

Tratamiento involuntario en la
Enfermedad Mental Grave: marco
conceptual, desarrollo histórico y
situación normativa en España.

Trabajo de Fin de Máster

Máster Universitario en Bioética y Bioderecho
Escuela de Doctorado y Estudio de Posgrado
Facultad de Ciencias de la Salud Universidad
de La Laguna Curso académico 2022-2023

Autor: David Soto Mariz
Tutor: Emilio Sanz Álvarez

Índice

1. Resumen	4
2. Abstract.....	5
3. Introducción.....	6
4. Objetivos.....	7
5. Metodología.....	7
6. Trastorno mental grave: Definición.....	8
6.1 Trastornos psicóticos.....	11
6.1.1 Esquizofrenia.....	11
6.1.2 Trastorno de ideas delirantes.....	12
6.2 Trastornos afectivos.....	13
6.2.1 Trastorno afectivo bipolar.....	13
6.2.2 Trastorno depresivo mayor.....	14
6.2.3 Trastornos de personalidad.....	16
7. Tratamiento de la Enfermedad Mental Grave.....	17
7.1 Antipsicóticos típicos y atípicos.....	17
7.1.1 Tratamientos de liberación prolongada.....	19
7.1.2 Clozapina, peculiaridades.....	20
7.2 Eutimizantes. Sales de Litio.....	21
7.3 Terapia electroconvulsiva.....	22
8. Formas de tratamiento involuntario.....	23
8.1 Ingreso Involuntario.....	23
8.2 Tratamiento ambulatorio involuntario (TAI).....	25
9. Desarrollo histórico del tratamiento de la locura y la involuntariedad.....	26
9.1 Roma, Grecia y el Medievo.....	26
9.2 Surgimiento del Sistema Manicomial.....	28
9.3 España a comienzos del siglo XX.....	30
9.4 Segunda República y Primer Franquismo.....	31
9.5 Tardofranquismo y primeros años de democracia.....	33
9.5 Reforma en España.....	35

10. Marco normativo vigente en Europa.....	36
11. Situación actual del tratamiento involuntario en España.....	39
12. Discusión.....	46
13. Conclusiones.....	49
14. Bibliografía.....	50

Resumen

El trastorno Mental Grave representa un auténtico reto logístico y legislativo cuando se trata de vincular el respeto a los derechos humanos y la dignidad de los pacientes, con la necesidad de realizar medidas de involuntariedad condicionadas por una pérdida temporal o permanente de sus capacidades cognoscitivas y/o volitivas.

Las complicaciones derivadas de los tratamientos, la privación de libertad o la aplicación de medidas intervencionistas suponen dificultades adicionales que deben aplicarse bajo un escrupulosos respeto al marco normativo vigente maximizando el potencial rehabilitador del enfermo y respetando su cosmovisión tanto como sea posible.

El desarrollo histórico de medidas de involuntariedad se encuentran íntimamente imbricados con la conceptualización de la locura y el papel de la psiquiatría como mecanismo de control social.

El objetivo del presente trabajo es realizar una relación conceptual, narrativa y temporal entre los conceptos anteriormente expuestos.

Palabras clave:

Trastorno Mental Grave, Involuntariedad, Historia de la Psiquiatría, Derechos Humanos, Psicofarmacología.

Abstract

Severe Mental Disorder represents a real logistical and legislative challenge when it comes to linking respect for human rights and the dignity of patients, with the need to carry out involuntary measures conditioned by a temporary or permanent loss of their cognitive abilities and/or or volitional.

The complications derived from the treatments, the deprivation of freedom or the application of interventionist measures suppose additional difficulties that must be applied under scrupulous respect for the current regulatory framework, maximizing the rehabilitative potential of the patient and respecting their worldview as much as possible.

The historical development of involuntary measures is closely intertwined with the conceptualization of madness and the role of psychiatry as a mechanism of social control.

The objective of this work is to make a conceptual, narrative and temporal relationship between the concepts previously exposed.

Key Words:

Serious Mental Disorder, Involuntariness, History of Psychiatry, Human Rights, Psychopharmacology.

Introducción

Definiremos el tratamiento involuntario como la provisión de tratamiento sin el consentimiento del paciente o en contra de la voluntad de este, justificándose su aplicación por la gravedad de la patología y la alteración en las capacidades cognoscitivas o volitivas del mismo, siempre amparado bajo las formulaciones jurídicas que cada país disponga a tal efecto.

Es importante señalar que los criterios bajo los que se ampara el tratamiento involuntario han de responder a la situación clínica del paciente y su prescripción se encuentra condicionada por parámetros médico-legales; así mismo debemos hacer una diferenciación de otros tipos de provisión de tratamientos en los que la autorización expresa del paciente no se encuentra supeditado a criterios temporales de gravedad como puede ser el caso de los pacientes incapacitados (o con medidas de protección para la salud) o el caso de los pacientes menores de edad, no quedando este supuesto recogido bajo el concepto de tratamiento involuntario.

El objetivo pues de la aplicación del tratamiento debe tener como propósito velar por la integridad física y moral del paciente o de terceros, así como responder a criterios clínicos que justifiquen su aplicación.

Los pacientes sometidos a tratamiento involuntario han de ser:

- Pacientes afectados por un Trastorno Mental Grave.
- Incapaces de emitir en el momento de la prescripción consentimiento informado válido.
- Riesgo probable elevado para la integridad propia o de terceros.
- Respetuosa y congruentes con los principios de:
 - Legalidad.
 - Garantías.
 - Proporcionalidad.
 - Legalidad.

Objetivos

- Realizar una descripción sobre el concepto de Trastorno Mental Grave y las formas de tratamiento establecidas para ello, haciendo especial hincapié en el desarrollo de medidas de involuntariedad conceptualizadas desde un marco clínico e histórico.
- Conocer cómo ha evolucionado la conceptualización y el tratamiento de la locura en términos de involuntariedad y control social.
- Vincular el cambio en el enfoque del tratamiento a los diferentes momentos históricos en los que estos se encuentran insertos.
- Conocer cuáles son las principales formas de involuntariedad en el tratamiento en la actualidad.
- Conocer cual es la legislación vigente en la normativa Europea en relación a la toma de medidas involuntarias de tratamiento.
- Conocer la normativa vigente en España vinculada a la involuntariedad.

Metodología

Se ha realizado una profunda revisión bibliográfica histórica recurriendo para ello a registros específicos, fundamentalmente textos históricos y artículos recogidos a través de archivos psiquiátricos como los Anales de Psiquiatría o la base documental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría a los que he podido acceder como socio de ambas instituciones.

De la misma manera se ha realizado un búsqueda legislativa sobre legislación española en el buscador del BOE (<https://www.boe.es/buscar/>) y supranacional en los buscadores oficiales designados a tal efecto. Tras el acceso a los mismos se ha procedido a realizar una organización histórica que pretende establecer una secuencia de desarrollo histórico entre la propia conceptualización de la locura, la involuntariedad como forma de tratamiento y la legislación dispuesta a tal efecto.

6. Enfermedad Mental Grave: definición.

La construcción de entidades nosológicas propias ha supuesto un desafío continuado en el desarrollo de la psicopatología, entendida a la vez como una necesidad de homogeneizar el discurso y favorecer el entendimiento entre profesionales y pacientes así como dar respuesta a una necesidad de establecimiento de cursos de acción que favoreciesen la creación de recursos específicos para su atención y prevención.

Según el vigente enfoque biopsicosocial de la Salud entendemos esta, tal y como postula la Organización Mundial de La Salud¹, como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*. Así pues la enfermedad quedaría definida no sólo en sentido ex-negativo sino también atendiendo a una amplia valoración funcional socioafectiva del individuo y su capacidad derivada en el paradigma de actuación en relación a sus iguales.

El Trastorno Mental Grave (en adelante TMG) es pues depositaria de esta concepción en tanto que relaciona el propio manejo sintomático clínico con el que impacto que este puede ocasionar en el individuo, siendo necesaria para su detección el establecimiento de una obligada mirada funcional y relacional. El concepto de TMG surge a comienzos de la década de 1970 en el seno de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) siendo adoptado posteriormente por el Instituto Nacional de Salud Mental Americano (NIMH) atendiendo fundamentalmente a la existencia de tres marcadores de gravedad vinculados a la enfermedad mental²:

- Diagnóstico: inicialmente referido a los trastornos psicóticos o esquizofreniformes así como a determinados tipos de trastorno de personalidad como el paranoide.
- Duración de la sintomatología y necesidad de toma de tratamiento durante el periodo: estableciendo para ello un plazo de dos años desde el inicio de la clínica.

- Discapacidad: atendiendo a modificaciones significativas del individuo en el entorno relacional, laboral, social y/o familiar de una forma significativa.

Este concepto ha evolucionado a lo largo de los años ampliándose de forma significativa a otro tipo de patologías (como los trastornos afectivos u otros tipos de trastornos de personalidad), así como modificando su inclusión en los diferentes Sistemas de Salud llegando a encontrarnos verdaderas formulaciones descriptivas en nuestro país, siendo el paradigma en la actualidad el formulado por el Sistema Sanitario Andaluz³ en la que se formula a los pacientes con TMG como *“aquellas personas que presentan una sintomatología de características psicóticas y/o prepsicóticas que generan problemas de captación y comprensión de la realidad; distorsionan la relación con los otros y supone o puede suponer riesgo para su vida. Además, esta sintomatología debe tener repercusiones negativas en distintas áreas del funcionamiento personal (vida cotidiana, educación, empleo, relaciones sociales) y presentar una evolución prolongada en el tiempo con importantes necesidades de continuidad de atención y coordinación interna y externa”*.

Esta definición para el TMG se concreta en el establecimiento de planes específicos de actuación en cuyo eje vertebrador se fundamentan las prestaciones disponibles en el Sistema Nacional de Salud (SNS) que quedan delimitadas por los siguientes criterios que permanecen vigentes en la actualidad⁴:

- Trastornos psicóticos, trastornos esquizofrénicos, depresiones graves y recurrentes, trastornos de la personalidad esquizoide, paranoide, esquizotípico y límite, trastorno bipolar.
- Se descartan trastornos mentales causados por enfermedades médicas o causas orgánicas.

