



## Posición de la Sociedad Española de Psiquiatría Legal sobre el Tratamiento Ambulatorio y la Observación para Diagnóstico no Voluntarios

1. Introducción	1
2. Cuestiones previas: La situación actual	2
3. Consentimiento informado VS. involuntariedad	3
4. Consideraciones prácticas	6
5. Recomendaciones	7

### 1. Introducción

En octubre de 2004 el Pleno del Congreso de los Diputados decidió asumir para su estudio en la Comisión de Justicia una propuesta del Grupo Parlamentario de CIU., que consistía en añadir al Art. 763 de la LEC. un 5º apartado que posibilitara al Juez la autorización de tratamiento u observación para diagnóstico no voluntarios (TODNV.). En marzo de este año tuvieron lugar ante esa Comisión varias comparecencias contrapuestas de diversos expertos y representantes de Asociaciones de Familiares de pacientes mentales; desde entonces sigue abierta para los Grupos Parlamentarios la fase de propuesta de enmiendas.

La propuesta aceptada por el Pleno fue la siguiente:

*“5. Podrá también el Tribunal autorizar un tratamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico o un período de observación para diagnóstico, cuando así lo requiera la salud del enfermo, previa propuesta razonada del facultativo, audiencia del interesado, informe del forense y del Ministerio Fiscal.*

*En la resolución que se dicte deberá establecerse el plan de tratamiento, sus mecanismos de control y el dispositivo sanitario responsable del mismo, que deberá informar al Juez, al menos cada tres meses, de su evolución y su seguimiento, así como la necesidad de continuar, modificar o cesar el tratamiento.*

*El plazo máximo de duración de la medida será de dieciocho meses.”*

La Sociedad Española de Psiquiatría Legal, nada más tener conocimiento de esa propuesta, consideró que debía reflexionar sobre los datos existentes y madurar una posición con un enfoque fundamentalmente ético y basada en la realidad asistencial española. Además de frecuentes intercambios de opiniones entre sus miembros, colaboró con el Master de Psiquiatría Legal y con la Fundación *Aequitas* en la organización de una Jornada sobre este tema, que se celebró el 20 de mayo de 2005 y en la que, por un lado, se presentaron experiencias y pareceres por parte de expertos nacionales y extranjeros; por otro, también pudieron exponer sus puntos de vista personas muy ligadas a la propuesta de referencia.

La Junta Directiva de esta Sociedad cree llegado el momento de emitir su parecer, centrándose en las siguientes preguntas: **¿Son justificables las medidas propuestas?** En caso positivo: **¿Qué condiciones serían necesarias?**



## 2. Cuestiones previas: La situación actual

**a) La enfermedad problema:** Es evidente por la experiencia general que un cierto número de pacientes diagnosticados de Trastornos Psicóticos graves, especialmente de Esquizofrenia, opone clara resistencia al tratamiento y lo abandona fácilmente cuando está fuera del medio hospitalario, a pesar de los esfuerzos de profesionales y familiares para lograr que se trate. En muchos casos esa negativa se debe a su carencia de conciencia de enfermedad, la cual parece guardar relación con deficiencias neurocognitivas propias de su Trastorno.

Ésta es la causa de frecuentes recaídas en forma de episodios psicóticos agudos, que obligan a internamientos, generalmente involuntarios; tras el Alta hospitalaria por mejoría, se repite el abandono del tratamiento, lo que propicia nuevas crisis que precisan hospitalización: Es el fenómeno conocido como *puerta giratoria*.

**b) La experiencia de otros países:** Aunque tal vez primando otros motivos (por ejemplo, la peligrosidad de algún enfermo), hay países que han legislado para permitir el tratamiento no voluntario sin necesidad de efectuar internamiento hospitalario. Con independencia de la polémica que suscitan medidas de esta índole (basada fundamentalmente en la discriminatoria merma de derechos que implican para estos pacientes, así como en la estigmatización que les pueden acarrear), los resultados objetivos comprobados son la franca mejoría en la convivencia sociofamiliar y la reducción de los ingresos hospitalarios, cuyo ahorro económico ha compensado con creces los costes de nuevos equipos de tratamiento asertivo en dispositivos comunitarios.

