia.

Por otro lado, Crawford et al.²¹ entrevistan a 109 pacientes con trastorno mental grave, y les preguntan acerca del lugar de preferencia para recibir tratamiento obligatorio. El 48% preferiría ser tratado en su casa, el 40% en el hospital y el 13% en un centro comunitario. La razón más frecuente para preferir el tratamiento obligatorio domiciliario fue evitar la tensión y, a veces, el ambiente hostil de las unidades de ingreso hospitalarias.

Tabla 1. Argumentos a favor y en contra del tratamiento ambulatorio involuntario (TAI)

A favor del TAI	En contra del TAI
La falta de conciencia de enfermedad es un síntoma en sí mismo.	No se ha demostrado que sea suficientemente efectivo.
No se ha demostrado que tenga efectos perjudiciales.	Convierte el tratamiento comunitario en custodial.
Frente al ingreso: favorece el tratamiento en un entorno menos restrictivo.	Destruye la relación terapéutica.
Responsabiliza al clínico de la evolución del paciente.	Es discriminatorio y supone un riesgo de estigmatización de pacientes y profesionales.
Permite que se puedan evitar recaídas y reingresos.	Interfiere el derecho a rechazar el tratamiento.
Mejora la calidad de vida del paciente.	Hace énfasis en el control más que en la asistencia.
Ayuda a evitar que pacientes con alteración grave de su libertad y, por tanto, de su voluntad, abandonen el tratamiento y las consecuencias secundarias.	Se desvalorizan las razones competentes para no aceptar ser tratado.
Prioriza la atención a los casos más graves. Acerca los servicios a los pacientes más necesitados.	Intimida a los pacientes.
Puede favorecer la potenciación de servicios comunitarios	Conlleva dificultades prácticas: implementación de medidas complementarias judiciales y policiales difíciles de aplicar.
	Al imponer, reduce la posibilidad de negociar/consensuar con el paciente

En el ámbito nacional, destaca el estudio de Hernández-Viadel et al.²², quienes recogieron la opinión de los pacientes, familiares y psiquiatras referente a la aplicación del TAI, obteniendo que entre el 80% y el 90% de los psiquiatras y familiares y el 54% de los pacientes opinaban que el TAI era una medida beneficiosa.

El objetivo de este artículo es recoger más detalladamente la opinión de los profesionales de la salud mental (psiquiatras clínicos y médicos internos residentes en psiquiatría) acerca del tratamiento ambulatorio involuntario y su regulación legislativa.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio de carácter descriptivo. La población de estudio está compuesta por 42 profesionales clínicos de la salud mental (32 psiquiatras y 10 médicos internos residentes en psiquiatría), los cuales están, en el momento de iniciar el estudio (en marzo de 2018), ejerciendo en alguno de los distintos dispositivos de los que se compone el Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario Universitario de Huelva.

Se consideraron como criterios de inclusión aquellos psiquiatras clínicos y médicos internos residentes en psiquiatría de segundo, tercer y cuarto año de especialidad que, en el momento de comenzar el estudio, estaban desarrollando su profesión en alguno de los distintos dispositivos de salud mental de los que consta el Complejo Hospitalario Universitario de Huelva. Todos los profesionales que cumplían los criterios de inclusión han participado en el estudio, no hay ninguno que haya declinado la invitación.

Como criterios de exclusión, se consideraron aquellos médicos internos residentes en psiquiatría de primer año de residencia, al entender que no albergan aún los conocimientos suficientes para poder tener una opinión elaborada sobre el tema.

Mediante la realización de una encuesta personal en formato papel (Figura 1), se preguntó a los profesionales de la salud mental, cara a cara, por su opinión sobre el tratamiento ambulatorio involuntario (TAI) y su regulación legislativa. La encuesta consta de las siguientes diez preguntas:

1. El tratamiento ambulatorio involuntario (TAI) está intentando regularse. ¿Conocías esta iniciativa?
2. ¿Estás de acuerdo con llevar a cabo la regulación sobre el TAI en nuestro país?
3. ¿Es aceptable, en pleno siglo XXI, depender de la discrecionalidad de un magistrado para poder aplicar el TAI?

