

# ENFOQUES DE LA PROBLEMÁTICA PSIQUIÁTRICA EN EL ÁMBITO CIVIL: LA HOSPITALIZACIÓN NO VOLUNTARIA Y LA INCAPACITACIÓN

*Dr. Josep Ramón Montes*

Director de Planificación y coordinación asistencial  
San Joan de Déu, serveis de salut mental.

## **El enfermo mental grave: estados psicopatológicos y discapacidad.**

Epidemiológicamente, el campo de los trastornos mentales contiene una extraordinaria diversidad, los límites de la cual continúan cambiando. Es una prueba evidente la alta frecuencia con la que aparecen nuevas y diferentes clasificaciones nosológicas. Fulford y Hope (1) pusieron de manifiesto en 1996 las diferencias existentes en el concepto de trastorno mental en los países europeos, tal y como se utiliza desde el punto de vista de la práctica legal.

El estudio *E.C.A.* (2) y posteriormente el *National Comorbidity Survey* (3) realizados en USA, han contribuido a consolidar el concepto de Trastorno Mental Severo, definido como una patología psiquiátrica con criterio de gravedad clínica y más de dos años de evolución, de forma continua o episódica recurrente, y tendencia a producir discapacidades a lo largo de la vida. La gravedad clínica está definida como distorsión grave de la realidad, comportamiento abiertamente desadaptado y falta de contención o conductas de riesgo para sí o para terceros. Este concepto incluye los diagnósticos de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar, autismo, así como las formas severas de otras patologías como la depresión mayor, la crisis de angustia con agorafobia y el trastorno obsesivo-compulsivo. Algunos trastornos de personalidad como el trastorno límite o *borderline*, pueden cumplir criterios de enfermedad mental severa. (4)

En cualquier caso, el concepto de enfermedad mental grave o severa no sólo viene caracterizado por

las alteraciones de las funciones superiores, sino también por el sufrimiento, las cargas individuales, familiares y sociales, y en general por las graves interferencias que generan en la vida cotidiana.

Aún así, la efectividad de los tratamientos combinados (farmacológicos o biológicos y psicosociales) y de la rehabilitación, ha aumentado mucho en los últimos años. (5,6,7) En la actualidad, existe un amplio consenso respecto al beneficio terapéutico del tratamiento de estas personas, siempre que se tengan en cuenta todos los aspectos involucrados en la situación. A este beneficio se suma el ahorro económico que representa para la sociedad, mantener a estas personas adecuadamente tratadas, cuando se contabilizan todos los costes y no sólo los estrictamente sanitarios. (5)

La naturaleza de muchas enfermedades mentales, por ejemplo la esquizofrenia o la depresión mayor, hace que evolucionen de manera errática o por episodios. Las fases de compensación y recuperación pueden ser largas. A diferencia de un enfermo demenciado o un deficiente psíquico de cierta intensidad, el enfermo mental no siempre está instalado en la patología. Además, a menudo un cambio de actitud positivo hacia el tratamiento o la rehabilitación, puede generar mejoras muy importantes. Algunas de las variables a tener en cuenta son:

- el estado cognitivo y la propia conciencia de sí (y de la enfermedad) pueden variar en el tiempo,
- la capacidad para ejercer un rol depende también de muchos factores: del estado mental, del apoyo informal recibido, de la atención profesional...

- el apoyo profesional ha de cambiar en función de la evolución del enfermo,
- el tipo de asistencia recibida (que sea aceptable por el paciente, que no lo estigmatice, etc.), es un factor significativo en la evolución de la enfermedad,
- las actitudes sociales (la imagen social del enfermo mental) determinan también la evolución del paciente; la discriminación frontal (no acceder a un trabajo por el hecho de tener un diagnóstico psiquiátrico), pero también la falta de estrategias de discriminación positiva, son factores claves.

**La competencia mental en la clínica psiquiátrica**

Ya hemos comentado algunos aspectos referidos a la vulnerabilidad del paciente con un trastorno mental grave. En muchos de estos casos, no existe una conciencia suficiente de la enfermedad, o bien esta conciencia está distorsionada patológicamente. En esta situación, difícilmente el paciente puede participar de manera realista en las decisiones sobre su propia salud.

