

Los internamientos psiquiátricos en atención primaria: aspectos medicolegales

Mariano Casado Blanco^a, Paz Hurtado Sendín^b y Antoni Jiménez García^c

^aProfesor de Medicina Legal. Facultad de Medicina de Badajoz. UEX. Médico-Forense.

^bServicio de Urgencias. Hospital Materno-Infantil de Badajoz.

^cResidente de Familia. Hospital Regional Universitario Infanta Cristina de Badajoz.

En los primeros años del siglo xx, el ingreso de los pacientes psíquicos en los establecimientos psiquiátricos no estaba reglamentado de forma sistematizada. El único antecedente o regulación legal existente sobre internamientos psiquiátricos hay que buscarlo en el Decreto Regulador de la Asistencia Psiquiátrica, promulgado por el Gobierno provisional de la República el 3 de julio de 1931, modificado posteriormente y de forma leve el 27 de mayo de 1932.

En resumen, se consideraban tres posibilidades de ingreso o admisión:

a) por propia voluntad; b) por indicación médica, y c) por orden gubernativa o judicial.

No vamos a tratar de explicar cada caso concreto, pues no es el objeto del presente artículo; únicamente se hará mención como reseña histórica de los métodos utilizados hasta que, con los cambios políticos ocurridos en nuestro país, a partir del año 1978 y con la promulgación de la Carta Magna y, con ello, el consiguiente espíritu de reforma tanto social como legislativa, implicó en consecuencia la derogación del Decreto de 1931, al ser contrario a lo preceptuado en la Constitución sobre derechos fundamentales reconocidos y, más específicamente, en relación con el artículo 15 (sobre interdicción de tratos inhumanos o degradantes), art. 17 (sobre el derecho a la libertad y a la seguridad de las personas), art. 25 (sobre la no imposición de sanciones que impliquen privación de libertad por parte de la administración civil), art. 43 (derechos fundamentales del enfermo en relación con la protección de la salud), art. 49 (sobre protección, tratamiento y rehabilitación de los disminuidos físicos, sensoriales o psíquicos).

A partir de entonces, se entiende que la protección de los enfermos mentales pasa a ser de índole básicamente tutelar y, por tanto, es competencia correspondiente al orden jurisdiccional. Como consecuencia, la Ley 13/1983 de 24 de octubre de Reforma del Código Civil en materia de tu-

tela derogó explícitamente la legislación anterior y otorgó la protección civil de los enfermos mentales a los jueces, basándose en que están necesitados de tutela. Todo esto ha quedado recogido en el artículo 211 del Código Civil, cuyo texto, tras la modificación de la Ley Orgánica 1/1996, indica que:

“El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad, requerirá autorización judicial. Ésta será previa al internamiento, salvo que razones de urgencia hiciesen necesaria la inmediata adopción de la medida, de la que se dará cuenta cuanto antes al juez y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas.”

En la redacción del artículo se pueden entrever las diferentes posibilidades existentes actualmente de internamientos psiquiátricos y los pasos a seguir en cada caso. Por supuesto que de estas posibilidades quedan excluidos dos circunstancias: por un lado los internamientos voluntarios, es decir, aquellos que se llevan a cabo con el “consentimiento” del enfermo; y en segundo lugar aquellos internamientos involuntarios impuestos por la ley y sometidos a la legislación penal (Código Penal, Ley de Enjuiciamiento Criminal e incluso Legislación Penitenciaria), tras la comisión de delitos por parte de los enfermos y que pasarían a formar parte de las llamadas medidas de seguridad recogidas en dicha legislación penal.

Por lo tanto, excluidos estos dos supuestos, restan otras dos posibilidades dentro de los internamientos involuntarios:

1. Internamiento involuntario urgente.
2. Internamiento involuntario no urgente.

Trataremos de abordar tanto los aspectos legales como medicolegales de estos tipos de internamientos psiquiátricos.

Internamientos involuntarios urgentes

En este caso caso (urgente), se permite el traslado inmediato del enfermo por propia decisión médica o de cualquier familiar o persona que esté al cuidado del enfermo, dando cuenta, por supuesto, al juez dentro del plazo máximo de las 24 h posteriores indicadas en el Código Civil.

Correspondencia: Dr. M. Casado Blanco.
Área de Medicina Legal. Facultad de Medicina de Badajoz.
Avda. de Elvas, s/n. 06071 Badajoz.