Encuesta sobre el Tratamiento Ambulatorio Involuntario (TAI)			
A continuación, encontrará una serie de preguntas destinadas a conocer su opinión sobre diversos aspectos del Tratamiento Ambulatorio Involuntario . Mediante este cuestionario queremos conocer lo que piensan los psiquiatras clínicos y MIR de Psiquiatría sobre este tema.			
Grupo	1	Psiquiatra clínico	
	2	MIR Psiquiatría	
	SI	NO	NS/NC
1. El Tratamiento Ambulatorio Involuntario (TAI) está intentando regularse ¿conocías esta iniciativa?			
2. ¿Estás de acuerdo con llevar a cabo la regulación sobre el TAI en nuestro país?			
3. ¿Es aceptable en pleno siglo XXI, depender de la discrecionalidad de un magistrado para poder aplicar el TAI?			
4. ¿Sabías que el TAI está regulado en la legislación de la mayoría de los países de nuestro entorno (Francia, Portugal, Reino Unido, Italia...)?			
5. ¿Consideras que es beneficioso el TAI para el paciente?			
6. ¿Crees que es beneficioso el TAI para la familia del paciente?			
7. ¿Estarías de acuerdo que se le aplicara el TAI a un familiar tuyo si lo necesitara?			
8. ¿Consideras estigmatizante aplicar el TAI a los enfermos mentales graves?			
9. ¿Te parece adecuado que estén reguladas medidas más coercitivas para el enfermo mental como el internamiento involuntario o la incapacitación civil, y no lo este el TAI?			
10. ¿Estarías a favor de la aplicación del TAI en lugar de una medida de seguridad en ciertos pacientes que han cometido alguna conducta delictiva con su capacidad cognitiva y volitiva alterada?			

Figura 1. Encuesta sobre el tratamiento ambulatorio involuntario.

4. ¿Sabías que el TAI está regulado en la legislación de la mayoría de los países de nuestro entorno (Francia, Portugal, Reino Unido, Italia...)?
5. ¿Consideras que es beneficioso el TAI para el paciente?
6. ¿Crees que es beneficioso el TAI para la familia del paciente?
7. ¿Estarías de acuerdo con que se le aplicara el TAI a un familiar tuyo si lo necesitara?
8. ¿Consideras estigmatizante aplicar el TAI a los enfermos mentales graves?
9. ¿Te parece adecuado que estén reguladas medidas más coercitivas para el enfermo mental, como el internamiento involuntario o la incapacitación civil, y no lo esté el TAI?
10. ¿Estarías a favor de la aplicación del TAI en lugar de una medida de seguridad en ciertos pacientes que han cometido alguna conducta delictiva con su capacidad cognitiva y volitiva alterada?

Las respuestas posibles en las preguntas fueron: “sí”, “no”, “no sé/no contesto”. Se recogieron también, de forma no estructurada, opiniones de los clínicos sobre este tipo de tratamiento.

Tabla 2. Resultados de la encuesta sobre el tratamiento ambulatorio involuntario (TAI)

	Sí	No	NS/NC
1. El tratamiento ambulatorio involuntario (TAI) está intentando regularse. ¿Conocías esta iniciativa?	85,7% (n=36)	14,3% (n=6)	0% (n=0)
2. ¿Estás de acuerdo con llevar a cabo la regulación sobre el TAI en nuestro país?	92,8% (n=39)	2,4% (n=1)	4,8% (n=2)
3. ¿Es aceptable, en pleno siglo XXI, depender de la discrecionalidad de un magistrado para poder aplicar el TAI?	28,6% (n=12)	45,2% (n=19)	26,2% (n=11)
4. ¿Sabías que el TAI está regulado en la legislación de la mayoría de los países de nuestro entorno (Francia, Portugal, Reino Unido, Italia...)?	52,4% (n=22)	45,2% (n=19)	2,4% (n=1)
5. ¿Consideras que es beneficioso el TAI para el paciente?	78,6% (n=33)	2,4% (n=1)	19% (n=8)
6. ¿Crees que es beneficioso el TAI para la familia del paciente?	95,2% (n=40)	0% (n=0)	4,8% (n=2)
7. ¿Estarías de acuerdo con que se le aplicara el TAI a un familiar tuyo si lo necesitara?	83,3% (n=35)	4,8% (n=2)	11,9% (n=5)
8. ¿Consideras estigmatizante aplicar el TAI a los enfermos mentales graves?	19% (n=8)	78,6% (n=33)	2,4% (n=1)
9. ¿Te parece adecuado que estén reguladas medidas más coercitivas para el enfermo mental, como el internamiento involuntario o la incapacitación civil, y no lo esté el TAI?	4,8% (n=2)	83,3% (n=35)	11,9% (n=5)
10. ¿Estarías a favor de la aplicación del TAI en lugar de una medida de seguridad en ciertos pacientes que han cometido alguna conducta delictiva con su capacidad cognitiva y volitiva alterada?	66,7% (n=28)	23,8% (n=10)	9,5% (n=4)

