

# INTERNAMIENTOS, INCAPACITACIÓN Y MEDIOS COERCITIVOS

*Alfredo Calcedo Ordóñez*  
*Catedrático de Psiquiatría (J).*  
*Co-Director del Máster de Psiquiatría Legal.*  
*Universidad Complutense de Madrid.*

## I Sobre la hospitalización psiquiátrica

La hospitalización del enfermo mental es una circunstancia poco frecuente en la práctica psiquiátrica. Responde a situaciones y condicionamientos diversos. De aquí las diferencias en su regulación. A tal respecto se distinguen tres tipos de hospitalización: internamiento clínico, internamiento por autorización judicial e internamiento por orden judicial.

El internamiento clínico se corresponde con la hospitalización voluntaria. “Internamiento clínico” es la expresión que aparece en la Ley General de Sanidad para referirse a la hospitalización común (art.65). Implica un mero trámite administrativo. Dicho de otro modo, no plantea exigencia alguna para el paciente mental. No obstante, presupone aceptación de estancia y tratamiento y de las normas de régimen interno de la unidad psiquiátrica dónde ingresa (visitas, etc).

Una variante del internamiento clínico u hospitalización voluntaria se da cuando, al mero hecho de la hospitalización, se incorpora un contrato terapéutico. Implica una limitación concertada de derechos del paciente. Es habitual en programas de desintoxicación y deshabitación de drogas.

El internamiento clínico suele tener finalidad terapéutica, pero en ciertas ocasiones su significado y sentido pueden ser periciales. En cualquier caso el paciente siempre tiene la opción de suspenderlo sobre la base de que sea competente para hacerlo. De no ser competente se impone la conversión del internamiento clínico en internamiento por autorización judicial.

El internamiento psiquiátrico por autorización judicial esta regulado por el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Presupone la presencia de trastorno psíquico y que, como consecuencia del mismo, la perso-

na no este en condiciones de decidirlo por sí. Pueden darse dos circunstancias: una, que en expediente previo el Juez autorice el ingreso, otra, que por razones de urgencia resulte necesario el internamiento inmediato. Pero, sea de un modo u otro, el responsable del centro en que se hubiera producido el internamiento deberá comunicarlo al Juez lo antes posible y, en todo caso, antes de veinticuatro horas, a los efectos de la preceptiva ratificación. A subrayar que, para ratificarlo, el juez debe examinar por sí mismo a la persona de cuyo internamiento se trata y oír el dictamen de un facultativo. Además, establece la periodicidad de los informes del médico responsable del caso, al efecto de acordar lo procedente sobre la continuación o no del internamiento. No obstante, el alta es decisión médica, si bien es obligado comunicarla al juez.

Particular mención hace el legislador del internamiento psiquiátrico de menores en el mismo artículo 763. A tal respecto señala que siempre debe realizarse por autorización judicial. Así también, que ha de hacerse en establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor. Por menor se entiende persona de edad inferior a dieciocho años.

El internamiento psiquiátrico por orden judicial está regulado en la legislación penal y en la penitenciaria. En la legislación penal se concreta en la Ley de Enjuiciamiento Criminal y en el Código Penal.

La Ley de Enjuiciamiento Criminal considera el internamiento psiquiátrico en el supuesto de que el juez advierta en el procesado indicios de trastorno mental (art.381). Es un internamiento por orden judicial. Ahora bien, terminada la observación del procesado, se produce la vuelta de este a la situación que jurídicamente le corresponda. A todo esto, el facultativo responsable del

caso tiene la obligación de emitir el correspondiente informe en los términos que el juez precise. A subrayar que nadie puede negarse a acudir al llamamiento del juez para desempeñar un servicio pericial, salvo que estuviera legítimamente impedido (art.462).