**La competencia mental es la capacidad del paciente para, una vez entendida la situación, así como las alternativas de actuación posibles y sus probables consecuencias, escoger, expresar y defender una decisión consecuente con sus propios valores. (8)**

Beauchamp y McCullough (1987) (9) señalaban que las características de una decisión autónoma tienen

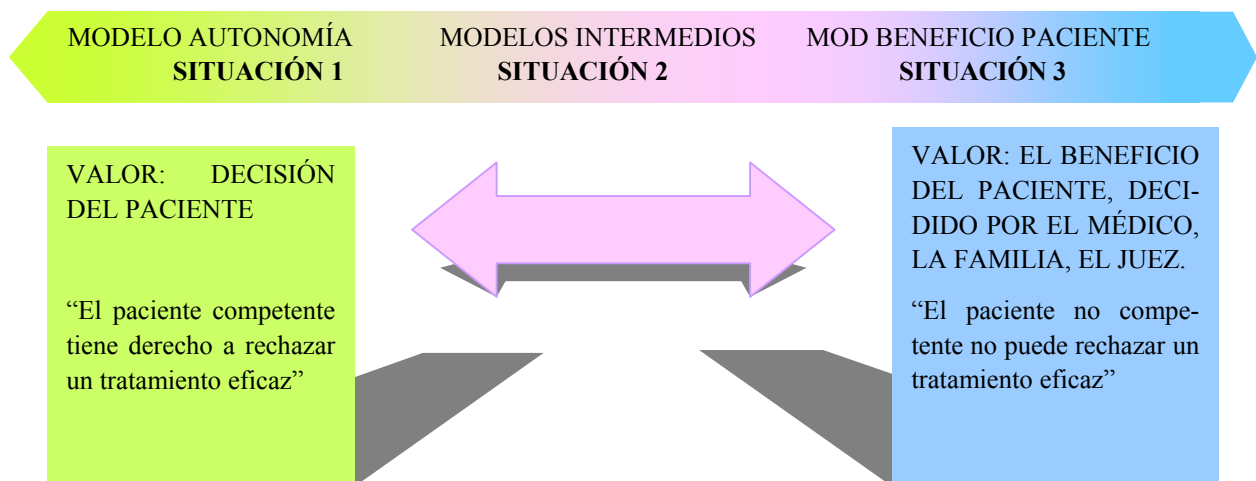
su fundamentación en un conocimiento suficiente, en la comprensión y la intencionalidad, y sin la influencia de coacciones internas y externas.

Las dificultades que comporta en la clínica la evaluación de la competencia mental en una situación concreta, son importantes. ¿En qué circunstancias se ha de considerar el principio del beneficio del paciente por encima del de autonomía? Por tanto, ¿cuándo se ha de forzar un tratamiento psiquiátrico en contra de la voluntad del paciente?. ¿Sólo cuando represente un peligro para si mismo o para los otros?. ¿Se puede forzar en función de este riesgo de manera preventiva, en base a la predicción considerada por su terapeuta? El riesgo de rotura social, laboral o familiar, ¿tiene que ser considerado?. ¿Y el de la exclusión social?

La competencia se basa en una decisión autónoma orientada a una finalidad concreta. La autonomía es un *continuum*, una dimensión teóricamente cuantificable que puede aumentar o disminuir. La competencia en cambio, es dicotómica, categorial: para una decisión concreta se es o no se es competente (10)

En la figura núm.1 se muestra, sobre la dimensión de autonomía, las tres situaciones o modelos de relación asistencial, en función de la categoría “competencia”.

**Fig. 1: Modelos básicos de relación asistencial en razón de la competencia del paciente**



La competencia ha de ponerse siempre en relación con el tipo de decisión que se ha de tomar. Por ejemplo, se considera válido el consentimiento de un disminuido leve para aceptar un tratamiento efectivo y vital, que comporte pocos riesgos. No obstante, probablemente el mismo paciente sería incompetente para rechazarlo.

El motivo resulta claro: el tipo de decisión y sus consecuencias determinan los requisitos que se necesitan para ser competente. (11) Cuanto más incierta y arriesgada es una decisión, más cualidades son necesarias para poder tomarla.

Por tanto, los factores que un usuario competente ha de poder evaluar para tomar una decisión asistencial, son:

- la efectividad del tratamiento propuesto,
- la evaluación de los riesgos que comporta el tratamiento,
- la necesidad de asistencia en razón de la situación clínica y psicosocial del sujeto, así como los riesgos derivados de no hacer efectivo el tratamiento, y
- la existencia de otras alternativas viables.

La capacidad del paciente para comprender racionalmente sin coacciones estos factores ahora y aquí, y tomar una opción razonable y también coherente con sus valores, es entonces el objeto de estudio del profesional.

En las situaciones de crisis aguda, los pacientes tienen más dificultades para evaluar racionalmente las diversas alternativas y sus consecuencias. Por el contrario, el internamiento prolongado obligatorio requerirá en la mayoría de los casos un consentimiento regularmente renovado, y si es posible, con la participación de los familiares.