Nota. NS/NC: no sé/no contesto.

RESULTADOS

Se obtiene una población de 42 profesionales clínicos de la salud mental, 32 de ellos psiquiatras y 10 de ellos médicos internos residentes en psiquiatría.

Los resultados de la encuesta fueron los siguientes (Tabla 2). Ante la pregunta de si conocían la iniciativa para intentar regular el TAI, los clínicos respondieron afirmativamente en un 85,7% de los casos (n=36), mientras que un 14,3% (n=6) desconocían este movimiento.

Sobre la cuestión de si están de acuerdo con llevar a cabo la regulación del TAI, el 92,8% (n=39) está a favor, mientras que el 2,4% (n=1) se opone a dicha regulación y un 4,8% (n=2) se abstiene a posicionarse al respecto.

En relación con la aceptabilidad de depender en nuestros días de la discrecionalidad de la magistratura para poder aplicar el TAI, el 28,6% (n=12) opinan que sí, mientras que un 45,2% (n=19) muestran su oposición, habiendo un 26,2% (n=11) que no se decantan por ninguna de las dos opciones.

Respecto a si conocían la existencia de una regulación legislativa del TAI en la mayoría de los países de nuestro entorno, el 52,4% (n=22) afirma conocerla,

frente al 45,2% (n=19) que niega conocer tal hecho. Un 2,4% (n=1) no se decantó por ninguna de las dos opciones.

Por otro lado, el 78,6% (n=33) de los profesionales de la salud mental sí considera beneficioso el TAI para el paciente, mientras un 2,4% (n=1) piensa que no lo es. El 19% (n=8) de los clínicos no se decanta por ninguna de las dos opciones anteriores.

En lo tocante a si es beneficioso para la familia del paciente, el 95,2% (n=40) sí piensa que es beneficioso. Un 4,8% (n=2) de los clínicos no se manifiesta al respecto.

Referente al posicionamiento de los clínicos sobre la aplicación del TAI a un familiar suyo, el 83,3% (n=35) estaría a favor, mientras que un 4,8% (n=2) se opondría, habiendo un 11,9% (n=5) que no se pronuncia al respecto.

En relación con el parecer de los clínicos sobre si la aplicación del TAI a los enfermos con trastorno mental grave es estigmatizante, el 19% (n=8) de los clínicos sí lo considera estigmatizante, mientras que un 78,6% (n=33) no lo ve así. El 2,4% (n=1) de los clínicos no se decanta por ninguna de las dos opciones anteriores.

Sobre si les parece a los clínicos adecuado que estén actualmente reguladas en nuestro país medidas

más coercitivas para la libertad del enfermo mental, como el internamiento involuntario o la incapacitación civil, y no lo esté el TAI, un 4,8% (n=2) manifiesta que sí le parece adecuado, mientras que el 83,3% (n=35) piensa que no es lógico, y un 11,9% (n=5) se abstiene de responder esta cuestión.

Por último, respecto a su posicionamiento sobre la aplicación del TAI en lugar de una medida de seguridad en ciertos pacientes que han cometido alguna conducta delictiva con su capacidad cognitiva y volitiva alterada, un 66,7% (n=28) estaría a favor de su aplicación, frente a un 23,8% (n=10) que se muestra en oposición. Un 9,5% (n=4) no se posiciona.

DISCUSIÓN

La aplicación del TAI es un tema jurídico-sanitario no exento de polémica y, por tanto, la cuestión sobre la necesidad de su regulación legislativa encuentra tanto defensores como detractores. Los defensores de su regulación consideran que es una forma de asegurar la cumplimentación terapéutica de los enfermos mentales graves, mientras que los detractores la encuentran como una vulneración de los derechos fundamentales de la persona y una discriminación del paciente psiquiátrico.