**c) La realidad asistencial española:** Centrándonos en nuestro país y aun asumiendo bastantes variaciones en la situación de los Servicios de Salud Mental de las diversas Comunidades Autónomas, es cierto que en general la política de desinstitucionalización iniciada hace 20 años no ha entrañado una suficiente dotación de los medios que propugnaba la Ley General de Sanidad de 1986, lo que se ha traducido en una atención a los enfermos no siempre eficiente (básicamente por la saturación de los dispositivos comunitarios de Salud Mental) y en sufrimiento para los propios interesados y sus familias (verdaderas paganas de la reforma frecuentemente). Hoy por hoy puede afirmarse que, más allá de alguna experiencia muy concreta, posibilitada por el compromiso voluntarioso de algunos Facultativos y Jueces (que han llevado al límite la interpretación de la actual legislación, de forma osada y hasta abusiva según el criterio de otros), tenemos habitualmente fuera del sistema sanitario a un número de enfermos mentales indeterminado, aunque posiblemente voluminoso, que por su grave patología mental o sobrevive en la pura marginalidad (incluyendo las cárceles) o distorsiona de forma notable la vida familiar, sin que por esto vivan ellos mejor.

Es muy posible que ese número pudiera llegar a ser claramente menor, si:

- El aumento de camas hospitalarias de media estancia permitiera disminuir la actual presión para dar el alta a pacientes en situación de impregnación psicofarmacológica (con dosis todavía no ajustadas y, como consecuencia, con efectos secundarios al menos desagradables) y de respuesta todavía parcial del cuadro psicopatológico (sin que haya sido posible evaluar a fondo el efecto del tratamiento), asociación de factores que sin duda propicia el abandono posterior del tratamiento.
- Los actuales Servicios de Salud Mental Comunitarios contaran con más medios materiales y humanos, lo que permitiría estar mejor coordinados con los Centros Hospitalarios de referencia y dedicar más tiempo, por un lado, a optimizar el estado de los pacientes recién salidos del Hospital; por otro, a intentar hacerse con la voluntad de los enfermos que, llevados por sus familias, se muestran reacios a tratarse, pudiéndoles ofrecer medios más amplios que los meramente psicofarmacológicos.

**d) Nuestro marco legislativo:** El aplicable a los casos de negativa al tratamiento para cualquier enfermedad preconiza la obligatoriedad general de que ninguna actuación médica puede producirse sin el consentimiento informado del paciente, lo que se reafirmó con claridad por la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, cuyo Art. 9.2.b) exceptúa lógicamente los casos de *“riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible contar con su autorización”*, excepción que, por sus connotaciones de suma

gravedad, se correlaciona más bien con el internamiento involuntario por Trastorno Mental en casos de incompetencia, lo que ya está regulado por el Art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

Si se analiza lo que ocurre en la práctica con los internamientos involuntarios por razón de Trastorno Psiquiátrico, puede concluirse que la mayor parte de casos no son programados (es decir con previa autorización judicial), posiblemente por el tiempo que puede durar el procedimiento jurisdiccional. Lo que vemos habitualmente es el ingreso urgente, regularizado por la autoridad judicial *a posteriori*; traducido a lenguaje clínico, esto implica que habitualmente el mecanismo se pone en marcha sólo cuando el enfermo entra en crisis más o menos espectacular (no decimos grave, pues su estado previo ya podía serlo a ojos de familiares y médicos, sin que esa gravedad *técnica* fuera suficiente motivo para poder conseguir de hecho la hospitalización involuntaria). Estando así las cosas en la realidad, cabría preguntarse si es aceptable la obligada inacción sanitaria para mantener a un enfermo en malas condiciones de vida personal y a su familia en la desesperación de asistir a la destrucción de un ser querido y de la convivencia en su seno, aguardando la eclosión de una crisis que facilite el internamiento, pero siempre con el temor de que todo vuelva a ser igual por el abandono del tratamiento en un plazo más bien corto tras el alta hospitalaria.

