

Enfermedad mental, estigma y legislación.

Mental illness, stigma and legislation.

RESUMEN: El estigma (marca o señal infamante) ligado a la etiqueta diagnóstica o a la estancia en instituciones psiquiátricas depara graves consecuencias para los sujetos, principalmente exclusión social y restricción o negación de la ciudadanía. Examinamos el carácter avanzado de la legislación vigente en España y sus potencialidades desestigmatizadoras e inclusivas, así como la persistencia de importantes obstáculos para su plena aplicación, en forma de resistencias de los propios afectados y de sus familias y otras presentes en los ámbitos profesionales e institucionales relacionados con la enfermedad mental.

PALABRAS CLAVE: Enfermedad mental, estigma, legislación, etiqueta diagnóstica, hospitalización psiquiátrica, exclusión social, persona, ciudadanía, peligrosidad social.

ABSTRACT: The stigma (shameful mark or signal) attached to the diagnostic label or stay in psychiatric institutions holds serious consequences for the subjects, mostly social exclusion and restriction or denial of citizenship. We focus on the advanced character of the legislation in Spain and its de-stigmatizing and inclusive potentialities, as well as the persistence of significant barriers to its full implementation, in the form of resistances of those affected and their families, professionals and institutions related to mental illness.

KEY WORDS: Mental illness, stigma, legislation, diagnostic label, psychiatric hospitalization, social exclusion, person, citizenship, social dangerousness.

1.- La diferencia que excluye.

Utilizamos la palabra estigma en su significado de *marca* o *señal* infamante. Impuesta con hierro candente es signo de esclavitud. La etiqueta diagnóstica, la estancia prolongada o reiterada en instituciones o servicios psiquiátricos y, en los últimos años las consecuencias corporales y conductuales de la medicación (obesidad, sialorrea, envaramiento, etc.) son las marcas que señalan el carácter diferente, distinto, otro, de las personas afectadas, diferencia indeseable que les excluye socialmente.

Tanto en el caso de los enfermos mentales como en otros estigmatizados, a partir de la etiqueta o el defecto original, se amplían las imperfecciones hasta limitar, e incluso anular, su condición humana (1). El loco es todo él loco, solamente loco, y dicha condición invade y anula el resto de los elementos de su identidad, haciéndolos desaparecer, como en nuestro Código Penal, entre los años 1848 y 1983, que equiparaba a los enajenados con animales feroces o dañinos.

Sólo entre los árabes de los siglos VIII al XII las manifestaciones de la locura constituían una connotación positiva y fundaban un trato amable y respetuoso,

ya que se pensaba que la persona que había perdido la razón era amada por Dios y había sido escogida por él para conocer (y decir) la verdad (2). El estigma, en este caso, recuerda a otra de las acepciones del término, las marcas en el cuerpo de algunos santos que reproducen las cinco heridas de Cristo. La consideración no humana del enfermo mental (loco, demente, enajenado), en todo caso su percepción como irresponsable, incapaz y peligroso, fundamenta la respuesta social ante la amenaza que supone y explica la organización y el funcionamiento de los establecimientos a ellos dedicados, así como las medidas legislativas promulgadas y su aplicación.

A la situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España se dedica un amplio informe del Defensor del Pueblo Español, de finales de 1991, que muestra las enormes dificultades para que los cambios legislativos iniciados en 1978 lleguen a modificar el funcionamiento de las instituciones y la situación de las personas (3). El texto fundamental, a mi entender, por lo que se refiere a nuestro país, es el libro del profesor Rodrigo Bercovitz, "La marginación de los locos y el Derecho" (4) cuyo prólogo, del profesor Castilla del Pino me parece de conocimiento obligado para todos los interesados en la confluencia entre Psiquiatría y Ley. Dicha confluencia ha tenido y tiene diversas formas de manifestarse, institucionales e ideológicas, siendo los hospitales psiquiátricos penitenciarios y las salas de judiciales de los hospitales civiles su expresión más significativa durante varias décadas del pasado siglo. El Cuaderno Técnico n. 3 de la Asociación Española de Neuropsiquiatría recopila un buen número de estudios e informes, con un apartado, el 4.2, dedicado a los referidos psiquiátricos penitenciarios (5) cuya lectura resulta estremecedora.