El Código Penal considera el internamiento psiquiátrico como un tipo de medida de seguridad privativa de libertad, aplicable a enfermos mentales que han delinuido gravemente y resultado eximidos completa o incompletamente de responsabilidad criminal. La medida de seguridad de internamiento tiene finalidad terapéutica, pero también una cierta garantía de control, pues el enfermo se ha manifestado socialmente peligroso. Pero en ningún caso su duración debe superar a la que hubiera correspondido de haber resultado plenamente responsable. A subrayar que es competencia del juez o del tribunal penal, que impuso la medida de seguridad, la de determinar la suspensión de la misma.

Finalmente, la legislación penitenciaria prevé los supuestos de que presos penados o preventivos necesiten asistencia sanitaria. A tal respecto, la Ley General Penitenciaria establece, para casos de necesidad o de urgencia, la atención en centros no penitenciarios. En estos casos controla y garantiza el Juez de Vigilancia Penitenciaria (arts 36.2 y 76.1).

Desde un punto de vista asistencial la hospitalización por orden judicial plantea distintas exigencias a los profesionales según el órgano jurisdiccional que opera. No obstante, en todos ellos, siempre late la tensión entre un derecho fundamental de la persona, cual es la libertad, y la necesidad de tratamiento. Ante tal disyuntiva es natural que se resienta la deseable alianza terapéutica entre médico y paciente en mayor o menor grado, si bien las diferencias entre ámbitos civil y penal son notorias. Por supuesto que en ambos prevalece un sentido terapéutico y si se quiere rehabilitador, pero no es todo.

Volviendo a lo ya dicho, en el ámbito civil el facultativo tiene una capacidad de actuación sobre el paciente del que carece cuando lo hace en el ámbito penal, y eso tiene sus efectos.

Así, en el ámbito civil es al facultativo a quien corresponde impulsar la hospitalización por autorización judicial, claro está que sobre la base de que constituya la única alternativa, pues las menos restrictivas se presumen inoperantes. Básicamente, un paciente debería ser hospitalizado por autorización judicial cuando sufre una patología mental severa, de pronóstico negativo si no se

trata, expectativas de mejoría con tratamiento y falta de conciencia de enfermedad para determinarse sobre lo más razonable dada su condición. Por supuesto que pueden darse situaciones o circunstancias que reclamen de la contención hospitalaria, en tanto se sustancia un diagnóstico o una respuesta a la situación de riesgo o al deterioro cognitivo.

En cualquier caso, un tratamiento forzoso y el uso de medios restrictivos (contención mecánica, aislamiento) colocan al profesional en situación asistencial ciertamente incómoda. Se impone entonces el análisis de coste y beneficios en marco ético y legal, a fin de mejorar la condición clínica del paciente y generar alternativas a la hospitalización forzosa. Afortunadamente, en la hospitalización por autorización judicial, inciden a favor la posibilidad de cambio de status del paciente de forzoso a voluntario y de alta, en función de la evolución clínica, todo ello a criterio médico. Caben negociaciones y compromisos.

En el ámbito penal, sin embargo, el facultativo es obligado a asumir al paciente en medio hospitalario por orden judicial. Y aparece, aparte de las dificultades para conformar la alianza terapéutica con el paciente, el dilema de las dos lealtades: lealtad al paciente, lealtad al sistema penal, esto es a la sociedad. Es ineludible y a plantear al paciente desde el mismo momento en que sea capaz de comprenderlo. Y a mentalizarlo de que el alta es dominio de la autoridad judicial. Caben pocas negociaciones y compromisos entre el paciente y el facultativo. Se impone por ello el máximo cuidado en el análisis de coste y beneficios y solo forzar tratamiento cuando los mejores intereses del paciente resulten ética y legalmente bien fundamentados.

## II

### 1) Sobre la capacidad jurídica y capacidad de obrar

El Derecho como es sabido, distingue entre capacidad jurídica y capacidad de obrar de las personas. Es útil detenerse y explicitar la diferencia entre uno y otro tipo de capacidad por la proyección que tiene sobre los enfermos mentales.

La capacidad jurídica refleja el valor absoluto de la persona. Significa que la persona, desde que nace hasta que muere, es sujeto de derechos. Se ejemplifica básicamente en que nacemos libres e iguales.