- Ha tenido 1 ó más ingresos hospitalarios por motivo psiquiátrico en los últimos 2 años, o algún ingreso prolongado (< de 3 meses) en alguna ocasión.
- Presenta síntomas psicóticos no causados por enfermedades ni causas orgánicas, predominando: alucinaciones, delirios, dificultad de comprensión de la realidad, apatía, comportamientos extraños, retraimiento e inhibición social.
- Problemas de funcionamiento como consecuencia del cuadro clínico en al menos 2 de las siguientes áreas: auto-cuidados, falta de apoyo social, falta de ocupación y/o empleo, dificultades para establecer relaciones, dificultad para mantenerse en su residencia de manera autónoma, capacidad económica disminuida, escasa autonomía en el entorno comunitario, falta o inadecuación de apoyo familiar.
- Evolución de trastorno de 2 años ó más, o deterioro progresivo y marcado en el funcionamiento en los últimos 6 meses (abandono de roles sociales y riesgo de cronificación).
- Sospecha o necesidad de precisar un abordaje socio-sanitario complejo mediante combinación de intervenciones o múltiples recursos y/o profesionales de la red de atención.

Es importante pues tener en cuenta que la orientación terapéutica aplicada en el TMG se basa en la recuperación de la funcionalidad perdida por el individuo, siendo necesario para ello el establecimiento de planes de actuación que sitúen a los mismos en el centro de la actividad rehabilitadora, detectando las necesidades demandadas de forma individualizada, respetuosa con los derechos humanos, y de forma especial con la dignidad de los enfermos.

6.1 Trastornos psicóticos:

Los trastornos psicóticos, de muy variada presentación clínica, presentan como denominador común la presencia de una vivencia delirante que condiciona la percepción sensitiva e interpretativa de los sujetos que la padecen, generando una pérdida de contacto natural⁵, cuyo marco de inserción representa un cambio en la subjetividad que ahora queda ordenada alrededor de un nuevo sistema de creencias no compartido por el resto de individuos y que se manifiesta en forma de pensamientos o mandatos cuya irreductibilidad condiciona un funcionamiento marginal que se acompaña de la incapacidad frecuente para ser identificada de forma reflexiva.

Es pues habitual que los pacientes que padecen este tipo de trastornos, cuyos paradigmas son la Esquizofrenia y el Trastorno de Ideas Delirantes (también llamado Trastorno Delirante Crónico o simplemente Paranoia), puedan colocarse en situación de peligro propio o ajeno que precise la intervención por parte de los organismos sanitarios así como de las fuerzas de seguridad y orden público.

6.1.1 Esquizofrenia

La esquizofrenia es una enfermedad crónica y degenerativa cuyo curso clínico se produce en forma de brotes. Afecta de forma general a un 1% de la población⁶, no atendiendo su aparición a condicionantes socioeconómicos o de otro tipo, a excepción de la vulnerabilidad que representan la carga genética familiar y el consumo de determinadas sustancias psicoactivas como en Cannabis. Más frecuente en hombres que en mujeres (con una proporción aproximada de 2:1) la esquizofrenia se caracteriza fundamentalmente por alteraciones del contenido (delirios), curso o forma del pensamiento, que se pueden acompañar frecuentemente de alteraciones sensorio-perceptivas en forma de alucinaciones auditivas, cenestopáticas y en menor frecuencia visuales, así como

de forma significativa por fenómenos de control, robo y/o difusión del pensamiento cuya aparición orientan a la aparición de dicho cuadro (fenómenos de primer rango⁷).

El curso natural de la enfermedad de forma general desemboca en la aparición de clínica negativa, cuya aparición condiciona dificultades en la rehabilitación cognitiva apareciendo entonces la anhedonia, la apatía, la ambivalencia emocional así como abandono del autocuidado. En determinadas ocasiones esta clínica puede preceder la aparición de síntomas positivos como los referidos con anterioridad (Esquizofrenia Simple) ensombreciendo de forma significativa el pronóstico de la Enfermedad⁸.

6.1.2 Trastorno de ideas delirantes

El trastorno de ideas delirantes difiere de forma general de la esquizofrenia en que en éste se produce la aparición de una creencia delirante (generalmente asociado a fenómenos de perjuicio/persecución así como de querulancia o reivindicación⁹) que de forma inicial se restringe a una parcela de la experiencia, encontrándose preservadas el resto de funciones cognitivas y con frecuencias en estadios iniciales, no generando defecto funcional en la vida de los pacientes. Su curso es crónico y progresivo, con frecuencia irreductible, produciéndose su aparición en edades más avanzadas (alrededor de los 50-70 años) e invirtiéndose la relación de sexos (2:1 mujeres, hombres).¹⁰

La presencia de alucinaciones auditivas es frecuente y generalmente se encuentran restringidas a la vivencia delirante descrita, siendo característicos los fenómenos interpretativos sin que aparezcan asociadas otras alteraciones en la actividad, realidad, unidad o vivencia del “yo”.

Aunque de forma inicial la funcionalidad en el resto de parcelas se encuentre preservadas (cognición, autocuidado, alteraciones en la afectividad basal, etc.), es frecuente que los pacientes inicien procesos legales/judiciales que acaben generando a la larga

problemas con la justicia dada la persistencia en la conducta condicionada por la irreductibilidad delirante y el progresivo incremento en el impacto conductual. Esto genera que paradójicamente se vean implicados en procesos legales prolongados e intervención por parte de las autoridades sanitarias con mayor frecuencia que otros trastornos delirantes¹¹.

6.2 Trastornos afectivos

Los trastornos afectivos se caracterizan por fluctuaciones en el humor basal cuya presentación puede oscilar entre una polaridad depresiva, eufórica o una mezcla de ambas.

Existen variedades de presentación sintomática, siendo necesario hacer un exhaustivo análisis funcional y causal que determine la proporcionalidad y el impacto que los mismos representan en el funcionamiento ordinario del individuo filiar de forma directiva el cuadro, teniendo en cuenta que no todos los trastornos afectivos son considerados TMG.

6.2.1 Trastorno afectivo bipolar

El CIE-10 define el Trastorno Afectivo Bipolar (en adelante TAB) como *“trastorno caracterizado por dos o más episodios en los cuales el humor y los niveles de actividad del paciente se hallan profundamente perturbados. En algunas ocasiones esta perturbación consiste en una elevación del humor y en un incremento de la energía y de la actividad (hipomanía o manía) y en otras, en un decaimiento del humor y en una disminución de la energía y de la actividad (depresión). Los episodios repetidos de hipomanía o de manía solamente, se clasifican como trastornos bipolares.”*¹²

Es importante establecer diferencias entre la manía y la hipomanía puesto que esto nos servirá para identificar situaciones de riesgo condicionadas por el nivel de exposición de los individuos a agentes precipitantes y por tanto a la valoración de la necesidad de aplicar un determinado tratamiento involuntario¹³:

Hipomanía	Manía
Elevación leve estado anímico	Elevación de moderada a grave del estado anímico
Leve presión del lenguaje	Lenguaje fuertemente acelerado, con frecuencia aparecen fenómenos de atropello y pérdida del hilo narrativo
No aparecen síntomas psicóticos	Es frecuente la aparición de síntomas psicóticos en forma de delirios megalomaniacos y/o místico religiosos mesianiformes
No alteraciones sensoperceptivas	Con frecuencia aparecen alucinaciones visuales/auditivas
Sensación de bienestar	Euforia que con frecuencia evoluciona a la irritabilidad y a la disforia
Disminución de horas de sueño	Insomnio marcado
Mayor desinhibición sin conductas de riesgo	Conductas de riesgo con pérdida de patrimonio o problemas legales frecuentes
Juicio de realidad preservado	Juicio de realidad comprometido

Fuente: Creación propia.

Existen dos tipos fundamentales de TAB:

- TAB-1: presencia de episodio maniaco con o sin acompañamiento de episodio depresivo anterior o posterior.
- TAB-2: presencia de uno o más episodios hipomaníacos sin aparición de descompensación maniforme franca y por tanto, escasamente susceptible de requerimiento de tratamiento involuntario.

6.2.2 Trastorno depresivo mayor

Es importante llevar a cabo un buen diagnóstico clínico que tenga en cuenta las implicaciones funcionales y temporales de la clínica y el periodo de aparición, así como el descarte de otras comorbilidades siendo para ello recomendable la valoración de los criterios diagnósticos propuestos por la DSM-V o CIE-10/11 (o alguna escala reconocida a tal efecto como Hamilton o Yesavage) y que quedan recogidos en la siguiente tabla¹⁴:

Criterios diagnósticos para Depresión Mayor según DSM-V

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de placer.

- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas. (Nota: en niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable).
- Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
- Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: en los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado).
- Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
- Agitación o entecimiento psicomotor casi todos los días.
- Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
- Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
- Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco

Fuente: Guía de Práctica Clínica sobre la depresión mayor en la Infancia y en la Adolescencia. 2018

Resulta además de lo anterior especialmente reseñable la aparición de síntomas psicóticos (en este caso contruidos desde la polaridad afectiva y por tanto congruente, a diferencia de los trastornos psicóticos primarios cuya correlación afectiva se genera de forma egosintónica) así como de ideación suicida activa, pues en ambos casos puede producirse una alteración de las capacidades cognoscitivas y/o volitivas que condicione la aplicación de medidas de tratamiento involuntario¹⁵.

6.2.3 Trastornos de personalidad

Los trastornos de personalidad (en adelante TP) representan el paradigma de disfuncionalidad relacional en tanto que se establecen como entidades morbosas propias caracterizadas por un anómalo desarrollo de la interdependencia, condicionada por el establecimiento de una autopercepción (*self*) aberrante en el proceso de consolidación identitario y como tal, queda anclado a patrones abigarrados que se desvían de forma previsible de un patrón de conducta estereotipados¹⁶.

