

# Informes

---

## REFLEXIONES SOBRE LA PRACTICA DEL INTERNAMIENTO PSIQUIATRICO

Como es sabido, en octubre de 1983 fue abolido, por anticonstitucional, el decreto ministerial que desde 1931 regulaba el internamiento en los establecimientos psiquiátricos del Estado español. Aquel decreto, que en los últimos tiempos no era cumplido con demasiada rigurosidad, no garantizaba los derechos civiles de los enfermos mentales, especialmente en los casos de internamiento forzoso, en que el paciente podía ser privado de su libertad, en contra de su voluntad y por tiempo indefinido, simplemente por una indicación médica o por mandato gubernativo, amén del judicial. A partir de la fecha citada el internamiento no voluntario de los presuntos enfermos mentales quedó regulado por el artículo 211 del Código Civil reformado, por el que dicho internamiento ha de ser siempre decidido por un médico, con criterios terapéuticos y asistenciales, aunque habrá de ser autorizado previamente (o posteriormente, en caso de urgencia por el Juez de Primera Instancia, quien teóricamente aparece como figura garante de los derechos constitucionales de los pacientes, sobre todo en lo que atañe al ingreso y al alta de las instituciones psiquiátricas.

Este importante cambio legislativo, bruscamente introducido en la práctica asistencial, fue recibido sorpresivamente por los profesionales que trabajaban en las instituciones psiquiátricas. La falta de información previa, de las explicaciones necesarias y de las aclaraciones oportunas, contribuyó a crear una situación de desconcierto y de cierta confusión sobre lo que debería hacerse en adelante. Ningún organismo público se había ocupado de difundir las indicaciones precisas al respecto, ni antes ni ahora. Tan sólo la Asociación Española de Neuropsiquiatría, a través de su Comisión de Legislación, se ocupó del tema, y en 1984 envió a sus asociados una circular, en la que se orientaba sobre las interpretaciones posibles a la nueva normativa vigente en los diversos casos. Se había hablado incluso de «vacío legislativo», lo que era técnicamente incorrecto, dado que el nuevo artículo 211 del Código Civil había sustituido, mejor o peor, al decreto ministerial de 1931.

La situación creada por el brusco cambio normativo fue, por lo general, de bastante confusión, despertando actitudes contrarias, sobre todo en los años iniciales, y generando toda clase de incidentes y conflictos entre los responsables de las instituciones psiquiátricas (o, incluso, entre los médicos de guardia) y las autoridades judiciales. La Comisión de Legislación de la Asociación Española de Neuropsiquiatría pensó que era preciso conocer más de cerca esa situación, y estudiarla lo mejor posible, en orden a una mejor clarificación y a la unificación de los criterios sobre el internamiento psiquiátrico. Y para ello, envió en julio de 1984 cartas a los directores de los establecimientos psiquiátricos del país, solicitándoles información y su opinión sobre lo que estaba sucediendo en sus respectivos centros. Posteriormente, el año siguiente, se mandaron nuevas cartas en el mismo sentido. En total, se enviaron 99 cartas, correspondientes a la gran mayoría de las instituciones psiquiátricas, públicas o privadas.

Pues bien, sólo contestaron 30 directores o responsables de centros, de los cuales 21 fueron centros dependientes de diputaciones provinciales, tres dependientes de la AISNA, cinco dependientes de órdenes religiosas hospitalarias y uno era una clínica privada.

En las cartas que había enviado la Comisión de Legislación a los centros, se hacían cuatro preguntas genéricas que posibilitaban respuestas amplias y abiertas. Las preguntas se referían a los ingresos psiquiátricos tanto los voluntarios como los no voluntarios; a la relación existente entre los centros psiquiátricos y las autoridades judiciales; a la situación legal de los enfermos crónicos; y a la información que se daba, o no, a los pacientes sobre la legislación vigente, así como de sus derechos, especialmente en el momento de su ingreso. Por tanto, no se trataba de un cuestionario cuyas respuestas pudieran ser fácilmente codificables, ni tampoco tenía el carácter de un muestreo de connotaciones estadísticas. Se buscaba,

tan sólo, el conocer de un modo aproximado la situación creada por la nueva normativa en los centros psiquiátricos, así como también la apreciación y la valoración, más o menos subjetiva, de los profesionales que en ellos trabajaban.

