



Capítulo 85/94

Tratado de psiquiatría clínica  
Massachusetts General Hospital  
2017 - 2018

**ASPECTOS LEGALES Y ÉTICOS  
EN PSIQUIATRÍA I: CONSENTIMIENTO  
INFORMADO, COMPETENCIA, RECHAZO DEL  
TRATAMIENTO E INGRESO INVOLUNTARIO**

*Trabajamos para su tranquilidad...*

# Aspectos legales y éticos en psiquiatría I: consentimiento informado, competencia, rechazo del tratamiento e ingreso involuntario

Ronald Schouten, MD, JD

Judith G. Edersheim, JD, MD

José A. Hidalgo, MD

## PUNTOS CLAVE

- Las demandas se dividen en dos grandes grupos, civiles y penales. Los asuntos civiles implican demandas por lesiones y algunas otras transgresiones que pueden remediarse mediante el pago de dinero (daños) o la realización o finalización de ciertas actividades (reparación por mandato judicial). Los asuntos penales se refieren a actos cometidos en violación de una ley, para los cuales el castigo puede ser una multa, la prisión, o ambas.
- Para ser considerado experto, el testigo debe tener un conocimiento del asunto en cuestión –basado en la instrucción, la formación y la experiencia– superior al de la persona lego promedio. A diferencia de los testigos de los hechos, los testigos expertos pueden ofrecer un testimonio a base de opiniones y, por lo general, se les permite usar testimonio indirecto.
- La asistencia clínica está basada en cuatro principios éticos: autonomía, beneficencia, justicia y no maleficencia.
- La firma del paciente en un formulario de consentimiento no constituye por sí misma un consentimiento informado; el formulario es simplemente la muestra de que tuvo lugar el proceso de consentimiento informado.
- Solo un juez puede declarar legalmente incompetente a una persona. Aunque la evaluación de la capacidad de tomar decisiones de un paciente por parte de un médico o profesional de salud mental se denomina habitualmente «evaluación de la competencia», el clínico valorador no tiene autoridad para modificar la situación legal del paciente.

## Perspectiva general

Este capítulo se ocupa de cuatro conceptos medicolegales relacionados, todos ellos centrales para la práctica de la psiquiatría y otras profesiones de la salud mental. El concepto unificador de todos esos asuntos es el principio ético de autonomía individual, que se ha hecho operativo mediante varias protecciones legales. La palabra *autonomía* proviene del griego «auto», 'uno mismo', y «nomos», 'ley'; literalmente significa «autogobierno». La autonomía suele resumirse como nuestro derecho a que nos dejen en paz. En la atención sanitaria, este concepto de autogobierno o autodeterminismo da lugar a la premisa fundamental de que todos los adultos tienen el derecho de tomar sus propias decisiones

referentes, entre otras cosas, al tratamiento de sus problemas médicos, incluidas las enfermedades mentales.

En este capítulo examinaremos cómo se protegen los intereses de la autonomía, quién los ejerce cuando las personas carecen de la capacidad de hacerlo y bajo qué circunstancias es posible imponer tratamientos e ingresos. En este capítulo y los siguientes describiremos las interacciones con el sistema legal y usaremos términos que quizás no resultan familiares a algunos lectores. Estos capítulos también contienen un resumen del sistema legal estadounidense en las vertientes que conciernen a los psiquiatras.

## Introducción a las interacciones con el sistema legal

El sistema legal estadounidense está compuesto por sistemas paralelos de constituciones, leyes y tribunales estatales y federales. La Constitución de EE. UU. es el cuerpo legal controlador, y cualquier ley, estatal o federal, que entre en conflicto con la Constitución será abolida si se impugna. Las resoluciones de la Corte Suprema de EE. UU., que interpreta la Constitución, son, por tanto, dominantes en asuntos legales constitucionales y federales. Los estados son libres de proporcionar una protección de los derechos constitucionales mayor de la que interpreta la Corte Suprema como necesaria según la Constitución, pero no pueden proporcionar menos. En asuntos legales puramente estatales, incluidos la mayoría de los civiles, las decisiones de los tribunales y estatutos estatales son las predominantes.

Las demandas se dividen en dos grupos generales: civiles y penales. Los asuntos civiles son los que implican una disputa entre partes en la que una parte asegura haber sido dañada por otra, o ha tenido lugar alguna otra infracción, que puede solucionarse mediante el pago de dinero (daños) o la realización o finalización de ciertas actividades (reparación por mandato judicial). El objetivo de las demandas civiles es compensar el mal que una parte ha infligido a la otra o corregir de alguna otra manera el comportamiento ofensivo del delincuente. Las demandas penales son aquellas en las cuales una parte ha cometido una acción que ha sido declarada ilegal por una autoridad gubernamental, y para la cual la pena puede ser una multa, la prisión, o ambas. Tanto los juicios civiles como los penales pueden tener lugar solo ante un juez (juicios sin jurado) o ante un juez y un jurado (juicios con jurado). En estos últimos, el jurado decide los aspectos del hecho –por ejemplo, culpable o no culpable, responsable o no– y el juez dictamina sobre los principios de la ley, como si son admisibles ciertos indicios. En el juicio sin jurado, el juez dictamina sobre la ley y es a la vez quien determina los hechos.

En todos los pleitos, la parte que inicia la acción solo puede ganar aportando indicios que cumplan el estándar de la prueba. Esos estándares varían según el tipo de acción legal implicada ([cuadro 85-1](#)). En los casos de lesiones a personas, como las demandas por mala praxis, el demandante (la parte que refiere haber sido dañada) debe demostrar su caso por preponderancia de los indicios: es decir, el demandante tiene que convencer a la persona que determina los hechos de que sus aseveraciones son verdad con más probabilidad que lo contrario. Este es el estándar mínimo de la prueba. En el otro extremo se encuentra el estándar aplicado en los juicios penales: la acusación tiene que probar la culpa del acusado más allá de toda duda razonable. En otros tipos de casos, como el ingreso involuntario, se necesita un estándar entre esos dos extremos: indicios claros y convincentes, según la Constitución de EE. UU.

### Cuadro 85-1 Estándares de prueba en casos legales

#### Penal

Culpable más allá de toda duda razonable

#### Ingreso involuntario (según la Constitución de EE. UU.)

Indicios claros y convincentes

#### Mala praxis

Preponderancia de los indicios

Hay dos tipos básicos de testigos: testigos de los hechos y testigos expertos. Los psiquiatras pueden ser requeridos en ambas capacidades. Cualquiera que tenga conocimiento de primera mano de los acontecimientos y hechos relevantes para el caso puede ser requerido a dar testimonio como testigo de los hechos. Los testigos de los hechos quizás solo testifiquen respecto al conocimiento de primera mano; no pueden introducir testimonio de oídas, es decir, la información que hayan oído de otros, excepto en ciertas circunstancias limitadas. Aún más importante, los testigos de los hechos no darán testimonio de opiniones. Así pues, es posible que un clínico tratante que testifique como testigo de los hechos para un paciente dé testimonio sobre sus observaciones reunidas del tratamiento, pero no puede ofrecer una opinión sobre la presunta negligencia de un médico tratante previo.<sup>1</sup>

Si hay que introducir indicios sobre un asunto que queda fuera del conocimiento del jurado o juez promedio, puede ser permitido o exigido el testimonio de un testigo experto con el fin de cumplir la carga de la prueba. Para ser considerado como experto, el testigo debe tener un conocimiento del asunto en cuestión –basado en la instrucción, la formación y la experiencia– superior al de la persona lego promedio. A diferencia de los testigos de los hechos, los testigos expertos pueden ofrecer un testimonio a base de opiniones y, por lo general, se les permite usar testimonio de oídas.<sup>1</sup>

De vez en cuando, es posible que se solicite a los psiquiatras que actúen como testigos de los hechos o expertos en demandas en las que están involucrados sus pacientes. Mientras que un paciente, por lo general, puede insistir en que el clínico tratante aporte copias de los historiales y testifique como testigo de los hechos, el psiquiatra no necesita ni debe actuar como testigo experto. Por lo general, se acepta que los clínicos tratantes no deberían ser testigos expertos de sus propios pacientes porque las dos funciones son incompatibles.<sup>24</sup> Por ejemplo, los clínicos tienen un deber fiduciario de actuar en el mejor interés de sus pacientes, mientras que los testigos expertos tienen la obligación ética de ser objetivos, independientemente del impacto sobre la posición del demandante. Además, para formarse una opinión objetiva, los expertos deben valorar las afirmaciones del demandante respecto a la información obtenida de fuentes colaterales y estar preparados para rechazar esas afirmaciones. En otras palabras, un clínico tratante que actúe como testigo experto tiene que cuestionar la versión de los acontecimientos de su paciente, actividad que supone un gran riesgo para la relación terapéutica. Los clínicos que acceden a testificar como expertos pero no siguen la metodología correcta para realizar evaluaciones forenses pueden encontrarse con que su testimonio se rechaza bajo las normas de la evidencia.<sup>56</sup>

## Conceptos básicos

Es importante tener en cuenta que la noción occidental de autonomía individual no es aceptada en todas las demás culturas, y esto tiene implicaciones importantes para el tratamiento de pacientes.<sup>28</sup>

El principio de autonomía cuenta con múltiples fuentes en la filosofía occidental,<sup>9</sup> y el filósofo y economista escocés John Stuart Mill es citado profusamente en los escritos sobre consentimiento informado, rechazo del tratamiento e ingreso involuntario.<sup>10</sup> Algunos de los pasajes de Mill más citados son:

*«El único fin para el cual está justificado que la humanidad, individual o colectivamente, interfiera en la libertad de acción de cualquiera de los suyos es la autoprotección. Que el único propósito por el cual es posible legítimamente ejercer poder sobre cualquier miembro de una comunidad civilizada, en contra de su deseo, es prevenir el daño de otros.»*

