

# EGUZKILORE

(Flor protectora contra las fuerzas negativas)

Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología  
San Sebastián, N.º 10 - 1996.

• <b>T. Fernández de la Vega.</b> La población desplazada .....	11
• <b>A. Giménez Pericás.</b> Deberes y derechos de las víctimas .....	23
• <b>L. Lledot Leira.</b> La libertad condicional .....	45
• <b>A. Messuti.</b> Obligaciones humanas .....	57

## **JORNADA INTERNACIONAL: “Actualización de la Psiquiatría legal: el ingreso involuntario ...”**

• <b>I. Azkuna.</b> El consentimiento informado .....	71
• <b>Mª J. Conde.</b> Protección de los derechos humanos .....	75
• <b>R. Eiselé, B. Busino y J. Guimón.</b> Les hospitalisations psychiatriques à Genève: le cas des entrées non volontaires .....	79
• <b>J. García-Campayo y C. Sanz Carrillo.</b> Transmisión de los conocimientos psiquiátricos a los nuevos jurados .....	99
• <b>A. Iruin.</b> Normativa administrativa y conflictividad .....	113
• <b>E. López, J. Medrano, L. Osa, E. Aristegui y M. Silva.</b> Evolución de los ingresos involuntarios en una UPHG .....	123
• <b>G. Portero.</b> Valoración médico forense de la enfermedad mental .....	135
• <b>J. Mª Unanue.</b> Intervención frente a la emergencia .....	149
• <b>I. de Miguel.</b> La Psiquiatría como instrumento de apoyo .....	165

## **CURSO DE VERANO: “Menores infractores en el tercer milenio desde la Criminología y la Victimología”**

• <b>L.M. Bandrés Unanue.</b> Actuaciones de la Diputación Foral .....	171
• <b>A. Beristain.</b> Menores infractores-víctimas ante las N.U. ....	177
• <b>E. Giménez-Salinas.</b> La mediación en la justicia juvenil .....	193
• <b>J. Urrea Portillo.</b> Ética, razón y empatía .....	213
Dureza emocional prematura .....	229
Niños y jóvenes víctimas de agresión sexual .....	237
• <b>I. Germán y A. Rodríguez.</b> Los valores en la actualidad .....	255
III Promoción de Master y IX de Criminólogos .....	263
Nombramiento de Miembro de Honor a Eduardo Chillida .....	269
Memoria del IVAC-KREI .....	271
• <b>Índices de Eguzkilore:</b> año 1976 y años 1987-1996 .....	331

EGUZKILORE

Número 10.  
San Sebastián  
Diciembre 1996  
113 - 122

## **NORMATIVA ADMINISTRATIVA Y CONFLICTIVIDAD EN LOS INGRESOS PSIQUIÁTRICOS NO VOLUNTARIOS**

Álvaro IRUIN

*Centro de Salud Mental de Zumárraga*

**Resumen:** Un breve recorrido por algunos de los datos generados en el Centro de Salud Mental de Zumárraga durante el período 1992/95 en lo referente a los ingresos psiquiátricos sirve de introducción para repasar la normativa de aplicación en los Centros del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza a este respecto.

**Laburpena:** Ospitalizazio psikiatrikoei buruz 1992/95 aldian Zumarragako Buruko Osasunezko Zentruan sortutako datu batzuen zehar ibilbide labur batek hitzaurre moduan balio digu Osakidetzako Zentruetan gai honi buruzko aplikaziozko araudia berrikasteko.

**Résumé:** Un bref de quelques données entraînés dans le Centre de Santé Mentale à Zumárraga pendant le période 1992/95 concernant les hospitalisations psychiatriques fait d'introduction pour réviser la réglementation d'application à ce sujet dans les Centres du Service Basque de la Santé.

**Summary:** A brief overview over some data from the Mental Health Center in Zumárraga during the period 1992/95 regarding psychiatric admissions serves as introduction to revise the applicable regulations in the Basque Service of Health Centers.

**Palabras clave:** Salud Mental, Ingresos Psiquiátricos, Servicio de Salud, Hospitalización Voluntaria, Hospitalización Involuntaria.

**Hitzik garrantzizkoenak:** Buruko Osasuna, Ospitalizazio psikiatrikoak, Osasunezko Zerbitzua, Borondatezko ospitalizazioa, Gogoz kontrako ospitalizazioa.

**Mots clef:** Santé Mentale, Hospitalisations Psychiatriques, Service de la Santé, Hospitalisation Volontaire, Hospitalisation Involontaire.

**Key words:** Mental Health, Psychiatric Admissions, Health Service, Voluntary Hospitalization, Involuntary Hospitalization.