La opinión de los propios pacientes sobre los beneficios de la aplicación del TAI ha sido recogida en varios estudios^{3,18-22} a lo largo de los últimos años. En todos ellos, una mayoría de los pacientes ve beneficiosa la medida, aunque la magnitud de esta mayoría diverge considerablemente de unos estudios a otros. De este modo, hay estudios, como el de Borum et al.¹⁸, donde este porcentaje asciende hasta el 75%, mientras que hay otros, como el de Hernández-Viadel et al.²², en el que tan solo algo más de la mitad de los pacientes encuestados (54%) defienden esta modalidad de tratamiento. El principal argumento que exponen los pacientes a favor del TAI es el hecho de que se acompañe de un menor número de ingresos hospitalarios y una disminución de los días de estancia en el hospital, situación a evitar por la mayoría de ellos.

En lo que respecta a la opinión de los profesionales de la salud mental sobre la aplicación del tratamiento forzoso ambulatorio, la bibliografía existente hoy en día es muy reducida, destacando en el ámbito internacional el trabajo de Swartz et al.¹⁹, y en el ámbito nacional, el de Hernández-Viadel et al.²², en los cuales, además de la opinión de los pacientes, también se recoge la de familiares y clínicos. En ambos casos, además de los familiares, una gran mayoría de clínicos cree que es beneficioso para el enfermo mental

grave la aplicación del TAI. Por el contrario, destaca la ausencia en las principales bases de datos de artículos científicos que recojan la opinión de los clínicos sobre la necesidad de llevar a cabo una regulación legislativa en nuestro país del TAI.

Con este estudio se ha pretendido conocer más detalladamente la opinión de los clínicos sobre distintos aspectos relacionados con el TAI y sobre la idoneidad de su regulación legislativa. Tras la realización de la encuesta, y la evaluación de los resultados obtenidos, hay una serie de datos que destacan.

La mayoría de clínicos (85,7%) afirma conocer la propuesta¹⁴ de regulación legislativa del TAI promovida a comienzos del año 2018 por la Sociedad Aragonesa de Psiquiatría Legal y Ciencias Forenses al Poder Legislativo, porcentaje que llama la atención, dada la baja repercusión que tiene este tema en los medios de comunicación, y su reducida relevancia en los programas formativos (salvo en los específicos de psiquiatría legal y forense) de los diferentes congresos y simposios para médicos especialistas en psiquiatría, que se celebran anualmente por el territorio nacional.

Sí se observa un menor conocimiento por parte de los clínicos acerca de la presencia de la regulación del TAI en la mayoría de las principales potencias mundiales (Estados Unidos, Francia, Reino Unido...). Aun así, hay una ligera mayoría (52,4%) que afirma conocerlo, pero existe un porcentaje casi tan importante (45,2%) que desconoce esta situación. Esto se explicaría por lo expuesto anteriormente en relación con el poco impacto del tema en los medios de comunicación y en los eventos formativos para psiquiatras.

También es llamativa la gran mayoría (92,8%) de profesionales de la salud mental que están a favor de la regulación del TAI en nuestro país. Solo uno de los 42 encuestados (2,4%) se opone a su regulación. Esta gran diferencia dista mucho de la supuesta disparidad de opiniones que parece haber entre el colectivo médico en ciertos foros y entre las principales asociaciones de psiquiatría que se han posicionado al respecto (AEN¹², SEP, SEPL).

Una de las cuestiones que ha creado más disparidad de criterios es aquella sobre la aceptabilidad de depender en nuestros días de la discrecionalidad de la magistratura para la aplicación del TAI. De este modo, entre los que se posicionan, hay más que están en contra (45,2%) de esta discrecionalidad que aquellos que están a favor (28,6%), resultando un porcentaje importante (26,2%) que no se inclina hacia ninguna de las dos opciones.

Al igual que en los estudios de Swartz et al.¹⁹ y Hernández-Viadel et al.²², la mayoría de los clínicos (78,6%) piensa que el TAI es beneficioso para

el paciente, con un porcentaje aún mayor (95,2%) que piensa que también es bueno para la familia del paciente. Es destacable que no hay ningún encuestado que haya considerado que la aplicación del TAI sea perjudicial para los familiares del paciente.