### **La hospitalización de agudos: beneficios y riesgos de la intervención y de la no intervención en las diferentes situaciones clínicas.**

Definimos un proceso de internamiento de agudos como **una hospitalización temporal, de entre dos y cuatro semanas de duración, en un entorno normativo y a menudo restrictivo, vigilado y seguro, donde se producen tratamientos biológicos y psicosociales intensivos dirigidos a asumir la recuperación clínica más rápida posible del paciente psiquiátrico en situación de crisis.**

**Entendemos por internamiento no voluntario<sup>1</sup> en psiquiatría, aquel que, indicado por un psiquiatra y bajo el control previo o posterior de un juez, se basa estrictamente en la necesidad de salud de un paciente que no tiene la competencia mental necesaria para prestar consentimiento responsable, independientemente de que acepte o rechace la medida.**

En cambio, el internamiento voluntario es aquel que se produce bajo criterio médico cuando el paciente es capaz de consentir o rechazar, de acuerdo a sus preferencias y valoraciones. El paciente siempre mantiene el derecho a rechazar el consentimiento previo en cualquier momento, asumiendo por escrito su responsabilidad. Sólo la existencia de un riesgo alto de daño físico para el paciente o para terceros, que debería ser valorado por un segundo médico, puede suspender provisionalmente este derecho, mientras no sea autorizado por un juez.

En el Convenio Europeo (12), cualquier tratamiento no voluntario de una persona no competente para consentir, sólo está justificado en base al principio de protección de la salud del individuo y por tanto, a una necesidad sanitaria. El Libro Blanco (13) recupera, en diferente orden, los criterios adoptados por la O.M.S.(14) explicitando más claramente la necesidad de la presencia de un trastorno mental como causa del riesgo, y también la no existencia de alternativas menos restrictivas. Este mismo documento instaura, en su artículo 7, el principio de protección a la salud del propio paciente como única justificación para un tratamiento no consentido en los casos de trastorno mental grave, bajo las condiciones ya conocidas, de vigilancia, protección, control y existencia de vías de recurso.

---

*1 A lo largo de este trabajo los términos "no voluntario", "no consentido", "forzoso" e "involuntario" (éste, en la terminología legal española) son sinónimos.*

*2 En otras ocasiones hemos tratado del abuso que, a nuestro entender, significa proceder a llenar de internamientos voluntarios los centros psiquiátricos siguiendo una idea equivocada de "buena imagen" del hospital, amparándose en la seguridad que da el hecho de poder cambiar a la modalidad involuntaria urgente siempre que el médico lo estime oportuno. Por respeto al paciente y a la relación terapéutica, esta modificación jurídica se tendría que reservar para situaciones excepcionales, bien sea por la aparición de un riesgo grave, en términos de daño físico, sobrevenido, bien sea porque en el momento del ingreso no fue correctamente valorado. En cualquier caso, un cambio así del pacto inicial, tendría que ser muy bien explicado al paciente y la familia, explicitando nuestro malestar por tener que tomar tal grave medida e informando de que será el juez quien, finalmente, lo autorice o no.*

### **a) Efectividad y riesgos asociados en la hospitalización de agudos**

En general, no se considera que la simple custodia o vigilancia sea un beneficio suficiente para el paciente, a menos que se trate de una condición necesaria para un proyecto terapéutico más amplio. En algunos países europeos se permite legalmente el internamiento obligatorio en algunos casos, pero se requiere el consentimiento del paciente para el tratamiento farmacológico. Esta disociación entre tratamiento (que es en definitiva la finalidad real) y control, plantea algunas dificultades éticas, pues si bien es cierto que el internamiento forzoso no tendría que implicar necesariamente que el médico tome todas las decisiones durante el tiempo de la hospitalización (por ejemplo, la terapia electroconvulsiva), tampoco parece éticamente aceptable prolongar una situación de restricción que no se base en la efectividad esperable de un tratamiento.

Cuando el objetivo de la hospitalización es realizar un tratamiento efectivo que no se puede dar en la comunidad, las incomodidades o riesgos no evitables que puede comportar la situación de internamiento, son básicamente asumibles. En realidad, las normas y obligaciones se dirigen a procurar la modulación de la conducta inapropiada o desadaptativa, la confrontación con el principio de realidad o bien la contención de las ansiedades, a menudo muy catastróficas, del enfermo mental en crisis. El control reasegura al paciente y le proporciona la capacidad de volver a sentirse integrado, capaz de pensar y decidir.

Estos elementos normativos son una parte inseparable de las técnicas terapéuticas y condicionan enormemente el éxito de todo el proceso de recuperación dentro del hospital, pero fácilmente se convierten en medidas puramente defensivas o represivas, vividas como imposiciones abusivas o bien forman parte de dinámicas actuadoras de acción - reacción, sin contenido terapéutico, cuando no existe un tratamiento específico eficaz.