Dicho esto, pasamos a comentar los contenidos de las respuestas recibidas, agrupándolas en diversos apartados.

## I. EL INTERNAMIENTO PSIQUIATRICO

Según la nueva normativa, en relación con el artículo 211 del Código Civil, se contemplan como posibles cuatro modalidades de ingreso en una institución psiquiátrica: 1) *el ingreso voluntario*, que se efectúa a solicitud del propio paciente, o con su libre aceptación, y por indicación del médico correspondiente, en base a criterios médico-asistenciales; este tipo de ingresos significa que el tratamiento ha de ser en todo momento voluntario, que el médico, o el equipo terapéutico, puede darlo por finalizado cuando lo estime oportuno o cuando el paciente incumpla su compromiso, y que el paciente puede rechazar el tratamiento, solicitar y obtener el alta de la institución en cualquier momento, salvo en el caso en que la hospitalización voluntaria hubiese sido convertida en involuntaria, con la autorización correspondiente del juez. La situación que se da, en el ingreso voluntario, es en todo similar a la existente en cualquier otra institución sanitaria; 2) *el ingreso no voluntario*, en que el paciente ha sido ingresado en contra de su voluntad, e incluso de la de sus familiares, y que siempre ha de hacerse por estricta indicación médica, pero con la previa autorización del juez; el alta será dada también en base a indicaciones médicas, y habrá de ser simplemente comunicada al juez; 3) *el ingreso no voluntario urgente*, es una simple variante del anterior y también se produce por indicación médica, pero con carácter de urgencia, lo que habrá de ser comunicado en un plazo no superior a las veinticuatro horas al juez, que deberá autorizarlo a posteriori, y 4) *el ingreso por orden judicial*, que se realiza por orden expresa de un juez de instrucción en relación con presuntas violaciones del Código Penal por parte del paciente. Este queda a disposición del referido juez, que siempre deberá autorizar su salida de la institución y/o su «sumisión a tratamientos ambulatorios», tras la valoración de los informes psiquiátricos pertinentes.

En relación con los ingresos psiquiátricos, veamos los contenidos de las respuestas recibidas:

1. En cuanto a los *ingresos voluntarios*, resultó que dos centros no respondieron en modo alguno, tal vez porque no los hubiese. Otros cuatro respondieron expresamente en el sentido de que no admitían ingresos voluntarios. En los 24 centros restantes sí admitían ingresos de esta modalidad. En la mayoría de ellos, el paciente debía firmar un impreso, más o menos complicado, solicitando el ingreso y comprometiéndose libremente a aceptar las condiciones de la hospitalización, aunque pudiendo romper ese compromiso en cualquier momento, al pedir su alta de la institución. En algún que otro centro las condiciones que implicaban el ingreso voluntario, y que el paciente había de firmar, pudieran haber parecido coactivas para éste y lesivas para el principio de voluntariedad del tratamiento. Concretamente en uno, al ingresar voluntariamente el enfermo quedaba comprometido a aceptar cuantas medidas terapéuticas el equipo asistencial estimase convenientes, lo que podría quebrantar la voluntariedad del tratamiento, aunque implícitamente se le reconocía su derecho a rechazarlo, siempre que pidiese el acta y la firmase, asumiendo «la responsabilidad de los riesgos de su salida». Bastaba incluso con que firmase el acta algún familiar, lo que carecía de sentido, puesto que en caso de tratamiento voluntario la familia no tiene ninguna responsabilidad sobre el paciente, si éste es mayor de edad y no está incapacitado legalmente.

De los 24 centros citados, en tres el principio de voluntariedad del tratamiento no estaba completamente garantizado: en uno de ellos se preveía, en ciertos casos, la posibilidad de retener al paciente en contra de su voluntad durante 15 días, aún habiendo ingresado voluntariamente, lo que podría ser claramente ilegal, concretamente secuestro; en los otros dos, el alta voluntaria del enfermo podía estar condicionada por la conformidad de la familia, lo que resultaba, cuando menos, atípico. En cinco centros de los 24 citados, se comunicaban al juez todos los ingresos voluntarios lo que, según nuestro punto de vista, suponía un aumento de la burocratización y la judicialización innecesaria de la hospitalización voluntaria, que debiera mantener siempre el carácter de libre contrato terapéutico entre el paciente y la institución. Aunque habrá que tener en cuenta la posibilidad, bastante probable, de que muchos ingresos voluntarios sean realizados bajo coacción.