El convencimiento que tiene la mayoría del colectivo encuestado de que la aplicación de este tratamiento ambulatorio forzoso es realmente beneficioso para el paciente se observa en el dato de que un 83,3% estaría a favor de que se le aplicara a un familiar suyo en caso de necesitarlo.

La posibilidad de que aumente la estigmatización del enfermo mental con la aplicación del TAI es uno de los puntos asociados a este tipo de tratamiento que más debate crea entre los distintos profesionales. La muestra a estudio se decanta en su amplia mayoría (78,6%) porque la aplicación del TAI no es estigmatizante para los enfermos mentales graves. En este sentido, cabe destacar lo expuesto por un psiquiatra clínico de la muestra que se posicionaba como claro defensor del TAI: “lo que realmente aumenta el estigma de nuestros pacientes son situaciones como las que vivimos frecuentemente cuando llegan descompensados al servicio de urgencias, traídos por las fuerzas del orden público, agitados y vociferando”.

Por otro lado, la gran mayoría (83,3%) no ve lógico que actualmente, en nuestro país, estén reguladas medidas que atentan en mayor grado contra la libertad del paciente, como el internamiento involuntario o la incapacitación, y no el TAI, argumentando alguno de ellos, por ejemplo, que “no tiene sentido que esté regulada una medida más restrictiva de derechos personales como el ingreso involuntario y no el TAI”. Solamente dos clínicos de los encuestados (4,8%) sí lo ven lógico, y un porcentaje reseñable (11,9%) no se posiciona al respecto.

Referente a la conveniencia de sustituir una medida de seguridad por el TAI en ciertos pacientes que han cometido algún delito con su capacidad cognitiva y volitiva alterada, y en los que la bibliografía existente²³ y la evidencia clínica hacen dudar de los posibles beneficios de internar en un centro, como por ejemplo, un paciente oligofrénico en un hospital psiquiátrico penitenciario, la mayoría de los clínicos (66,7%) piensan que es más conveniente la aplicación del TAI a que sea sometido a una medida de seguridad, resultando un porcentaje no desdeñable (23,8%) que opina que la medida de seguridad sigue siendo la mejor opción en estos casos.

En síntesis, estos resultados refuerzan los obtenidos anteriormente por Swartz et al.¹⁹ y Hernández-Viadel et al.²² en relación a la opinión que tienen los

profesionales de la salud mental acerca de los beneficios que presenta el TAI para el paciente y su familia y, además, muestran la inclinación ideológica de la mayoría del colectivo médico hacia la necesidad de una regulación del tratamiento forzoso ambulatorio que equipare la legislación en España a la de la mayoría de los países de nuestro entorno, para que así se pueda disponer de una seguridad jurídica completa que ampare al médico y al paciente, tal y como ya existe con otras medidas, como el internamiento involuntario o la incapacitación civil, y no dependa de la discrecionalidad de la magistratura, como sucede en la actualidad.

Para finalizar, es necesario subrayar que el reducido tamaño de la muestra del estudio que se ha realizado y el ámbito local de la encuesta, con la consecuente influencia de la orientación de un servicio concreto en relación a este tema, conlleva que no puedan generalizarse los resultados obtenidos, siendo necesarios más estudios sobre esta temática.

CORRESPONDENCIA

Álvaro Moleón Ruiz

E-mail: dr.alvaromoleon@gmail.com

Fuertes Rocañín

E-mail: fuertes976@gmail.com

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Portero G. Tratamiento ambulatorio involuntario de carácter civil. Una revisión. *Cuad Med Forense*. 2010;16:87-97.
2. O'Brien AJ, McKenna BG, Kydd RR. Compulsory community mental health treatment: Literature review. *Int J Nurs Stud*. 2009;46:1245-55.
3. Fuller Torrey E, Snook JD. Assisted Outpatient Treatment Enters the Mainstream. *Psychiatric Times*. 2017;34.
4. Mental Health Act 2007. [Internet]. En: *Legislation.gov.uk*. 2007. Disponible en: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2007/12/contents>
5. Kendra's Law. An Interim Report on the Status of Assisted Outpatient Treatment. [Internet]. New York State Office of Mental Health; 2003. Disponible en: <https://my.omh.ny.gov/analyticsRes1/files/aot/AOTReport.pdf>
6. A Guide to Laura's Law (2003). Disponible en URL: https://www.calhospital.org/sites/main/files/file-attachments/Lauras_Law_implementation_guide_2009.pdf