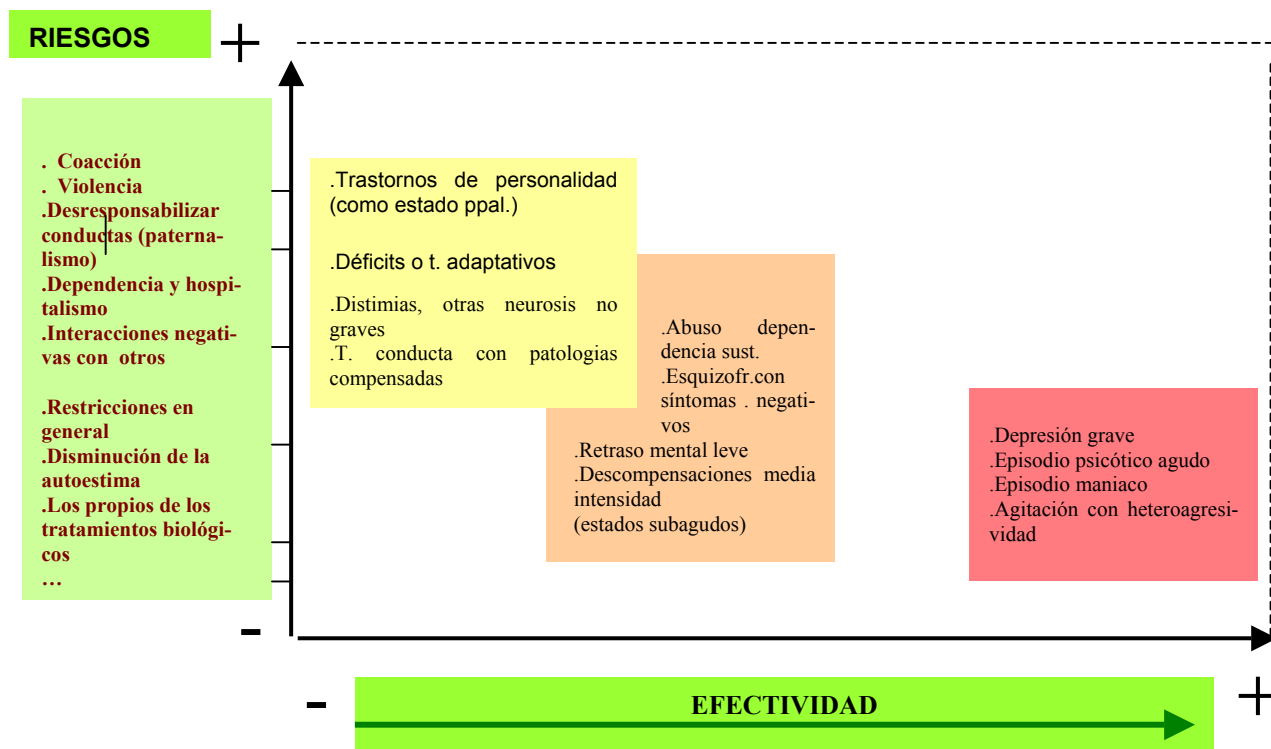
Con respecto a los tratamientos, existe evidencia suficiente de la altísima eficacia, comparable a otros ám-

bitos de la medicina y la cirugía, de los tratamientos farmacológicos específicos tanto en las situaciones agudas como en la evitación o disminución de las recaídas (5). También la rehabilitación psicosocial ha mostrado su efectividad cuando el paciente y la familia colaboran en el proceso. (7). Fuera de algunos efectos yatrogénicos muy graves pero extremadamente raros como el Síndrome neuroléptico maligno, hoy es posible un control seguro en la aplicación de los tratamientos psiquiátricos habituales y existe una clara tendencia a la disminución de los tradicionales efectos secundarios de los nuevos fármacos y a una mayor tolerabilidad. Con todo, no se han de menospreciar estos riesgos ni las consecuencias sobre la calidad de vida del paciente, cuando se trata de terapias prolongadas y a menudo, permanentes.

En la figura 2 mostramos la relación entre los riesgos asociados a la hospitalización (internamiento y tratamientos) y la efectividad de esta intervención, para cada una de las grandes tipologías de trastornos que habitualmente se presentan. Los términos de "coacción" y "violencia" se refieren a la aplicación de medidas muy restrictivas de tipo físico –básicamente contención física y aislamiento– como respuesta a conductas graves de pacientes no mediatizadas para una distorsión del estado mental, es decir, conductas responsables.

Como se puede apreciar, la efectividad es máxima y los riesgos derivados de la situación restrictiva del internamiento, mínimos, en las situaciones clínicas más agudas y graves de la práctica psiquiátrica. En el otro extremo, son las patologías que cursan con menos perturbación mental y para las que no existe un tratamiento efectivo en el curso de una hospitalización corta, las que presentan más riesgos asociados en la situación de internamiento. Obviamente, la decisión sobre una intervención clínica de estas últimas características – baja efectividad e importantes riesgos psicológicos- tendría que ser tomada por pacientes competentes. No parece profesionalmente aceptable forzar a estas personas a un tipo de intervención de tal naturaleza.