Se ha hablado, por otra parte, del aprovechamiento de las posibilidades que brinda el llamado *Consentimiento por representación*, previsto en el Art. 9.3.a) de la citada Ley 41/2002. Son innegables las virtualidades que encierra para patologías orgánicas y que hasta pueden ser útiles en algunos casos con patología mental de menor resistencia al tratamiento, traducida por la presencia más o menos voluntaria del enfermo en el dispositivo asistencial adecuado; pero tampoco puede obviarse la realidad que subyace a la propuesta en estudio por el Congreso de los Diputados: En muchos casos de absoluta negativa al tratamiento psiquiátrico no sólo existe el citado *Consentimiento por representación*, sino más que eso, una apremiante y hasta desesperada solicitud de acción terapéutica por parte de las familias, sin que de hecho baste para poder ni siquiera iniciarla, pues no hay un adecuado entorno legal suficientemente coactivo fuera del internamiento para los casos en que esté indicado.

**e) Las familias de los enfermos mentales:** Aunque han sido nombradas ya profusamente en estas páginas, merecen la dedicación de un apartado específico. Primero porque han sido sus representantes quienes han logrado introducir en el Congreso, a través del Grupo Parlamentario de CIU., la propuesta actualmente en estudio. Pero, sobre todo, porque, como sabemos todos los Psiquiatras, están llevando sobre sus espaldas desde hace 20 años el resultado de una reforma psiquiátrica, convertida prácticamente en utópica más veces de lo deseable por la escasez de medios generados frente a los que hubieran exigido los principios que la presidieron.

Son ellas las que asisten impotentes a la destrucción psíquica y a veces física de su hijo, hermano, cónyuge...; las que sufren a diario las alteraciones conductuales de los enfermos, sobre todo si están sin tratamiento; las que viven en permanente angustia a la espera de las consecuencias que puede suponerles la siguiente crisis psicótica de su ser querido; las que detectan antes que nadie los cambios que anuncian empeoramientos e intentan el acceso lo más rápidamente posible al correspondiente dispositivo de Salud Mental; las que porfían sin descanso para que el enfermo tome su adecuado tratamiento; las que, arrastradas por su desesperación, entran incluso en la ilegalidad de administrar medicación de forma camuflada.

Desde aquí queremos testimoniar que merecen nuestro máximo respeto y también nuestro agradecimiento, pues sin su concurso nuestra labor clínica sería frecuentemente mucho menos eficiente.

### 3. Consentimiento informado VS. involuntariedad

La propuesta en estudio constituiría una nueva excepción para los enfermos mentales, respecto a la norma general de obligatoriedad del Consentimiento Informado (CI.) del propio paciente ante la aplicación de cualquier acción médica; de ahí la necesidad de respetar al máximo la filosofía inherente al CI. y de armonizarla en lo posible con la involuntariedad que contiene la citada propuesta. De las excepciones legalmente previstas en la actualidad, las que interesan aquí son las que tienen relación con los Trastornos mentales, que básicamente están contenidas en dos Leyes:

- Art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil: “No esté en condiciones de decidirlo por sí”.
- Art. 9.2.b) de la Ley 41/2002: “No es posible conseguir su autorización”.
- Art. 9.3.a) de esa misma Ley: “No sea capaz de tomar decisiones... o su estado... psíquico no le permita hacerse cargo de su situación”.