*»Cada uno es el guardián apropiado de su propia salud, ya sea corporal, o mental o espiritual. La humanidad tiene más que ganar dejando que cada uno viva como le parezca bien, que obligando al otro a vivir como parece bien al resto.»*

Las ideas libertarias de Mill tenían sus limitaciones, no obstante. No creía que sus principios se aplicaran a los enfermos mentales,<sup>11</sup> ni que el fin último de la autonomía eximiera al resto de la sociedad de la obligación de ayudar a un individuo a elegir el curso que otros creen que sería el mejor. Mill escribió:

*«Sería un gran malentendido de esta doctrina suponer que es de indiferencia egoísta, que pretende que los seres humanos no tienen nada que ver con la conducta de los demás en la vida, y que no deberían preocuparse por el buen hacer o bienestar del otro, a menos que sea en su propio interés. Los seres humanos se deben unos a otros ayuda para diferenciar entre lo mejor y lo peor, y ánimo para elegir lo primero».*<sup>12</sup>

La ley lleva mucho tiempo protegiendo a las personas de ser víctimas de la intrusión de otros, inicialmente, por el derecho anglosajón (ley de casos o de jurisprudencia) y, posteriormente, a través de leyes y regulaciones. El primer derecho anglosajón, que forma la base de la jurisprudencia de muchos países (incluidos EE. UU. y Canadá), tenía principios bien establecidos de transgresión, que actualmente se denomina ley de daños personales o agravio.<sup>13</sup> Entre las formas de transgresión estaban los «malos tratos corporales» o tocar a otra persona sin su consentimiento o justificación. Los malos tratos corporales constituyeron el núcleo de los primeros casos de mala praxis.

Los malos tratos corporales son solo uno de los muchos principios legales diseñados para preservar nuestra autonomía. Ese principio se extiende a todas las interacciones entre personas, incluido el tratamiento médico. Los tribunales estadounidenses reconocieron hace tiempo el derecho de las personas a tomar sus propias decisiones médicas.<sup>14</sup> Este derecho ha sido protegido de muchas formas a lo largo de los años, como en la decisión de la Corte Suprema de EE. UU. de *Cruzan contra el director, Department of Health de Misuri*, en el cual el tribunal declaró que el derecho a tomar decisiones individuales sobre la asistencia sanitaria era un interés fundamental de la libertad.<sup>15</sup>

Hay que subrayar que la autonomía solo es uno de los cuatro principios éticos considerados los pilares de la asistencia clínica. Los otros son la beneficencia, la justicia y la no maleficencia.<sup>16</sup> De estos principios éticos, la autonomía es el que recibe la mayor atención y protección del sistema legal, no obstante, y por ese motivo será el centro de este capítulo.

## Consentimiento informado

El desarrollo de la doctrina del consentimiento informado extendió el principio de la autonomía individual al tratamiento médico. Tanto ética como legalmente, el objetivo de la doctrina del consentimiento informado es dotar de significado a la autonomía del paciente individual en la relación del médico y el paciente.<sup>17</sup> Cuando el paciente no es capaz de dar su consentimiento informado, puede obtenerse de un representante.

La mejor descripción del consentimiento informado es un proceso en el cual una persona, el paciente, accede a permitir que otra persona, el tratante, haga algo por él o a él. El énfasis en esta definición del consentimiento informado está en el *proceso*: es decir, las interacciones entre el paciente y el clínico, durante las cuales se produce un intercambio de información y aceptación o rechazo del tratamiento propuesto. Habitualmente, se confunde la misión de los formularios en el proceso del consentimiento informado. La firma del paciente en un formulario de consentimiento no constituye por sí misma el consentimiento informado; el formulario es simplemente la muestra de que tuvo lugar el proceso de consentimiento informado.

El consentimiento informado evolucionó a partir del consentimiento simple, que era una de las dos defensas básicas ante una demanda de malos tratos corporales en el derecho anglosajón. El consentimiento simple solo requería que el futuro paciente accediera explícita o implícitamente al tratamiento por el médico; apenas era necesaria ninguna explicación. El movimiento hacia el requisito de un consentimiento más sustantivo fue alimentado por varias fuerzas, incluidas la mayor profesionalización de la medicina, el declive del fatalismo religioso y una creencia mayor en que la salud podría mejorarse con el trabajo

individual y mediante la ciencia y la tecnología.<sup>18</sup> El consentimiento informado fue el resultado lógico del movimiento de libertades civiles y el desplazamiento hacia la autonomía en la ética médica.

La era moderna del consentimiento informado comenzó con una serie de decisiones judiciales estadounidenses a mediados del siglo XX; sin embargo, no fue un invento de EE. UU. Del mismo modo que las ideas centrales de otros campos, el consentimiento informado no surgió de repente. En realidad, al igual que muchos otros principios ilustrados, el consentimiento informado era un concepto ya conocido en la Antigua Grecia, Bizancio y Roma,<sup>19</sup> que cayó en el olvido en la Edad Media y fue redescubierto siglos después. En 1767, un tribunal inglés sostuvo que un cirujano y su asistente podrían considerarse responsables de malos tratos corporales tras haber roto de nuevo la pierna de un paciente para arreglar una pseudoartrosis, sin informarle antes de su intención de hacer esto. El tribunal señaló que «es razonable que deba decirse a un paciente lo que va a hacerse con él, de tal forma que pueda hacer acopio de valor y ponerse en una situación tal que le permita someterse a la operación».<sup>20</sup>

El siguiente párrafo de la opinión del juez Benjamin Cardozo en la decisión *Schoendorff* en 1914 marcó los primeros pasos del movimiento del consentimiento simple al informado en años posteriores del siglo XX: «Todos los seres humanos de edad adulta y en su sano juicio tienen el derecho de determinar lo que se hará con su cuerpo».<sup>21</sup> Sin embargo, las siguientes decisiones importantes sobre el consentimiento informado en los tribunales estadounidenses no llegaron hasta las décadas de los cincuenta y sesenta. En 1957, el tribunal de apelaciones de California sostuvo en *Salgo contra la Leland Stanford University, Jr. Board of Trustees*, que:

*«... un médico incumple su deber para con el paciente y será objeto de responsabilidad si esconde cualquier hecho necesario para formar la base de un consentimiento informado por parte del paciente al tratamiento propuesto».*<sup>22</sup>

Los casos posteriores sostuvieron que el consentimiento al tratamiento es válido solo si se trata de un consentimiento inteligente<sup>23</sup> que representa un «ejercicio informado de elección»<sup>24</sup> y que la ausencia de obtención de ese consentimiento constituía una negligencia o mala praxis profesional.

Para que el consentimiento al tratamiento sea válido a los ojos de la ley, tiene que estar basado en una cantidad y una calidad definidas de la información, otorgarse voluntariamente, y ser otorgado por alguien que tiene capacidad legal de consentir (cuadro 85-2).<sup>24</sup> La cantidad de información que debe aportarse varía según la jurisdicción en la que esté ejerciendo el clínico. Una pequeña minoría de estados siguen el «estándar del profesional razonable», que exige que el clínico aporte la cantidad de información que un profesional razonable proporcionaría en circunstancias similares. Una minoría sustancial de estados usan un estándar basado en el paciente o del «paciente razonable», que requiere que el clínico proporcione la información que permitiría a un paciente razonable o promedio tomar una decisión informada. En la escuela basada en el paciente, un grupo menor de estados aplica un estándar más individualizado: ¿qué encontraría este paciente pertinente para tomar una decisión informada?<sup>25</sup> Varios estados tienen estándares híbridos.<sup>26</sup>

#### **Cuadro 85-2 Elementos del consentimiento informado**

- La elección se basa en una cantidad y una calidad definidas de la información
- La cuantía de la información que debe suministrarse varía según la jurisdicción en la que ejerza el clínico: por ejemplo, el estándar del profesional razonable o el estándar del paciente razonable
- El consentimiento debe otorgarse voluntariamente
- El consentimiento debe otorgarse por alguien que tenga la capacidad legal de consentir

Desde la perspectiva clínica y de gestión del riesgo, por lo general, cuanto más información se aporte, mejor. El modelo de toma de decisiones compartida, que supone una discusión abierta y el intercambio de información entre el médico y el paciente, es considerado por muchos como epítome de los ideales del consentimiento informado.<sup>26</sup> En cualquier jurisdicción, los clínicos que proporcionen a los pacientes toda

la información recogida en el [cuadro 85-3](#) pueden sentirse seguros de que se ha aportado suficiente información.<sup>z</sup>

### **Cuadro 85-3 Información importante sobre el consentimiento que se debe comentar con el paciente**

- Diagnóstico y naturaleza del trastorno en tratamiento
- Beneficios que el paciente puede esperar razonablemente del tratamiento propuesto
- Naturaleza y probabilidad de riesgos materiales implicados en el tratamiento
- Incapacidad de predecir resultados del tratamiento
- Irreversibilidad potencial de la intervención
- Resultados probables, riesgos y beneficios asociados con tratamientos alternativos y con la ausencia de tratamiento

Adaptado de Harnish v. Children's Hosp. Medical Center, 387 Mass. 152, 155 (1982).

Hay límites a los requisitos de comunicación, incluso con el estándar de pertinencia. En *Precourt contra Frederick*, la Corte Suprema Judicial de Massachusetts sostuvo que debe haber un equilibrio, una acomodación, entre el derecho a saber del paciente, la imparcialidad para los médicos y el interés de la sociedad de que la medicina se practique «sin cargas irrealistas e innecesarias sobre los profesionales».<sup>22</sup> En ese caso, el tribunal rechazó el argumento del demandante de que debería haber sido advertido del riesgo muy pequeño pero real de una medicación cuando el efecto secundario en cuestión nunca había sido descrito si se usaba para el tratamiento en cuestión. A medida que el conocimiento médico esté accesible más fácilmente a través de medios de comunicación electrónicos, el proceso del consentimiento informado seguirá cambiando. Hay un movimiento creciente hacia el uso de herramientas extraclínicas, como folletos, vídeos y páginas web, que complementan el proceso del consentimiento informado.<sup>28</sup> Es posible que los pacientes busquen esta información por sí mismos, ya sea o no suministrada por sus clínicos.