2.- La recuperación de la ciudadanía y la inclusión social.

La promulgación de la Constitución de 1978 y el desarrollo legislativo posterior modifica radicalmente la situación descrita, principalmente en la letra de las leyes (mucho menos en la realidad de los servicios y de los pacientes), pero al enfermo mental se le reconoce su condición de persona jurídica, titular de derechos y eventual sujeto de imputación de responsabilidades, equiparándolo expresamente al resto de ciudadanos enfermos y, en su caso, al resto de los minusválidos, discapacitados o dependientes. El espíritu de las nuevas leyes está muy bien reflejado en las atinadas consideraciones de R. Bercovitz... "el enfermo mental es, en primer lugar, un ciudadano, en segundo lugar un ciudadano enfermo, y en tercer lugar un ciudadano afectado por un tipo de enfermedad peculiar (6)". Se recupera la concepción hegeliana de locura como desorden del espíritu,

contradicción de la razón que sigue existiendo, lo que recuerda la necesidad reiteradamente expresada por D. Carlos Castilla del Pino de dilucidar cuanto hay de psicótico y cuanto resta de sano en el mundo mental de los pacientes.

En declaraciones a el diario EL PAIS, en su número del martes 8 de Nov. De 2005, el Dr. J.M. Bertolote (responsable de trastornos mentales y cerebrales de la OMS), decía: ...”España es el país más avanzado en materia de protección de los derechos del enfermo mental y así lo destaco en todas las conferencias que doy por el mundo”... aunque matizaba...”otra cosa es su cumplimiento en la vida real”.

2.1. Constitución Española

2.1. La recuperación de la ciudadanía está ligada a la promulgación de la Constitución (artículos 14, 17, 43, 49, 117.4, etc.). Hasta entonces era posible la privación de libertad, por tiempo indefinido, sin ninguna clase de control judicial (algunos tipos de internamiento del decreto de 3 de Julio de 1931). El Código Penal contemplaba medidas de seguridad desproporcionadas, sin límites y sin revisión, el mismo Código que equiparaba a los enfermos mentales con los animales feroces o dañinos.

2.2. Desarrollo legislativo

2.2. El principio no discriminatorio e integrador de la norma constitucional se mantiene en el desarrollo legislativo posterior:

2.2.1. El Artículo 20 de la Ley 14/86 General de Sanidad establece la total equiparación de los enfermos mentales a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales, así como la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general, artículo que continúa en vigor después de ser aprobada la Ley 16/2003 de 28 de mayo de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, la cual incluye expresamente la atención de salud mental en las prestaciones de atención primaria y de atención especializada, lo que desarrolla extensamente el R.D. 1030/2006 de 15 de Septiembre de cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, tanto en sus anexos (apartado 8 del Anexo II referido a la Atención Primaria y apartado 7 del Anexo III referido a la Atención Especializada) como en el conjunto del articulado, amén de las prestaciones comunes a otras patologías (transporte sanitario, atención urgente, prestación farmacéutica, etc.). Este Real Decreto de cartera de servicios culmina la total equiparación y la integración plena de la Ley General de Sanidad, siendo llamativa su escasa difusión, el escaso conocimiento del mismo por parte de colectivos profesionales y de usuarios así como la ignorancia activa de alguna administración autonómica (7).

2.2.2. La Ley 41/02 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica se refiere a toda clase de pacientes, sin exclusiones. El artículo 9 define los supues-

tos de intervenciones clínicas no consentidas, sean ambulatorias, hospitalarias o domiciliarias; así como el papel de familiares y allegados al respecto.

2.2.3. La equiparación con el resto de los minusválidos es anterior, desde la promulgación de la Ley 13/82 de Integración social de los minusválidos (L.I.S.M.I.) que desarrolla el artículo 49 de la Constitución. Junto a los demás disminuidos, sean físicos o sensoriales, la Ley propugna expresamente la integración de las medidas de promoción educativa, social, laboral o cultural en las instituciones de carácter general (art. 6), siendo el último objetivo de la ley... "llegar a un punto en el que no hagan falta leyes especiales porque las personas afectadas estén integradas en un plano de igualdad absoluta en la legislación general aplicable a todos los españoles" (8). En otros ámbitos legislativos, alejados del sanitario y social se mantiene el principio no discriminatorio a que nos estamos refiriendo.