Es obvio que el legislador huye en las excepciones de todo automatismo, cual sería ligar esta o aquella enfermedad con la incompetencia para tomar decisiones sobre sí mismo. Se trata de objetivar que, con independencia de su patología concreta, el proceso de toma de decisiones por parte del enfermo está no sólo viciado, sino también en grado suficiente como para poder actuar al margen de sus manifestaciones.

Analizaremos brevemente estas cuestiones:

**a) Las decisiones del ser humano.** Puede admitirse que se rigen básicamente por tres elementos: Han de fundamentarse en una serie de razones suficientemente sólidas (racionalidad); han de ser ajenas a cualquier coacción (agencia) y acordes con el conjunto de valores de la persona (moralidad). El Médico (y, en su caso, el Juez) debe valorar si en el enfermo existen estos componentes o en qué medida son deficientes en cada caso.

- **Racionalidad:** La negativa a tratarse no tiene porqué deberse a una mera carencia de conciencia de enfermedad; puede basarse, sin ir más lejos, en el rechazo del enfermo a soportar los efectos secundarios y adversos que, a pesar de los avances habidos, siguen produciendo los psicofármacos, como puede observarse con la simple lectura de los respectivos prospectos. Habrá que evaluar si los razonamientos del enfermo son mero producto de su psicopatología o, por el contrario, se centran en la disyuntiva de remisión sintomatológica o prevención de recaídas frente al “peaje” de efectos indeseados del medicamento propuesto.
- **Agencia:** La imposición y aun la simple coacción socavan el principio de autonomía, destruyendo la base precisa del CI., de forma que la aparente decisión favorable de un enfermo al tratamiento puede no ser su verdadero parecer, en cuyo caso el Médico debe considerar que el CI. está viciado.
- **Moralidad:** Cada persona tiene su propio sistema de valores, que debe ser respetado. Pueden existir enfermos que rechacen un tratamiento porque consideren que atenta contra alguna cualidad (su aspecto personal, su dinamismo en las relaciones interpersonales, su habilidad manual, su estado de forma física...), que para ellos tenga más importancia que la remisión clínica o la prevención de una recaída. Como simples ejemplos citaremos la ganancia de peso, sobre todo en mujeres jóvenes; el temor a que se les cambie la personalidad; el temblor parkinsoniano... Una negativa basada en estas cuestiones nada tendría que ver con la carencia de conciencia de enfermedad ni con un discurso impregnado de psicopatología.

**b) La ruptura del CI.:** La exigencia del CI., omnipresente en la legislación sanitaria, se fundamenta legalmente en el respeto a la dignidad de la persona y a la autonomía de su voluntad; sus requisitos, según la Ley 41/2002, son: “Libre, voluntario y consciente...; tras recibir la información adecuada...; haber valorado las opciones propias del caso...”. En el caso de los enfermos mentales, sin perjuicio del obligado y continuo esfuerzo del Psiquiatra para conseguir una alianza terapéutica con el paciente, consideramos que puede soslayarse la exigencia de un CI. cuando se den un conjunto de condiciones:

- **Para el “tratamiento... por razón de trastorno psíquico”:** En estos casos sería exigible:
  - Un **diagnóstico de Trastorno mental grave** y concreto, ya que se trata precisamente de aplicar una **terapéutica de eficacia subjetiva y objetiva contrastada**, a la que se niega un enfermo, a pesar de la **inexistencia de otras alternativas**, aunque fueren menos efectivas. Sin embargo, esto no sería todavía suficiente.