La capacidad jurídica es igual en todos y para todos y no puede ser graduada ni limitada. Si lo fuera se daría la paradoja de que unos podrían ser más personas que otros. No se puede ser más o menos persona, pese a la condición o circunstancias que se esgriman. Admitirlo sería discriminar y la capacidad jurídica excluye tal posibilidad.

Ahora bien, la realidad social nos muestra con frecuencia las dificultades con que se abren paso la libertad y la igualdad de las personas. No es tan fácil, por tanto, que se respete la capacidad jurídica de las personas. Podrá ser su condición básica, pero la cuestión será viabilizarla, hacerla real y efectiva.

Pasemos ahora a lo concreto reparando en enfermos mentales. Un enfermo mental posee, cualquiera sea su estado clínico, capacidad jurídica. En tanto persona que es, resulta sujeto de derechos. Supongamos que haya perdido el significado y sentido de su identidad, sigue siendo persona y por tanto sujeto de derechos. Es importante reflexionar sobre la capacidad jurídica de los enfermos mentales para protegerlos de la discriminación.

La discriminación habitualmente la considera el legislador, por razón de lugar de nacimiento, raza, sexo, opinión, religión y cualquier otra condición o circunstancia personal y social. El enfermo mental puede ser discriminado por su condición de enfermo y las circunstancias que le toque vivir. Un enfermo con demencia o retraso mental es fácilmente vulnerable por razón de su deterioro mental, que le hace dependiente y promueve la indefensión, pese a lo negativo de las circunstancias en que se encuentre. Es factible, por tanto, que se resienta su capacidad jurídica por una doble vía: trato discriminatorio e inadecuación de medios asistenciales a disposición.

La capacidad de obrar es cuestión diferente de la capacidad jurídica. Implica acción libre y responsable. Resulta en eficacia jurídica allí donde la voluntad de la persona ha fijado un objetivo. Conecta con los deseos e intereses de la persona. La capacidad de obrar presupone condiciones y exige requisitos. En la base está la madurez mental.

La capacidad de obrar puede cambiar en el tiempo, puede o no haberse disfrutado. Puede afectar a un sector de la realidad o a otro. No todos ni en toda época de la vida poseemos la misma capacidad de obrar. Puede perderse en parte o del todo.

Hay enfermos que son prototipo en cuanto a observación de la capacidad de obrar. La paulatina reducción de su autonomía por vía de la demencia es un buen ejemplo al respecto. Ahora bien, no hay un gran paralelismo entre deterioro mental y deterioro de la capacidad de obrar en el sentido jurídico que le estamos dando. Sucede que las exigencias jurídicas para obrar en uno u otro sentido pueden ser distintas ante una misma situación clínica. No son las mismas cuando de otorgar un poder o contratar se trata, de matrimonio o de hacer testamento. En relación con lo dicho nos centraremos en las restricciones a la capacidad de regir su persona y bienes.

## 2) Sobre la Incapacidad civil

Hay enfermos que presentan un deterioro mental que les impide regir su persona y bienes con carácter definitivo. El Código civil, en el artículo 200, regula situaciones como esta mediante la incapacitación:

“Son causas de incapacitación las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico, que impidan a la persona gobernarse por sí misma”

Las causas más frecuentes de incapacidad civil son las demencias y el retraso mental. No obstante, hay enfermos en que no se plantea la incapacitación, pese a darse causas suficientes para la misma. Juegan circunstancias que facilitan obviarla: acuerdo de la familia, escasos medios económicos, incluso un respeto al enfermo en un intento de no lastimarlo. Hay, pues, enfermos incapaces de hecho, pero no de derecho.

En cualquier caso, sin embargo, sea la vía judicial o no la que opere, lo importante es definir ese punto en que la capacidad de la persona para gobernarse a sí misma esta perdida de modo persistente. Hay que evitar, en consonancia con lo recién dicho, que personas incapaces aparezcan como dueños de sus actos, pero también que quienes todavía son capaces resulten limitados. No es tarea fácil.