Fig 2: Efectividad y riesgos de la hospitalización de agudos (internamiento y tratamientos), según las distintas situaciones psicopatológicas.



b) Necesidad de salud y efectividad de la hospitalización de agudos: la competencia mental ante el consentimiento.

Otro de los factores de competencia que citábamos es el grado de necesidad de la intervención. Está claro que uno de los elementos es el impacto de la afectación mental y de discapacidad que comporta la situación clínica y, ligado a esto, los riesgos que previsiblemente aparecerían si no se hiciera efectiva la medida. Se trata de dos elementos que correlacionan perfectamente, y que constituyen lo que podríamos llamar “nivel de necesidad de atención”.

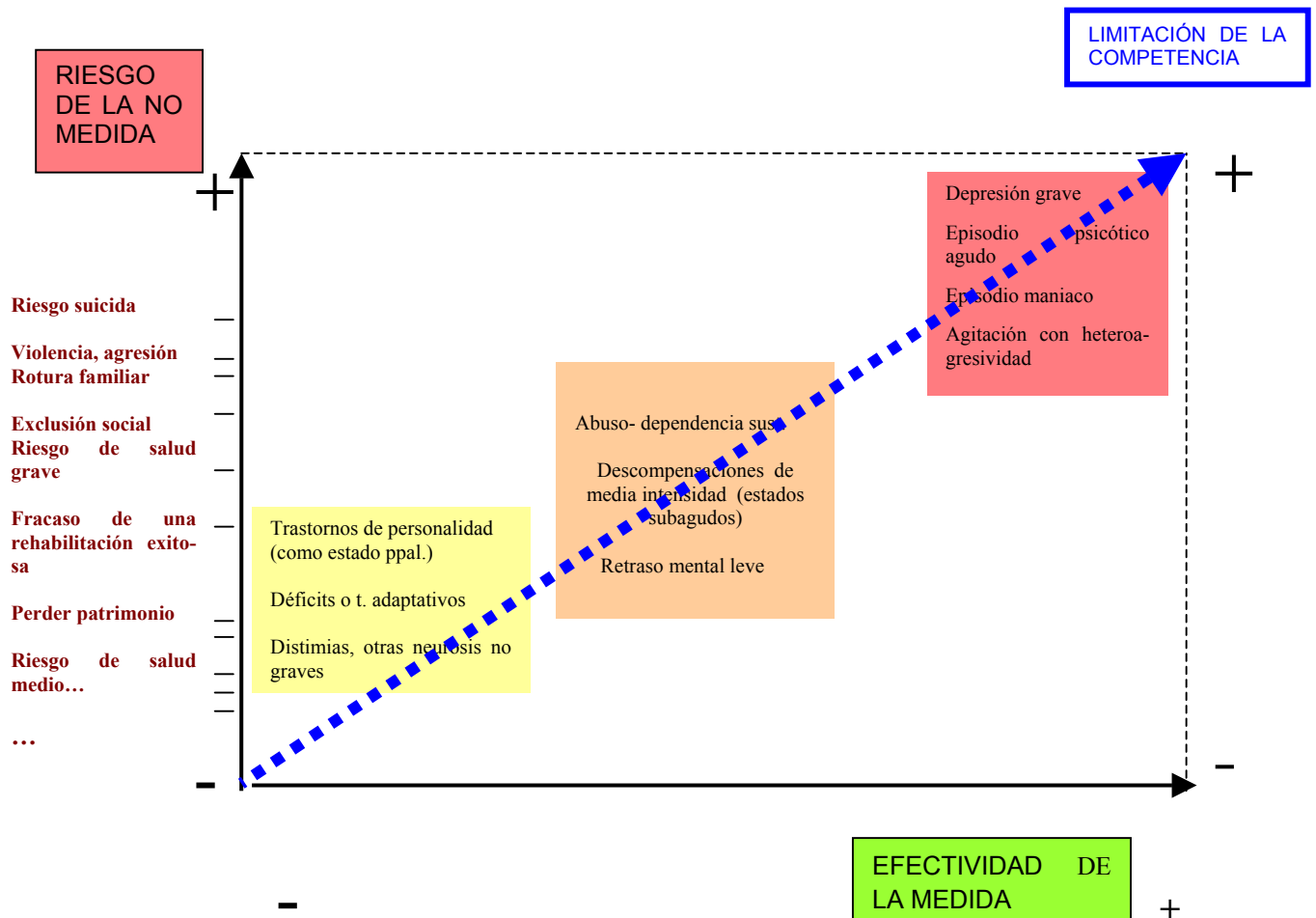
En la figura 3, parece claro que los riesgos de la no intervención y la efectividad de la medida son máximos en la clínica de depresión grave, episodio psicótico agudo, episodio maniaco o agitación con auto o heteroagresividad, independientemente del trastorno principal causante del cuadro. En estas condiciones de grave riesgo y gran efectividad de la medida, los requisitos que tendría que tener un paciente para poder rechazar, tendrían que

ser altísimos, y en todo caso muy lejos del estado mental característico de estas situaciones. Hay que recomendar claramente el internamiento no consentido como norma general.