Como señalamos anteriormente, el consentimiento informado no es un concepto universal, y las personas de ciertas culturas tal vez encuentren que la aplicación del modelo occidental es inhumana.<sup>23,24</sup> Los clínicos deben ser sensibles ante esta posibilidad, recordando al mismo tiempo que el proceso se rige en última instancia por los requisitos legales y éticos de la jurisdicción en la que ejercen. La solución ante este conflicto potencial es explorar el asunto con el paciente y su familia. Los pacientes que tienen la capacidad de otorgar un consentimiento informado también pueden renunciar a ello y dirigir al clínico a que hable de la enfermedad y el tratamiento propuesto con sus familiares en vez de con él mismo. Un enfoque centrado en el paciente, de toma de decisiones compartida, y los intentos de satisfacer la preferencia del paciente respecto a la información y el control de la toma de decisiones han demostrado que mejoran los resultados, aumentan la satisfacción del paciente y reducen el riesgo de demandas.<sup>25,26</sup>

El segundo elemento esencial del consentimiento informado es que sea voluntario. Para que el consentimiento sea válido, tiene que otorgarse voluntariamente y sin coerciones directas o implícitas.<sup>24,27</sup> La *coerción* se define, por lo general, como una fuerza externa que limita la capacidad de una persona de hacer una elección.<sup>28</sup> Así pues, un paciente sin hogar a quien se amenaza con expulsarle del hospital si rechaza un tratamiento específico ha sido objeto de coerción. La línea entre coerción patente e influencias más sutiles que entran en la gama de influencias cotidianas se difumina rápidamente, no obstante, y nos lleva a los planteamientos filosóficos del libre albedrío y la condición de ser persona.<sup>29</sup> Por ejemplo, el consentimiento otorgado por un paciente que es objeto de coerción por parte de sus familiares (p. ej., «si no te tomas la medicina, no podremos tenerte en casa») se considera, por lo general, que cumple los estándares éticos y legales de un consentimiento válido.<sup>30,31</sup> Las personas totalmente dependientes de sus cuidadores, como ingresados en residencias y reclusos, pueden ser consideradas como incapaces de garantizar un auténtico consentimiento informado a la investigación o un tratamiento debido a la coerción inherente a sus relaciones con los que operan las instituciones.<sup>32,33</sup> La idea de que todos los individuos en

esas situaciones son incapaces de otorgar un consentimiento auténticamente voluntario es cuestionable, no obstante.<sup>41</sup>

El tercer elemento del consentimiento informado, y quizás el más crítico, es que la persona que otorga el consentimiento debe tener la capacidad de hacerlo. En ausencia de capacidad de toma de decisiones, no hay consentimiento informado, independientemente de cuánta información detallada se suministró o del consentimiento del paciente al tratamiento.

Es importante diferenciar entre el concepto legal de competencia y el concepto clínico de capacidad, entre competencia global y específica, y entre los distintos tipos de capacidad.

A los ojos de la ley, todos los adultos se consideran competentes, lo que les otorga el estatus de personas legales. Esto significa que se presume que las personas tienen la capacidad necesaria para tomar parte en actividades que son elementos necesarios y habituales de la vida diaria: por ejemplo, tomar decisiones personales sobre la asistencia sanitaria y los asuntos económicos, o involucrarse en contratos (como transacciones con tarjeta de crédito, casarse y votar). Solo un juez puede declarar legalmente incompetente a un individuo.<sup>42</sup> Aunque la evaluación de la capacidad de tomar decisiones de un paciente por parte de un médico o un profesional de salud mental se denomina habitualmente «evaluación de la competencia», el clínico valorador no tiene autoridad para modificar la situación legal del paciente. Sin embargo, la valoración que hace el clínico de la capacidad de toma de decisiones del paciente, presentada posteriormente al juez como indicio que tomar en consideración a la hora de establecer una decisión judicial sobre la competencia, tiene mucha importancia. Ante un hallazgo clínico de incapacidad, y en ausencia de una urgencia o de otra excepción al consentimiento informado, los clínicos están obligados a obtener el consentimiento informado de otra persona que decida por el paciente. Mientras que la valoración del clínico de que un paciente carece de capacidad de toma de decisiones no modifica de por sí el estatus legal del paciente, esa valoración puede activar la autoridad de un individuo señalado por un sustituto de la asistencia sanitaria del paciente.

Los tribunales establecen una distinción importante entre incompetencia global y específica. Una declaración de incompetencia global retira el estatus de persona legal al individuo, convirtiéndole en incapaz de tomar cualquiera de las decisiones normales de la vida. Como resultado, los jueces son reticentes a declarar que alguien es globalmente incompetente. Más bien, siempre que sea posible, los jueces limitarán las declaraciones de incompetencia a actividades específicas: por ejemplo, tomar decisiones sobre tratamientos concretos. Esto es acorde al principio de que una persona puede ser competente para tomar parte en algunas actividades pero no en otras.

Una vez que una persona es declarada incompetente, ya sea globalmente o respecto a ciertas actividades concretas de toma de decisiones, la persona se convierte en «tutelada» y otro individuo resulta nombrado tutor para tomar todas las decisiones en su nombre. La terminología varía según la jurisdicción. En algunos estados, el «tutor» es la persona nombrada para tomar decisiones relacionadas con la persona de la tutela, mientras que el «curador» es el designado para controlar los asuntos económicos del tutelado. En otros, California por ejemplo, el individuo designado para tomar decisiones se denomina curador de la persona o su patrimonio (asuntos económicos) y el tutelado es el sometido a la «curatela».

Grisso y Appelbaum definen *incompetencia* como:

*«[...] estado del individuo definido por déficits funcionales (debidos a enfermedad mental, retraso mental u otros trastornos mentales) considerados de tal entidad que la persona no es capaz actualmente de satisfacer las demandas de una situación de toma de decisiones específica, sopesada a la luz de sus consecuencias potenciales».*<sup>43</sup>

Nosotros añadiríamos a esta lista de causas potenciales de incompetencia los efectos debilitantes de todas las enfermedades médicas y los tratamientos que pueden hacer que una persona no sea capaz de participar en el proceso de toma de decisiones de forma significativa, temporal o permanentemente.

A la hora de realizar una evaluación clínica de la capacidad de la persona para tomar decisiones sobre su tratamiento, hay que examinar cuatro elementos: 1) ¿expresa el paciente una opción o preferencia?; 2) ¿tiene el paciente un conocimiento fáctico, a nivel de la persona no experta, de la información básica relevante al trastorno médico y el tratamiento propuesto, sus riesgos y beneficios?; 3) ¿aprecia el paciente la relevancia de la información respecto a la situación presente?, y 4) ¿es capaz el paciente de llegar a una decisión de forma lógica que considere la información suministrada en el contexto de otros factores personales (es decir, si el paciente es racional)? Hay que mencionar que la decisión del paciente puede seguir siendo racional, incluso aunque sea contraria a aquella que elegirían la mayoría de las personas y los cuidadores. Las personas competentes tienen el derecho de elegir opciones que los demás tal vez consideren irracionales o no aconsejables. Esta es la naturaleza esencial de la autonomía individual.<sup>44,45</sup> El [cuadro 85-4](#) resume estos criterios.

#### **Cuadro 85-4 Factores que se deben valorar para determinar la capacidad de tomar decisiones médicas**

¿Expresa el paciente una preferencia o manifiesta su elección cuando se le pide que tome una decisión?

- La ausencia de expresión conduce a la *presunción* de incompetencia.
- ¿Se mantiene estable la decisión en el tiempo?
  - ¿Posee el paciente un conocimiento fáctico de la información presentada?
- ¿Recuerda la información relevante con sus propias palabras?
- ¿Conoce las relaciones entre causa y efecto, y las probabilidades en esta situación?
- ¿Entiende su misión como tomador de decisiones?
  - ¿Comprende el paciente la situación y las consecuencias de los distintos cursos de acción?
- ¿Es consciente el paciente de la gravedad de la enfermedad?
- ¿Comprende las consecuencias probables del tratamiento o de su rechazo?
  - ¿Gestiona el paciente la información suministrada de forma racional? (Es decir, ¿cómo llega a una decisión?)
- ¿Sopesa los riesgos y beneficios mediante un proceso lógico?
- ¿Sigue la conclusión un orden lógico y concuerda con las premisas iniciales?
- Es posible que intervengan ciertos factores (psicosis, síndrome confusional y demencia, fobias, trastorno de angustia, ansiedad, depresión, manía y enfado)
- Nota: hay que centrarse en la racionalidad del proceso, no en la decisión en sí

Adaptado de Appelbaum PS, Grisso T. Assessing patients' capacities to consent to treatment, *N Engl J Med* 319:1635–1638, 1988.