Hay ocasiones en que darse cuenta de que la persona no rige es cuestión de sentido común. Se dan cuenta quienes conviven con el enfermo. Junto a los síntomas de la enfermedad detectan actos de riesgo o en claro detrimento de los intereses del paciente.

En otras ocasiones la alerta procede de un profesional. Un facultativo relaciona un estado clínico, o los actos de riesgo o en detrimento de los intereses del en-

fermo, con la presencia o la progresión de la enfermedad. Es su obligación alertar a los familiares y, ante la falta de respuesta, instar al Ministerio Fiscal para que promueva la incapacitación.

Iniciado el expediente de incapacitación llega el momento de puntualizar. Junto a otras actuaciones judiciales (examen personal del presunto incapaz por el juez, declaraciones de parientes y testigos) resulta preceptivo el informe pericial.

Un informe pericial exige el acopio de datos de diversas fuentes. Puede haber intereses de terceros que pretendan sesgar información. Hay que sistematizar y ordenar la información, distinguiendo los datos obtenidos directamente del reconocimiento del periciando de los datos de otras fuentes: familiares, registros médicos, sin olvidar el expediente judicial.

Un informe pericial debe dar cuenta de un diagnóstico bien argumentado. Pero no es suficiente, importa su repercusión en el funcionamiento de la persona. Son las habilidades para hacer o cumplir algo, con el conocimiento, comprensión o creencia necesarios para poderla cumplir. Otro modo de considerarlas, sería como logros adaptativos ante situaciones sociales significativas. A ponderar son las habilidades para las actividades cotidianas de la vida, el funcionamiento social, la realización de tareas y la adaptación al estrés. Son estas habilidades las que nos marcan un nivel de funcionamiento. Pero es necesario algo más: correlacionarlo con las exigencias que su condición personal y bienes determinan.

En línea con lo anterior puede resultar muy útil establecer un perfil del funcionamiento de la persona en positivo y en negativo, complementándolo con la valoración que de su condición de enfermo ella misma hace. El funcionamiento positivo se concreta en lo que el enfermo es capaz de hacer y se le debe permitir que haga y debería continuar haciendo. El funcionamiento negativo se centra en lo que ya no es capaz de hacer, ni debería intentar hacer más. La valoración subjetiva busca su opinión sobre la enfermedad que padece, síntomas y efectos de estos sobre el futuro.

No se nos escapa que, en ocasiones, la progresión de la enfermedad es poco compatible con apurar los límites de hasta cuando un enfermo puede dejar de hacer. El lapso de tiempo puede ser breve y por tanto poco operativo. Pero es peor psicológica y moralmente para el enfermo limitarlo jurídicamente en previsión de lo que todavía no ha llegado. Solo con su aquiescencia es éticamente aceptable.

### **BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA.**

Grisso, T.: *Evaluating Competencies: Forensic Assessments and Instruments*, Kluwer Academic, New York, 2003.

Gutheil, T.G. y Appelbaum, P.S.: *Clinical Handbook of Psychiatry and the Law*, 3ª ed., Williams and Wilkins, Baltimore, 2000.

Simon, R.L.: *Clinical Psychiatry and the Law*, 2ª ed., American Psychiatry Press, Washington, 1992.

Weiner, B.A. and Wettstein, R.M.: *Legal Issues in Mental Health Care*, Plenum, New York, 1993.

Bloch, S., Chodoff, P. y Green, S.A., eds.: *La ética en Psiquiatría* (traducción española de la 3ª ed., 1999). Triacastela, 2001.

Código de Ética y Deontología Médica, Organización Médica Colegial, España, 1999.

Declaración de Madrid, Asociación Mundial de Psiquiatría, 1996.

Ley 14/1986, de 28 de Abril, General de Sanidad (B.O.E. núm. 102, de 29 de Abril).

Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal (B.O.E. núm 298 de 14 de Diciembre).

Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (B.O.E. núm. 274, de 15 de Noviembre).