En conclusión, de los 30 centros que respondieron a nuestras cartas, sólo en 15 el principio de la voluntariedad estaba plenamente garantizado, al menos sobre el papel, tanto en el ingreso como en la salida, y sin interferencias judiciales innecesarias. El balance no parecía, por tanto, muy optimista, dada la simplicidad conceptual de este tipo de ingresos.

2. En cuanto a los *ingresos no voluntarios*, autorizados por el juez, en 15 centros se hacían de acuerdo con la normativa actualmente vigente, según nuestro punto de vista.

En siete centros no había ingresos de este tipo, siendo tramitados todos los ingresos no voluntarios por la vía de urgencia, a menudo por la recomendación de los propios jueces. En uno no había ingresos involuntarios. En dos más no había ingresos de ningún tipo. Y en tres más no dieron ninguna respuesta.

En los cuatro centros restantes, para completar los 30, los ingresos de esta modalidad eran efectuados de un modo anómalo, no ajustándose siempre a la normativa vigente. En tres de ellos, los internamientos forzosos se hacían según la normativa de 1931, actualmente abolida. Y en el otro se daba una curiosa división, entre los enfermos «conocidos» de la institución, que eran ingresados si clínicamente los médicos lo estimaban necesario, bastando la simple petición de la familia en algunos casos, sin más trámites ni requisitos; y los enfermos «desconocidos» de la institución, que eran ingresados por indicación médica, dando parte al juez «si fuera necesario». Lo curioso es que esta peculiar normativa había sido elaborada con conocimiento del Gobernador Civil, el Comisario Jefe de la Policía, el Teniente de la Policía Nacional (que no figuran en el Código Civil) y un magistrado de la Audiencia Provincial.

3. Con respecto a los *ingresos no voluntarios urgentes*, 23 de los 30 centros que habían respondido, los hacían de acuerdo con el artículo 211 del Código Civil. En tres centros el ingreso forzoso urgente se efectuaba según el decreto ministerial de 1931. En uno no había ingresos no voluntarios. En dos no había ingresos de ningún tipo. Y en uno más no se respondía de ningún modo.

4. En relación con los *ingresos por orden judicial expresa*, todos los centros los efectuaban en los términos de la citada orden. Excepto en los que no admitían ingresos.

## II. LAS RELACIONES ENTRE LAS INSTITUCIONES PSIQUIÁTRICAS Y LOS JUECES

La intervención, y el seguimiento, de los jueces se ha hecho necesaria y obligada en relación con los ingresos psiquiátricos no voluntarios que han de ser autorizados por los mismos en todos los casos, y naturalmente en todos los ingresos por expresa orden judicial. El sentido de dicha intervención judicial es el de garantizar los derechos civiles de los enfermos mentales, sobre todo en lo que respecta a su ingreso y al alta. Consecuentemente, los contactos entre la institución psiquiátrica y la judicial son muchísimo más frecuentes que antes. Por tanto, es muy importante el conocer y el estudiar las relaciones entre ambas, siempre con el objetivo de mejorarlas en lo posible y hacerlas cada vez más flexibles, evitar los conflictos, clarificar los criterios y garantizar el mejor cumplimiento de la ley.

Las respuestas dadas por los directores de los establecimientos psiquiátricos sobre esta cuestión, han sido, en general, ambiguas, parciales, subjetivas y difíciles de evaluar, tal vez porque lo que se preguntaba era demasiado genérico e impreciso. Los directores de 20 centros psiquiátricos consideraban que las relaciones entre los jueces y los médicos eran buenas, sin más, en la mayoría de los casos. Era, probablemente, una opinión bastante subjetiva, que en muchos casos hacía referencia a la mera ausencia de conflictos y tensiones: «las relaciones son excelentes, pues a menudo comemos juntos», comentaba uno de ellos. Lo mismo podía decirse de la apreciación de los directores de otros dos centros, que opinaban que esas relaciones eran regulares, o la de otros cuatro directores, que opinaban que eran malas. Finalmente, otros cuatro directores no dijeron nada en relación a la calificación de esa relación.