Los clínicos practicantes también deben conocer que las nociones legales de competencia y el concepto clínico de capacidad son específicos de actividades: es decir, se valoran en relación con la función o la decisión específica a la que se enfrenta el paciente. Además, estos conceptos también se aplican a decisiones no médicas. Por ejemplo, la capacidad de testar (hacer testamento) y de gestionar los asuntos económicos, ejecutar unas voluntades anticipadas y otorgar un poder tienen sus criterios específicos de valoración. Es importante destacar que un individuo puede carecer de capacidad para una o más de estas actividades, pero conserva la capacidad de tomar parte en las demás.<sup>46</sup>

Ética y legalmente, no necesitamos el mismo nivel de capacidad de toma de decisiones para todas las decisiones.<sup>47</sup> Los clínicos e investigadores pueden aceptar como competente el consentimiento o rechazo de una persona según una escala variable que tenga en cuenta al cociente riesgos/beneficios de la intervención propuesta y sus posibles consecuencias. Este enfoque de escala variable requiere menos capacidad para el consentimiento de tratamientos con bajo riesgo/beneficios altos y el rechazo a aquellos de alto riesgo/beneficios bajos. Y, viceversa, el consentimiento a tratamientos de alto riesgo/beneficios bajos y el rechazo de tratamientos de bajo riesgo/beneficios altos requiere un nivel superior de capacidad de toma de decisiones<sup>48,49</sup> ([tabla 85-1](#)).

**Tabla 85-1**

### Cociente de riesgos/beneficios del tratamiento

Decisión del paciente	Cociente favorable	Cociente desfavorable/cuestionable
Consentimiento	Bajo nivel de competencia	Alto nivel de competencia
Rechazo	Alto nivel de competencia	Bajo nivel de competencia

Adaptado de Roth LH, Meisel A, Lidz CW. Test of competency to consent to treatment, *Am J Psychiatry* 134:279–284, 1977.

En caso de que un paciente se considere sin capacidad de tomar decisiones, hay varias opciones, y varían hasta cierto punto según la jurisdicción, la naturaleza del tratamiento y el grado y la duración esperable de la incapacidad. En situaciones en que el tratamiento es de bajo riesgo y habitual –por ejemplo, la administración de antibióticos a un paciente demenciado con una infección de orina–, es permisible proceder con el consentimiento de familiares o la aprobación del paciente si no hay familiares presentes. A medida que los tratamientos propuestos sean más intensivos, intrusivos y arriesgados, aumenta la necesidad de buscar otras personas que tomen la decisión. Hay que mencionar que el hecho de que un tratamiento requiera la designación formal de un representante que tome la decisión o no sea así suele estar determinado por la jurisprudencia y la legislación, y este planteamiento podría ser contrario al del clínico tratante. En Massachusetts, por ejemplo, todos los antipsicóticos se consideran un tratamiento extraordinario e intrusivo, sin distinciones respecto a la dosis. Cuando hay que tratar a personas incompetentes con estos medicamentos, se espera que los responsables obtengan la aprobación judicial, como describiremos más adelante.<sup>46,47</sup>

Un representante puede designarse mediante la declaración judicial de incompetencia: el tribunal nombra un tutor que toma todas o algunas de las decisiones en nombre del paciente, o un poder de representación permanente o sustituto para la asistencia sanitaria tras la determinación clínica de que el principal es incapaz de tomar decisiones sobre el tratamiento. En la mayoría de los casos, el tutor o la persona designada para actuar en nombre del principal incapacitado se encarga de tomar las decisiones que considera las mejores para el tutelado. A diferencia del análisis del mayor beneficio, el juicio reemplazado es un abordaje de la toma de decisiones para personas incompetentes que busca respetar su autonomía y sus preferencias cuando carecen de la capacidad de expresarlas.<sup>48,49</sup> El juicio reemplazado es un aspecto importante de la toma de decisiones para personas que carecen de la capacidad de tomar decisiones referentes al tratamiento con antipsicóticos, como argumentaremos en apartados posteriores del capítulo.

En ciertas situaciones, el tratamiento puede producirse sin obtener el consentimiento informado. Por lo general, se considera que estas excepciones son urgencias, dispensas y privilegio terapéutico.<sup>50,51</sup> Una *urgencia* se define como una situación en que no tratar resultaría en un deterioro grave y potencialmente irreversible del estado del paciente. El objetivo del tratamiento en la urgencia es impedir más deterioro y revertir el proceso clínico. Una vez estabilizado el paciente, sin embargo, la excepción de la urgencia ya no es pertinente, y el tratante no tiene permiso de continuar el tratamiento sin obtener el consentimiento apropiado. Esto resulta especialmente importante en psiquiatría, por ejemplo, en la cual el tratamiento urgente de un paciente psicótico agitado no capacita al clínico para iniciar un ciclo de tratamiento mantenido. La preferencia expresada previamente por el paciente sobre el tratamiento (p. ej., rechazo de determinados tratamientos) no puede ser ignorada ante una urgencia. Por ejemplo, si un paciente competente deja claro que nunca querrá determinado tratamiento, ese rechazo del tratamiento no resulta invalidado automáticamente en una urgencia. Hacerlo pone al clínico en riesgo de ser demandado por malos tratos corporales.<sup>52</sup>

El consentimiento informado no es necesario si el paciente dispensa competentemente del consentimiento, defiriendo al juicio del clínico o de otros.<sup>23</sup> Se recomienda encarecidamente a los clínicos que valoren y documenten la capacidad del paciente de producir esa dispensa, no obstante.

La excepción del privilegio terapéutico al consentimiento informado permite que el tratamiento se lleve a cabo, con el consentimiento obtenido de un representante, si el proceso del consentimiento contribuiría a empeorar la situación física o mental de un paciente competente.<sup>23,24</sup> Estas situaciones son inusuales, especialmente en psiquiatría. Hay que destacar que el privilegio terapéutico no puede invocarse únicamente porque la información proporcionada quizás disuada al paciente de aceptar el tratamiento recomendado.

Obtener el consentimiento informado resulta muy difícil cuando el paciente ya no es capaz de expresar su opinión como resultado de la enfermedad. El proceso de identificar y designar un representante puede ser complicado y prolongado, lo que provoca retrasos en el tratamiento. Este problema surge porque no hay un portavoz o un candidato obvio, o cuando existen varias personas que intentan controlar el tratamiento, a menudo con opiniones contrarias acerca del mejor tratamiento. Las voluntades anticipadas, por ejemplo, los representantes en la asistencia sanitaria y el poder de representación duradero pueden ser muy útiles en estas situaciones. Estos instrumentos permiten que las personas especifiquen sus preferencias de tratamiento en caso de que pierdan la capacidad de tomar sus propias decisiones. Desarrolladas inicialmente para usarse en situaciones de tratamientos terminales, las voluntades anticipadas tienen un potencial importante en el tratamiento de enfermedades mentales.<sup>25,26</sup> Los pacientes pueden usarlas para descartar ciertos tratamientos y garantizar que el tratamiento se proporcionará si la enfermedad les lleva a rechazar el tratamiento; hasta la fecha, han sido infrautilizadas por varios motivos.<sup>27,28</sup> A pesar de los potenciales beneficios, el uso de voluntades anticipadas no ha sido adoptado de forma generalizada por los clínicos de salud mental.<sup>29</sup> Cuando se usen, es prudente valorar y registrar específicamente la capacidad de una persona de producir ese documento.<sup>30</sup>

Las voluntades anticipadas no están libres de problemas, como el hecho de que el sujeto (la persona que ejecuta las voluntades anticipadas) tal vez incluya instrucciones de no suministrar ningún tratamiento, insista en tratamientos específicos (y potencialmente incorrectos) y tenga la posibilidad de revocar el instrumento en cualquier momento. Es posible ignorar las voluntades anticipadas cuando las disposiciones son contrarias a la ley del ingreso involuntario, o si respetar las preferencias del paciente sería incompatible con la práctica ética. En esos casos, hay que seguir los mecanismos judiciales estándar para el tratamiento involuntario, ya que estos proporcionan la protección debida al proceso de la autonomía del paciente y la práctica profesional.<sup>31,32</sup>

## Rechazo del tratamiento

La doctrina del consentimiento informado ha obtenido lenta pero continuamente la aceptación de investigadores y clínicos. La idea de que todos los adultos competentes tienen el derecho de tomar sus propias decisiones sobre el tratamiento médico está bien establecida actualmente, incluso si la aplicación de ese principio sigue llevando a ciertos dilemas éticos y legales.<sup>33,34</sup>

La promoción de los conceptos de autonomía, consentimiento informado y principios de derechos civiles, combinada con el mayor conocimiento de los efectos secundarios de los psicotrópicos y el escrutinio judicial de las condiciones en centros psiquiátricos de financiación pública, condujo a cambios significativos en la protección de los derechos de los enfermos mentales. Uno de los más importantes fue el reconocimiento de que: 1) los enfermos mentales tienen los mismos derechos de tomar sus propias decisiones acerca del tratamiento que aquellos con otras enfermedades, y 2) las personas con enfermedad mental tienen derecho a que se cumplan sus preferencias sobre el tratamiento incluso después de perder la capacidad de expresar esas preferencias.

La introducción de esos principios, que marcaron el paso de la medicación forzosa del paciente que se negaba a la protección judicial del derecho a rechazar, se topó con una resistencia considerable.<sup>35</sup> La idea de permitir que una persona rechace el tratamiento de un trastorno mental, en el que los síntomas del trastorno hacen que el individuo sea incapaz de sopesar razonablemente los riesgos y beneficios del

tratamiento o llevan a un ingreso involuntario, se estrechaba aparentemente en el centro absoluto de los principios éticos de beneficencia, justicia y no maleficencia.<sup>53</sup> Antes de las reformas legales en esta área, los pacientes perdían todos sus derechos legales, incluido el derecho a tomar decisiones sobre el tratamiento, al ser ingresados de forma involuntaria. Fueron necesarios una serie de casos legales a finales de los años setenta, federales y estatales para que los estados comenzaran a reconocer que las personas que precisan un ingreso forzoso aún pueden conservar la capacidad de tomar decisiones sobre el tratamiento.<sup>54</sup>

El centro principal del debate sobre el rechazo al tratamiento por parte de personas con enfermedades mentales ha sido la medicación antipsicótica. No es casual que este asunto llegara a la atención de los tribunales (y finalmente a las legislaciones) a finales de los años setenta –unos 25 años después de que se introdujera la clorpromacina–. Aunque el uso generalizado de ese fármaco y de otros antipsicóticos bloqueantes de la dopamina permitió la desinstitucionalización de miles de pacientes, los jueces pusieron su atención en los efectos secundarios a corto y largo plazo de los fármacos (como reacciones distónicas agudas, discinesia tardía y distonía tardía). En muchos casos, incluso después de que estos efectos secundarios fueran conocidos, no se comentaban con los pacientes y las familias, en parte, debido a la presunción de que los enfermos mentales no tenían derecho a participar en el proceso de consentimiento informado.