Es importante señalar que para que se establezca un diagnóstico de TP es necesario que se afecten de forma significativas las relaciones sociales, laborales y/o familiares así como las propias conductas de autopreservación, pues de estas dificultades surge la caracterización del trastorno produciéndose en su ausencia el único establecimiento de rasgos disfuncionales de personalidad, que en ningún caso pueden ser considerados como TMG.

Existen múltiples tipos de TP siendo los más significativos los siguientes¹⁷:

Clúster A	Clúster B	Clúster C
Paranoide	Límite	Ansioso
Esquizoide	Histeriforme	Dependiente
Esquizotípico	Impulsivo	Anancástico
Disocial		

Fuente: elaboración propia.

Para establecer el diagnóstico el paciente debe tener más de 18 años (a excepción de el trastorno disocial cuya edad de comienzo es 13 años), así como descartar que las alteraciones presentadas sean secundarias a otra enfermedad mental y/o somática.

7. Tratamiento de la Enfermedad Mental Grave

Es importante conocer los efectos terapéuticos que se relación con la aplicación de los diferentes tratamientos farmacológicos o procedimentales de muchos de los TMGs, pues algunas de estas pruebas pueden considerarse como parcialmente invasivas, como en el caso de la Terapia Electroconvulsiva (TEC en adelante), presentar secundarismos frecuentes (con marcadas repercusiones funcionales y sobre el estado de salud) y/o requerir de estrictos controles en su monitorización para vigilar la eficacia terapéutica y el establecimientos de dosis tóxicas para el organismo con el consecuente riesgo de intoxicación.

Es por todo lo anterior que a la hora de realizar una valoración en la prescripción de tratamientos involuntarios es necesario ponderar la presencia de las peculiaridades vinculadas, centrándonos no sólo en el mecanismo de acción farmacocinético/farmacodinámico sino también en el perfil de seguridad y de forma especial en la presencia de efectos secundarios previsibles.

7.1 Antipsicóticos típicos y atípicos

Los antipsicóticos de primera generación, también denominados antipsicóticos típicos, se caracterizan por la aparición de secundarismos extrapiramidales, fundamentalmente en forma de parkinsonismos y alteraciones en la movilidad, siendo los más reseñables¹⁸:

- Sedación.
- Acatisia.
- Parkinsonismo/rigidez.
- Alteraciones de la marcha.
- Hiperprolactinemia (disfunción sexual/amenorrea/ginecomastia).
- Hipotensión ortostática.
- Disonía aguda.
- Síndrome Neuroléptico Maligno.

TABLA 1. Reacciones adversas de los antipsicóticos típicos (clasificados por estructura química)				
Medicamento	Sedación	Efectos extrapiramidales	Efectos anticolinérgicos	Hipotensión ortostática
Fenotiazinas				
Clorpromazina	+++	+	+++	+++
Flufenazina	+	++++	+	+
Levomepromazina	+++	+	+++	+++
Perfenazina	++	++	++	+
Pipotiazina	+	+	++	+++
Tioproperazina	+	+++	+	+
Trifluoperazina	+	++++	+	+
Butirofenonas				
Haloperidol	+	+++	+	+
Tioxantenos				
Zuclopentixol	+++	+++	+	+
Ortopramidas				
Amisulprida	+	+	+	+
Sulpirida	+	++	+	+
Tiaprida	+	+	+	+

Perfil de seguridad de antipsicóticos típicos. Stahl Psicofarmacología 6ª edición.

La selectividad parcial de los antipsicóticos de segunda generación o atípicos por los receptores dopaminérgicos (D2/D3/D4)¹⁹ supusieron un cambio de paradigma en la tolerabilidad del tratamiento neuroléptico con una disminución significativa de la sintomatología extrapiramidal incrementando de forma significativa el riesgo de síndrome metabólico. Sus principales secundarismos quedarían definidos por la presencia de:

- Sedación.
- Hipotensión.
- Hiperprolactinemia.
- Incremento de peso ponderal (de predominio troncular).
- Hipertrigliceridemia.
- Hipercolesterolemia.
- Resistencia insulínica.
- Hiperprolactinemia.
- Síndrome neuroléptico maligno.
- Parkinsonismo (en mucha menor proporción que los típicos).
- Disminución umbral convulsivo.
- Agranulocitosis

TABLA 4. Perfiles de efectos secundarios de los antipsicóticos atípicos

	Clozapina	Olanzapina	Quetiapina	Risperidona	Ziprasidona	Aripiprazol
Agranulocitosis	Sí	No	No	No	No	No
Efectos extrapiramidales	No	A dosis altas	No	A dosis altas	A dosis altas	A dosis altas
Hipotensión ortostática	Alta	Baja	Alta	Moderada	Baja	Baja
Convulsiones	Sí	No	No	Raras	Raras	Raras
Sedación	Alta	Baja	Alta	Baja	Alta	Baja
Efectos anticolinérgicos	Sí	Sí	Moderado	No	No	No
Taquicardia	Sí	No	Moderada	Sí	Sí	Baja
Aumento de peso	Sí	Sí	Sí	Sí	Muy Leve	No
Hipersecreción de prolactina	No	No	No	Sí	Raro	No

Perfil de seguridad de antipsicóticos típicos. Stahl Psicofarmacología 6º edición

7.1.1 Tratamientos de liberación prolongada

La reciente aparición de formulaciones Depot o de liberación prolongada supone una mejoría significativa en la calidad de vida de los pacientes con EMT que se contrapone a la dificultad manifiesta que representan cuando esta aplicación se lleva a cabo en condiciones de involuntariedad, pues si bien el paciente puede encontrarse en el momento de la administración bajo la responsabilidad de un ingreso involuntario, la previsión en el curso y la acción terapéutica del fármaco en muchas ocasiones puede suponer una extensión en el consentimiento no otorgado.

De forma general se asume que las liberaciones Depot de los antipsicóticos producen menos efectos secundarios que sus homólogos orales, favoreciendo la adherencia al tratamiento, disminuyendo la conflictividad familiar vinculada a la toma e incrementando el tiempo libre de recaídas²⁰.

No obstante, a pesar de la reducción reseñadas cuando aparecen secundarismos estos operan durante más tiempo, no siendo posible la reversibilidad del cuadro por ausencia de “antídoto” efectivo que condicione una negativa posterior a su aplicación, suponiendo la disconformidad la permanencia de lo “no-deseado”.

Existen formulaciones comercializadas en España que van de la administración quincenal (Risperdal Consta), a la mensual, trimestral e incluso recientemente en administración semestral (Byanli).

7.1.2 Clozapina, peculiaridades

La clozapina representa una rareza dentro del grupo de los antipsicóticos atípicos pues su selectividad por los receptores dopaminérgicos D4, así como de forma parcial por D2 y D3 supone que se trate del neuroléptico con mayor efectividad para el control de los síntomas positivos así como en la prevención de recaídas.

A pesar de sus buenos resultados el tratamiento con clozapina se utiliza como segunda/tercera línea de actuación terapéutica lo que viene condicionado, además de por los efectos indeseados presentes en el resto de antipsicóticos de su grupo, por la posibilidad de que se produzca agranulocitosis con el consecuente riesgo para la salud lo que su establecimiento pudiera suponer para el individuo enfermo.

Se trata del único neuroléptico comercializado en la actualidad en España que requiere de la firma de consentimiento informado debido al riesgo descrito, así como de forma adicional de la realización periódica durante las 18 primeras semanas²¹ de controles analíticos con recuentos leucocitarios semanales, así como de forma posterior con cada ajuste en su dosificación.

Es por todo lo anterior que supone un reto adicional en la administración de tratamiento en condiciones de involuntariedad, pues la realización de la ponderación en el balance riesgo/beneficio que necesariamente debe pactarse con el paciente y sus familiares para garantizar su conformidad y adherencia posterior, recae de forma más directa en el médico responsable. Dificultad añadida supone además su alta efectividad pues, de forma general, cuando un paciente llega al tratamiento con Clozapina es porque su situación clínica es de extrema gravedad, habiéndose descartado de forma precoz la efectividad de otro tipo de tratamientos neurolépticos y encontrándonos de forma generalizada con una menor conciencia de estado y una mayor productividad sintomática.²²

7.2 Eutimizantes. Sales de Litio

El tratamiento con sales de litio supone un doble problema que viene derivado por un lado, de la propia necesidad de establecer una estrecha monitorización de la concentración plasmática que garantice su efectividad por su estrecha ventana terapéutica (0,6-1,25 mmol/l)²³ y por otro lado, los secundarismos asociados a su propia toma y los potenciales riesgo de la intoxicación.

Otros problemas asociados al tratamiento con sales de litio es el desconocimiento de su mecanismo de acción en su labor como eutimizante que sí viene respaldado por su efectividad clínica (disminución en el número de recaídas, disminución en el número de ingresos, menores repercusiones legales y económicas para sus usuarios) y por las estrictas precauciones dietéticas y conductuales que deben tomar los pacientes bajo el tratamiento para no modificar su excreción y/o absorción (no variación de sal en la dieta, buena hidratación, prevención de la exposición a fuentes de elevada temperatura como el sol o una sauna, limitación en ejercicio físico, etc)²⁴.

Toxicidad		Efectos adversos	Acción
		Aguda	Cualquier efecto adverso agudo o presentación
Dolor de cabeza, fatiga	Considerar abandonar tratamiento con litio		
Sed, alteración del sabor	Revisar medicación		
Arritmias	Ingreso hospitalario		
Náuseas, vómitos, diarrea, poliuria	Revisar hidratación y considerar hemodiálisis		
Temblor	Monitorizar y revisar medicación		
Crónica	Efectos cognitivos, ataxia, agitación, confusión, lentitud	Monitorizar cambios, optimizar concentraciones de litio, valoración neurológica	
	Disfunción tiroidea o paratiroidea	Monitorizar cambios, optimizar concentraciones de litio, valoración endocrinológica	
	Disfunción renal	Monitorizar cambios, optimizar concentraciones de litio, valoración nefrológica	

Fuente: Aust Prescr 2020; 43: 91–3

Es por todo lo anterior que la introducción de tratamiento eutimizante con sales de litio bajo condiciones de involuntariedad puede suponer una exposición de riesgo significativa al paciente si no se compromete con el plan terapéutico requiriendo precisamente por esto un alto nivel de implicación.

