

## **CRITERIOS FORENSES PARA EL INTERNAMIENTO VOLUNTARIO E INVOLUNTARIO (CIVIL) EN ESPAÑA**

Dr. D. Leopoldo Ortega-Monasterio y Gastón

*Psiquiatra Forense de Barcelona.*

*Presidente de la SEPF (Sociedad Española de Psiquiatría Forense)*

### **Resumen**

En la presente ponencia, se exponen detalladamente los puntos clave sobre el internamiento forzoso o involuntario, al estar éste más judicializado y al suponer formalmente y aparentemente una afectación del derecho a la autonomía de la persona de la libertad del sujeto. Se comentan, asimismo, los valores que están implicados en el proceso de internamiento de un paciente y que, en opinión del ponente, pueden entrar en colisión por lo menos formal: derecho a la vida, derecho a la salud, derecho a la integridad física, derecho a la libertad. Finalmente, se ofrecen datos sobre la casuística clínico-forense y, por tanto, pericial del Juzgado de 1ª instancia, de vía civil, número 59 de Barcelona del año 2002 y se aportan las líneas conductoras de la filosofía asistencial o pericial en este campo.

**PALABRAS CLAVE:** *Internamiento forzoso, criterios forenses.*

### **Abstract**

This paper expounds in detail the key aspects of enforced or involuntary hospitalization, as the latter is more judicial and, as it has formal and apparent consequences on the person's right to autonomy and on the subject's liberty. The values involved in the process in hospitalizing a patient are also discussed. In the author's opinion, the following values may clash, at least formally: the right to life, to health, to physical integrity, to liberty. Lastly, data is provided about clinical-forensic casuistry and, therefore, expert casuistry from the Court of the First Instance of Civil Proceedings, number 59 of Barcelona from the year 2002, and some approaches leading to assistential or expert philosophy in this area are presented.

**KEY WORDS:** *enforced hospitalization, forensic criteria*

Hay una diapositiva que algunos de ustedes ya conocen, en este caso ya le he puesto un título, “Al Servicio de la Persona”, está tomada de un libro norteamericano. Aquí vemos a un paciente, un clínico, un jurista y este supuesto conflicto de litigio de competencias, por lo general no solemos tener dificultades cuando optamos como peritos y los tribunales recogen todo lo que haya de razonable en los informes, y cuando optamos como clínicos los juzgados suelen responder también razonablemente a las peticiones o a las formulaciones del clínico. Por lo tanto, yo entiendo que cuando se es explícito y cuando se argumenta el jurista necesita al clínico, el clínico necesita en ocasiones el apoyo, el marco legal en el que nos movemos. Yo entiendo que cada uno tiene su competencia pero rara vez he visto que haya alguna confrontación o diferencias sustanciales.

El internamiento forzoso del enfermo mental, lo hay voluntario e involuntario. Del voluntario, no voy a hablar, cuando un paciente quiere ingresar, y acepta tal ingreso por propuesta del clínico o en ocasiones el propio paciente lo solicita, si no hay que forzar este ingreso por lo general no requiere la intervención del juez. Si este paciente, una vez dentro del hospital, se agrava, se psicotiza, se enajena, quiere el alta y es aconsejable obligarle a permanecer. Para no sujetarlo contra su voluntad, lo que formalmente y entre comillas sería violentar su derecho a la libertad, entonces habría que pedir permiso a un juez.

El involuntario sí que está judicializado, porque supone formalmente, aparentemente una afectación del derecho a la autonomía de la persona de la libertad del sujeto. Otra cosa es que el individuo subjetivamente no tenga las funciones cognitivas, aquellas que determinan el sustrato de su libertad entendiéndola filosófica y socialmente, no tiene íntegras estas funciones por lo tanto, no tiene voluntad para tomar una opción determinada.

En cualquier caso esta formalidad, que no solo es forma es fondo, como afecta a los derechos legales del individuo pues debe estar autorizada por el juez. Y aquí este término de autorización versus orden judicial. Que aunque ya lo conocen muchos de ustedes lo señalo muy brevemente. A primera vista una autorización, viene de autoridad, de alguien que manda, de alguien que tiene poder, de alguien que da ordenes, el chofer de la ambulancia, el propio clínico que tiene que aceptar a un paciente en un hospital, el policía cuando ve un documento de un juez que dice “autorizo” eso lo interpreta como una orden, algo que viene de la autoridad, con el sello del juzgado y con todas las formalidades de un documento.