El reconocimiento de que los enfermos mentales competentes tienen derecho al mismo proceso de consentimiento informado que otras personas, incluso si están ingresados involuntariamente, dejaba abiertas las cuestiones del rechazo y la aceptación del tratamiento por parte de individuos que carecían de capacidad de tomar decisiones. En EE. UU., el abordaje de estas cuestiones ha variado según el sistema federal y estatal, y según el estado. Por ejemplo, Utah incorpora un hallazgo judicial de que «el paciente carece de la capacidad de tomar parte en un proceso de toma de decisiones racional referente a la aceptación del tratamiento mental, puesto de manifiesto por la evidencia de incapacidad de sopesar los posibles riesgos de aceptar o rechazar el tratamiento» como uno de los criterios de ingreso involuntario, ligando así el tratamiento involuntario al ingreso.<sup>55</sup> Las leyes que rigen el ingreso involuntario en otros estados también establecieron esta cuestión como componente del proceso.<sup>56</sup>

Otras jurisdicciones mantienen la distinción entre tratamiento involuntario e ingreso involuntario. Entre ellas, sigue existiendo mucha variación en el enfoque del tratamiento involuntario. En un extremo, se encuentran aquellas jurisdicciones que proporcionan una revisión administrativa de los rechazos del tratamiento, preservando en última instancia el recurso a los tribunales. En las jurisdicciones federales, por ejemplo, es constitucionalmente posible administrar antipsicóticos a un paciente enfermo mental ingresado involuntariamente siempre que, en el ejercicio del juicio profesional, ese tratamiento se considere necesario para impedir que el paciente suponga un peligro para sí mismo o los demás. Una vez establecida esa determinación, también hay que ejercer el juicio profesional en la decisión resultante de administrar medicación.<sup>57</sup>

Otro enfoque es el seguido en Ohio, por ejemplo, que tiene una ley que prohíbe que los enfermos mentales ingresados sean tratados con intervenciones quirúrgicas, terapia electroconvulsiva, intervenciones aversivas mayores (p. ej., descargas), técnicas terapéuticas inusualmente peligrosas, esterilización o psicocirugía sin su consentimiento informado pleno. Si el paciente es incompetente, los clínicos buscarían el consentimiento del «tutor natural o nombrado por el juez, quien puede otorgar un consentimiento informado inteligente, conocedor y por escrito». En ausencia de un tutor natural o designado por el juez, los clínicos tienen la posibilidad de solicitar el consentimiento de un tribunal para estos tratamientos.<sup>58</sup> Los fármacos antipsicóticos se consideran tratamientos médicos rutinarios en Ohio, y no requieren procedimientos especiales para permitir la medicación forzosa. Ohio exige que el tutor designado para tomar decisiones sobre el tratamiento del tutelado aplique un análisis del máximo beneficio respecto a la idoneidad del tratamiento con antipsicóticos.<sup>59</sup>

Respecto a los pacientes ingresados involuntariamente, la Corte Suprema de Ohio ha mantenido que el interés del estado en la seguridad pública supera al derecho de una persona a rechazar el tratamiento. Se puede ordenar la medicación forzosa con antipsicóticos de un paciente enfermo mental ingresado involuntariamente si un médico determina «que: 1) el paciente presenta un riesgo inmediato de hacerse

daño a sí mismo o a los demás; 2) no hay medios menos intrusivos de evitar la amenaza del daño, y 3) la medicación que se administrará es médicamente correcta para el paciente». <sup>2</sup> Si el paciente ingresado involuntariamente no presenta una amenaza inminente de hacerse daño a sí mismo o a otros, pero carece de la capacidad de otorgar un consentimiento informado, «el poder de *parens patriae* del estado podría justificar el tratamiento del paciente con antipsicóticos en contra de sus deseos». <sup>2</sup> No obstante, el asunto de la competencia para otorgar o retirar el consentimiento es un tema de determinación judicial, no médica, y «un juez puede emitir una orden que permita a los empleados del hospital administrar antipsicóticos contra los deseos de un enfermo mental ingresado voluntariamente si encuentra, por indicios claros y convincentes, que: 1) el paciente no tiene la capacidad de otorgar o retirar un consentimiento informado sobre su tratamiento; 2) lo mejor para el paciente sería tomar la medicación, es decir, los beneficios de la medicación superan a los efectos secundarios, y 3) ningún tratamiento menos intrusivo será igual de eficaz para tratar la enfermedad mental». <sup>2</sup> Hay que mencionar que la ley de Ohio señala específicamente que los antipsicóticos no constituyen intervenciones adversas.

Por el contrario, Massachusetts y otros estados consideran los fármacos antipsicóticos como tratamientos extraordinarios e intrusivos, de los que debe protegerse a los pacientes incompetentes (tanto si consienten como si no) a menos que sus derechos estén garantizados por la aplicación del proceso judicial contencioso pleno. <sup>4</sup> Massachusetts, por ejemplo, requiere que, si no se trata de una urgencia, una persona que carezca de la capacidad de otorgar el consentimiento informado o rechace el tratamiento con antipsicóticos solo pueda recibir tratamiento tras un proceso con dos partes. Estos son procesos contenciosos formales, en los que el paciente está representado por un abogado y se recibe testimonio jurado. Este proceso es necesario independientemente de la dosis o del objetivo del tratamiento. El proceso judicial puede llevarse a cabo en el juzgado de sucesiones, tutela y relaciones de familia para pacientes ingresados o ambulatorios, o con un juez del juzgado del distrito que atienda una petición de ingreso involuntario.

La primera parte de la audiencia es una determinación judicial de competencia. Si el tribunal determina que el paciente es competente para tomar decisiones, el paciente puede seguir rechazando el tratamiento, en ausencia de algún interés contrario y apropiado del estado, <sup>2</sup> incluso si ese paciente está sometido a un ingreso involuntario. Si el tribunal decide que el paciente es incompetente, la segunda etapa de la audiencia supone determinar si el paciente debería recibir el tratamiento propuesto. La Corte Suprema de Massachusetts ha determinado que solo un juez tiene el grado necesario de interés y objetividad para poder dictaminar una decisión de juicio reemplazado que se centre en las preferencias del paciente incompetente. <sup>4</sup> Sencilla y llanamente, el análisis de juicio reemplazado intenta determinar lo que hubiera decidido el paciente incompetente si fuera capaz de tomar una decisión informada, teniendo en cuenta todas las circunstancias. Esas circunstancias incluyen la probabilidad de que el individuo siga siendo incompetente en ausencia de tratamiento. El tribunal considera, como mínimo, los elementos recogidos en el [cuadro 85-5](#). <sup>46,47</sup>

#### **Cuadro 85-5 Factores considerados por los tribunales de Massachusetts en el análisis de juicio reemplazado sobre el tratamiento con fármacos antipsicóticos**

- Preferencias expresadas del paciente sobre el tratamiento
- Solidez de las convicciones religiosas del paciente incompetente si pudieran contribuir a su rechazo del tratamiento
- Impacto de la decisión sobre la familia del tutelado
- Probabilidad de efectos secundarios adversos
- Pronóstico sin tratamiento
- Pronóstico con tratamiento

Adaptado de *In the Matter of Richard Roe III*, 421 N.E. 2d 40 (Mass. 1981); *Rogers v. Commissioner of Department of Mental Health*, 390 N.E. 2d 489 (Mass. 1983).

La adopción de estos procedimientos ha tenido un impacto significativo en el tratamiento de los enfermos mentales de Massachusetts en lo que respecta a los costes y las energías dedicadas al proceso, aunque la mayoría de peticiones de tratamiento remitidas a los tribunales son aceptadas. Si esto representa que los clínicos son más cuidadosos a la hora de elegir a los pacientes para los que se buscará un tratamiento involuntario, o bien refleja la sensibilidad de los jueces a la idoneidad del tratamiento, u otros factores, queda abierto a la especulación.<sup>232</sup>

Los pacientes experimentan el ingreso involuntario o la administración de medicación en contra de sus deseos como coercitivos, lo que a su vez disminuye la satisfacción con el tratamiento.<sup>233</sup> Promover la autonomía del paciente y el tratamiento voluntario al inicio del tratamiento ayuda a establecer los deseos del paciente en caso de que posteriormente esté incapacitado y sea necesario un representante en la toma de decisiones.<sup>234</sup>