## INTRODUCCIÓN

Desde la Ley de Beneficencia de 1822 en la que la legislación española se ocupa, por primera vez, de los derechos y deberes de los alienados hasta el momento actual, se han dado los pasos para considerar el internamiento contra la voluntad de los pacientes como una privación de libertad, regulando la protección jurídica del sujeto y otorgando papel prioritario al juez. Los cuatro pilares sobre los que se basó este cambio son la *reforma de la Ley de Peligrosidad Social* (diciembre 1978), *reforma del Código Penal* (junio 1983), *reforma del Código Civil* (octubre 1983) y *Ley General de Sanidad* (abril 1986).

Es precisamente el artículo 211 del Código Civil la única norma que regula los aspectos jurídicos del internamiento de presuntos incapaces, tras la derogación total del Decreto de 3 de Julio de 1931 que, sobre todo en el orden administrativo, regulaba de manera exhaustiva, con sus treinta y cinco artículos, las condiciones para el ingreso de los deficientes psíquicos.

## ANÁLISIS DE DATOS

Nuestro trabajo como clínicos en el Centro de Salud Mental de Zumárraga hace que tengamos que enfrentarnos, afortunadamente con una baja frecuencia, a la posibilidad de realizar un ingreso no voluntario con sujetos previamente tratados o no en nuestro Centro.

El CSM de Zumárraga está integrado en la Red de Salud Mental Extrahospitalaria de Guipúzcoa, perteneciente al Servicio Vasco de Salud/Osakidetza, atendiendo, dentro de la comarca Goierri las necesidades psiquiátricas de una población aproximada de 30.000 habitantes. Cuenta para ello con una infraestructura de personal consistente en 2 médicos, 1 DUE psiquiátrica, 1 psicóloga, 1 Asistente Social, 1 Administrativa y 1 Terapeuta Ocupacional a tiempo parcial.

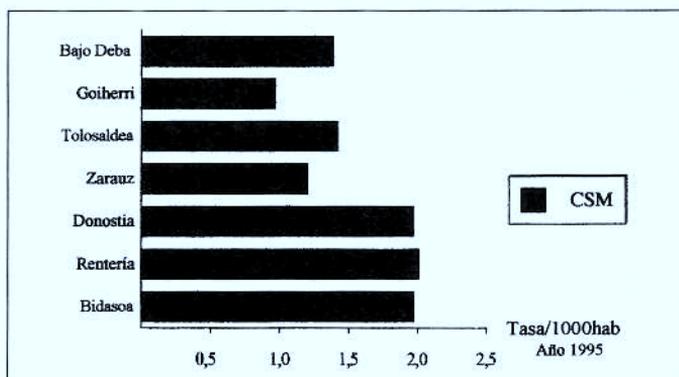


Fig. 1. Tasa de ingresos hospitalarios/1000 hab.

La tasa de ingresos hospitalarios por 1000 habitantes, durante el año 1995, fue de 0.97 en nuestro Centro, notablemente inferior a las tasas de ingresos hos-

pitalarios de otros Centros de Salud Mental del Area de Guipúzcoa. (Fig. 1). En el período analizado (1992/95), el número total de ingresos hospitalarios derivados de nuestro Centro fue de 43, siendo 9 los casos en los que dicho ingreso se llevó a cabo de manera no voluntaria. La distribución por años puede observarse en la figura 2., siendo notoria la disminución de casos ingresados de manera no voluntaria a lo largo de dicho período, en contraposición a la opinión de algunos autores (Lastra et al., 1993) de que dicha modalidad de ingreso debería experimentar un paulatino incremento.

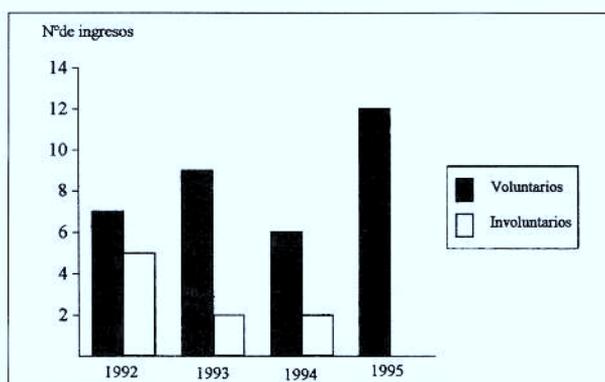


Fig 2. Distribución de ingresos anuales hospitalarios en función de su carácter voluntario o involuntario.

