

El internamiento psiquiátrico en España

Manuel Desviat Muñoz

*Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germain
Leganés (Madrid)*

En España el internamiento psiquiátrico se regula por leyes ordinarias: Código Penal, Código Civil y Ley General de Sanidad. No hay una legislación específica como en otros países. Fue un punto de consenso entre psiquiatras y juristas asumido por los legisladores con el intento de normalizar los derechos de las personas aquejadas de enfermedades mentales.

A partir de la Constitución de 1978 nadie puede ser privado de libertad ni obligado a un determinado tratamiento médico, salvo por disposición legal y en este caso respetando las garantías establecidas en los tratados y acuerdos firmados por España, entre otros el Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales.(Cuadro 1). Los criterios esenciales contenidos en la jurisprudencia europea sobre derechos humanos, a los que España tuvo que adecuarse, contemplan:

- a) El internamiento como una medida excepcional,.
- b) Se considera el trastorno mental en continua evolución por los progresos de la psiquiatría y los cambios de actitud de la población.
- c) Que no pueda prolongarse el internamiento si no persiste la perturbación mental que la ocasionó.
- d) Necesidad de control judicial en los internamientos involuntarios.
- e) Que el paciente tenga la posibilidad de ser oído personalmente o, en su caso, mediante alguna forma de representación; que sea informado de las condiciones del internamiento, que la decisión judicial se adopte en breve plazo.
- f) Las restricciones a la libertad personal del paciente deben limitarse a las que sean necesarias por la situación psicopatológica y el encuadre terapéutico.

El tipo de ingreso va a estar determinado por un criterio médico en el internamiento voluntario e involuntario (con autorización judicial en este último caso) o por la decisión judicial (oídos los peritajes psiquiátricos, en el caso de un delincuente exento de responsabilidad criminal por causa psíquica, o bien en una situación de enfermedad sobrevenida, o en el presunto delincuente para observación, a tenor del Código Penal) y por tipo de recurso (Unidades Psiquiátricas del Sistema Nacional de Salud, Instituciones Penitenciarias o especiales, militares, servicios sociales).

CUADRO 1.- PRECEPTOS CONSTITUCIONALES

Art. 17. 1. Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad, sino con la observancia de lo establecido en este artículo y en los casos y en la forma previstos por la Ley.

Art. 43. 1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.

Art. 43. 2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de los servicios necesarios. La Ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.

Art. 49. Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento y rehabilitación e integración de los disminuidos psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos.

CUADRO 2.- EL ARTÍCULO 211 DEL CÓDIGO CIVIL DE 1983

“El internamiento de un presunto incapaz requerirá la previa autorización judicial, salvo que por razones de urgencia hiciesen necesaria la inmediata adopción de tal medida, de la que se dará cuenta al Juez, y en todo caso, dentro del plazo de 24 horas”.

“El Juez, 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 previstos en el artículo 203”¹.

“Un internamiento, que no cumpla los requerimientos expresados, podrá dar lugar a un procedimiento de habeas corpus o a la depuración de responsabilidades criminales por posible detención ilegal”.

Internamiento involuntario y tutela: la reforma civil

La reforma del Código Civil de 1983 convierte al Juez en el garante de los derechos fundamentales de la persona, transformando la llamada tutela de familia en tutela de Autoridad. Se instaura la salvaguarda de los derechos del enfermo mental, de forma inespecífica, como en cualquier otra situación o padecimiento donde el sujeto no puede transitoriamente gobernarse a sí mismo. La tutela deja de ser prerrogativa exclusiva de médicos y familiares, en vías de proteger la libertad y el patrimonio de los presuntos incapaces. El Juez no ordena, sino que autoriza, el internamiento psiquiátrico (Cuadro 2).

En tanto que el internamiento es una medida terapéutica, la decisión última de su conveniencia corresponde al médico, al especialista. El Juez no puede imponer el internamiento de un paciente contraindicado clínicamente. Sin perjuicio, por supuesto, de la posible negligencia médica o de la omisión de socorro si, ulteriormente, se acreditase que el internamiento, contra el parecer del médico, fuese el único tratamiento posible (O'Callaghan X y Peces y Morate J, 1986).

Podemos resumir las características y condiciones de los ingresos involuntarios en:

1. Que exista una indicación médica (síntomas psiquiátricos y una situación que justifique la necesidad del internamiento). La solicitud puede efectuarla la familia, el representante legal del paciente si estuviera incapacitado legalmente, o fuera un menor, la policía o el Ministerio Fiscal.