Por el contrario situaciones de poco riesgo derivado de la patología mental y también poca efectividad de una hospitalización de corta duración, no parecen indicaciones técnicamente correctas. Ésta tendría que ser una eventualidad excepcional, pero, en cualquier caso, perfectamente compatible con competencia mental conservada. La hospitalización tendría que ser pactada en base a un contrato terapéutico libremente consentido por el psiquiatra y el paciente.

En situaciones intermedias se encontrarían otros estados patológicos que admiten incorporar criterios con la historia anterior del sujeto respecto a los resultados en otras experiencias similares, o al uso de los servicios o simplemente, perfilar mejor los riesgos concretos caso por caso. Como norma general, se puede partir de la voluntariedad.

**Fig. 3. Hospitalización de agudos: Estado clínico y relación entre riesgo de no hacer efectiva la medida y la efectividad terapéutica en la disminución de la competencia mental**



En psiquiatría, y en especial en los casos más graves, cuanto mayor es la afectación mental, menor es la conciencia de enfermedad. Ya hemos visto que a este factor fundamental, se añaden muchos otros característicos de la propia naturaleza del enfermar y de la evolución de los trastornos mentales. Si a esto unimos el hecho de que son precisamente los estados psicopatológicos más graves los que tienen más necesidad (o más riesgos si no actuamos), menos riesgos asociados a la intervención y donde esta resulta más efectiva, entonces es muy claro que la competencia para decidir se ha de plantear, no tanto sobre la pregunta de si el paciente puede aceptar (la cual resultaría irrelevante), sino sobre si está suficientemente capacitado para rechazar. Así pues, los criterios para un internamiento no consentido son:

1. Existencia de un trastorno mental significativo que implique un riesgo grave para la integridad física, la salud, la vida familiar o relacional, o los intereses en general de la propia persona.
2. En la situación actual, el estado mental del paciente le impide la competencia necesaria para tomar una decisión responsable y conforme a sus propios intereses.
3. Según los conocimientos disponibles, la medida de hospitalización es razonablemente más efectiva y beneficiosa para el paciente que cualquier otra alternativa terapéutica menos restrictiva.

Naturalmente, y como consecuencia de todo lo que hemos dicho, el internamiento no consentido sólo ha de durar lo que el estado de no competencia del paciente dure, independientemente del tiempo de hospitalización. Es altamente recomendable acompañar al paciente hacia la aceptación del internamiento a través del proceso de consentimiento informado, lo cual mejora la relación terapéutica y la conciencia de enfermedad. (8)

### **La figura de la incapacitación**

La segunda de las situaciones legales más relevante en la asistencia a los enfermos mentales es la figura de la incapacitación. Mientras en la hospitalización de crisis el objetivo perseguido es la recuperación lo más inmediata posible de la salud del paciente, perturbada de manera significativa por la aparición del episodio agudo, en la incapacitación se pretende dotar al paciente discapacitado de la protección legal y asistencial necesaria para asegurarle, de manera continuada, la mejor calidad de vida posible.

Pero, ¿cómo es la discapacidad de un enfermo mental?

Las enfermedades mentales graves son el grupo que más discapacidad, medida en “años vividos con discapacidad”, generan en el mundo. (15)

Esto quiere decir que muchos de estos pacientes no pueden llevar una vida completamente autónoma, que no pueden trabajar, que necesitan un apoyo o una supervisión constante. En el concepto técnico de discapacidad se mide sobre todo el funcionamiento social y las limitaciones para ejercer un rol social (ser padre o madre, una profesión...).

Sin embargo, la discapacidad no es un concepto estático. Con frecuencia, su origen se debe más a las consecuencias personales y sociales producidas por la presencia de un estado mental activo, no tratado, que a un estado de deterioro procesual (funcional) establecido. En cualquier caso, la discapacidad debida a trastorno mental procede tanto del deterioro psíquico y cognitivo producido por la frecuencia de episodios agudos a lo largo de la vida, como a las consecuencias sociales de la enfermedad. Variables como el tipo de asistencia recibida a lo largo de la vida (apoyo profesional), la cantidad y calidad del soporte informal (familia, red social) o la actitud social frente a las enfermedades mentales y la consiguiente presencia o ausencia de oportunidades sociales

disponibles, influyen de manera directa sobre la evolución de la enfermedad.