- Una **desfavorable evolución** de la enfermedad, debida precisamente al abandono del tratamiento que fue eficaz.
  - Un **contexto adecuado, sobre todo familiar**, para desechar que la negativa al tratamiento no sea una parte más de un posible enfrentamiento global entre los convivientes, lo que debe ser indagado a través de todas las partes implicadas.
  - Demostrada **incompetencia** del enfermo para valorar adecuadamente su patología, las opciones terapéuticas existentes y las consecuencias tanto del tratamiento como de su ausencia. El Médico deberá poner especial cuidado en buscar posibles elementos psicopatológicos en el discurso del enfermo, a fin de que la irracionalidad de su negativa sea indubitada. Sin este requisito, **que no está claramente contemplado en la actual propuesta**, sería éticamente inviable abordar el tratamiento involuntario.
- **Para un “período de observación para diagnóstico”:** Es evidente que en este caso el problema sería aún mayor, puesto que nadie podría garantizar la real existencia de un Trastorno mental, cuyo diagnóstico es precisamente lo que se pretendería. No puede olvidarse tampoco que la negativa absoluta del interesado a colaborar podría convertir en inútil la medida. Por tanto, el cuidado debe ser aquí exquisito:
- Antes de aceptar hacerse cargo de una observación involuntaria, el Médico deberá valorar concienzudamente la existencia de **claros indicios patológicos**, que puedan incardinarse lógicamente en el perfil sintomático de algún Trastorno mental grave.
  - Al efecto debe requerir información de **diversas fuentes** que hayan tenido relación con el presunto enfermo, pues en principio caben percepciones muy distintas de los mismos hechos.
  - Una vez aceptada la medida, debe ser prioritaria la entrevista con el interesado, a fin de poder valorar directamente su hasta ese momento **presunta incompetencia**, cuya ausencia implicaría el final automático de la observación involuntaria.
  - En cualquier caso, el período de observación involuntaria debe ser lo suficientemente corto como para que estén equilibradas la **rapidez y la eficiencia**.
  - El presunto enfermo debería ser **cumplidamente informado** de que la finalidad de la observación diagnóstica es **ofrecerle opciones terapéuticas eficaces** en caso de diagnóstico positivo de Trastorno Mental.

#### 4. Consideraciones prácticas

Sobre el proyecto que se encuentra sometido a debate en el Congreso de los Diputados creemos que deben hacerse las siguientes:

a) **Iniciativa médica:** Entre las cautelas que deben cumplirse, la propuesta en estudio incluye la *“previa propuesta razonada del facultativo”*, lo que nos parece correcto y necesario, ya que es el Psiquiatra quien mejor puede conocer la patología del interesado (presunta en el caso de observación o real en el de tratamiento) y su nivel de competencia para decidir sobre su salud; sus necesidades terapéuticas; el nivel de



eficacia de los tratamientos aplicables; la relación entre incumplimientos terapéuticos y recaídas, etc. Consideramos importante también la razón de que es el Psiquiatra quien está en condiciones óptimas para conocer cuáles son las posibilidades reales del dispositivo en que desarrolla su actividad profesional y las de los conectados al suyo, pues no sería lógico proponer una medida que ya de entrada no puede desarrollarse bien o que suponga obligadamente para otros pacientes merma de una atención que tal vez roce ya los límites mínimos.

**b) Establecimiento de indicaciones:** Las Instituciones Sanitarias y las Sociedades Científicas deberían fijar con claridad los criterios que definan la indicación del TODNV. A nuestro juicio deberían tener carácter:

- **Psicopatológico:** Las condiciones podrían ser: Carencia de conciencia de enfermedad, que predispone al incumplimiento terapéutico; conductas severamente distorsionadoras de la convivencia sociofamiliar, sobre todo si implican riesgo próximo para el mismo paciente o para otros; incompetencia para decidir sobre la propia salud a causa de su psicopatología.
- **Evolutivo:** Habría que poder correlacionar objetivamente la ausencia de tratamiento con agravamientos del interesado, medidos con los parámetros psicopatológicos referidos, desde que se inició el Trastorno o a lo largo de los últimos 2 años.
- **Terapéutico (para el tratamiento involuntario):** Programación de un elenco de medidas psicofarmacológicas y rehabilitadoras de eficacia contrastada tanto para el interesado (bienestar subjetivo) como objetivamente (mejora de la convivencia, disminución de crisis/ingresos...).
- **Diagnóstico (para la observación involuntaria):** Programación de entrevistas psiquiátricas y de medios concretos para diagnóstico, de forma que en breve tiempo pueda haber resultados.