2. Que la situación psicopatológica impida al sujeto la toma de decisión por sí mismo (su estado le hace imposible el ejercicio del derecho a estar informado, así como aceptar o rechazar las medidas médicas que se le proponen). La obligación del consentimiento y las circunstancias excepcionales en las que puede ser suspendido este derecho están reguladas por la Ley General de Sanidad, además de por el citado art. 211 del Código Civil.

3. Cuando el paciente sea menor de edad, no será suficiente la autorización del padre o de la madre o de aquel que detentara la patria potestad, precisando de la autorización judicial y de un informe de los servicios de asistencia al menor (Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor que modifica el art. 211 del Código Civil: “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. Esta 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. El internamiento de menores se, se realizará en todo caso en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor (...) El internamiento sólo excepcionalmente será de larga duración y se producirá el alta cuando el tratamiento carezca de sentido”)

¹ “El artículo 203 alude a que el Ministerio Fiscal deberá promover la declaración de incapacidad, en el caso de que (art. 202) el cónyuge o descendientes, ascendientes o hermanos no lo hubieran solicitado (...) El Juez, de oficio, recabará información sobre la necesidad de pro-

guir el internamiento, cuando lo crea pertinente, y en todo caso cada seis meses, en forma igual a la prevista en el párrafo anterior, y acordará lo procedente sobre la continuación o no del internamiento”

4. Obligación de poner en conocimiento del Juez el internamiento y, en cualquier caso, antes de 24 horas de producido el ingreso. El Juez deberá personarse para examinar al paciente y en el plazo de 72 horas ratificar o no la medida de internamiento involuntario.

5. En relación con la intervención domiciliaria y traslado del paciente: la entrada en el domicilio del presunto enfermo mental, sin su conocimiento, exige de la autorización previa del Juez, salvo los casos de estado de necesidad. La intervención se llevará cabo, cuando sea necesario, por las Fuerzas de Seguridad. Aunque la legislación no es clara a este respecto, suele ser aceptado que esta actuación deberá contar con personal de los equipos de salud mental y el traslado ser realizado por vehículos sanitarios.

Ingreso voluntario

En este caso se supone que el paciente tiene capacidad para tomar la decisión. No hay que olvidar que si hubiera presiones, engaño o error los responsables del ingreso pueden incurrir en un delito (art. 163 del Código Penal). La aceptación voluntaria del ingreso y, consecuentemente, de las medidas terapéuticas y de las normas de la unidad debería hacerse por escrito (Documento que no exime de la necesidad de información sobre los tratamientos que se consideren necesarios ni del consentimiento informado en cada una de las intervenciones terapéuticas).

El internamiento voluntario puede convertirse en involuntario si la evolución del paciente así lo aconseja.

El internamiento por orden judicial

Internamiento sin consentimiento del paciente, involuntario, cuando éste haya cometido un delito y sea declarado exento de responsabilidad o esté incurso en un procedimiento penal.

a) Inimputabilidad y medidas de seguridad

Condena o tratamiento vienen derivadas de la consideración de la responsabilidad o no de un delito, de la determinación de si una persona, en el momento de cometer el acto criminal, posee o no las facultades psíquicas mínimas para ser considerado responsable penalmente de sus actos.

Se trata, por una parte de considerar hasta dónde la irresponsabilidad del acto de un sujeto y por otra de delimitar los espacios carcelarios (para los penados) y sanitarios (para los enfermos), sin la ambigüedad ni la confusión provocada por el uso durante décadas de leyes de vagos y maleantes y de peligrosidad o de ingresos manicomiales para prevenir o controlar conductas potencialmente delictivas o socialmente mal toleradas.

La consideración de la responsabilidad no se hace sobre un estatuto de enfermo, y por tanto para siempre, sino sobre una situación acotada en el tiempo; no se es inimputable por ser un loco sino por estar en el momento de los hechos enajenado. Y sobre todo: se puede ser esquizofrénico y criminal, como se puede ser esquizofrénico y rico, o blanco o negro, o payo o gitano.

“Para la apreciación de circunstancia eximente o modificativa de la responsabilidad criminal basada en el estado mental del acusado no basta una clasificación clínica” –dice una sentencia del Tribunal Supremo (STS 51/93, de 20-I)– “por lo que debe evitarse el incurrir en la hipervaloración del diagnóstico, en cuanto es menester poner en relación la alteración mental con el acto delictivo de que se trata, ya que la enfermedad es condición necesaria pero no suficiente para establecer una relación causal entre la enfermedad mental y el acto delictivo” (Ortega Monasterio, 1993).