## Consentimiento para participar en investigaciones

A los pacientes con trastornos psiquiátricos a menudo se les pide que participen en estudios de investigación psicosocial y psicofarmacológica diseñados para identificar tratamientos nuevos y eficaces de sus enfermedades. Esto conlleva problemas éticos y legales importantes. Los trastornos psiquiátricos pueden comprometer la cognición, la regulación emocional, la introspección (*insight*) y, en ocasiones, la capacidad de razonar sobre las alternativas terapéuticas, lo que pone en cuestión la validez del consentimiento a participar.<sup>235</sup> En la investigación, objetivos como el avance de la ciencia podrían desplazar en algunos casos al tratamiento individualizado, y quizás supongan un mayor riesgo al paciente o un beneficio incierto. Los estudios controlados y aleatorizados con técnicas doble ciego están diseñados para proteger la integridad de los datos del estudio, más que responder a las necesidades individuales del paciente. Investigaciones recientes han demostrado que muchos pacientes con enfermedad mental tienen problemas para apreciar la diferencia entre participar en un estudio de investigación y recibir el tratamiento individualizado clásico. Varios investigadores han intentado identificar qué características de los pacientes les predisponen a esta idea terapéutica errónea, y han identificado el nivel educativo bajo y los problemas cognitivos como factores de riesgo relevantes. Aún no está claro, sin embargo, si la gravedad de la enfermedad mental o la presencia de psicosis se correlaciona con una incidencia mayor de concepciones erróneas sobre el tratamiento.<sup>236</sup> Además, se están evaluando instrumentos de evaluación estructurados respecto a su utilidad para determinar la capacidad de consentir a la investigación clínica.<sup>237</sup> Varios investigadores líderes en su campo han propuesto un procedimiento de consentimiento más cuidadoso y detallado para los pacientes que estén considerando ser incluidos en un estudio de investigación. Esta exposición haría hincapié en la naturaleza y el objetivo de la investigación, los riesgos y beneficios de participar, y si el paciente puede obtener las mismas intervenciones terapéuticas fuera del entorno de la investigación.<sup>238</sup> Un metaanálisis de 54 estudios de tratamientos controlados y aleatorizados que examinaban el impacto de las innovaciones del consentimiento informado demostró que los formularios de consentimiento ampliados, la exposición más amplia y las intervenciones multimedia resultaban en un mayor conocimiento por parte de aquellos a quienes se había solicitado su consentimiento.<sup>239</sup>

Un conjunto importante de investigaciones han demostrado que las personas con enfermedad mental, incluso si es grave, mantienen cierta capacidad de toma de decisiones, que puede aumentarse con intervenciones educativas,<sup>240</sup> incluidos nuevos métodos de presentar la información.<sup>241</sup> Sin embargo, en caso de pacientes incompetentes con enfermedad mental, a menudo se acude a los familiares o representantes en la toma de decisiones para determinar la participación en un estudio de investigación. En el contexto del tratamiento, los representantes en la toma de decisiones solo pueden centrarse en lo que es mejor para el paciente o en sus preferencias; sin embargo, el consentimiento para participar en un protocolo de investigación tiene objetivos contrapuestos. Como sucede en el consentimiento al tratamiento, el consentimiento reemplazado para participar en estudios clínicos de bajo riesgo suscita menos dudas éticas o legales, pero los estudios de mayor riesgo requieren el cumplimiento de las directrices de consentimiento federales, las directrices legislativas estatales y las directrices éticas.<sup>242</sup> Por lo general, los pacientes

incompetentes tienen un derecho absoluto a negarse a participar en cualquier estudio, y su rechazo o preferencias negativas expresadas se toman al pie de la letra. En ausencia de esas preferencias expresadas, se permite que el representante consienta en participar en la investigación con la misma base que la aplicable a las decisiones sobre el tratamiento, aunque estas disposiciones varían según el estado y, en ocasiones, excluyen explícitamente a pacientes ingresados con enfermedades mentales.<sup>485</sup>

## Ingreso involuntario

El ingreso involuntario es un proceso administrativo o judicial por el cual se usa el poder del Estado para identificar y retirar a un individuo mentalmente enfermo de la sociedad y ponerle en un entorno institucional. La reclusión involuntaria de una persona debido a enfermedad mental es una de las intervenciones clínicas más antiguas, si no la intervención clínica original, para los enfermos mentales. A lo largo de las épocas, el propósito y la justificación de esa reclusión ha oscilado entre la protección del resto de la sociedad y la necesidad de tratamiento del paciente. Cuando el objetivo es proteger al paciente y la sociedad de los peligros asociados a la enfermedad, se considera que el Estado está haciendo uso de sus *poderes policiales*. El enfoque de poderes policiales se centra en la peligrosidad del paciente para sí mismo o los demás. Cuando la justificación del ingreso es la necesidad del paciente de recibir tratamiento, el Estado está empleando su autoridad de *parens patriae*: es decir, el Estado actúa hacia el ciudadano individual con la misma autoridad y responsabilidad que un progenitor hacia su hijo. Con este fundamento, el Estado se comporta con beneficencia respecto a sus ciudadanos y actúa en su mayor beneficio para protegerlos de sus incapacidades o discapacidades.<sup>23</sup>

Con la mayor atención sobre los derechos civiles y la autonomía en los años setenta, el enfoque del ingreso involuntario de mayor beneficio o de la necesidad de *parens patriae* para el tratamiento fue sustituido por el de peligrosidad/poderes policiales en la mayoría de las jurisdicciones. Este enfoque permite que un individuo sea ingresado involuntariamente en una institución mental solo si el individuo supone un peligro para sí mismo por lesión directa, o si hay una amenaza directa de daño físico a los demás, o si el individuo está gravemente discapacitado y no es capaz de cuidar de sí mismo en la comunidad.<sup>88,87</sup> La definición de peligro y del nivel de peligrosidad necesario para el ingreso involuntario varía según los estados.<sup>88</sup>

El proceso del ingreso involuntario es distinto según la jurisdicción. Todos los estados permiten un ingreso urgente inicial a corto plazo sin necesidad de audiencia judicial. Por lo general, esa certificación de urgencia requiere la exploración por parte de un profesional de salud mental (psiquiatra, psicólogo o profesional de enfermería psiquiátrica) que establece los hallazgos clínicos requeridos por la ley del ingreso aplicable. Tras el ingreso urgente inicial, cuya duración oscila entre 2 días y 3 semanas según el estado, el centro puede dejar ir al paciente, convertir el ingreso en una hospitalización voluntaria, o solicitar a un tribunal una orden de ingreso involuntario.<sup>4</sup>

Las audiencias de ingreso se diferencian en su nivel de salvaguardas procedimentales. Algunas jurisdicciones autorizan a los cuerpos administrativos u oficiales de audiencias a que realicen el proceso, mientras que otros exigen una audiencia completa ante el juez, con exploración psiquiátrica, testimonio testifical y evidencia documental. En 1979, la Corte Suprema de EE. UU. dictaminó que el estándar de la prueba indiciaria necesaria para un ingreso involuntario son indicios claros y convincentes de que el ingreso cumple con los estándares legales. Varios estados, no obstante, han decidido exigir un estándar de la prueba mayor en estos procesos judiciales (en concreto, prueba más allá de toda duda razonable) en vez de ofrecer el mínimo constitucional.

La duración de estos ingresos varía también según la jurisdicción. La mayoría de los estados especifica un período de ingreso que oscila entre 6 meses y 1 año, con el requisito de que se inicien audiencias formales de reingreso para alargar el período temporal. Varios estados carecen de un período de ingreso explícito y señalan que el ingreso termina cuando el estado clínico del paciente ya no cumple con los estándares legales.

## Ingreso involuntario de delincuentes sexuales

En los años ochenta, una serie de delitos sexuales horribles y ampliamente divulgados catalizaron la promulgación de leyes estatales sobre el ingreso involuntario de agresores sexuales condenados una vez completadas sus sentencias de cárcel. En 1990, el estado de Washington promulgó la primera ley de depredadores sexuales y actualmente 19 estados cuentan con los llamados estatutos de depredadores sexuales que obligan al ingreso indefinido en centros terapéuticos especializados cuando el acusado ha sido condenado por un delito sexual y se determina que es una persona sexualmente peligrosa.<sup>22</sup> Aunque cada estado tiene un estándar diferente para ese ingreso, estas leyes, por lo general, se ocupan de la reclusión de delincuentes con anomalías mentales ampliamente definidas o enfermedades mentales que los predisponen a cometer delitos sexuales.<sup>23</sup> Un conjunto diverso de grupos de interés han criticado esas leyes por varios motivos, alegando que violan los derechos civiles, criminalizan la enfermedad mental, se basan en predicciones no fiables del comportamiento futuro y alejan la atención de sentencias de cárcel más prolongadas o eficaces.<sup>24</sup> Además, los críticos plantean que estas leyes recluyen a los pacientes de acuerdo con un fundamento terapéutico cuando no está claro que exista un tratamiento efectivo para los delincuentes sexuales.<sup>25</sup>

La Corte Suprema sostuvo la constitucionalidad de estas leyes en tres casos. En *Kansas contra Hendricks*,<sup>26</sup> el tribunal determinó que una «anomalía mental», como la pedofilia, combinada con el hallazgo de peligrosidad o la probabilidad de un nuevo delito, era base suficiente para un ingreso involuntario indefinido. El tribunal dictaminó, asimismo, la validez de las leyes de depredadores sexuales frente a la demanda de que el tratamiento es tan inapropiado y punitivo que equivale a una segunda pena de cárcel.<sup>27</sup> Hace menos tiempo, en *Kansas contra Crane*,<sup>28</sup> el tribunal redujo el umbral para el descontrol conductual, requiriendo únicamente prueba de que el condenado tiene problemas para controlar su comportamiento peligroso en vez de la «falta de control total o completa». En 1999, el comité de la American Psychiatric Association sobre delincuentes sexualmente peligrosos generó un informe oponiéndose al uso penal de las leyes de ingreso involuntario, concluyendo que suponen una amenaza para la integridad del diagnóstico psiquiátrico y la base terapéutica de las leyes de otros ingresos involuntarios.<sup>29</sup> Sin embargo, en 2006, el Congreso de EE. UU. aprobó la ley sobre delincuentes sexuales más exhaustiva de la historia estadounidense, la ley Adam Walsh. Esta ley concuerda con los proyectos de ingreso involuntario presentes en los casos pioneros de delincuentes sexuales, *Kansas contra Hendricks* y *Kansas contra Crane*, y requiere la determinación de una «anomalía mental» en el acusado y de cualquier componente volitivo en el delito.<sup>30</sup>