**c) Medidas terapéuticas:** Aunque, precisamente por tener que tratarse de Trastornos graves, el uso de la psicofarmacología sería prácticamente obligado, incluso como paso necesario para el aprovechamiento de otras formas terapéuticas, no podemos dejar de referirnos a la necesidad de utilizar también métodos de terapia asertiva y programas de rehabilitación psicosocial, así como el apoyo de los servicios sociales. Sería rechazable reducir la acción en cualquier momento a la mera administración de psicofármacos.

**d) Protocolo de actuación:** Habría que fijar con claridad las actuaciones programadas, tanto en la propuesta previa del Psiquiatra como en la información que debe darse siempre al interesado. Entre ellas no podrían faltar las alternativas posibles en caso de incumplimiento, que **la propuesta no incluye** (traslado forzoso a un dispositivo donde se pueda administrar medicación a pesar del rechazo a la misma, ingreso hospitalario, etc.). Consideramos que deberían existir medios adecuados estrictamente sanitarios para actuar en esas eventualidades, de forma que el recurso a la Fuerza Pública fuera totalmente excepcional.

**e) Valoración de medios:** El TODNV. exige contar con medios materiales y humanos abundantes, pues requiere una monitorización próxima y continuada; pretender que en la actual situación de práctica saturación nuestros dispositivos de Salud Mental se hagan cargo de lo que exige un TODNV. es aceptar previamente su fracaso y, de paso, una peor atención a los pacientes ahora tratados.

**f) La duración de la medida:** A pesar de la importancia que evidentemente puede tener para el Sistema Sanitario y para los propios enfermos, el contenido de la propuesta muestra una clara indefinición, al no establecer si el máximo de 18 meses se refiere a un **único período continuado** o al **cómputo de diversas fases** (que podrían haberse interrumpido por haber pasado el enfermo a una situación de tratamiento voluntario o por episodios críticos que hayan requerido hospitalización, lo que a su vez pudiera haberse debido o no al abandono del tratamiento). Tampoco se aclara qué debería hacerse si, transcurrido ese máximo de tiempo, persistieran las razones que hubieran amparado el TODNV.

**g) Casos excluibles:** Se ha insistido mucho en este documento sobre la necesidad de que, al lado de un diagnóstico cierto o presunto de grave Trastorno mental, es inexcusable la presencia de **incompetencia para decidir sobre la salud por motivos psicopatológicos**, lo que excluiría del TODNV. todos los casos de desmotivación para el tratamiento por cualesquiera otras razones, a pesar de que presentaran patologías mentales de diversa índole.

Aparte de las razones teóricas que sustentan esta postura (esos otros pacientes suelen tener un suficiente nivel de competencia), puede aportarse el dato suficientemente contrastado de que, así como el TODNV. ha cosechado éxitos entre los pacientes del primer grupo, el fracaso ha sido la norma entre los del segundo.

**h) Técnica legislativa:** Aunque no es competencia de una Sociedad Médica, no parece imprudente señalar que tal vez fuera incorrecto añadir sin más lo relativo al tratamiento ambulatorio y observación para diagnóstico no voluntarios en un Art. (el 763 de la LEC.), cuyo título actual hace referencia clara y exclusiva al *internamiento*. De aprobarse finalmente la propuesta en estudio, posiblemente fuera más correcto cambiar ese título con una mención más amplia a sus posibles contenidos o simplemente insertarla en un nuevo Art. (763 bis), en el que debería quedar clara la voluntad del legislador de conservar el mismo espíritu que animó la aprobación del vigente Art. 763 de la LEC.