La tabla 1, por otra parte, presenta las características de la muestra según la modalidad de ingreso, no observándose diferencias significativas en cuanto a la edad de ingreso; pero sí en cuanto a la distribución del sexo dependiendo de la forma de ingreso, que muestra una elevación significativa de varones ingresados de manera no voluntaria, con una distribución de edades máxima en los intervalos entre 26 y 45 años, como se muestra en el Diagrama de Pareto de la figura 3.

	Voluntarios		Involuntarios	
	N	%	N	%
<b>Sexo</b>				
Varones	16	47.1	8	88.9
Mujeres	18	52.9	1	11.1
<b>Edad en el ingreso</b>				
Media	43.735		40.778	
Desviación estándar	17.414		16.453	
Mínimo	21		23	
Máximo	71		68	

Tabla 1. Distribución de la muestra, según sexo y edad.

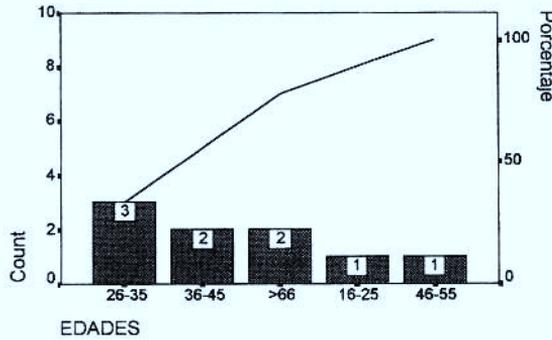


Fig. 3. Diagrama de Pareto, en relación a grupos de edad de pacientes no voluntarios.

La distribución por diagnósticos muestra una gran variedad de los mismos en la muestra de sujetos ingresados de manera voluntaria; circunstancia que se ve reducida a prácticamente dos diagnósticos en el caso de los ingresos no voluntarios, y que corresponden al grupo de los Trastornos de tipo esquizofrénico en un 66.7% y en un 22.2% al grupo de las Psicosis orgánicas como puede observarse en la figura 4.

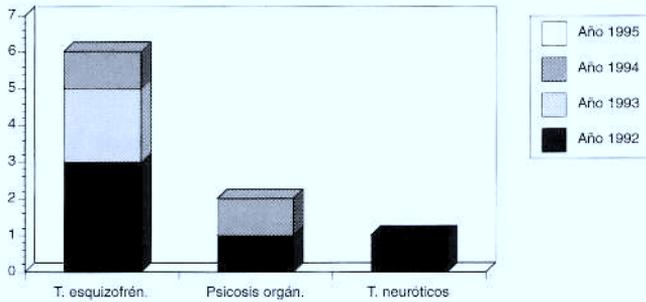


Fig. 4. Distribución por año y diagnóstico de los ingresos no voluntarios.

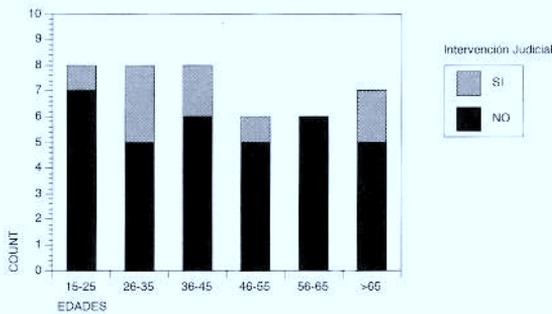


Fig. 5. Distribución por edades, según modalidad de ingreso.

Por último señalar que, de los nueve ingresos no voluntarios, sólo 3 lo fueron por procedimiento de urgencia, mientras que en el resto existió autorización judicial previa.

## **NORMATIVA ADMINISTRATIVA**

Tanto los Centros pertenecientes a la red de Osakidetza como aquellos centros de otra titularidad que mantengan concierto con el Servicio Vasco de Salud, se rigen por la Circular de la Dirección General de Osakidetza N° 26/1988 de 18 de Noviembre, sobre los procedimientos de ingreso de pacientes en sus hospitales. Las normas de aplicación serían las siguientes:

### **Normas**

**Primera.** En la hospitalización de pacientes psiquiátricos se distinguirán las siguientes modalidades de ingreso:

1. Ingreso voluntario
2. Ingreso involuntario ordinario
3. Ingreso involuntario urgente
4. Ingreso forzoso por orden judicial

#### **Segunda.** Ingreso voluntario

1. Se considerarán ingresos voluntarios aquéllos solicitados y consentidos libre y conscientemente por el paciente, una vez que en base a criterios médicos se haya establecido la hospitalización como método idóneo de tratamiento.