Para que un acto sea imputable es necesario que el actor tenga un estado de madurez física y psíquica mínimo (relacionado con su edad), que tenga plena conciencia de los actos imputados, así como suficiente capacidad de voluntariedad y de libertad. El acto responsable es el que se efectúa con inteligencia para conocer y discernir y voluntad para actuar libremente.

Otra cuestión respecto a la inimputabilidad es el grado de irresponsabilidad, de incapacidad. Para muchos psiquiatras y juristas la exención total, al convertir al paciente en un menor, impide todo contrato terapéutico y por tanto su responsabilización en el tratamiento.

El Juez puede enviar a los pacientes inimputables o seminimputables para que cumplan la medida de seguridad al centro que considere más idóneo (sea público o privado, de instituciones peni-

tenciarias, sanitarias, centros de toxicomanías para deshabituación, centros educativos especiales o de cualquier otro tipo). En España no existe, como en el Reino Unido, un tribunal auxiliar interinstitucional que pueda ayudar a determinar el sitio más indicado (el Mental Health Review Tribunal, creado en 1959 por la Mental Health Act en el Reino Unido –existe una por cada región sanitaria-, compuesto por un jurista, un médico, que generalmente es un psiquiatra, y un funcionario de los servicios sociales –cuando tienen que dirimir sobre un paciente criminal–, el tribunal está presidido por un Juez–, que permite un mayor conocimiento al decidir el destino: cárcel, atención ambulatoria, unidades hospitalaria u otros espacios).

b) El Código penal de 1995

El Código Penal vigente (promulgado en 1995 y en vigor desde mayo de 1996) introduce modificaciones sobre la reforma de 1983, que fundamentalmente son:

- 1) Sustituye el término “enajenado” por el de “anomalía” o “alteración”.
- 2) Se especifica que el internamiento en un centro psiquiátrico por causas penales no puede prolongarse más allá del tiempo considerado como condena máxima para el delito correspondiente.
- 3) Se incluye la drogadicción como factor que puede influir en la responsabilidad penal.
- 4) Se incluye la posibilidad de tratamiento ambulatorio como medida sustitutiva al internamiento del enfermo mental.
- 5) Se incluye la posibilidad de internamiento en instituciones especializadas (otras que las psiquiátricas), como las escolares o las dedicadas a rehabilitación de toxicómanos.
- 6) El trastorno mental transitorio no eximirá de pena cuando hubiese sido provocado por el sujeto para cometer el delito.

TIPOS DE INTERNAMIENTO POR ORDEN JUDICIAL (CÓDIGO PENAL)

- a) Por orden judicial en un inimputable. Como aplicación de medida de seguridad de internamiento tras Juicio Oral en el que le ha sido aplicada al paciente la exención plena o semiplena de responsabilidad criminal (artículo 20 del Código penal).
- b) Por orden judicial en un procesado pendiente de juicio. El Juez lo somete a observación.
- c) Por orden judicial en un trastorno mental sobrevenido. Cuando un penado que cumple condena necesita un tratamiento, por un episodio “sobrevenido” que no puede ser atendido debidamente en la cárcel.

CÓDIGO PENAL (ART. 20)

Están exentos de responsabilidad criminal:

1. El que al tiempo de cometer la infracción penal, a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica, no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esta comprensión.
2. El que al tiempo de cometer la infracción penal se halle en estado de intoxicación plena por consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos, siempre que no haya sido buscado con el propósito de cometerla o no se hubiese previsto o debido prever su comisión., o se halle bajo la influencia de un síndrome de abstinencia, a causa de su dependencia a tales sustancias, que le impida comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión.
3. El que, por sufrir alteraciones en la percepción desde el nacimiento o desde la infancia, tenga alterada gravemente la conciencia de la realidad”.
4. El que obre en defensa de la persona o derechos propios o ajenos (El CP exige que, concurren los requisitos de agresión ilegítima, necesidad racional del medio empleado para impedir la o repelerla y falta de provocación suficiente por parte del defensor).

5. El que, en estado de necesidad, para evitar un mal propio o ajeno lesione un bien jurídico de otra persona.
6. El que obre impulsado por un miedo insuperable.
7. En cumplimiento de un deber.