En estos casos, de forma indudable y directa, el criterio decisivo es evidentemente médico o clínico, pues el juez no tiene en este caso intervención inicial, decidiendo, por tanto, el ingreso el propio médico, ya sea el de familia o el especialista, o incluso cabe la posibilidad, en último caso, de que tras el ingreso, éste sea notificado por el propio servicio de admisión del centro psiquiátrico al que se ha llevado el enfermo. Es una circunstancia que en la práctica aparece con relativa frecuencia y que ofrece una dificultad añadida en caso de que el enfermo se niegue a ir al hospital, y además concurra la circunstancia de que ni las ambulancias ni las fuerzas de seguridad acepten el traslado sin la correspondiente orden o autorización judicial, lo que hace que se obstaculice la dinámica de la propia urgencia médica.

Es evidente que esta circunstancia, conocida por todos, genera determinados problemas:

1. ¿Cuándo se puede hablar de urgencias psiquiátricas?

Como algunos autores han indicado de forma simple y sencilla, una urgencia es médica cuando la respuesta o posible solución es médica, basándose el carácter de urgente en los criterios de la propia ciencia médica.

Ahora bien, para ello es preciso que se constate la existencia de cualquier trastorno, alteración o anomalía de tipo psíquico, ya sea de carácter agudo o crónico, conocido o no, y en tratamiento o sin él.

En segundo lugar, una vez determinada la existencia del trastorno psíquico, será preciso valorar si ese estado genera o supone, por sus manifestaciones psicopatológicas, un peligro, amenaza o riesgo para el propio paciente o para los demás, incluyendo situaciones como intentos o ideas de autólisis, estados de violencia física, agresividad, amenazas, etc.

Es importante recordar que la medida de internamiento del paciente debe ser sopesada y prescrita siempre que no exista otra alternativa, es decir, el internamiento hay que considerarlo como método o mecanismo beneficioso para el propio paciente, siempre con el objetivo de poder compensar el cuadro psíquico.

2. ¿Cómo se debe realizar el traslado del paciente?

En primer lugar, casi todos los autores coinciden al indicar que, si existe posibilidad de que el traslado lo efectúe la propia familia del enfermo, será mejor y más conveniente para él.

Si no es factible, bien porque resulte imposible o porque el propio médico decida otra forma de traslado, éste se deberá efectuar en condiciones apropiadas tanto desde el punto de vista material o de equipamiento asistencial como de la seguridad.

En lo relativo al tipo de material necesario para el traslado se hace imprescindible la utilización de ambulancias apropiadas, aunque este extremo no siempre es posible.

En cuanto a la asistencia médica, consistirá tanto en la aplicación de medidas de contención física, de la que nos referimos en el punto siguiente, así como de la aplicación de medidas de contención química o farmacológica, siendo conveniente por parte del médico que asiste al paciente la previa comunicación con la unidad o centro psiquiá-

trico al que va a ser trasladado el paciente, para que desde allí se asesore clínica y terapéuticamente el método electivo según el caso.

Mucha mayor dificultad aparece en relación con la contención física del paciente (contención humana, sujeción, contención mecánica, etc.), para lo cual, en muchas ocasiones, se hace imprescindible la intervención y ayuda de los cuerpos y fuerzas de seguridad (policía local, Nacional, Autónoma, Guardia Civil, etc.).

Es preciso aclarar y extender la idea de que el médico, en estas situaciones concretas de urgencias psiquiátricas, no precisa ningún tipo de autorización judicial previa para su intervención y adopción de medidas en relación al paciente. No se puede olvidar, y a veces es conveniente recalcar, aunque resulte chocante, que en estas situaciones el médico actúa con carácter de autoridad, al encontrarse en el ejercicio de sus funciones, y por ello puede y debe reclamar directamente el auxilio de los cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado, según lo indicado en el artículo 26 de la Ley 14/86, de 25 de abril, General de Sanidad, así como en los artículos 5.2b y 5.4, de la Ley 2/86, de 13 de enero, de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.

3. ¿Cuáles son las implicaciones medicolegales de los médicos de atención primaria en los casos de internamientos urgentes?

En estos casos es conveniente que el médico que asiste al paciente remita al Juez de Guardia algún tipo de documento medicolegal, ya sea un parte o un informe de asistencia, para poner en conocimiento el hecho, en el que se haga constancia de:

- Datos de identificación del médico que suscribe el documento (nombre, número de colegiado, puesto laboral).
- Fecha, lugar de asistencia al paciente y motivos de la asistencia.
- Identificación del paciente, directa o por referencias.
- Pequeña historia psicopatológica (informes clínicos, diagnósticos previos, tratamientos seguidos, ingresos anteriores, etc.).
- Valoración psicopatológica inicial (signos y síntomas patológicos, actitud del paciente, conciencia de enfermedad, conciencia de necesitar tratamiento, etc.).
- Tratamientos aplicados (farmacológicos, contención mecánica, etc.).
- Modo de traslado del paciente (ambulancia, familia, fuerzas de seguridad, etc.).
- Ayuda de los cuerpos y fuerzas de seguridad (colaboración, negativa, etc.).
- Unidad de psiquiatría o centro psiquiátrico de referencia al que se traslada el paciente.