7.3 Terapia electroconvulsiva

Paradigma del tratamiento involuntario por el propio desarrollo histórico de la técnica, se encuentra indisolublemente vinculado a la leyenda negra maximizada en las obras de ficción.

En la actualidad la TEC se da en condiciones de sedación de forma coordinada con anestesistas y enfermeras, de tal manera que se minimiza el posible impacto que su aplicación pudiese generar en los pacientes. No cuenta con contraindicaciones absolutas, siendo únicamente reseñable el cuestionamiento de su aplicación en pacientes con deterioro cognitivo y en pacientes que hayan sufrido un Infarto de Miocardio en los tres meses previos a su aplicación. Es el tratamiento de elección en el anciano con depresión resistente y depresión con síntomas psicóticos, así como en depresión grave durante el embarazo por mejor perfil de tolerabilidad y seguridad que el tratamiento psicofarmacológico.

Sus efectos secundarios generalmente son leves y transitorios (confusión, cefalea, hipotensión/hipertensión, pérdida de la memoria reciente, mialgias) mientras que el efecto terapéutico es rápido y generalmente perceptible tras un par de sesiones²⁶

El reto asociado a su aplicación involuntaria se vincula de manera importante a la capacidad de significar su aplicación en otra conceptualización simbólica suponiendo en muchas ocasiones un motivo de preocupación creciente en el propio paciente que se encuentra anclado en la percepción social y en la administración histórica del procedimiento.

8 Formas de Tratamiento involuntario

8.1 Ingreso Involuntario

El ingreso involuntario representó durante décadas la única posibilidad de administración de tratamiento involuntario en pacientes con TMG.

Se trata de la hospitalización del individuo en un recurso sanitario, hospitalario o no, con la intención de procurar la asistencia sanitaria necesaria para llevar a cabo la diagnosis, tratamiento, contención y rehabilitación, privando al paciente de su libertad y confiando su necesidad a la imposibilidad de manejo ambulatorio por gravedad clínica, ausencia de apoyos sociales o ambas.

En la actualidad los ingresos involuntarios se utilizan de forma fundamental en los periodos de descompensación o agravamiento sintomático en pacientes con TMG, siendo el perfil de los mismos de mayor gravedad o peor dificultad de seguimiento o manejo que otras alternativas de tratamiento involuntario. Los pacientes pueden representar con frecuencia un peligro para sí mismos como resultado de dificultades objetivas en la puesta en marcha de mecanismos de autopreservación (no ingesta de hídrica o de alimentos) o en menor proporción para terceros por alteraciones conductuales o interferencia psicopatológica.

Este tipo de articulación se aplica también a la realización de tratamientos intensivos de rehabilitación psicosocial en recursos específicos, siendo los mismos de mayor duración que los que se realizan en Unidades de Hospitalización, atendiendo de forma específica al manejo funcional que el paciente puede precisar como parte del proceso de reintegración ordinaria y teniendo como principal objetivo el acercamiento a la situación premórbida.

Por último esta es también la formulación legal que se utiliza en pacientes con TMG avanzado cuyo tratamiento rehabilitador hubiese fracasado y cuya reincorporación social resultara imposible por su situación clínica, necesidad de cuidados, supervisión y/o apoyos sociales.

La Oficina de Defensas de Derechos de Las Personas con Problemas de Salud Mental de la Federación de Salud Mental Española ha emitido El Decálogo Sobre la Buena Praxis en la Realización de Ingresos Involuntarios²⁹ que queda formulado de la siguiente manera:

1. Un ingreso involuntario no es lo mismo que una incapacitación. El ingreso involuntario consiste en ingresar a una persona en un centro psiquiátrico sin su consentimiento, mientras que la incapacitación es un procedimiento judicial por el que se priva a la persona de su capacidad de obrar.
2. El ingreso involuntario es una medida que depende del criterio médico y requiere siempre una autorización judicial, también si la persona está sometida a patria potestad o tutela.
3. La autorización judicial será previa al ingreso involuntario excepto en casos de ingresos de urgencia, donde el o la responsable del ingreso en el centro médico tendrá 24 horas para informar al juzgado.
4. El juzgado tiene un plazo de 72 horas para ratificar o no el ingreso involuntario desde que este llega a conocimiento del tribunal.
5. El juzgado realizará un examen personal con dictamen del médico/a forense.
6. La persona tiene derecho a contar con un/a abogado/a y procurador/a o a pedirle al juez que designe un abogado/a del Turno de Oficio para la vista del ingreso involuntario.
7. Se deberá respetar el derecho a la práctica de pruebas, el derecho a informar a la persona de su ingreso y el derecho a conocer los motivos del ingreso en términos comprensibles.
8. El auto que ratifique el ingreso ha de ser motivado y notificado siempre a la persona interesada.
9. El auto se puede recurrir en apelación ante la Audiencia Provincial en un plazo de hasta 20 días hábiles.

10. Si se incumplieran cualquiera de los puntos anteriores el ingreso sería nulo

8.2 Tratamiento ambulatorio involuntario.

El Tratamiento Ambulatorio Involuntario (en adelante TAI) se trata de una forma de tratamiento involuntario que surge en Estados Unidos a mediados de la década de los 90³¹ y que rápidamente se ha extendido por todo el mundo.

Supone una formulación de involuntariedad cuyo principal beneficio recae en la ausencia de privación total de libertad y en la inserción del individuo en su ambiente, mientras se procura la administración de tratamiento respaldada por las fundamentaciones legales pertinentes.

Cuando se aplica este mecanismo, el paciente se encuentra en su entorno habitual, teniendo que acudir de forma periódica a las revisiones, administraciones de tratamiento o ambas.

El perfil de paciente se modifica con respecto al internamiento recomendándose su aplicación cuando se cumplen las siguientes características³²

- Presencia de TMG.
- Nivel de funcionalidad alto bajo tratamiento establecido.
- Dificultades para sobrevivir en su medio sin supervisión.
- Rechazo reiterado de tratamiento pautado de forma voluntaria.
- Elevada probabilidad de recaída en ausencia de tratamiento.
- Riesgo propio o para terceros en ausencia de tratamiento.
- Beneficio probado en la toma de tratamiento.

Los beneficios asociados a este tipo de tratamientos se asocian de forma significativa a una reducción del número de ingresos, un acortamiento de los mismos, mejor funcionalidad basal, menores incidentes legales, mayores niveles de recuperación funcional así como un incremento de la satisfacción propia y de las familias³³.

9. Desarrollo histórico del tratamiento de la locura y la involuntariedad

9.1 Roma, Grecia y el Medievo

Hablar de la historia de la locura supone hablar de la historia del desarrollo de la civilización y de la íntima conexión con la interpretación de los fenómenos naturales y el marco en el que éstos se desarrollan.

En los primeros esfuerzos civilizatorios, la locura era considerada expresión y manifestación de poderes supranaturales obrados por intercesión de individuos particulares tocados por la gracia, a través de la que se manifestaban los designios divinos, quedando relegado por tanto su manejo a sacerdotes y siendo su terapia producida en forma de augurios, sacrificios rituales o profecías³³. Así pues los héroes clásicos en sus hazañas eran visitados por la fortuna divina mientras que los espíritus malignos infestaban los cuerpos corruptos sólo posibilitando la redención por interpelación de los primeros.

A partir del siglo VI a.C en las ciudades-Estado griegas se empieza a desarrollar una nueva concepción naturalista de estos fenómenos materializada en pensadores como Aristóteles³⁵ (hombre como animal racional) o Protágoras³⁶ (hombre como la medida de todas las cosas); el razonamiento sistemático se erige como único método de estudio de la naturaleza, la conciencia o la enfermedad, estableciéndose una diferenciación entre los propios fenómenos racionales y la irracionalidad que suponen las pasiones y deseos, debiendo estas subyugarse al control de las primeras como prerrequisito del buen vivir.

Así pues la medicina coexiste con las tradiciones y los rituales como parte de una intervención integral que aspira a contemplar la locura como enfermedad, desequilibrio humoral, siendo sólo a través de esta que se puede restablecer aquello que antes se poseía y ahora se anhela.

Se señala la importancia de la clínica como elemento diagnóstico y surgen los primeros escritos descriptivos sobre la locura de este

periodo (como por ejemplo la definición que hace Areteo de Capadocia en su obra *De las Causas y Signos de Las Enfermedades Agudas o Crónicas*³⁷ sobre un paciente con un supuesto trastorno bipolar).

Durante este periodo no existía un paradigma establecido como terapéutica de la locura; algunos enfermos eran tratados mediante el diálogo mientras que otros (como recoge Celso³⁸ en el siglo V d.C) eran condenados a la marginación y el aislamiento hasta la tan deseada y poco alcanzada remisión sintomática. La reclusión era deseable cuando la vida, el cuerpo (propio o ajeno) y las propiedades se ponían en peligro. En palabras de Platón, “Si un hombre está loco no debe permitirse que ande libre por la ciudad, sino que su familia debe recluirla en tanto le sea posible”. Sirva esta reflexión para ilustrar el ámbito de la responsabilidad privada en el que disputaba la locura, no estableciéndose mecanismos o lugares de reclusión estatales para tal efecto.

La medicina medieval poco varió esta tradición, no produciéndose cambios significativos en su interpretación; las teorías humorales galénicas, el corpus hipocrático y la tradición religiosa cristiana conviven sin que se varíe la concepción de la enfermedad mental o el trato dispensado a los enfermos.

No es hasta el desarrollo de la nueva anatomía de Vesalio³⁹ o los descubrimientos fisiológicos de Harvey⁴⁰ durante el siglo XVII y XVIII, que no se produce una nueva aproximación a la locura que ahora se torna hacia el cuerpo, abandonando la teoría humoral y permitiendo el nuevo desarrollo de nuevas perspectivas psicológicas materializadas en el estudio de la mente y sus procesos, siendo fundamental el desarrollo de la figura del alienista.