Pero conceptualmente no es exactamente lo mismo. Y esto conviene comentarlo. Es decir, el juez está tranquilamente sentado en su despacho y no va revisando el estado mental de cada ciudadano, el se queda en su despacho y hace lo que tenga que hacer. Es el clínico, el familiar, el vecino que se encuentra con un caso patológico que debe ingresar y entonces cuando el paciente no tiene conciencia de enfermedad, presenta una serie de variables que ahora comentaremos y hay que ingresarlo contra su voluntad, entonces se le pide permiso al juez. Y entonces juez dice “bueno si usted cree que hay que ingresarlo, además usted me ha convencido con lo que me está diciendo y he visto al paciente y demás, yo autorizo que usted lo haga pero yo no tomo esta decisión”.

El juez toma esa decisión de oficio o por su propia iniciativa cuando se trata de una vía penal, es decir, de un presunto delito el cual el sujeto debe ser privado de libertad, sometido a un control, etc. Si es un enajenado, ordenará que se ingrese en un psiquiátrico, pero si no, hay una vía penal el juez no da orden, si no que autoriza la decisión que toman los clínicos. De manera que, si el clínico al cabo de media hora dice que se ha acabado la confusión el hombre está bien, puede salir, al día siguiente o antes el clínico decide si lo ingresa o si lo deja salir. O el paciente quiere salir, ve que ha mejorado, el clínico lo deja salir sin retenerlo contra su voluntad.

Por tanto, esa diferencia entre autorización y orden conviene comentarla, porque algunos más jóvenes no están familiarizados con esta terminología. Yo puedo estar autorizado a entrar a un museo, tengo autorización, autorizado a entrar a un archivo de un hospital para investigar, pero no estoy obligado a ir. Otra cuestión es que un juez por un oficio me de la orden de que vaya a un hospital para hacer un informe o lo que sea. El caso de la autorización es que entro o no entro según me parezca oportuno, sin embargo la orden me obliga, me vincula.

¿Qué valores están implicados en el proceso de internamiento de un paciente? Están implicados una serie de valores que pueden entrar en colisión por lo menos formal. Derecho a la vida, derecho a la salud, derecho a la integridad física, derecho a la libertad. El segundo y el tercero pueden solaparse en ocasiones. Es decir, el derecho a la integridad física se entendería como el de la integridad corporal, un paciente que se quiera tirar por la ventana, que se quiera cortar, que se quiere mutilar. Pues esto afectaría a su integridad física, o bien a la de otra persona que él vaya agredir.

Y el derecho a la salud sería el proceso psicotizante de un sujeto, que si no se trata se va agravar, entonces hay un derecho a la salud, que si el individuo no es dueño de regir por sí mismo, nos plantearemos si nosotros tenemos derecho o incluso la obligación de intervenir.

Tanto la afectación de la integridad física afecta a la salud pero me ha parecido oportuno diferenciar la salud en tanto a la salud mental del sujeto y la integridad física en cuanto a que la violencia contra el propio sujeto o contra otros individuos puede estar presente en ocasiones en algún momento de un trastorno mental.

Como ustedes saben cuando existe un conflicto de intereses lo que se viene hacer en el sentido común social, y sobre todo lo que aplica el jurista es valorar cuál de tales valores tiene una prioridad sobre otro, y elige dando siempre la preferencia a aquel que tenga un rango superior. En principio el derecho a la vida pues será un derecho que junto al de libertad que estará por encima de otro tipo de supuestos protegidos por la ley.

La filosofía clínica asistencial y clínica pericial que entiendo yo que debe regir al psicopatólogo, sirva para médicos, psiquiatras, forenses, psicólogos.... ya sea como clínico o asesor del juez, y sin que esa filosofía sea un baremo, es decir, no hay un manual de instrucciones que diga a quién se interna, a quién no se interna, según los criterios que cumpla, con unos ítems o con unos cuestionarios de evaluación, que sería algo simplificadora y algo reduccionista.

En cualquier caso, antes de resumir cuándo debe ser tal filosofía asistencial o pericial, vamos a comentar en dos minutos la casuística clínico-forense, por tanto

pericial, del Juzgado de 1ª instancia, de vía civil, número 59 de Barcelona del año 2002. En Barcelona hay dos juzgados especializados en internamientos e incapacidades que son el 40 y el 59. Por lo tanto, este juzgado está exclusivamente dedicado a esta materia. Esta casuística la expuse en un taller que hicimos hace unos meses en un congreso de psiquiatría nacional en Palma de Mallorca y brevemente la voy a comentar aquí, y pertenece al trabajo directo, a la recopilación de datos de la doctora Lourdes San José que es la médico forense titular de este juzgado, por tanto se lo agradezco. Yo quería poner el nombre de ella, pero por su propia modestia y su virtuosa humildad está aquí presente, pero no ha querido que su nombre salga en la diapositiva. Yo no obstante verbalmente la pronuncio y la doy las gracias.