## Tratamiento ambulatorio obligatorio

Aunque el ingreso involuntario constituyó un entorno terapéutico para personas en riesgo inminente de hacerse daño a sí mismas o a los demás, no ofrecía un proyecto de tratamiento para una población significativa de personas con enfermedades mentales crónicas que no deseaban o eran incapaces de cumplir los regímenes terapéuticos ambulatorios. Estos pacientes reingresaban a menudo, y se deterioraban inmediatamente después del alta. En respuesta al problema del paciente de «puerta giratoria» y una serie de actos violentos ampliamente divulgados cometidos por personas con enfermedad mental, varios estados decidieron revitalizar las leyes, apenas usadas, del tratamiento ambulatorio obligatorio. Estas leyes, promulgadas previamente en casi todos los estados pero casi nunca usadas, permitían a los jueces obligar a los pacientes a seguir los regímenes terapéuticos ambulatorios o enfrentarse a un ingreso involuntario. Los tratamientos ambulatorios obligatorios podían ordenarse al alta del hospital o como alternativa al ingreso involuntario.<sup>31</sup>

Los procedimientos de tratamiento ambulatorio obligatorio fueron criticados duramente al principio como una violación de las garantías constitucionales de protección imparcial y proceso debido de la ley, y un instrumento inaceptable de control social. Los críticos también expresaron en alto sus dudas de que, a pesar de ser obligados a seguir el tratamiento de salud mental comunitaria, los pacientes recibían tratamientos inadecuados en programas económicamente infradotados.<sup>32</sup> Algunas de esas dudas se disiparon con dos estudios aleatorizados de tratamiento ambulatorio obligatorio realizados en Nueva York y Carolina del Norte.<sup>33,34</sup> Los datos de estos dos estudios, analizados teniendo en cuenta sus limitaciones

metodológicas, respaldan aparentemente el uso del tratamiento ambulatorio obligatorio para estabilizar y mejorar la calidad de vida en personas con enfermedades mentales crónicas. Aunque el debate sobre la legitimidad y la eficacia del tratamiento ambulatorio obligatorio aún no está resuelto, parece mejorar significativamente el cumplimiento de los regímenes de medicación y se asocia con reducciones del consumo de drogas y otras sustancias, reingresos, personas sin hogar y victimización violenta en ciertos grupos de enfermos mentales graves.<sup>103-104</sup>

## Conclusión

Los temas abordados en este capítulo representan interacciones con el sistema legal que forman parte de la vida cotidiana de los psiquiatras, especialmente cuando trabajan con poblaciones vulnerables cuyo tratamiento tiene más probabilidades de conllevar los aspectos legales que hemos expuesto. A lo largo de los años, muchos clínicos han expresado su pesar por lo que perciben como intrusiones del sistema legal en el tratamiento de los pacientes, como representan los temas tratados en el capítulo. En realidad, algunos de esos requisitos han demostrado ser onerosos, y en algunas situaciones han dado lugar a resultados que no han ayudado o incluso han sido obviamente perjudiciales para determinados pacientes. Esos resultados adversos, así como la mayor carga extraclínica para los psiquiatras, son frustrantes. A la hora de gestionar estas situaciones y nuestra frustración, podría ser útil tener en mente que estas intrusiones percibidas son el resultado de vivir en un sistema que protege las libertades civiles e intereses de autonomía de todas las personas, incluso cuando se ha perdido la capacidad de hablar en nombre propio. El sistema estadounidense sopesa los derechos individuales de la autodeterminación y la autonomía de las personas frente a los derechos de las personas de estar seguras y de los estados de proteger a sus ciudadanos. Al igual que en todas las iniciativas humanas, hay imperfecciones, y el sistema no siempre lo hace bien. Se trata de un sistema abierto al cambio y a la crítica, no obstante, y los psiquiatras tienen una misión importante en este campo. El conocimiento básico de los derechos de los pacientes y el sistema legal, y trabajar en varias disciplinas es esencial para lograr una asistencia eficaz en este entorno y facilitar los cambios que beneficiarán a nuestros pacientes.

Acceda *online* a las preguntas de opción múltiple (en inglés) en <https://expertconsult.inkling.com>

## Bibliografía

1. Cleary EW. *McCormick on evidence*. ed 3. St Paul, MN: West Publishing Co; 1984.
2. Schouten R. Pitfalls of clinical practice: the treating clinician as expert witness. *Harv Rev Psychiatry*. 1993;1:64–65.
3. Strasburger LH, Gutheil TG, Brodsky A. On wearing two hats: role conflict in serving as both psychotherapist and expert witness. *Am J Psychiatry*. 1997;154:448–456.
4. Appelbaum PS, Gutheil TG. *Clinical handbook of psychiatry and the law*. ed 4. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
5. Zonana H, Daubert v. Merrell Dow Pharmaceuticals: a new standard for scientific evidence in the courts? *Bull Am Acad Psychiatry Law*. 1994;22:309–325.
6. Gutheil TG, Bursztajn H. Avoiding ipse dixit mislabeling: post-Daubert approaches to expert clinical opinions. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2003;31:205–210.
7. Taboada P, Bruera E. Ethical decision-making on communication in palliative cancer care: a personalist approach. *Support Care Cancer*. 2001;9:335–343.
8. Annas GJ. Nancy Cruzan in China. *Hastings Cent Rep*. 1990;20:39–41.
9. Schneewind JB. *The invention of autonomy*. Cambridge: Cambridge University Press; 1998.
10. Mill JS. *On liberty*. New York: Norton; 1859.
11. Monahan J. John Stuart Mill on the liberty of the mentally ill: a historical note. *Am J Psychiatry*. 1977;134:1428–1429.
12. Mill JS. On liberty: of the limits to the authority of society over the individual. In: *The basic writing of John Stuart Mill: on liberty; the subjection of women; utilitarianism*. Modern Library paperback edition, New York, 2002, Random House, 77-96.
13. Arnold MS. Accident, mistake, and rule of liability in the fourteenth century law of torts. *Univ PA Law Rev*. 1979;128:361–378.
14. *Schloendorff v. Society of New York Hospital*, 105 N.E. 92.(N.Y. Ct. App. 1914).

15. Cruzan v. Director, Missouri Department of Health, 497 U.S. 261 (1990).
16. Beauchamp TL, Childress JF. *The principles of bioethics*. ed 5. Oxford: Oxford University Press; 2001.
17. Schouten R. Informed consent: resistance and reappraisal. *Crit Care Med*. 1989;7:1359–1361.
18. Mohr JC. American medical malpractice litigation in historical perspective. *JAMA*. 2000;283:1731–1737.
19. Dalla-Vorgia P, Skiadas P, Garanis-Papadatos T. Is consent in medicine a concept of only modern times? *J Med Ethics*. 2001;27:59–61.
20. Slater v. Baker and Stapleton, 95 Eng. 860.(King’s Bench 1767).
21. Salgo v. Leland Stanford, Jr. University Board of Trustees, 317 P.2d 170 (Calf. Ct. App. 1957).
22. Natanson v. Kline, 350 P.2d 1093.(Kansas 1960).
23. Canterbury v. Spence, 464 F.2d 772 (D.C. Cir. 1972), cert. denied, 409 U.S. 1064.
24. Appelbaum PS, Lidz CW, Meisel A. *Informed consent: legal theory and clinical practice*. New York: Oxford University Press; 1987.
25. Iheukwumere EO. Doctor: are you experienced? The relevance of disclosure of physician experience to a valid informed consent. *J Contemp Health Law Policy*. 2002;18:373–419.
26. King JS, Moulton BW. Rethinking informed consent: the case for shared medical decision-making. *Am J Law Med*. 2006;32:429–493.
27. Precourt v. Frederick, 481 N.E.2d 1144.(Mass. 1985).
28. Sawicki NN. Informed consent beyond the physician-patient encounter: tort law implications of extra-clinical decision support tools. *Ann Health Law*. 2012;21:1–10.
29. Annas GJ. Nancy Cruzan in China. *Hastings Cent Rep*. 1990;20:39–41: 1990.
30. Ip M, Gilligan T, Koenig B, et al. Ethical decision-making in critical care in Hong Kong. *Crit Care Med*. 1998;26:447–451.
31. Kiesler DJ, Auerbach SM. Optimal matches of patient preferences for information, decision-making and interpersonal behavior: evidence, models and interventions. *Patient Educ Couns*. 2006;61:319–341.
32. Keeton WP. *Prosser and Keeton on the Law of Torts, 1061*. In: *Prosser and Keeton on torts*. ed 5. St Paul, MN: West Publishing; 1984: pp 480-498.
33. Faden RR, Beauchamp TL. *A history and theory of informed consent*. New York: Oxford University Press; 1986.
34. Roberts LW. Informed consent and the capacity for voluntarism. *Am J Psychiatry*. 2002;159:705–712.
35. Mallary SD, Gert B, Culver CM. Family coercion and valid consent. *Theor Med*. 1986;7:123–126.
36. Grisso T, Appelbaum PS. *Assessing competence to consent to treatment: a guide for physicians and other health professionals*. New York: Oxford University Press; 1998.
37. Gold JA. Kaimowitz v. Department of Mental Health: involuntary mental patient cannot give informed consent to experimental psychosurgery. *Rev Law Soc Change*. 1974;4:207–227.
38. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research *Report and recommendations: research involving prisoners*. Washington, DC: US Government Printing Office; 1976.
39. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research *Research involving those institutionalized as mentally infirm: report and recommendations*. Washington, DC: US Government Printing Office; 1978.
40. Moser DJ, Arndt S, Kanz JE, et al. Coercion and informed consent in research involving prisoners. *Compr Psychiatry*. 2004;45:1–9.
41. Bisbing SB. Competency and capacity: a primer. In: Sanbar SS, ed. *Legal medicine*. ed 6. Philadelphia: Mosby; 2004.
42. Appelbaum PS. Assessment of patients’ competence to consent to treatment. *N Engl J Med*. 2007;357:1834–1840.
43. Leo RJ. Competency and the capacity to make treatment decisions: a primer for primary care physicians. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 1999;1:131–141.
44. President’s Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research *Making health care decisions: a report on the ethical and legal implications of informed consent in the patient-practitioner relationship*. Washington, DC: US Government printing Office; 1982.
45. Roth LH, Meisel A, Lidz CW. Tests of competency to consent to treatment. *Am J Psychiatry*. 1977;134:279–284.
46. Rogers v. Commissioner of Department of Mental Health, 390 N.E.2d 489.(Mass. 1983).
47. In the Matter of Richard Roe III, 421 N.E.2d 40 (Mass. 1981).
48. Baron C. On taking substituted judgment seriously. *Hastings Cent Rep*. 1990;20:7–8.
49. Gutheil TG, Appelbaum PS. The substituted judgment approach: its difficulties and paradoxes in mental health settings. *Law Med Health Care*. 1988;13:61–64.
50. Lowy C. The doctrine of substituted judgment in medical decision making. *Bioethics*. 1988;2:15–21: 1998.