Así el loco se convierte definitivamente en un enfermo de pleno derecho y la asistencia sanitaria en una obligación moral que la sociedad debe brindar. En palabras del alienista británico del siglo XVIII Pargeter⁴¹:

“Imaginemos pues, la situación de una criatura como nosotros pero carente de la guía de ese principio gobernante, la razón, que nos distingue de los animales inferiores que nos rodean. Considérese al hombre despojado de ese noble don y véase en qué postura tan melancólica aparece”.

9.2 Surgimiento del Sistema Manicomial

Es en la Francia de 1704 cuando Luis XIV⁴² crea la primera institución europea dedicada al confinamiento de enfermos mentales y de todas aquellas personas que suponían un desafío en el tan inestable equilibrio social (prostitutas, pagos, vagabundos y maleantes), dedicándose por primera vez la creación de espacios dedicados al tratamiento de estos ciudadanos, cuya responsabilidad ya no era únicamente compartida por la familia, ni tolerada por la comunidad.

Amparados en el Código Napoleónico⁴³, los *préfets* van a ser los responsables de asumir la responsabilidad de los locos cuya libertad de acción va a poder ser restringida por intercesión de las familias con el objetivo de privar a los enfermos de sus derechos legales y posibilitar la reclusión involuntaria en pro de garantizar el orden social,

En Rusia los primeros refugios para locos gubernamentales surgen en 1850⁴⁴, mientras que en otros países como Portugal van a iniciar la creación de instituciones hacia final del siglo XIX. Ejemplo paradigmático de institución de la época es el Hospital de Bedlam⁴⁵, en las afueras de Londres, convirtiéndose en punta de lanza de significación de los asilos privados donde la posibilidad de hacer negocio con el cuidado de los enfermos supondría el inicio de un rápido sistema de expansión de instituciones liberales por todo el territorio británico.

La insitucionalización tal y como postula Foucault⁴⁶ se convirtió en el “secuestro de los locos y pobres a manos de la ética laboral

burguesa". El internamiento surge como una forma de penalización de la alteración del orden público en sentido normativo, pero también de señalamiento de la ociosidad de las clases populares en contra de la creciente capitalización de la mano de obra. Es en este momento cuando surge la necesidad de sufragar el propio funcionamiento institucional sometiéndose en muchos casos los enfermos a trabajos forzosos cuando las condiciones materiales lo posibilitaba.

La penetración de los valores ilustrados al campo de la rehabilitación psicosocial no va a tener aparición hasta finales del siglo XIX, momento en el que el arquetipo de casa de curas diseñado y administrado como centro de recuperación de los enfermos mentales hace su aparición. Pinel, Janet y Esquirol⁴⁷ encabezan el movimiento de liberación de los locos en la Hospital de la Salpêtrière en París amparados en los principios de revolucionarios de libertad, igualdad y fraternidad. Se pretende una progresiva sustitución de la coerción y el aislamiento por el autocontrol, con el objetivo de posibilitar la recuperación de las facultades psicológicas y morales de los individuos y favorecer su reintegración social.

Este modelo manicomial basado en la rehabilitación y la recuperación va a tener una rápida expansión por Europa y el resto del mundo, suponiendo un cambio enfoque en el tratamiento de la locura que va a permanecer vigente hasta mediados del siglo XX.

La progresiva tecnificación del conocimiento que favorece la proliferación del campo psicoanalítico, representan otra oportunidad para ahondar en el tratamiento de la locura que aspira a completar y proporcionar herramientas específicas para el estudio sistemático de estos pacientes en cuya intervención aparecerá no solo una mirada directiva práctica sino también un corpus teórico dedicada al estudio de la psique humana.

La prevención y la higiene mental surgen como nuevo conceptos que aspiran a paliar la aparición de enfermedades mentales y a

procurar entornos seguros y adaptados para su manejo y reintegración.

9.3 España a comienzos del siglo XX

A comienzos de la década de 1910 en España se comienza a producir un intenso cuestionamiento sobre la labor de la psiquiatría y el papel de las instituciones como elementos de contención no rehabilitadores, posibilitándose la creación de un nuevo modelo asistencial cuya base orbita alrededor de la medicalización de la locura.

En 1920 la higiene mental, la reinserción social y el tratamiento se convierten en el leitmotiv de la asistencia, surgiendo en este momento instituciones como la Asociación Española de Neuropsiquiatría o la Liga de Higiene Mental⁴⁸ con el objetivo de vehicular demandas de los colectivos y transformarlas en políticas de Estado que velen por los intereses de los colectivos vulnerables. Durante la dictadura de Miguel Primo de Rivera se lleva a cabo un programa de acción fundamentado en los trabajos de investigación realizados en 1921 por Sacristán⁴⁹ en coordinación con la Asociación Internacional de Higiene Mental y que tendría como objetivo revisar de forma integral la legislación sobre alienados produciéndose los primeros grupos de trabajo españoles entre juristas y psiquiatras. La defensa de un “derecho penal basado en la defensa social, la existencia e un estado de peligrosidad las sentencias indeterminadas” propone la corrección del loco frente a la aplicación de penas como castigo.

En 1929 el Psiquiatra Rodríguez Lafora junto otros juristas como Jiménez de Azúa, abogan por la aplicación de reformas que generen garantías jurisdiccionales proponiendo la supresión de la prevención penal directa, estableciendo la necesidad de realizar peritajes médicos asociados a la toma de medidas de involuntariedad y dotando con suficientes herramientas legales y formativas a los

usuarios con el objetivo de prevenir eventuales situaciones de abuso policial⁵⁰.

César Camargo, magistrado de las cortes en 1930 plantea el establecimiento de formación psicoanalítica para juristas y funcionarios llegando a proponer la creación de jueces-psicoanalistas⁵¹ capaces de realizar una valoración psíquica del sujeto con el objetivo de sustituir la aplicación de penas por la prescripción de tratamientos.

9.4 Segunda República y Primer Franquismo

Con la llegada de la Segunda República, Rodríguez Lafora pasa a convertirse en el primer director del Consejo Superior Psiquiátrico, órgano creado con la intención de asesorar, programar e inspeccionar el sistema de asistencia a los enfermos mentales, contribuyendo de forma activa a la elaboración del Proyecto de Ley de Organización de la Asistencia Psiquiátrica Nacional en 1935.

Se introduce la prioridad estatal en la garantía de la atención a los pacientes estableciendo tres modalidades diferentes de tratamiento:

- Pacientes sometidos a tratamiento ambulatorio en los dispensarios de higiene mental
- Pacientes sometidos a tratamiento activo en Hospitales Psiquiátricos.
- Enfermos crónicos tratados en colonias agrícolas y recursos similares.

Se produce una modernización tecnocientífica y académica, creándose la primera Cátedra de Psiquiatra (otorgada al Dr. Mirá en la Universidad de Barcelona) y se regulan las pruebas de acceso para el trabajo en los centros psiquiátricos como campo de especialización.

No obstante si hay una Ley que va a resultar fundamental en el desarrollo legislativo del tratamiento involuntario y el devenir de la psiquiatría de las próximas décadas va a ser la promulgación de la

Ley de Vagos y Maleantes (en adelante LVM) el 4 de agosto de 1933.

El objetivo fundamental que la ley pretendía era combatir los peligros asociados a la marginalidad social entre los que se encontraban (entre otros muchos) los pacientes con enfermedades psiquiátricas. Desde el inicio del recorrido legislativo la ley recibió protestas por ser considerada como poco garantista, con una pretendida vocación científicista no reconocida pero especialmente, lo suficientemente ambigua como para que de su interpretación pudieran derivarse la imposición de medidas restrictivas contra determinados sectores poblacionales. Algunos juristas como Jiménez de Asúa atribuían a la ley la única vocación de controlar el orden público, acusándola de olvidar la defensa social.

La ley se encontraba conformada por 21 artículos organizados en 2 títulos (Estados peligrosos y Medidas de seguridad) separados en 3 capítulos con indicaciones procedimentales. Se producía también una diferenciación entre estados predelictuales y posdelictuales (reincidentes o con alta peligrosidad presupuesta) incluyéndose dentro de la población diana no sólo a los enfermos mentales sino también a “vagos habituales, proxenetas, rufianes, mendigos, ebrios y toxicómanos”.

Su controvertido carácter colisionaba con el espíritu de la Constitución de 1931 especialmente en su artículo 25 (“No podrá ser fundamento de privilegio jurídico: la naturaleza, la filiación, el sexo, la clase social, la riqueza, las ideas políticas ni las creencias religiosas.”), 29 (“Nadie podrá ser detenido ni preso sino por causa de delito. Todo detenido será puesto en libertad o entregado a la autoridad judicial, dentro de las veinticuatro horas siguientes al acto de la detención”) o 34 (“Toda persona tiene derecho a emitir libremente sus ideas y opiniones, valiéndose de cualquier medio de difusión, sin sujetarse a previa censura”).

Es importante señalar que la LVM fue una de las pocas disposiciones legislativas que permaneció inalterada durante los

primeros años de la dictadura Franquista, produciéndose tras la victoria del bando Nacional, una renovación interpretativa de la misma que va a suponer el respaldo legislativo al establecimiento de medidas de represión política.

Se produce así el nacimiento de organizaciones como la Sociedad Española de Neurología y Psiquiatría, presidida por el Dr. Juan José Lopez Ibor, quien junto con Antonio Vallejo Nágera (especialmente en su obra Psicopatología de la Conducta Antisocial) van a reformular en clave psicopatológica el pensamiento republicano hasta convertirlo en manifestaciones clínicas sugestivas de ser consideradas entidades morbosas propias y por tanto, quedar amparados bajo el abrigo de la LVM.

En 1945 se crean los primeros tribunales específicos para la aplicación de la ley que a grandes rasgos permanece inalterada hasta 1948 cuando se produce la incorporación de los delitos de estraperlo y a los contrabandistas como sujetos de aplicación; la siguiente reforma legislativa se produce en 1958, ampliándose nuevamente la incorporación del “gamberrismo” como mecanismo de control de aquellas actuaciones que pudieran suponer un riesgo para el correcto transcurso de la vida pública.