Y entonces aquí tendríamos las patologías, demencias, anorexia nerviosa, abuso de tóxicos, trastornos disociativos, trastornos adaptativos, es decir, reactivos, trastornos de la personalidad, trastornos del estado del ánimo, se incluyen depresiones o trastornos bipolares, y esquizofrenia y otros trastornos psicóticos que son la mayoría de los casos. Tanto la psicotización del sujeto sería el principal factor clínico de ingreso forzoso, como las otras patologías que vendrían a continuación.

Aquí tenemos una gráfica muy interesante, que la comento de un momento, que se refiere a los menores de edad. Es decir, un adulto puede entrar y salir de un hospital por su propia voluntad y solo si no quiere es necesario su ingreso hay que pedir autorización al juez.

Ahora bien, un menor de 18 años que sea ingresado, aunque él desee ingresar se requiera la autorización del juzgado. Por tanto, en este grupo de menores tendríamos tanto los que son voluntarios, como los involuntarios. Yo me imagino que la mayoría serán voluntarios, pero imagino que alguno se le tendrá que ingresar de una forma forzada.

Fíjense, lo importante e interesante que es este factor, la gran incidencia y prevalencia epidemiológica de los trastornos de la conducta alimentaria. He visto personas caquéticas, terminales, e incluso, por desgracia, hemos levantado algún cadáver de persona que ha fallecido por inanición en una situación terminal de carencia energética debido a la restricción alimenticia de la anorexia.

Aquí tenemos la anorexia nerviosa restrictiva, es decir, la falta de alimentación otras series de variables, una de ellas asociada al trastorno psicocompulsivo, otra asociada a mecanismos de evacuación forzada, es decir, conductas de purga intestinal. Y otro tipo de patologías incluso una significativa elevación de trastornos de la alimentación no especificados, es decir, que habría ahí un cajón de sastre de diversas anomalías alimenticias.

Hiperactividad y deficiencia de atención, y el trastorno psicótico aparece muy abajo si ustedes se fijan. El trastorno psicótico es solamente un 5,22%, tanto así como la psicosis que el paradigma sería el brote esquizofrénico en el adulto presenta una gran prevalencia e incidencia estadística, en cambio en el joven no es así.

Es evidente que la esquizofrenia se presenta en la juventud, pero no tan pronto como para presentarse en el adolescente. En cambio las conductas de alimentación llaman la atención su gran necesidad terapéutica de ingreso, sin que esta casuística,

insisto, indique ingresos forzosos, porque muchos de ellos lo habrán aceptado por su propia voluntad.

Bien distribución por edad, la mayoría se encuentran entre la edad media de los 40 y 50 años. No vamos a entrar en muchos detalles, el sexo masculino algo superior al femenino. Y en cuanto a los cambios estacionales, los meses, no hay diferencias significativas. Y las medidas de contención en el sentido propiamente físico-coactivo, porque fíjense, un paciente puede ingresar contra su voluntad pero si decimos vamos ya y viene la ambulancia y debajo está el coche de la Guardia Urbana, pues entonces acepta.

Un internamiento forzoso no quiere decir llevarlo a rastras como si le llevaras a la silla eléctrica, cuando ve que no le queda más remedio pues se deja llevar, y va por su propio pie. Es forzoso pero se llega a sujetarlo y llevarlo a rastras. Las medidas de contención o las formas de explicar la necesidad de sujetar al paciente, pues se precisan de un porcentaje de 13,49, que fueron 102 casos a lo largo del año recopilado por la doctora San José.

La mayoría de los pacientes han tenido ingresos anteriores, por lo general un paciente que ha tenido este tipo de internamientos, pues ha tenido otras hospitalizaciones previas. Y esto es interesante, vienen comunicados desde el hospital, y terminamos esta casuística, el 82%. ¿Qué quiere decir? Quiere decir la vía no urgente, se dice a la familia o al paciente, a la familia mejor dicho “vayan al juzgado con este informe y el juez ya autorizará para que entonces la ambulancia lo ingrese”. Y esto puede ser durante varios días, mientras el juez lo recibe etc.