Por la misma razón, la posibilidad de ejercer derechos y obligaciones como cualquier ciudadano, puede variar mucho en función de los factores citados.

Generalmente, el enfermo mental grave que vive en la comunidad es una persona frágil y muy vulnerable a los cambios normales de la vida (la negación de la enfermedad expresada en conductas de riesgo, la no aceptación de las autolimitaciones necesarias para su salud, el abandono del tratamiento, etc., son tentaciones permanentes).

Otros, en menor cantidad, están instalados en una situación mental y psicosocial extremadamente desestructurada, y requieren medidas de soporte y protección permanentes.

Para medir la discapacidad debemos tener en cuenta los siguientes factores (anexo, tabla 1):

- El diagnóstico de la enfermedad o del déficit
- La gravedad clínica
- La dependencia
- La situación de riesgo social

Es importante resaltar que, a diferencia de la valoración de la competencia mental (ahora y aquí) en función del estado mental actual para decidir una hospitalización de agudos, la medida de la discapacidad requiere una visión longitudinal de la vida del paciente (al menos durante 6 meses), a ser posible en condiciones de estabilización médica. De lo contrario, es decir evaluando transversalmente el estado mental del sujeto en situación de descompensación, corremos el riesgo de abrir un procedimiento de incapacitación a un paciente recuperable. La valoración técnica debería incluir:

- Si el paciente tiene capacidad para moverse libre y responsablemente
- Si puede administrarse sus propios recursos económicos
- Si es capaz de autocuidados suficientes de la vida diaria
- Si también puede ocuparse de su salud
- Si puede relacionarse con los demás
- Si puede ejercer roles sociales

- Si tiene capacidad de defenderse y buscar ayuda cuando lo necesite

La situación típica en la que está indicada la incapacitación es aquella en la que, por causa de un trastorno mental grave y de larga evolución, se dan condiciones de discapacidad significativa y persistente y condiciones de vulnerabilidad social. Algunas situaciones concretas que pueden actuar como factores de alarma son:

- Enfermo mental grave con padres mayores y sin otro apoyo social o familiar
- Mal uso y riesgo de pérdida de recursos económicos y patrimoniales, ligado a su funcionamiento mental
- Situaciones de abuso por parte de terceros
- Riesgo de exclusión social debido a enfermedad mental tratable
- Persona mayor con deterioro o déficit cognitivo que requiere apoyo permanente
- Enfermo crónico institucionalizado, sin posibilidades de inserción comunitaria.

La incapacitación comporta un compromiso enorme para aquellos que participan en la decisión, especialmente cuando se refiere a casos en los que no se dan plenamente los factores antes citados (por ejemplo, en pacientes bipolares donde el riesgo aparece circunscrito a los episodios o fases maníacas, o en jóvenes disruptivos con patología combinada). Por ello es fundamental cuidar todo el proceso y asegurar la participación en él de todos los implicados. A mi juicio, debería exigirse una valoración psiquiátrica y social evolutiva, es decir, sucesivos informes del estado del paciente y de su situación psicosocial, siempre con la participación de profesionales asistenciales y no únicamente de peritos judiciales. Es fundamental hacer esfuerzos para que el paciente reciba asistencia profesional adecuada durante el procedimiento, primero por su propio beneficio y segundo, para poder evaluar su estado en las mejores condiciones de asistencia y tratamiento posibles.

La incapacitación debería tener siempre un objetivo de efectividad, y no meramente sancionador de una situación de necesidad. No tiene sentido incapacitar si con ello no se ofrecen instrumentos concretos para evitar el riesgo o procurar el cuidado del paciente. Esto significa dotar de contenido real la figura del tutor en cada caso (sus atribuciones, sus instrumentos de intervención, sus

responsabilidades, el apoyo emocional y legal), mejorar la formación y la capacidad de seguimiento del sistema judicial, estar dispuesto a recapacitar si conviene, y mejorar la capacidad técnica y de intervención de la red de salud mental. En realidad, todos deberíamos *capacitar* más para poder *incapacitar*.