Podemos pues comprobar como LVM supuso un importante elemento vertebrado como norma de control social durante la primera mitad del siglo XX cumpliéndose los pronósticos que los primeros juristas republicanos atribuían a su ambigüedad y la profunda carga interpretativa que su redacción facilitaba.

9.5 Segundo Franquismo y primeros años de democracia.

En 1954 se produce una ampliación en LVM que va a tener una profunda repercusión en el ordenamiento social del territorio, pues la homosexualidad pasa a formar parte activa de su materia de aplicación en su artículo 2 apareciendo los primeros campos de internamiento en Fuerteventura (Colonia Agrícola Penitenciaria de Tefía) con la pretendida intencionalidad de reformar

comportamientos “desviados que supusieran un peligro para la integridad nacional”⁵².

Con la misma intención en 1967 a través de la Orden de 22 de Septiembre, se establece la Central de Observación Penitenciaria en la prisión de Carabanchel con el objetivo de estudiar la conducta criminal. El internamiento involuntario se presenta como “una forma de lograr un tratamiento adecuado de los delincuentes psíquicamente enfermos, imponiéndose una actualización médico-penitenciaria con la promulgación de Ley de Defensa Social del Enfermo Mental”⁵³.

El 28 de junio de 1970 la LVM es finalmente sustituida por la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social (en adelante LPRS). Su objetivo era “preservar a la sociedad de las consecuencias o riesgos de las agresiones y lograr mejoramiento o curación de los anormales mediante tratamiento científicamente organizado”⁵⁴.

Se amplían los supuestos de peligrosidad de 9 a 17. Se elimina la homosexualidad y se incluyen aquellos individuos que trafique con pornografía, de la misma manera las toxicómanos ahora también se acompañan de los distribuidores y el concepto de gamberro es sustituido por el de pandillero.

Los enfermos mentales que carezcan de tratamiento o soporte adecuado y que supongan un peligro para sí mismos o para terceros, bajo el amparo del artículo tercero de la ley, van a ser sometidos a tratamiento y/o institucionalización involuntaria.

Si bien la ley siguió vigente a 1978, su derogación permitió la apertura de un proceso de diálogo sin precedentes entre profesionales, pacientes y organizaciones sociales que culminó con la Reforma del Sistema de Salud Mental y un progresivo retorno de los pacientes al entorno comunitario favoreciendo una progresiva desinstitucionalización de los enfermos y un cambio en el modelo asistencial fundamentado en el respeto a la dignidad y a los derechos humanos.

9.6 Reforma en España

En los primeros años de democracia plena y de forma especial a comienzo de las décadas de los 80, se produjo un auténtico cambio de paradigma en la aproximación a la enfermedad mental, y de forma más especial en el valor y participación de los pacientes en la toma de decisiones e implicación en su proceso rehabilitador que ahora pasaba a formar parte central del proceso asistencia.

Se produjo el cierre progresivo de los manicomios y el tratamiento de los enfermos se devolvió a la comunidad a la que pertenecían. Las mejoras en el modelo asistencial y el debate que fomentaban, formaban parte de un movimiento transnacional cuyo germen se había producido unos años antes en el región italiana de Trieste por Franco Basaglia⁵⁵.

La rehabilitación y la recuperación progresiva de la funcionalidad se colocan en el disparadero de salida en el modelo de asistencia, donde el hospital deja paso a los centros de atención ambulatoria, mientras que la restricción de movimiento se sustituye por la construcción de un entramado asistencial sociosanitario que sirva para dar soporte a los usuarios de una progresiva red de asistencia sanitaria.

Todas estas formulaciones acaban plasmándose en la Ley 14/1986, de 25 de abril General de Sanidad, en la que en su Capítulo III se recogen todas las demandas del proceso de diálogo y debate establecido durante este periodo y que acabarán redactándose de la siguiente manera⁵⁶:

1. La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización.

Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría.

2. La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.

3. Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.

4. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general.

10. Marco normativo vigente en Europa

Desde el marco Europeo existen múltiples documentos que han aspirado a legislar, al menos de manera parcial, el régimen de involuntariedad asociado a los internamientos y más recientemente a la introducción de la involuntariedad ambulatoria en consonancia con una política integral de atención y respeto a los derechos humanos y a la idiosincrasia de la población diana sobre la que se orientan dichas actuaciones, con el fin de garantizar la provisión de cuidados en un marco inclusivo.

Estos documentos quedan plasmados en las siguientes declaraciones (todas suscritas por el gobierno español) haciendo especial referencia a los pacientes aquejados de alguna patología psíquica sugestiva de intervención:

1. Convenio de Derechos Humanos y Biomedicina (Convenio de Oviedo)⁵⁷:

Artículo 7. Protección de las personas que sufran trastornos mentales.

La persona que sufra un trastorno mental grave sólo podrá ser sometida, sin su consentimiento, a una

intervención que tenga por objeto tratar dicho trastorno, cuando la ausencia de este tratamiento conlleve el riesgo de ser gravemente perjudicial para su salud y a reserva de las condiciones de protección previstas por la ley, que comprendan los procedimientos de supervisión y control, así como los de recurso.

Artículo 8. Situaciones de urgencia.

Cuando, debido a una situación de urgencia, no pueda obtenerse el consentimiento adecuado, podrá procederse inmediatamente.

2. Convenio Europeo para la Prevención de la Tortura⁵⁸:

Artículo 31:

Las visitas a los lugares donde se hallen personas privadas de libertad debido su estado mental deberán prepararse y organizarse detenidamente, en lo que respecta, por ejemplo, a las calificaciones y experiencia de las personas elegidas para realizar la visita y al modo en que ésta se desarrolla. Asimismo, al efectuar las visitas, el Comité tendrá sin duda en cuenta las recomendaciones pertinentes adoptadas por el Comité de Ministros.

3. Convenio Europeo de derechos humanos⁵⁹:

- 1. Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad, salvo en los casos siguientes y con arreglo al procedimiento establecido por la ley.*
- 2. Toda persona detenida debe ser informada, en el plazo más breve posible y en una lengua que*

comprenda, de los motivos de su detención y de cualquier acusación formulada contra ella.

- 3. Toda persona detenida o privada de libertad en las condiciones previstas en el párrafo 1 c), del presente artículo deberá ser conducida sin dilación ante un juez u otra autoridad habilitada por la ley para ejercer poderes judiciales y tendrá derecho a ser juzgada en un plazo razonable o a ser puesta en libertad durante el procedimiento. La puesta en libertad puede ser condicionada a una garantía que asegure la comparecencia del interesado a juicio.*
- 4. Toda persona privada de su libertad mediante arresto o detención tendrá derecho a presentar un recurso ante un órgano judicial, a fin de que se pronuncie en breve plazo sobre la legalidad de su detención y ordene su puesta en libertad si dicha detención fuera ilegal.*
- 5. Toda persona víctima de un arresto o detención contrarios a las disposiciones de este artículo tendrá derecho a una reparación.*

Libro verde y Pacto Europeo por la Salud y el Bienestar Mental⁶⁰:

Este documento insta a los Estados miembros a que:

- Incluyan la prevención de los trastornos psíquicos y el fomento de la salud y el bienestar mental como parte esencial de dichas estrategias y/o planes de acción, que habrán de llevarse a cabo en colaboración con los interesados que corresponda y con otros sectores de actuación*
- Mejoren los determinantes sociales y las infraestructuras que dan apoyo al bienestar mental y*

mejoren el acceso que a esas infraestructuras tienen las personas que padecen trastornos psíquicos.

- *Fomenten, cuando sea posible y pertinente, los modelos de tratamiento y atención basados en la comunidad y socialmente incluyentes.*
- *Tomen medidas contra la estigmatización, la exclusión y la discriminación de las personas que sufren problemas de salud mental y fomenten su inclusión social y su acceso a la educación, la formación, la vivienda y el empleo,*

11. Situación actual del tratamiento involuntario en España.

La situación legislativa regulatoria en relación a la Involuntariedad en el tratamiento de la enfermedad mental en España, es un tema complejo, de amplia discusión en los sectores implicados (legalistas, sanitarios, pacientes) en el que entran en conflicto regulaciones normativas de distinto grado, resultando su interpretación una auténtica quimera cuando se trata de respetar las garantías individuales en términos biolegales.

En nuestra Carta Magna⁶⁰ resultan significativos los siguientes artículos para comprender el calado de la discusión que se plantea cuando se trata de vincular la norma rectora al cumplimiento de los preceptos básicos vinculados a la autonomía y el respeto a la protección de la salud.

Artículo 1

España se constituye en un Estado social y democrático de Derecho, que propugna como valores superiores de su ordenamiento jurídico la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político.

Artículo 10

1. La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social.

2. Las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por España.

Artículo 14:

Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.

Artículo 15:

Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes. Queda abolida la pena de muerte, salvo lo que puedan disponer las leyes penales militares para tiempos de guerra.

Artículo 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 en la ley.

2. La detención preventiva no podrá durar más del tiempo estrictamente necesario para la realización de las

averiguaciones tendentes al esclarecimiento de los hechos, y, en todo caso, en el plazo máximo de setenta y dos horas, el detenido deberá ser puesto en libertad o a disposición de la autoridad judicial.

3. Toda persona detenida debe ser informada de forma inmediata, y de modo que le sea comprensible, de sus derechos y de las razones de su detención, no pudiendo ser obligada a declarar. Se garantiza la asistencia de abogado al detenido en las diligencias policiales y judiciales, en los términos que la ley establezca.

4. La ley regulará un procedimiento de «habeas corpus» para producir la inmediata puesta a disposición judicial de toda persona detenida ilegalmente. Asimismo, por ley se determinará el plazo máximo de duración de la prisión provisional.

Artículo 43:

- 1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.*
- 2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.*

Artículo 49:

Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y 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.