2.2.4. En el Código Civil son causas de incapacidad las enfermedades ó deficiencias persistentes, de carácter físico o psíquico que impidan a la persona gobernarse por sí misma.

2.2.5. En el Código Penal, la exención y la atenuación de la responsabilidad criminal no están ligadas necesariamente a diagnósticos clínicos o a procesos patológicos. Se trata de la situación del sujeto en el momento de cometerse la infracción; en qué medida no puede comprender la ilicitud del acto o actuar conforme a dicha comprensión, sea por una anomalía o una alteración psíquica, un estado tóxico, un síndrome de abstinencia, un trastorno perceptivo congénito o, entre otros supuestos no directamente relacionados con la enfermedad mental, por el cumplimiento del deber o actuar en defensa propia. El mismo Código Penal (Ley Orgánica 10/95 de 23 de Noviembre) deroga la Ley de Peligrosidad Social de 1970 y con ello acaba con la inseguridad jurídica que afectaba a los enfermos mentales (peligrosidad predelictual ligada al diagnóstico), así como con las medidas de seguridad desproporcionadas, sin límites y sin revisión.

2.2.6. La Ley Orgánica 2/1986 de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado (artículos 11.1b y 53.1) se refiere a sus funciones de auxilio y protección a las personas y bienes, y su cooperación cuando sean requeridas para ello, sea un accidente de tráfico, un accidente cerebrovascular en la calle o una agitación psicótica.

2.2.7. A diferencia de la mayoría de los países no existe en España una legislación específica para enfermos mentales, lo que no es casual, sino consecuencia del esfuerzo cooperativo de profesionales de la Psiquiatría y el Derecho convencidos de que su misma existencia (legislación específica) supondría institucionalizar la diferencia, y por tanto resultaría discriminatorio y en última instancia fuente de estigma (9). Así lo entendió el ministerio de Justicia, a principios de los 80, optando por una legislación común al resto de los ciudadanos y

al común de los enfermos. Dado que entonces aún no se había aprobado la Ley General de Sanidad, y estaba bloqueado el R.D. 2082/78¹, no estaban regulados los tratamientos no consentidos, por lo que, a los casos de hospitalizaciones no voluntarias de “presuntos incapaces”, el artículo 211 del Código Civil introduce la garantía judicial. El ingreso obedece a motivos clínicos, se produce por indicación facultativa y el Juez Civil interviene como garante del derecho a la libertad del paciente, para autorizarlo (o aprobarlo, si se ha producido de forma urgente), o no. No le corresponde ordenarlo, ni se trata de una labor de defensa social. Más tarde volveremos sobre ello al referirnos al 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

2.2.8. Hay que citar el ámbito jurisdiccional penal, donde el Juez sí ordena internamientos involuntarios, sea durante el proceso, para estudio e informe, como medida de seguridad privativa de libertad ó en casos de enfermedad sobrevenida en penados. Si la hospitalización se produce en hospitales civiles, y en tanto permanezca bajo la jurisdicción penal, la custodia compete a la fuerza pública.

2.2.9. Sobre la legislación internacional al respecto puede consultarse la monografía de la OMS de 2003 (10) o el trabajo del profesor Luis F. Barrios (11). El supuesto generalizado es que lo propio del enfermo mental es estar encerrado y que las “salidas”, los tratamientos posthospitalarios y la suspensión del internamiento serían la excepción.

3.- *La resistencia a la aplicación de las leyes.*

El marco legal vigente en nuestro país puede calificarse de avanzado, garantista, no discriminatorio y por tanto desestigmatizador, pero se enfrenta a importantes resistencias y reticencias para su plena aplicación, algunas señaladas e incluso enumeradas hace cerca de 20 años (12) en un editorial de la Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

3.1. De los propios sujetos

3.1. Resistencias, en primer lugar, de los propios sujetos psiquiatrizados, aferrados a los beneficios y ventajas que les depara la enfermedad que, entre otras cosas permite la exención de responsabilidades sociales. Si bien los conceptos de beneficio y ventaja en la enfermedad son freudianos, algunos sociólogos, como Goffman o Parsons han reflexionado ampliamente sobre el papel social de

¹ Real Decreto 2082/78 de 25 de Agosto, por el que se aprueban las normas provisionales de gobierno y administración de los servicios hospitalarios y las garantías de los usuarios.

enfermo, y el mismo Laín Entralgo señala el refugio o recurso como una de las características de la dimensión subjetiva de la enfermedad. La actual y creciente marea psiquiatrizadora de toda forma de malestar, conflicto o sufrimiento lleva camino de anegarnos.