Sin embargo, en algunas respuestas aparecían matices mucho más precisos. Así, por ejemplo, nueve directores especificaban que los jueces se desplazaban habitual y periódicamente a la institución para visitar a los pacientes internados forzosamente. Aunque, algunos de ellos, afirmaban que, con mucha frecuencia, esas visitas se relacionaban cuando los pacientes ya habían sido dados de alta. Por el contrario, otros seis directores decían que los jueces no se desplazaban casi nunca al centro. Los 15 directores restantes no decían nada a este respecto, no respondieron.

Muchos directores decían que, inicialmente, habían mantenido reuniones y sesiones de trabajo con las autoridades judiciales, y que, en algunos casos, concretamente en cuatro, esos contactos se mantenían con mayor o menor regularidad.

## III. LA SITUACION LEGAL DE LOS CRONICOS EN LAS INSTITUCIONES

Nadie ignora que en la gran mayoría de las instituciones psiquiátricas de este país están asilados un considerable número de enfermos crónicos, con largos años de institucionalización, que en muchos casos fue iniciada forzosamente de acuerdo con el decreto de 1931. Son enfermos que, aunque muchos de ellos estén libres de síntomas psiquiátricos, no pueden ser dados de alta sin más, a causa del avanzado proceso de desocialización que han sufrido en la institución. Era, y es, urgente el revisar la situación legal de estos pacientes de un modo individualizado, caso a caso, y el arbitrar vías de solución para legalizar su situación y para garantizar plenamente sus derechos constitucionales. En su día la Comisión de Legislación de la Asociación recomendó a sus miembros, especialmente a los que trabajaban en instituciones psiquiátricas, que se podría dar a los crónicos, al menos provisionalmente, el estatuto de enfermos voluntarios, lo que significaría respetar el principio de voluntariedad de los tratamientos; que se hiciese una revisión clínica de todos los pacientes en tal situación, y que se debería pasar informes individualizados de todos ellos al Ministerio Fiscal, para que procediese o no a iniciar el oportuno expediente de incapacitación en aquellos casos previstos en el artículo 200 del Código Civil.

Con respecto a la situación legal de los crónicos en las instituciones, la respuesta de los directores fue bastante diversa. En tres centros no tuvieron que plantearse tal cuestión, pues no albergaban enfermos crónicos. En cuatro centros, reconocían que ni tan siquiera se habían planteado nada en referencia a esta cuestión. Y en otros 12, simplemente no respondían a esta pregunta.

En 11 centros, se afirmaba que se había iniciado la revisión clínica, de un modo individualizado, de todos los pacientes de este tipo, con vistas a la legalización de su situación. En otros cuatro se había pretendido la incapacitación masiva de todos sus enfermos, iniciando en Magistratura los oportunos trámites jurídicos: concretamente, en uno de ellos se había propuesto la incapacitación de todos los crónicos, incapacitación que el juez había denegado en todos los casos.

Sólo en siete centros se afirmaba haber considerado a la mayoría de los crónicos como enfermos voluntarios, sin que constase expresamente que eso hubiese significado una mayor garantía para sus derechos constitucionales y que se había iniciado el envío de informes individualizados al Ministerio Fiscal, para que actuase en consecuencia.

En resumen, el panorama en cuanto a los crónicos institucionalizados era predominantemente desolador, como era de esperar, dado su «crónico» estado de abandono.

#### **IV. LA INFORMACION A LOS PACIENTES**

En una sociedad democrática es sumamente importante, y es un derecho, el que los pacientes que son o están internados en una institución psiquiátrica sean, de hecho, informados en cada momento de su situación legal, así como de sus derechos civiles, especialmente en los casos en que han sido ingresados de un modo no voluntario y en el momento del ingreso.

En este sentido, las respuestas de los centros no eran, por lo general, demasiado explícitas. Sólo en 10 de ellos se afirmaba informar sistemáticamente de sus derechos, y de su situación, a los pacientes y a sus familiares. En tres, la información se facilitaba «sólo en algunos casos». En otros cinco se reconocía no dar información alguna. Y en los 12 restantes no se respondía.