La Ley General de Sanidad 14/1986 (LGS) en su artículo 20 también legisla sobre los preceptos sobre los que debe reposar la aplicación de un adecuado tratamiento al enfermo mental, resultando su formulación algo abierta a interpretación cuando se aplica a la necesidad de establecer medidas de involuntariedad⁶¹:

Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización.

1. La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización.

Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría.

2. La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.

3. Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.

4. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas

psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general.

El artículo 9 de la Ley General de Autonomía 41/2002 de 14 de noviembre amplía los supuestos de intervención sobre los que los responsables sanitarios tendrían la obligación de actuar en pro de garantizar la salud del paciente sobreponiéndose al consentimiento expreso de este siempre que se produjeran los siguientes supuestos⁶²:

a) Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley. En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas.

b) Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.

El artículo 763 de la Ley 1/2000 del 7 de enero de Enjuiciamiento Civil, modificado en 5 de enero de 2011, establece el mecanismo procedimental a través del cual formular la realización de internamientos involuntarios en España resultando su vigencia absoluta en la realización de los mismos en la actualidad, su formulación queda recogida de la siguiente manera:

1. 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 o a tutela,

requerirá autorización judicial, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento.

La autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida. En este caso, el responsable del centro en que se hubiere producido el internamiento deberá dar cuenta de éste al tribunal competente lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación de dicha medida, que deberá efectuarse en el plazo máximo de setenta y dos horas desde que el internamiento llegue a conocimiento del tribunal.

En los casos de internamientos urgentes, la competencia para la ratificación de la medida corresponderá al tribunal del lugar en que radique el centro donde se haya producido el internamiento. Dicho tribunal deberá actuar, en su caso, conforme a lo dispuesto en el apartado 3 del artículo 757 de la presente Ley.

2. El internamiento de menores se realizará siempre en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor.

3. Antes de conceder la autorización o de ratificar el internamiento que ya se ha efectuado, el tribunal oirá a la persona afectada por la decisión, al Ministerio Fiscal y a cualquier otra persona cuya comparecencia estime conveniente o le sea solicitada por el afectado por la medida. Además, y sin perjuicio de que pueda practicar cualquier otra prueba que estime relevante para el caso, el tribunal deberá examinar por sí mismo a la persona de cuyo internamiento se trate y oír el dictamen de un facultativo por él designado. En todas las actuaciones, la persona afectada por la medida de internamiento podrá

disponer de representación y defensa en los términos señalados en el artículo 758 de la presente Ley.

En todo caso, la decisión que el tribunal adopte en relación con el internamiento será susceptible de recurso de apelación.

4. En la misma resolución que acuerde el internamiento se expresará la obligación de los facultativos que atiendan a la persona internada de informar periódicamente al tribunal sobre la necesidad de mantener la medida, sin perjuicio de los demás informes que el tribunal pueda requerir cuando lo crea pertinente.

Los informes periódicos serán emitidos cada seis meses, a no ser que el tribunal, atendida la naturaleza del trastorno que motivó el internamiento, señale un plazo inferior.

Recibidos los referidos informes, el tribunal, previa la práctica, en su caso, de las actuaciones que estime imprescindibles, acordará lo procedente sobre la continuación o no del internamiento.

Sin perjuicio de lo dispuesto en los párrafos anteriores, cuando los facultativos que atiendan a la persona internada consideren que no es necesario mantener el internamiento, darán el alta al enfermo, y lo comunicarán inmediatamente al tribunal competente.

Actualmente la legislación que regula los internamientos/ tratamientos involuntarios ambulatorios de los pacientes con enfermedad mental queda reflejada en las normas anteriormente expuestas. A pesar de la reciente redacción de la ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica, en la que se pretendía actualizar la legislación aplicada a este tipo de medidas finalmente y tras un largo proceso

de discusión no existe una sólo mención expresa a dichos procesos en su publicación final.

Discusión

El manejo y la provisión de tratamiento a los pacientes con TMG ha supuesto un auténtico reto a lo largo de la propia historia de la humanidad, convirtiéndose en un barómetro sobre la percepción de la locura en diferentes momentos sociales así como de la peligrosidad atribuida al divergente como elemento de disputa y preservación del orden social.

La legitimación de la Psiquiatría como disciplina médica en sus inicios se ampara (al menos en parte) a una pretensión tecnificada sobre la posesión y el control de la voluntad del enajenado, estableciéndose mecanismos para la reclusión de los enfermos cuya finalidad inicial no se vinculaba tanto a la posibilidad de establecer elementos de apoyo y rehabilitación sino al control y la limitación que la tolerancia que su existencia pudiesen contribuir a la vida pública.

Es con la llegada de los valores ilustrados a finales del siglo XIX cuando se realiza una necesaria mirada al individuo más allá de la enfermedad, produciéndose una doble lectura en la necesidad de ser reincorporado al funcionamiento ordinario (también como elemento productivo) y no únicamente como mecanismo de protección a terceros. Resulta paradójico que sea en este momento cuando el paradigma de involuntariedad se torna hacia el paciente, cuya reclusión va a aspirar a ser temporal y cómo parte de una sistema de provisión de cuidados.

A lo largo del siglo XX, vinculado al propio desarrollo histórico en el que se enmarca el cuadro normativo, podemos comprobar como aquellas medidas rehabilitadoras para los enfermos acaban ampliándose y moldeándose a los requerimientos de las clases dominantes reforzando su espíritu punitivista, utilizando la propia formulación para incorporar otras formas de disidencia que pasarán a ser consideradas, al menos parcialmente, como enfermedades de

la psique (o *enfermedades morales o del espíritu*), sirviendo también de necesario testigo la comprobación sobre la construcción de entidades morbosas elaboradas en paralelo al marco regulatorio que las requiere.

Con el paso de los años, y de forma especial en España con el proceso de modernización y democratización del Estado se produce un retorno a la vocación de la Psiquiatría como elemento de reincorporación y rehabilitación; se cierran la mayor parte de manicomios, se trasladan los servicios de Psiquiatría a los Hospitales Generales y se crea una potente red de tratamiento ambulatorio y rehabilitador donde focalizar la atención al vulnerable intentando en la medida de lo posible incorporarle a la comunidad en la que se encuentra inserto.

La progresiva aparición de fármacos que permitían paliar el impacto de la sintomatología, así como la creación de estos recursos supuso un importante revulsivo para la desinstitucionalización de miles de pacientes que ahora eran capaces de incorporarse nuevamente a su funcionamiento ordinario.

No obstante el fracaso parcial para la psiquiatría de la década de las neurociencias y las dificultades específicas vinculadas a otras formas de disidencia que precisaban de recursos o medidas adicionales, al contrario de lo que se pretendía, no ha conseguido dar respuesta a todos los pacientes con TMG, siendo preciso para ellos la necesidad de establecer medidas de protección que en muchas ocasiones colisionan con el respeto a otros derechos fundamentales.

Los potentes secundarismos de los tratamientos psicofarmacológicos (alteraciones motoras, síndrome metabólico, alteraciones cognitivas, etc) junto con la parcial reclusión en dispositivos rehabilitadores en ausencia de consentimiento, siguen formando parte del día a día de la práctica psiquiátrica.

En España contamos con una legislación potentemente articulada para aspirar a maximizar el derecho de los usuarios con una pretendida finalidad garantista.

La LGS, la LAP o la propia LEC construyen un consistente marco legislativo que aspira a dar respuesta a todos aquellos pacientes que en un momento determinado puedan prescindir temporal o parcialmente de la plenitud en el ejercicio de sus actividades cognitivas y/o volitivas.

Conclusiones

1. Los pacientes con EMG presentan a lo largo del curso natural de la patología medidas de intervención que sirvan como elemento de protección para sí mismo y para terceros; esto resulta especialmente relevante en determinadas patologías como los cuadros psicóticos en los que uno de los elementos nucleares en el desarrollo psicopatológico es la ausencia de conciencia de estado (que puede ser total o parcial).
2. Es importante realizar un ejercicio ponderado en el establecimiento del tratamiento contando aspirando a construir una alianza terapéutica que facilite el proceso rehabilitador, teniendo en cuenta la dificultad derivada en la administración de determinados tratamientos o procedimientos y cómo estos pueden ser percibidos con el paciente.
3. A lo largo del desarrollo legislativo en España, se ha producido una continua reformulación de la asistencia que en la actualidad se vertebra en recursos extrahospitalarios de ambición comunitaria y rehabilitadora.
4. Existe un completo desarrollo normativo y legislativo en nuestro país que aspira a ser respetuoso con la dignidad de los individuos y que se vertebra alrededor del respeto a los Derechos Humanos. Sólo a través de su cumplimiento estricto podemos prestar una asistencia congruente con los principios democráticos en el que se insertan.
5. A pesar de lo anteriormente expuesto es necesario contribuir a potenciar los recursos de rehabilitación, así como a incorporar a los paciente en su proceso terapéutico también desde una perspectiva performativa normativa.

Bibliografía

1. Wade, D. T., & Halligan, P. W. (2017). The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come. *Clinical rehabilitation*, 31(8), 995-1004.
2. Espinosa-López, R., & Valiente-Ots, C. (2017). ¿ Qué es el Trastorno Mental Grave y Duradero?. *Edupsykhé. Revista de Psicología y Educación*, 16(1), 4-14.
3. Del Río Noriega, Francisco (coordinador)...et al. Trastorno mental grave: proceso asistencial integrado 2a ed. Consejería Andaluza de Salud y Familias, 2020.
4. Rodríguez, Ibañez et al. Proceso asistencial del trastorno mental grave. Red de servicios de Salud Mental. Servicio Madrileño de Salud.
5. Piazzze, N. C. C. G. P. Compensaciones en fenomenología y psicoanálisis: arreglos “obsesivos” en la esquizofrenia. *Clínica psicoanalítica*, 153.
6. Häfner, H. (1995). Epidemiología de la esquizofrenia. El modelo de enfermedad de la esquizofrenia a la luz del conocimiento epidemiológico actual. *European Psychiatry (Ed. Española)*, 2(6), 370-382.
7. Novella, E. J., & Huertas, R. (2010). El síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la conciencia moderna: Una aproximación a la historia de la esquizofrenia. *Clínica y salud*, 21(3), 205-219.
8. González Calvo, J. M., San Molina, L., & Rodríguez Cano, E. (2000). La esquizofrenia simple:¿ desarrollo de la personalidad o proceso?. *Actas esp. psiquiatr*, 385-393.
9. Salavert, J., Berrospi, M., Miralles, M. L., Dueñas, R. M., Tiffon, M. L., & San Molina, L. (2003). El trastorno delirante. Revisando los aspectos de la paranoia. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 30(6), 304-313.
10. González-Rodríguez, A., Guàrdia, A., Álvarez, A., Fucho, G. F., Farré, J. M., Betriu, M., ... & Labad, J. (2021). Trastorno Delirante 2021. *Psicosomática y Psiquiatría*, (16).