Internamiento involuntarios no urgentes

En esta modalidad, a diferencia de la anterior, no existe un riesgo inmediato que obligue a la adopción de medidas encaminadas al traslado rápido del paciente a un centro o unidad psiquiátrica. La persona o personas que pongan en conocimiento el caso harán la propuesta de ingreso ante el juez, que tras examinar a la persona y oír el dictamen de un facultativo por él designado, concederá o denegará la

autorización y pondrá los hechos en conocimiento del ministerio fiscal, a los efectos prevenidos en el artículo 203 del Código Civil.

En estos casos, la actuación médica se limita únicamente al preceptivo informe médico acerca de la concurrencia o causas que desde el punto de vista médico aconsejen el internamiento del enfermo psíquico.

Este informe es punto de referencia indispensable para que el juez pueda determinar y autorizar el internamiento.

Este informe médico, aunque es lo más generalizado, no siempre deberá ser realizado por el médico forense, sino que en determinadas situaciones el juez podrá acordar que éste sea redactado por cualquier otro facultativo que en su caso conozca o trate al paciente.

Para la realización de dicho informe será preciso elaborar un informe pericial psiquiátrico, en toda regla, en el que consten:

- Identificación del médico que suscribe el informe.
- Identificación del paciente, fecha, hora y lugar de elaboración del informe.
- Antecedentes personales, ingresos anteriores, tratamientos seguidos.
- Estado psicopatológico actual, nivel de conciencia.
- Consideraciones médicas en las cuales se hagan valoraciones en cuanto a la conveniencia o no del internamiento.
- Conclusiones médicas que aconsejen o no el internamiento.

Con estas puntualizaciones se pretende hacer una llamada de atención sobre las funciones y responsabilidades que recaen sobre el colectivo de atención primaria, considerado como el primer eslabón de la sanidad y sobre quie-

nes recaen, por tanto, cierta responsabilidad y aspectos jurisdiccionales relacionados con los enfermos mentales y más concretamente sobre su valoración, como base y primer paso para poder efectuar los ingresos o internamientos de enfermos mentales. Con ello se da cumplimiento tanto a las cuestiones de índole asistencial o clínica, sin olvidar nunca las obligaciones de tipo legal y las medicolegales.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Almenta E, Calcedo A. Hospitalización voluntaria versus contra la voluntad en un hospital general (I): aspectos conductuales, semiológicos y circunstanciales relacionados con la admisión. *Anales de Psiquiatría*, 1989; 5: 365-373.
- Circular 2/1984, de 8 de junio, de la Fiscalía General del Estado sobre internamiento de presuntos incapaces.
- Código Civil, (8.ª ed.) Madrid: Ed. Civitas, 1985.
- Código Penal, (3.ª ed.) Madrid: Ed. COLEX, 1998.
- Constitución Española de 1978. BOE. Madrid 1981.
- Lacaba Sánchez F. Internamiento de incapaces; problemática del art. 211 del Código Civil. *La Ley* 1993-1994, págs. 1012 y ss.
- Ley 13/1983 de 24 de Octubre. Reforma del Código Civil en materia de tutela. BOE. n.º 256 de 26 de Octubre de 1983; 28932-28935.
- Ley General de Sanidad, Ley 14/1986, de 25 de abril de 1986.
- Ortega-Monasterio L, Talón MT. Valoración médico-forense de los criterios clínicos del internamiento forzoso. *Rev Esp Med Leg* 1986; 51-52.
- Pérez Pineda B, Martínez Nieto E, Bulejos Muñoz M. Manual práctico de medicina legal y administrativa para médicos de atención primaria. Granada: Ed. Comares, 1994.
- Royo-Villanova Morales R. Lecciones de medicina legal. Madrid: Editorial Marbán, 1952.
- Salud Mental y Justicia. Problemática civil y penal. Internamientos en Derecho Civil y Penal. La peligrosidad. Cuadernos de Derecho Judicial. Consejo General del Poder Judicial. Madrid, noviembre de 1994.
- Vallejo Nágera JA. Lecciones de psiquiatría. Madrid: Librería Científico-Médica Española, 1952.