Por tanto, la incapacitación no debería ser:

- Una manera de colocar la responsabilidad a alguien
- Una manera de quedarnos satisfechos con nuestra conciencia social.
- Una consecuencia *lógica* de un diagnóstico psiquiátrico, por mas grave que sea
- Una figura que desresponsabiliza al paciente
- La negación de total capacidad del paciente (incluso para un ingreso voluntario).
- Una vía para acceder más directamente a una institución o a un techo
- Una condición para toda la vida, independientemente de la evolución del paciente

### Bibliografía

1. Fulford KW, Hope T: Control and Practical Experience", en Koch HG, Reiter-Theil S, Helmchen E (eds) Informed Consent in Psychiatry, 1996
2. Robins LN, Regier DA (eds.) : Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study. New York, Free Press, 1991.
3. Little RJ, Lewitsky S, Heeringa S, Lepkowsky J, Kessler RC: Assesment of weighting methodology for the National Comorbidity Survey. Am J Epidemiol 1997; 146(5):439-49
4. Servei Català de la Salut: El Pla de Serveis Individualitzat. Ed. Interna del Consell Assessor de Salut Mental, 1998
5. The National Advisory Mental Health Council (Special Report): Health Care Reform for Americans with Severe Mental Illnesses. Am J Psychiatry 159: 10 october 1993.
6. Lehman AF, Carpenter WT, Goldman HH et al: Treatment outcomes in schizophrenia: im-



- plications for practice, policy and research. Schiz Bulletin 21: 669-675, 1995
7. Falloon IR H: Optimal Treatment for Psychosis in an International Multisite Demonstration Project. Psychiatr Serv 5: 615-618, 1999
  8. Ramos j, Llovet JM: Mental Competence and Consent in Severe Mental Disorders. En: Rendtorff JD, Kemp P: Report to the European Commission of the BIOMED II Project "Basic Ethical Principles in Bioethics and Biolaw"(Vol II). Ed Centre for Ethics and Law (Copenhagen) and Institut Borja de Bioètica (Barcelona).
  9. Beauchamp TL, McCullough LB: Etica Médica. Labor. Madrid, 1987
  10. Llovet JM, Ramos J: Capacidad mental y consentimiento en los trastornos mentales graves. En: La Bioética, lugar de encuentro. Ed Asociación de Bioética Fundamental y clínica. Madrid, 1999
  11. Drane J: The Many Faces of Competency. The Hasting Center Report. April, 1985
  12. Consejo de Europa: Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina. Ed. Ministerio de Asuntos Exteriores. Oviedo, 1997
  13. Grupo de expertos: Libro blanco sobre la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas afectas de trastorno mental, con especial referencia a los ingresados de forma involuntaria en un centro psiquiátrico. Consejo de Europa, 2000
  14. O.M.S.: Evaluación de los métodos de tratamiento de los trastornos mentales. Ginebra, 1991
  15. Murray CJL, Lopez Alan D: The Global Burden of Disease. W.H.O., 1996

## **PROPUESTA DE INCAPACITACIÓN LEGAL. CRITERIOS CLÍNICOS Y PSICOSOCIALES**

***Nombre y apellidos:***

***D.N.I.:***

***DOMICILIO:***

**Criterio diagnóstico:** *(uno de los dos criterios es condición necesaria)*

- Diagnóstico psiquiátrico estable, grave-severo y con más de dos años de evolución
- Otros diagnósticos relacionados con déficit cognitivo importante no reversible

**B. Criterios clínicos:** *(al menos dos de los cuatro)*

- Déficit cognitivo persistente evaluado instrumentalmente
- Juicio de la realidad marcadamente afectado, fuera de las situaciones agudas
- No conciencia de enfermedad o del déficit
- Impulsividad y conductas de riesgo derivadas o relacionadas con la enfermedad o el déficit

**C. Dependencia:** *(necesarios dos de los tres criterios)*

- El paciente necesita supervisión constante
- En la situación actual, el paciente no puede ejercer un rol social ( progenitor, trabajador,...), ni siquiera de manera supervisada
- G.A.F. de menos de 50

**D. Criterios sociales** (al menos dos criterios)

- Precariedad social y económica
- Soledad, aislamiento y falta de red social de apoyo
- Uso inadecuado de dinero: estimula la enfermedad, pone en riesgo el patrimonio o el propio futuro
- Claudicación familiar
- Evidencia o sospecha razonable de manipulación de terceros
- Cualquier otra circunstancia que haga pensar en un riesgo de marginación social
- El enfermo lleva más de dos años ingresado involuntariamente y esta condición no es aún modificable

(los siguientes criterios E i F orientan a la valoración complementaria de la capacidad i, añadidos a los anteriores, a la incorporación de los cuidados de salud entre las áreas a tutelar)

**E. Utilización de servicios:**

- Frecuentes hospitalizaciones en el último año ( normalmente involuntarias)
- El paciente no acepta tratamiento ambulatorio, tras haberlo intentado varias veces
- El enfermo no acepta rehabilitación, aunque la necesite

**F. Criterios evolutivos:**

- Alta frecuencia de recaídas, en relación a la falta de seguimiento de las prescripciones
- Pronóstico hacia el deterioro o un mayor grado de este

*nombre, firma y fecha (clínico y t. social)*