11. de Portugal, E., González, N., Vilaplana, M., Haro, J. M., Usall, J., & Cervilla, J. A. (2009). Un estudio empírico de los correlatos psicosociales y clínicos del trastorno delirante: el estudio DELIREMP. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 2(2), 72-82.
12. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992.
13. Moreno, R. A., Moreno, D. H., & Ratzke, R. (2005). Diagnosis, treatment and prevention of mania and hipomania within the bipolar disorder. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 32, 39-48
14. American Psychological Association [APA]. (2014). Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5).
15. Sáez, I. M., Romero, P. S., & Rodríguez, A. M. B. (2021). Depresión postpsicótica y suicidio. *Psicosomática y Psiquiatría*, (16).
16. García, R. F., Aguayo, L. V., & Bermúdez, M. Á. L. (2009). La conceptualización de casos clínicos desde la Psicoterapia Analítica Funcional. *Papeles del psicólogo*, 30(3), 255-264.
17. Cardenal, V., Sánchez, M., & Ortiz-Tallo, M. (2007). Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora. *Clínica y salud*, 18(3), 305-324.
18. Ruano Sanz, J. (2015). Antipsicóticos típicos y atípicos en la esquizofrenia. Revisión bibliográfica.
19. García-Anaya, M., Apiquian, R., & Fresán, A. (2001). Los antipsicóticos atípicos: Una revisión. *Salud Mental*, 24(5), 37-43
20. Sánchez, A. F., Pinto-Meza, A., & Haro, J. M. (2009). Comparación de la eficacia de las formas farmacéuticas de liberación retardada (depot) y las orales de los antipsicóticos típicos y atípicos comercializados en España para pacientes diagnosticados de esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 2(1), 5-28.

21. Herrera-Estrella, M., & Luna, K. (2016). Clozapina: una revisión. *Psiquiatría Biológica*, 23(3), 87-92.
22. Sáenz, V. D. L. P. (2011). Agranulocitosis por clozapina: un paradigma de la relación costo-beneficio. *Psicofarmacología (B. Aires)*, 27-32.
23. Domínguez Ortega, L., Medina Ortiz, O., & Cabrera García-Armenter, S. (2006, September). Intoxicación con litio. In *Anales de medicina interna (Vol. 23, No. 9, pp. 441-445)*. Arán Ediciones, SL.
24. Souza, C. D., Vedana, K. G. G., Mercedes, B. P. D. C., & Miasso, A. I. (2013). Trastorno bipolar y medicamentos: adhesión, conocimiento de los pacientes y monitorización sérica del carbonato de litio. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21, 624-631
25. Aguilera, R. M. L., Piana, R. C., & Aguilar, A. G. (2020). Panorama general de la terapia electroconvulsiva: indicaciones y funcionamiento. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 63(6), 20-30.
26. López, I. V. (2015). La terapia electroconvulsiva en España (Doctoral dissertation, Universidad Complutense de Madrid).
27. Vargas Aragón, M. (2021). Rehabilitación psicosocial como rehabilitación personal: la frontera justicia/salud. *Rehabilitación psicosocial como rehabilitación personal: la frontera justicia/salud*, 191-211.
28. Federación de Salud Mental (2023). Decálogo '10 cosas que debes saber ante un ingreso psiquiátrico involuntario'. <https://consaludmental.org/sala-prensa/madrid-derechos-decalogo-ingreso-involuntario/>
29. Gías Gil, Belén. (2013). Tratamiento ambulatorio involuntario en psiquiatría: una revisión desde la bioética. *Revista de Bioética y Derecho*, (29), 109-121.
30. Romero Cuesta, J., & Gorrotxategui Larrea, M. (2009). Aproximación al debate sobre el tratamiento ambulatorio

- involuntario desde una perspectiva bioética. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 29(2), 423-436.
31. Portero, G. (2010). Tratamiento ambulatorio involuntario de carácter civil: Una revisión. *Cuadernos de Medicina Forense*, 16(1-2), 87-97.
 32. Pozón, S. R. (2015). ¿ Hay motivos para defender el tratamiento ambulatorio involuntario?. *Psiquiatría Biológica*, 22(2), 39-43.
 33. Hernando, I. G. (2012). La piedra de la locura. *Revista digital de iconografía medieval*, 4(8), 79-88
 34. Pino, M. C. (2012). La corriente científico-filosófica de la enfermedad de amor en la Grecia clásica: Hipócrates, Platón y Aristóteles. *Analecta Malacitana (AnMal electrónica)*, (33), 29-43.
 35. Rojas Parma, L. (2015). Protágoras y el significado de aisthesis. *Revista de filosofía*, 71, 127-149.
 36. de Capadocia, A. (1998). *Obra médica (Vol. 49)*. Ediciones AKAL.
 37. Saco, J. L. (2012). Una aproximación a la demencia en la Roma y el Oriente Antiguo. *Praesentia*, (8).
 38. Barcat, J. A. (2014). Andrés Vesalio (1514-1564): El genio meteórico. *Medicina (Buenos Aires)*, 74(4), 333-336.
 39. de Micheli, A. (2005). William Harvey and the beginnings of modern medical science. *Gaceta médica de México*, 141(3), 233-238.
 40. Pargeter, R. W. (2014). *Observations on Maniacal Disorder*. Routledge.
 41. Peset, J. L. (2008). *Locos, enfermos y marginados*.
 42. Labarca Pinto, M. (2015). Emociones, locura y familia en el siglo XVIII: apuntes sobre un debate historiográfico en curso. *Nuevo Mundo Mundos Nuevos. Nouveaux mondes mondes nouveaux- Novo Mundo Mundos Novos-New world New worlds*.
 43. del Castillo Pulgarín, E. M. (2021). La locura como voz de la denuncia en *El pabellón número seis*, de Antón Chéjov. *Lingüística y Literatura*, (79), 370-383.

44. Arnold, C. (2008). *Bedlam: London and its mad*. Simon and Schuster.
45. Foucault, M. (2005). *El poder psiquiátrico* (Vol. 245). Ediciones Akal.
46. Palomares-Ramos, K. Y., & Enriquez-Estrada, V. M. Pinel el reformador de la psiquiatría, remover las cadenas a los locos, ¿verdad o mito?
47. Alonso, I. M. (2006). Aproximaciones a la Historia de la Psiquiatría desde OME–AEN. *Norte de Salud Mental*, 6(25), 118-122.
48. Marín, R. C. (2004). La psiquiatría en la ciudad. Higiene mental y asistencia extramanicomial en España en la década de 1920. *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, 101-111.
49. Seguí, L. (2012). Sobre la responsabilidad criminal. *Psicoanálisis y criminología*.
50. Lévy Lazcano, S. (2016). Delitos inconscientes. *Psicoanálisis y teoría penal durante la Segunda República española*.
51. Muñoz, S. G. (2021). Ser homosexual durante el franquismo. Su rastro en los expedientes del Juzgado Especial de Madrid para la aplicación de la Ley de Vagos y Maleantes (1954-1956). *Cuadernos de historia contemporánea*, (43), 185-200.
52. Campos, R. (2014). Pobres, anormales y peligrosos en España (1900-1970): de la " mala vida" a la ley de peligrosidad y rehabilitación social. *Actas del XIII Coloquio Internacional de Geocrítica El control del espacio y los espacios de control*, Barcelona, 5-10.
53. Campos, R. (2014). Franquismo, orden público y enfermedad mental: la ley de peligrosidad y rehabilitación social de 1970.
54. Foot, J. (2014). Franco Basaglia and the radical psychiatry movement in Italy, 1961–78. *Critical and radical social work*, 2(2), 235-249.

55. Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 de 25 de Abril)(BOE 102 del 25-4-1986). <https://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf>
56. Instrumento de Ratificación del 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 (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997. «BOE» núm. 251, de 20 de octubre de 1999, páginas 36825 a 36830. ([https://www.boe.es/eli/es/ai/1997/04/04/\(1\)](https://www.boe.es/eli/es/ai/1997/04/04/(1)))
57. Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes. Consejo de Europa (<https://rm.coe.int/16806dbaa4>).
58. Convenio Europeo de Los Derechos Humanos. Consejo de Europa (https://www.echr.coe.int/documents/convention_spa.pdf)
59. Conclusiones del Consejo — El Pacto Europeo para la Salud y el Bienestar Mental: Resultados y actuación futura. Diario Oficial de la Union Europea (2011/C 202/01) (<https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2011:202:0001:0003:ES:PDF>)
60. Constitución Española. Cortes Generales «BOE» núm. 311, de 29/12/1978. [https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/\(1\)/con](https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/(1)/con)
61. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Jefatura del Estado «BOE» núm. 102, de 29 de abril de 1986 Referencia: BOE-A-1986-10499. <https://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf>
62. 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. Jefatura del Estado. «BOE» núm. 274, de 15/11/2002. <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41/con>

63. Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. Jefatura del Estado«BOE» núm. 7, de 08/01/2000. <https://www.boe.es/eli/es/l/2000/01/07/1/con>
64. Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. Jefatura del Estado. «BOE» núm. 132, de 3 de junio de 2021, páginas 67789 a 67856 (68 págs.) <https://www.boe.es/eli/es/l/2021/06/02/8>