Cuando es urgente, se sabe que puede ingresar con rapidez, con inmediatez y antes de 24 horas hay que dar parte al juzgado. Es el hospital el que comunica al juzgado que hemos admitido a un paciente en estas condiciones. Por lo tanto, han sido urgentes y han sido comunicadas desde el hospital el 82%, los servicios sociales, asistencia social y centros de salud mental lo han anunciado en un 4% de los casos y en un 14% los familiares.

La existencia de la libertad los científicos tienden a soslayarla como problema teórico, como problema metodológico, como cuestión de estudio por ser algo tan intangible y difícil de evaluar. En cualquier caso, hay una realidad legal, es un bien junto con el del derecho a la vida defendido por nuestra constitución y es una realidad bimensual, yo me noto que quiero venir aquí, de no venir, de beber agua, de no beber agua, es una experiencia subjetiva.

Y en la enfermedad mental grave existiría una patología de la libertad, como muy bien había definido uno de los principales psiquiatras del siglo, el francés-catalán Enrié Y hemos expuesto nosotros en alguno de nuestros ensayos de nuestros trabajos.

Por tanto, hay que entender que determinados pacientes mentales sufren una afectación, una patología de la libertad, y que esta patología de la libertad no es absoluta, no es categorial, todo o nada. Puede haber un diverso grado, igual que puede haber un diverso grado de la inteligencia, el sujeto tendrá mayor o menor capacidad para autodeterminarse. Desde no tener nada, un subnormal profundo, a tenerla algo restringida, un subnormal ligero, pues también puede haber varios grados de psicotización, varios grados de afectación de los impulsos, varios grados de demencia,

de deterioro, etc., y que repercutirán en las funciones cognitivas y volitivas que serían los sustratos personales del concepto social, filosófico de libertad.

Ante un paciente tendríamos dos extremos, un polo muy intervencionista que nos impulsaría, nos llevaría a ingresarlo, a pautar un tratamiento, a hablar con la familia, a hablar con los juzgados, más protagonismo nuestro de intervenir.

Y otra actitud más abstencionista, es decir, dejar al paciente que haga lo que quiera y acaso esto que lo hable la familia, y los psicólogos ya lo discutiremos en una asamblea y haremos una reunión la semana que viene y esto ya lo tomaremos con calma. Una actitud digamos más pasiva al hecho de que tengamos que intervenir ante una patología mental determinada.

Habrán actitudes personales, incluso algo ideológicas en el propio clínico que le llevará a ser, más o menos intervencionista, esto no lo vamos a desarrollar, ya que daría lugar a otra conferencia.

Nosotros hemos comentado que como esquema habría riesgo de autoagresividad, de heteroagresividad, la gran enemiga de la autonomía personal, cuando el sujeto no se puede curar por sí mismo, un autista catatónico que no se alimenta, etc,

La gran enfermedad mental que puede agravarse, es decir, el derecho a la salud. Aunque el sujeto no tenga el riesgo de inanición, ni el riesgo de tirarse por la ventana su estado mental psicótico se está agravando y luego cuando queramos intervenir, cuanto más tarde lo hagamos más deterioro habrá en el sujeto y más afectado va a quedar en sus funciones mentales, que van a afectar su salud. Incluso puede ser irreversible en cuanto menos más difícil de recuperar en el supuesto de que no hagamos una intervención adecuada.

Ese concepto en que en ocasiones la prevención supone una intervención precoz. La prevención primaria es evitar la enfermedad, por ejemplo la vacuna, y la prevención secundaria es el diagnóstico precoz, por ejemplo la apendicitis, palmas el abdomen operas resuelves el problema y evitas una peritonitis con una perforación que puede ser mucho más difícil que a veces no puedes salvar al enfermo. Por tanto, una intervención precoz es una forma de prevención, concretamente definida como prevención secundaria.

Y una referencia a la llamada “merma patrimonial aguda”. Yo recuerdo tres pacientes. Un paciente que lo fuimos a sacar casi con una grúa en el paseo marítimo de Sitges. Este chico que su padre tenía un taller, un chico de clase media, tenía unos pequeños ahorros en la cuenta bancaria, él tiene una ideas megalómanas, él lee economía, lee bolsa, él va a invertir, se va hacer muy rico, en una fase maniaca. Se va un hotel de Sitges de máximo coste, se gasta una cantidad desproporcionada para su nivel, y llama a un servicio de grúas para que hagan un gran agujero en el jardín. Porque él cree que va a ganar tanto dinero que necesita hacer un pozo negro para guardar el dinero negro. Aquella situación era un tanto cómica, y con ayuda de un amigo suyo y su familia lo ingresamos y el juzgado aceptó este tipo de ingreso en la clínica San Gervasio.