DE LAS CIRCUNSTANCIAS QUE ATENUAN LA RESPONSABILIDAD CRIMINAL

Art. 21. Son circunstancias atenuantes:

1. Las causas expresadas en el capítulo anterior (art. 20), cuando no concurren todos los requisitos necesarios para eximir de responsabilidad.
2. La de actuar el culpable a causa de su grave adicción a las sustancias mencionadas en el artículo anterior.
3. La de obrar por causas o estímulos tan poderosos que hayan producido arrebatos, obcecación u otro estado pasional de entidad semejante.
4. Confesar la infracción.
5. Reparar el daño.

c) De las medidas de Seguridad.

El artículo 95 del Código Penal regula las medidas de seguridad que puede aplicar el Juez o tribunal. Pueden ser:

1. Privativas de libertad: el internamiento en centro psiquiátrico, el internamiento en centro de deshabitación, el internamiento en centro educativo especial.
2. No privativas de libertad: Prohibición de estancia y residencia en determinados lugares (establecimientos de bebidas alcohólicas, por ejemplo), a conducir vehículos, permiso de armas, inhabilitación profesional; obligación de sometimiento a programas formativos, culturales o educativos, de educación sexual y otros semejantes.

El internamiento no podrá exceder del tiempo que habría durado la pena privativa de libertad, si hubiera sido declarado responsable el sujeto.

El sometido a esta medida no podrá abandonar el establecimiento sin autorización del Juez o tribunal sentenciador (art. 97).

El Juez puede sustituir una medida de seguridad por otra, convirtiendo un internamiento en la obligación de tratamiento ambulatorio (art. 105, 107 y 108).

d) Normas éticas y protocolos.

A continuación se señalan algunos requisitos indispensables para garantizar una buena práctica y un cuidado ético en las Unidades de hospitalización psiquiátricas.

1. Es aconsejable que en las unidades de hospitalización, como en el resto de servicios de la red, se informe por escrito de los derechos y deberes de los usuarios.
2. Establecimiento de mecanismos de control sobre algunos tratamientos especialmente agresivos con protocolos escritos y consentimiento informado.
3. Que exista un protocolo de contención mecánica.
4. Que exista un protocolo que regule las restricciones cuando sean necesarias (dinero, salidas, teléfono, visitas).

El personal debe tener presente que la correspondencia es inviolable.

Que exista y sea claramente accesible un libro de reclamaciones.

5. Promover una carta de derechos y deberes de los usuarios y sus familiares o amigos, a ser posible consensuada con asociaciones de pacientes y familiares del centro o del área sanitaria.

6. Urgir al Ministerio Fiscal en orden a promover la incapacitación de los enfermos internados, cuando ésta fuera realmente procedente.

7. Respeto al derecho a la confidencialidad de los datos de los pacientes.

Por último, hay que considerar algunas violaciones de los derechos de los pacientes relativamente frecuentes en nuestro país (fueron denunciadas en el Informe del Defensor del Pueblo, 1992), como

el uso de "habitaciones de aislamiento", encierro que no suele ir acompañado de vigilancia y ha ocasionado repetidas muertes por asfixia (el pitillo que quema el colchón) o el manejo de castigos o la utilización laboral (en Unidades de Rehabilitación o Residenciales).

BIBLIOGRAFIA

1. Cabrera Forneiro, J., Fuertes Rocañín, J.C.: *"La enfermedad mental ante la Ley"*. Publicaciones de la Universidad Pontificia de Comillas. ELA. Madrid. 1994.
2. Carrasco Gómez, J.J., y Maza Martín, J.M.: *"Manual Jurídico de Psiquiatría legal y Forense"*. En: La Ley Actualidad. Madrid. 1996.
3. Defensor del Pueblo. *Situación Jurídica y Asistencial del enfermo mental en España*. Madrid: Publicaciones, 1992.
4. Desviat M. *Tratamiento o condena*. Psiquiatría Pública, 10, 2, 1998.
5. Espinosa J. *El enfermo mental en el nuevo Código Penal*, Rev AEN, XVII, 64, 1996: 623-629
6. O'Callaghan X y Peces y Morate J. *Competencias del Juez de primera instancia en el internamiento y tratamiento del presunto incapaz*. En: Problemática del internamiento judicial del enfermo psiquiátrico, Madrid: Edita Comunidad de Madrid, Consejería de Salud y Bienestar Social, 1986.
7. Ortega-Monasterio L. *La fenomenología como método clínico*. En lecciones sobre psicología médica, ed. PPU, Barcelona 1993.
8. Ortega-Monasterio L. *Enfermedad mental*. En: La Psiquiatría, 1998.