7. Gray JE, O'Reilly RL. Canadian compulsory community treatment laws: Recent reforms. *Int J Law Psychiatry.* 2005;28:13-22.
8. McKenna BG, Simpson AI, Coverdale JH. Outpatient commitment and coercion in New Zealand: A matched comparison study. *Int J Law Psychiatry.* 2006;29:145-58.
9. Brophy LM, Reece JE, McDermott F. A cluster analysis of people on Community Treatment Orders in Victoria, Australia. *Int J Law Psychiatry.* 2006;29:469-81.
10. Ajzenstadt M, Aviram U, Kalian M, Kanter A. Involuntary outpatient commitment in Israel: Treatment or control? *Int J Law Psychiatry.* 2001;24:637-57.
11. Proposición de Ley, de 19 de Julio de 2004, 122/000085. Modificación de la Ley de Enjuiciamiento Civil para regular los tratamientos no voluntarios de las personas con trastornos psíquicos. *Boletín Oficial de las Cortes Generales.* 2004;101-1.
12. Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). Documento AEN sobre la propuesta de regulación del tratamiento ambulatorio involuntario. Madrid: AEN; 2005. Disponible en: <http://aen.es/wp-content/uploads/2014/09/TAI05.pdf>
13. Proyecto de Ley, de 27 de octubre de 2006, 121/000109. Jurisdicción voluntaria para facilitar y agilizar la tutela y garantía de los derechos de la persona y en materia civil y mercantil. *Boletín Oficial de las Cortes Generales.* 2006;109-1.
14. Fuertes Rocañín JC, Rodríguez Lainz JL, Fuertes Iglesias C, Naranjo Rodríguez J. Necesidad de regulación legal del tratamiento ambulatorio involuntario en pacientes psiquiátricos. *Diario La Ley.* 2018;9123.
15. García Vicente F. Tratamiento involuntario del enfermo mental: un problema sin resolver. Ponencia en el foro medicina y derecho sociedad. Zaragoza; 2014. 16. Santander Cartagena, F. Tratamiento Ambulatorio Involuntario: tal vez sí, pero. *Cuad Psiquiatr Comunitaria* 2006: Vol. 6, Nº 1, pp. 47-54.
16. Santander Cartagena F. Tratamiento Ambulatorio Involuntario: tal vez sí, pero. *Cuad Psiquiatr Comunitaria.* 2006:6:47-54.
17. Fuertes Rocañín JC. Manual de psiquiatría forense para jueces y fiscales. Aranzadi; 2017.
18. Borum R, Swartz M, Riley S, Swanson J, Hiday VA, Wagner R. Consumer perceptions of involuntary outpatient commitment. *Psychiatr Serv.* 1999;50:1489-91.
19. Swartz MS, Swanson JW, Wagner HR, Hannon MJ, Burns BJ, Shumway M. Assessment of four stakeholder groups' preferences concerning outpatient commitment for persons with schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 2003;160:1139-46.
20. Swartz MS, Wagner HR, Swanson JW, Hiday VA, Burns BJ. The perceived coerciveness of involuntary outpatient commitment: findings from an experimental study. *J Am Acad Psychiatry Law.* 2002;30:207-17.
21. Crawford MJ, Gibbon R, Ellis E, Waters H. In hospital, at home, or not at all. A cross-sectional survey of patient preferences for receipt of compulsory treatment. *Psychiatric Bull.* 2004;28:360-22.
22. Hernández-Viadel M, Lera Calatayud G, Cañete Nicolás C, Pérez Prieto JF, Roche Millán T. Tratamiento ambulatorio involuntario: opinión de las personas implicadas. *Archivos de Psiquiatría.* 2007;70:65-74.
23. Cervelló Donderis V. Tratamiento Penal y Penitenciario del Enfermo Mental. En Asociación de Técnicos de Instituciones Penitenciarias: El tratamiento penitenciario: posibilidades de intervención. AltaGrafics Publicaciones. Madrid. 2001.