Otro paciente lo sacamos del Hostal de La Gabina de Sagaró de la provincia de Gerona, que es uno de los lugares más palaciegos de la Costa Brava. Él cogió una suite real y estaba gastándose una cantidad económica, esto era en otoño, no estaba todo lleno, y reservó todo un garaje para traer su cuadra de caballos. Hizo traer un caballo que tenía

en un picadero de Castell de Fels, a la vez compró otros caballos del Club de Polo, e hizo traer un camión con grano para alimentar a los caballos. El gerente del hotel lo vio normal, ya que un día puede ir un jeque árabe y pedir un caballo. Es un hotel de lujo. Fuimos a por él y lo ingresamos. Luego, este hombre nos cuenta que él quería batir un record de salto de acantilado con el caballo que se había traído, y tirarse al mar. Digo esto, porque la merma patrimonial es también indicador de una patología. Este hombre si no lo hubiéramos ingresado ya no es lo que hubiera costado, sino lo que hubiera supuesto batir el record con el caballo, e igual lo hubieran tenido que sacar los submarinistas y vete tu a saber si hubiera sobrevivido.

Y el tercer caso, es un ingeniero con una pequeña empresa, que empieza a gastar mucho dinero y lo embaucan unos extranjeros, aquí el juez no estuvo de acuerdo, no voy a decir nacionalidad para no herir susceptibilidades, pero digamos unos mafiosos de vía estrecha que ven que este hombre tiene dinero y quiere invertir y le proponen unas inversiones en el extranjero y se deja llevar. Cada día le sacan 1 ó 2 millones de pesetas, en pocos días le sacan 15 millones. Es una cantidad respetable. Como él, por un lado, estaba relativamente conservado y no quería tratarse, pero yo planteo un ingreso forzoso, pero ya no como los anteriores que nos lo llevamos con ambulancia, los de los hoteles, en este caso plantea la familia con un informe asistencial que fuera al juzgado. Y hablo aquí como psiquiatra asistencial y no como forense. Y el juez argumentó que daba prioridad al derecho de la libertad que al derecho al patrimonio económico. Que la dignidad del hombre estaba por encima de todo, valorada por su libertad y no por su riqueza.

Esto quiere decir, que estamos todos de acuerdo, que yo prefiero ser pobre pero ser libre. Y esto entiendo que implica cierta reducción en el planteamiento. Es decir, si las funciones mentales fuesen aisladas, estaríamos de acuerdo que entre ser libre y ser rico, es mejor ser libre.

Pero aquí hay que ver el conjunto de factores que hacen que este hombre no controlara bien sus impulsos, no evaluaba bien la realidad y estos dispendios económicos eran una expresión más de la grave patología subyacente en su sistema bio-psicosocial.

Yo aquí pongo la etiología, la causa como una base genética de la filosofía bipolar de lo que queramos y no queramos, la patogenia, es decir, el proceso por el cual se va desarrollando una etiología previa, una evolución determinada, cíclica, recidivante, hacia la grabación, deteriorante, la que sea, y el síntoma emergente, que es lo que vemos por fuera. Pero esto no es la enfermedad, es decir, un sujeto que gasta mucho o gasta poco, evaluamos lo que está gastando, el síntoma es un elemento emergente, es un indicador de que algo lo que está pasando, como un termómetro, dependiendo de la temperatura vemos si algo está pasando en el organismo.

¿Qué planteó el juez? No, si acaso lo incapaciten por la vía ordinaria, un proceso de incapacidad puede tardar mucho tiempo, con la diferencia de que esta fase maniaca desaparece en un par de semanas. Y a lo mejor este hombre un buen ingeniero, y un buen empresario y a lo mejor no había tanto como para incapacitar.

Es decir, esto sería un tema para entrar en otra discusión, pero fueron unos psiquiatras belgas quienes me plantearon cuando yo les expuse mis criterios de

internamiento como filosofía global, el riesgo patrimonial gran inmediato, es decir, un sujeto que está gastando dinero a lo loco, podría estar indicado para ingresarlo súbitamente para frenar este dispendio económico y proteger sus intereses entendiendo que ese sujeto no solamente tiene una salud física, si no bio-psico-social y que sus patrimoniales forma parte de su realidad.

Y me despedido diciendo que estamos al servicio de la persona, estamos con la justicia, con la clínica, con la familia, con el paciente, pero siempre estamos todos de acuerdo en que nuestro servicio está orientado a las personas en su condición de enfermos y en su condición de sujetos que deben, en un momento determinado, ser sometidos al control de la ley.