3.2. De los familiares

3.2. En segundo lugar, de las familias (y no solo de las “madres”), en el mantenimiento de actitudes sobreprotectoras, a veces reflejo de relaciones fusionales, que impiden el acceso a la ciudadanía de los pacientes atrapados en ese vínculo excluyente, y que se reflejan de diversas maneras, debiendo señalarse en relación con el tema que nos ocupa la demanda de servicios distintos, separados, específicos, solo para ellos, sean primeros episodios psicóticos, anoréxicas o trastornos límite de la personalidad... También se manifiestan, en sus resistencias a iniciar expedientes de incapacitación civil o a utilizar el recurso penal, en casos en que estaría sobradamente justificado.

3.3. De los profesionales sanitarios

3.3. Resistencias de los profesionales. Son conocidos, pero poco divulgados fuera del ámbito profesional, los estudios acerca de usuarios de salud mental y de sus familias que revelan la “creencia abrumadora” de ser objeto de mayor estigma y discriminación por parte de los profesionales de la salud mental que de cualquier otro sector de la sociedad... “Los profesionales de la salud mental tienen peores actitudes hacia los enfermos mentales que el público” (13). Están documentadas las resistencias de los psiquiatras a los programas desinstitutionalizadores y a las políticas de integración sanitaria y social, así como su defensa de instituciones específicas, monográficas (14). Son muy notables las dificultades que muestran para asumir la responsabilidad que les concierne en el establecimiento de límites y contención de las conductas psicóticas, tratando de descargarla en los jueces o en las familias (15).

3.4. Del aparato judicial

3.4. La cultura y la práctica jurídica permanecen impregnadas de la consideración de la locura como peligro o amenaza, haciendo una equiparación enfermo-esquizofrénico-peligroso-inimputable (16), amén de incapaz, con grandes dificultades para aplicar la legalidad vigente y evidente nostalgia de la derogada Ley de Peligrosidad de 1970.

3.5. De las administraciones sanitarias

3.5. Algunas administraciones autonómicas, donde está transferida la gestión de los servicios sanitarios, ignoran activamente normas legales de rango estatal y obligado cumplimiento, como algunas especificaciones del artículo 20 de la Ley General de Sanidad (integración plena, carácter sanitario de la rehabilitación y la reinserción) o más recientemente la prestación de servicios incluidos en el R.D. 1030/2006 que obliga a todo el Sistema Nacional de Salud (por ejemplo,

al diagnóstico y tratamiento de los problemas adictivos, que siguen derivados a los servicios sociales).

3.6. Las resistencias confluyentes

3.6. En algunos casos es llamativa la confluencia de varias resistencias como las referidas. Hace años que colectivos de familiares, jueces, fiscales y profesionales sanitarios están empeñados en pervertir el papel del juez civil, presente en los internamientos involuntarios como garante del derecho a la libertad del paciente real o presunto, para que pueda ordenar tratamientos involuntarios, solo para enfermos mentales, modificando el 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, ignorando la normativa general para tratamientos no consentidos (artículo 9 de la ley 41/02, de Autonomía de los Pacientes, y Convenio de Oviedo) cuya suficiencia les ha sido señalada hasta por el Defensor del Pueblo Español (15,17). Se está tratando de judicializar la asistencia psiquiátrica, reivindicando para la misma unas funciones de defensa social que conciernen a otros ámbitos legislativos e institucionales.