#### **V. OTROS ASPECTOS**

En las respuestas dadas a nuestras cartas, muchos directores de instituciones psiquiátricas hacían observaciones y sugerencias en torno a las cuestiones planteadas, que, de algún modo, reflejaban el estado de opinión de los profesionales, así como la valoración, más o menos subjetiva, de la situación creada por la nueva normativa en materia de internamiento psiquiátrico.

Eran frecuentes las quejas referentes a la supuesta intromisión de los jueces en unas actuaciones consideradas como meramente médicas, quejas que parecían traducir la defensa, más o menos encubierta de intereses corporativistas. Algunos también se lamentaban de la excesiva burocratización que el cambio de legislación había supuesto. Otros manifestaban un cierto confucionismo entre lo que es, o debe ser, la autorización judicial para el internamiento no voluntario de los pacientes y el orden judicial de internamiento forzoso, confucionismo que se acentuaba por la actitud de algunos jueces que interpretaban erróneamente el artículo 211 del Código Civil y ordenaban el ingreso inapelable de algunos pacientes, a menudo a instancias de los familiares, ignorando que el ingreso no voluntario ha de efectuarse por indicación médica y con la autorización judicial, salvo en los casos en que presuntamente se haya violado el Código Penal. En otras cartas, se manifestaba estar de acuerdo básicamente con la nueva normativa vigente, aunque se lamentaba también el que en muchos casos los jueces no pudiesen cumplir adecuadamente los fines de esa normativa, por diversas motivaciones.

#### **CONCLUSIONES**

1. La inquietud y el desconcierto iniciales ante la implantación de la nueva normativa vigente en materia de internamiento psiquiátrico, derivada, en buena medida, de la desinformación generalizada y de una inadecuada aplicación de la misma en muchos casos, agravadas por la inercia y por la resistencia que siempre surgen ante cualquier fenómeno de cambio. Faltaba la necesaria clarificación y unificación de criterios, que el tiempo y la práctica podrán ir corrigiendo, si se tienen claros los objetivos: la garantía jurídica de los derechos constitucionales de los enfermos mentales, que deben prioritarlos intereses menores o meramente corporativos. Puede haber existido alguna confusión, pero no vacío legislativo. El artículo 211 del Código Civil es suficiente para regular el internamiento no voluntario, siempre que sea aplicado adecuadamente con las partes implicadas. Es rechazable por propia iniciativa de legislación específica sobre internamientos psiquiátricos, que sería discriminatoria para los pacientes en relación con otros internados por motivos diferentes, y supondría un retroceso en sus garantías jurídicas.

2. Es fundamental la clarificación y la distinción nítida entre la autorización judicial para el internamiento psiquiátrico no voluntario, que siempre ha de ser decidido por el médico con criterios exclusivamente terapéuticos, y la orden judicial de internamiento, que sólo puede darse en caso de supuesta violación del Código Penal. En consecuencia, es muy necesario mejorar la comunicación entre las instancias psiquiátricas y las judiciales, hasta ahora infrecuente y excesivamente burocratizada, fomentando los contactos personales, con el fin de homologar criterios de actuación en la realidad concreta.

3. Es fácilmente constatable la escasez de recursos del aparato judicial para cumplir adecuadamente los objetivos de la nueva normativa: la garantía jurídica de los derechos constitucionales de los enfermos mentales. En este sentido, sería conveniente una adecuada dotación de recursos técnicos suficientes a los juzgados, para el cumplimiento de sus funciones.

4. Se hace preciso poner el mayor énfasis en regular la situación jurídica de los enfermos crónicos y en garantizar realmente sus derechos constitucionales, aspectos tradicionalmente descuidados. En este sentido, será necesaria la intervención del Ministerio Fiscal en las instituciones psiquiátricas, públicas y privadas.

Madrid, junio de 1986.

**Teresa CAPILLA; Serafín CARBALLO; Enrique GONZALEZ DURO  
y Alicia ROIG-SALAS  
(De la Comisión de Legislación de la A.E.N.)**