Por cuanto antecede, la Junta Directiva de esta Sociedad concreta las siguientes

## 5. Recomendaciones

- 1) Puede ser beneficiosa para la práctica clínica la existencia de una regulación legal del TODNV., ya que dotaría al Sistema Sanitario de un instrumento con posibilidades de mejorar el control de algunos Trastornos Mentales graves.
- 2) El incremento de los escasos recursos actualmente dedicados a Salud Mental probablemente haría innecesaria la aplicación del TODNV. en muchos casos. Por otra parte, la aprobación de la propuesta ahora en estudio no sólo no eximiría a la Administración de ese incremento, sino que haría insoslayable la dedicación de medios específicos para su realización.
- 3) La normativa que se aprobara debería recoger con claridad que el TODNV. sólo sería aplicable a personas que, por su grave psicopatología, no tuvieran competencia para decidir sobre el cuidado de su salud mental.
- 4) El TODNV. habría de ser considerado como un último recurso, tras el esfuerzo de abordar con el enfermo los motivos de su negativa al tratamiento e intentar su consentimiento. Tanto previamente como durante el desarrollo de la medida, el Psiquiatra tendría que informar e intentar educar incesantemente al paciente sobre su enfermedad y procurar una alianza terapéutica con él.
- 5) El TODNV. debería ser aplicable cuantas veces fuera necesario y durante el tiempo que se precisara, mediante las adecuadas cautelas, incluyendo la autorización judicial, renovable cada tres meses previo informe del Facultativo.
- 6) Para una correcta aplicación del TODNV. las Instituciones Sanitarias y las Sociedades Científicas tendrían que fijar los criterios clínicos mínimos para una buena práctica clínica, los cuales habrían de ser aplicables al caso concreto de que se tratara y ser argumentados en la propuesta a la autoridad judicial.

- 7) El TODNV. exigiría un abordaje terapéutico integral del enfermo, incluyendo no sólo tratamiento psicofarmacológico, sino también medidas de rehabilitación psicosocial, todo lo cual debería contenerse explícitamente en la propuesta del Médico responsable a la autoridad judicial.
- 8) La iniciativa de la propuesta de un TODNV. al Juez debería corresponder siempre al Psiquiatra que fuera a responsabilizarse del tratamiento del interesado, pues es quien mejor conoce las características del enfermo y de su patología, sus necesidades terapéuticas y la eficacia esperable del tratamiento.
- 9) Dada la saturación existente en muchos dispositivos de Salud Mental, antes de proponer un TODNV. al Juez, el Psiquiatra responsable debería valorar concienzudamente la adecuación de los medios disponibles en su equipo y el grado de posible detrimento que la medida pudiera implicar para el resto de la actividad asistencial.
- 10) En la aplicación de un TODNV. el interesado mantendría íntegramente su derecho a estar permanentemente informado sobre todos los aspectos sanitarios que le conciernan, incluyendo las alternativas en caso de incumplimiento.
- 11) El respeto a la dignidad del interesado requeriría que las acciones necesarias para la puesta en práctica de un TODNV. quedaran limitadas al ámbito de lo sanitario en la medida de lo posible.
- 12) Precisamente por no contar con la seguridad de un diagnóstico cierto de Trastorno mental, la aplicación de un TODNV. en su modalidad de *observación para el diagnóstico* exigiría la más cuidadosa y estricta aplicación de las cautelas previas.
- 13) Con el fin de lograr una optimización de medios y un adecuado control de casos, las diferentes Administraciones competentes en materia sanitaria deberían asumir el funcionamiento de órganos de seguimiento del TODNV.
- 14) Por razones de mera técnica legislativa, la aprobación de la propuesta en estudio debería implicar o la ampliación del actual título del Art. 763 de la LEC. o la agregación de uno nuevo (por ejemplo, el 763 bis, a fin de poner de manifiesto que se pretende conservar el mismo espíritu que informa al vigente).

Madrid, octubre de 2005.

---oo0oo---