51. Meisel A. The “exceptions” to the informed consent doctrine: striking a balance between competing values in medical decision making. *Wis L Rev.* 1979; 413–488.
52. Sprung CL, Winick BJ. Informed consent in theory and practice: legal and medical perspectives on the informed consent doctrine and a proposed reconceptualization. *Crit Care Med.* 1989;17:1346–1354.
53. Shine v. Vega, 709 N.E.2d 58.(Mass. 1999).
54. Dickerson DA. A doctor’s duty to disclose life expectancy information to terminally ill patients. *Cleve State Law Rev.* 1995;43:319–350.
55. Srebnik DS, Rutherford LT, Peto T, et al. The content and clinical utility of psychiatric advance directives. *Psychiatr Serv.* 2005;56:592–598.
56. Appelbaum PS. Psychiatric advance directives and the treatment of committed patients. *Psychiatr Serv.* 2004;55:751.
57. Swanson J, Swartz M, Ferron J, et al. Psychiatric advance directives among public mental health consumers in five US cities: prevalence, demand, and correlates. *J Am Acad Psychiatry Law.* 2006;34:43–57.
58. Schouten R. Commentary: psychiatric advance directives as tools for enhancing treatment of the mentally ill. *J Am Acad Psychiatry Law.* 2006;34:58–60.
59. Nicaise P, Lorant V, DuBois V. Psychiatric advance directives as a complex and multistage intervention: a realist systematic review. *Health Soc Care Community.* 2013;21(1):1–14.
60. Srebnik D, Appelbaum PS, Russo J. Assessing competence to complete psychiatric advance directives with the competence assessment tool for psychiatric advance directives. *Compr Psychiatry.* 2004;45:239–245.
61. Swanson JW, Van McCrary S, Swartz MS, et al. Superseding psychiatric advance directives: ethical and legal considerations. *J Am Acad Psychiatry Law.* 2006;34:385–394.
62. Appelbaum PS. Commentary: psychiatric advance directives at a crossroads—when can PADs be overridden? *J Am Acad Psychiatry Law.* 2006;34:395–397.
63. Halliday S, Witteck L. Decision-making at the end-of-life and the incompetent patient: a comparative approach. *Med Law.* 2003;22:533–542.
64. Lo B, Dornbrand L. The case of Claire Conroy: will administrative review safeguard incompetent patients? *Ann Intern Med.* 1986;104:869–873.
65. Gutheil TG. Search of true freedom—drug refusal, involuntary medication, and rotting with your rights on. *Am J Psychiatry.* 1980;137:327–328.
66. Miller RD. The continuum of coercion: constitutional and clinical considerations in the treatment of mentally disordered persons. *Denver University Law Rev.* 1997;74:1169–1214.
67. Chapter 15. Substance Abuse and Mental Health Act part 6. Utah State Hospital and other mental health facilities. Utah Code Ann., § 62A-15-631. 2006. Title 62A. Utah Human Services Code.
68. Erickson SK, Vitacco MJ, Van Rybroek GJ. Beyond overt violence: Wisconsin’s progressive civil commitment statute as a marker of a new era in mental health law. *Marquette Law Rev.* 2005;89:359.
69. Rennie v. Klein, 720 F.2d 266.(3rd Cir. 1983).
70. Chapter 5122. Hospitalization of mentally ill § 5122.271. Voluntary consent to treatment to be obtained; information to be provided. Title 51. Public Welfare. 2006. Ohio Revised Code Ann.
71. In re Guardianship of Willis, 599 N.E.2d. 745.(Ohio 1991).
72. Steele v. Hamilton County Community Mental Health Board, 736 N.E.2d 10 (Ohio 2000).
73. Winick BJ. *The right to refuse mental health treatment.* Washington, DC: American Psychological Association; 1997.
74. Appelbaum PS. *Almost a revolution: mental health law and the limits of change.* New York: Oxford University Press; 1994.
75. Schouten R, Gutheil TG. Aftermath of the Rogers decision: assessing the costs. *Am J Psychiatry.* 1990;147:1348–1352.
76. Strauss JL, Zervakis JB, Stechuchak KM, et al. Adverse impact of coercive treatments on inpatients’ satisfaction with care. *Community Mental Health J.* 2013;49:457–465.
77. Roberts LW. Informed consent and the capacity for voluntarism. *Am J Psychiatry.* 2002;159:705–712.
78. Appelbaum PS. Missing the boat: competence and consent in psychiatric research. *Am J Psychiatry.* 1998;155:1486–1488.
79. Dunn LB, Palmer BW, Keehan M, et al. Assessment of therapeutic misconception in older schizophrenia patients with a brief instrument. *Am J Psychiatry.* 2006;163:500–506: 2006.
80. Dunn LB, Nowrangi MA, Palmer BW, et al. Assessing decisional capacity for clinical research or treatment: a review of instruments. *Am J Psychiatry.* 2006;163:1323–1334.
81. Lidz CW, Appelbaum PS. The therapeutic misconception: problems and solutions. *Med Care.* 2002;40:V55–V63.

82. Nishimura A, Crey J, Erwin PJ, et al. Improving understanding in the research informed consent process: a systematic review of 54 interventions tested in randomized control trials. *BMC Med Ethics*. 2013;14(28):1–15.
83. Lieberman JA, Roberts LW, Butterfield MI, et al. Ethical principles and practices for research involving human participants with mental illness. *Psychiatr Serv*. 2006;57:552–557.
84. Jeste DV, Palmer BW, Golshan S, et al. Multimedia consent for people with schizophrenia and normal subjects: a randomized controlled trial. *Schizophrenia Bull*. 2009;35(4):719–729.
85. Appelbaum PS. Involving decisionally impaired subjects in research: the need for legislation. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2002;10:120–124.
86. Bloom JD. Thirty-five years of working with civil commitment statutes. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2004;32:430–439.
87. Slovenko R. Civil commitment laws: an analysis and critique. *Cooley Law Rev*. 2000;17:25–51.
88. Pfeffer A. Note: “Imminent danger” and inconsistency: the need for national reform of the “imminent danger” standard for involuntary civil commitment in the wake of the Virginia Tech tragedy. *Cardozo Law Rev*. 2008;30:277–315.
89. Zonana H. The civil commitment of sex offenders. *Science*. 1997;278:1248–1249.
90. Alexander Jr R. Civil commitment of sex offenders to mental institutions: should the standard be based on serious mental illness or mental disorder? *J Health Soc Policy*. 2000;11:67–78.
91. Connor JM. Note: *Selig v. Young*: constitutionally protected but unjust civil commitment for sexually violent predators. *J Contemp Health Law Policy*. 2002;18:511.
92. Grossman LS, Martis B, Fichtner CG. Are sex offenders treatable? A research overview. *Psychiatr Serv*. 1999;50:349–361.
93. *Kansas v. Hendricks*, 521 U.S. 346.(1997).
94. *Selig v. Young*, 531 U.S. 250 (2001).
95. *Kansas v. Crane*, 534 U.S. 407.(2002).
96. American Psychiatric Association *Dangerous offenders: a task force report of the American Psychiatric Association*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1999.
97. Fabian J. The Adam Walsh Child Protection and Safety Act: legal and psychological aspects of the new civil commitment law for federal sex offenders. *Clevel State Law Rev*. 2012;60(2):307–364.
98. Appelbaum PS. Thinking carefully about outpatient commitment. *Psychiatr Serv*. 2001;52:347–350.
99. Hoge MA, Grottole E. The case against outpatient commitment. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2000;28:165–170.
100. Steadman HJ, Gounis K, Dennis D, et al. Assessing the New York City involuntary outpatient commitment pilot program. *Psychiatr Serv*. 2001;52:330–336.
101. Swartz MS, Swanson JW, Hiday VA, et al. A randomized controlled trial of outpatient commitment in North Carolina. *Psychiatr Serv*. 2001;52:325–329.
102. Hiday VA. Outpatient commitment: the state of empirical research on its outcomes. *Psychol Public Policy Law*. 2003;9:8–32.
103. Swartz MS, Swanson JW, Wagner HR, et al. Can involuntary outpatient commitment reduce hospital recidivism? Findings from a randomized trial with severely mentally ill individuals. *Am J Psychiatry*. 1999;56:1968–1975.
104. Swartz MS, Swanson JW. Economic grand rounds: can states implement involuntary outpatient commitment within existing state budgets? *Psychiatr Serv*. 2013;64(1):7–9.