De la relación entre profesionales sanitarios y jueces es notable la ligereza con que se asumen buena parte de las construcciones e invenciones de la psiquiatría, “disciplina particularmente poco científica, imprecisa, tan insegura que pueden discutirse casi todos sus aspectos principales. En cambio el poder que recoge es enorme (18)”. Las especulaciones de los psiquiatras y psicólogos se transforman en hechos probados en las sentencias y otras resoluciones judiciales. Por último, la relación entre algunos profesionales y las administraciones sanitarias explica la petición y creación de servicios, recursos y normas legales específicas para enfermos mentales, distintos, separados, lo que constituye la principal fuente de marginación y estigma y, como ocurre en estos momentos en países próximos (Francia, Reino Unido), funda propuestas legislativas dirigidas a la defensa social y al encierro preventivo basado en la etiqueta diagnóstica.

3.7. Breve reflexión final

3.7. Parafraseando a Julián Espinosa (16) vale la pena recordar que la plena integración de la Psiquiatría en la sanidad supone abandonar de una vez su papel histórico de agente del orden para pasar a ser un modesto agente de salud.

BIBLIOGRAFÍA:

- (1) GOFFMAN E. Estigma. Buenos Aires: Amorrortu; 1970. pág. 15-17.
- (2) GONZÁLEZ O. A propósito del nombre. Maristán, Revista de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría 1993; II-4: 54.
- (3) DEFENSOR DEL PUEBLO ESPAÑOL. Situación jurídica del enfermo mental en España. Madrid: Defensor del Pueblo; 1991.
- (4) BERCOVITZ R. La marginación de los locos y el derecho. Madrid: Taurus; 1976.
- (5) GONZÁLEZ O. La Asociación Española de Neuropsiquiatría y la situación jurídica de los enfermos mentales. Cuaderno Técnico n. 3. Madrid: A.E.N.; 2000.
- (6) BERCOVITZ R. Psiquiatría y Derecho. En Glez. de Rivera JL, Vela, A. y Arana, J (ed.). Manual de Psiquiatría. Madrid: Karpos; 1980. p: 1238-1255.
- (7) GONZÁLEZ O. Un decreto con escasa difusión. Tribuna. Diario Médico. 29-V-07.
- (8) VILÁ A. Los derechos sociales de las personas con discapacidad. Rev. Med. Internacional sobre el Síndrome de Down 2001; 5-2: 27-31.
- (9) CARTA A D. LIBORIO HIERRO SÁNCHEZ-PESCADOR, Subsecretario del Ministerio de Justicia. Revista Asoc. Española. de Neuropsiquiatría 1983; III-8: 140-144.
- (10) O.M.S. Legislación sobre salud mental y derechos humanos. Ginebra: O.M.S.; 2003.
- (11) BARRIOS FLORES LF. El tratamiento ambulatorio involuntario, perspectiva jurídica. Newsletter de la Sociedad Española de Psiquiatría Legal [revista electrónica] 2005 (12) [consultado 8-09-09]. Disponible en: <http://www.psiquiatrialegal.org/TratamientoInvFBarrios.pdf>
- (12) COMISIÓN DE LEGISLACIÓN. Editorial. Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría 1988; VIII-25: 179-180.
- (13) READ J, NICK HASLAN N. Capítulo 11 de Read, Mosher y Bentall (ed) Modelos de locura. Barcelona. Herder; 2006. p: 165-179.
- (14) CAPLAN G. Principios de Psiquiatría Preventiva. Buenos Aires: Paidós; 1980. p: 21-30.
- (15) GONZÁLEZ O. El tratamiento ambulatorio involuntario de los enfermos mentales. En Ventura-Mas, S y Santos Urbaneja, F. (ed): La respuesta Judicial ante la enfermedad mental. Madrid: Consejo General del Poder Judicial; 2006. p: 147-162.
- (16) ESPINOSA IBORRA J. El tratamiento del enfermo mental en el nuevo código. Rev. Esp. Neuropsiquiatría 1997; CVIII-64: 607-625.
- (17) DEFENSOR DEL PUEBLO ESPAÑOL. Recomendaciones al Ministerio de Justicia. 2005. Expedite: 00411621.
- (18) JERVIS G. Manual crítico de Psiquiatría. Barcelona: Anagrama; 1977. p: 16.

* Onésimo González Álvarez, Coordinador de la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría. Hospital Juan Ramón Jiménez, Servicio Andaluz de Salud. Huelva.

Correspondencia: Correo electrónico: onesimo.gonzalez.sspa@juntadeandalucia.es

** Recibido: 21/10/2008.