2. Existirá un modelo de solicitud de ingreso voluntario dirigido a la Dirección del Centro y que deberá ser cubierto por el interesado en el momento de solicitarse dicha hospitalización. En dicho modelo se hará constar, por parte del médico que recibe la solicitud de ingreso, si a su criterio el paciente está capacitado para decidir por sí mismo de tal forma que se garantice la no existencia de vicios de consentimiento.

3. En el caso de que durante la hospitalización del paciente se produjera la desaparición de esta plenitud de facultades, el ingreso deberá convertirse en involuntario ordinario con arreglo a lo dispuesto en el supuesto siguiente.

#### **Tercera.** Ingreso involuntario ordinario

1. Se considera tal a aquel ingreso que es solicitado por los familiares del enfermo, o en su caso por sus representantes legales, sin que existan razones de urgencia médica que justifiquen el ingreso inmediato del paciente.

2. Para realizar este tipo de ingreso se requiere previa autorización judicial.
3. Procedimiento de admisión:

– La familia o el representante legal del paciente deberá cubrir una solicitud de ingreso a la que deberá acompañarse la correspondiente autorización judicial.

– Si faltase dicha autorización, el ingreso se denegará salvo en los supuestos de urgencia médica, circunstancia ésta que habrá de determinarse previo reconocimiento del enfermo por el facultativo correspondiente.

– Si tras dicho reconocimiento no se procediera al ingreso por razón de urgencia, se entregará a la familia o representantes legales del enfermo, un informe médico a efectos de solicitar la autorización judicial correspondiente.

4. El ingreso involuntario ordinario implica para la Dirección del Centro las siguientes obligaciones en cuanto a su tramitación:

a) Comunicar al Juez el alta en su momento.

b) Remitirle informes sobre la evolución del paciente con una periodicidad semestral, en el caso de que el alta no se haya producido, o cuando la recabe el Juez.

La substanciación de estos trámites será responsabilidad del Jefe de la Unidad en que esté hospitalizado el paciente.

#### **Cuarta.** Ingreso involuntario urgente

1. Se considera ingreso urgente aquél que a juicio del facultativo del servicio haya de producirse de manera inmediata y sin esperar a la obtención de la oportuna autorización judicial.

2. La determinación de existencia o no de urgencia deberá hacerse en base a criterios restrictivos, de tal forma que esta modalidad de ingreso constituya una vía excepcional y nunca habitual.

3. Procedimiento de admisión:

– El ingreso será acordado por el médico del servicio que atiende la urgencia.

– Cuanto antes, y en todo caso dentro de las 24 horas siguientes al ingreso, éste deberá ser puesto en conocimiento del Juez competente por parte de la Dirección del Centro. En días festivos se habilitará al facultativo de guardia para que él dé cuenta al Juez de los ingresos que se produjeran con este carácter de urgencia.

– El ingreso involuntario urgente implica para la Dirección del Centro las mismas obligaciones que el ingreso involuntario ordinario.

#### **Quinta.** Posibilidad de denegación de ingreso

Aun existiendo autorización judicial previa para un ingreso involuntario, éste podrá ser denegado en base al reconocimiento e informe emitido por el facultativo que atiende la demanda de ingreso, si estima que éste es innecesario.

Tal hecho se pondrá en conocimiento del Juez que autorizó el ingreso por parte del Director del centro.

### **Sexta.** Altas

1. Se producirán por prescripción médica cuando se estime que han cesado las causas que aconsejaban la hospitalización, sin necesidad de obtener previa autorización judicial al efecto.

Si el ingreso se hubiera producido previa autorización judicial o se hubiere notificado el ingreso urgente, se dará cuenta al Juez correspondiente.

2. Se concederá asimismo el alta de la siguiente forma:

– En los casos de ingreso voluntario, a solicitud del enfermo si está legalmente capacitado para ello.

– En los ingresos involuntarios, a petición de los familiares o representantes, aun en contra del parecer médico, previa cobertura de la solicitud de alta de este tipo.

– En cualquier caso se exceptúan los supuestos de internamiento por orden judicial.

3. La fuga de cualquier enfermo ingresado con autorización judicial habrá de ponerse en conocimiento del Juez correspondiente antes de transcurridas 24 horas.

### **Séptima.** Internamiento por orden judicial

1. El tratamiento en régimen de internamiento de personas en situación de privación de libertad, bien sean penados o preventivos, precisa de una decisión judicial que deberá ser previa al ingreso en los Servicios de Psiquiatría.

2. Cuando el internamiento hubiera sido ordenado por un Juez, habrá de admitirse en todo caso, permaneciendo el enfermo ingresado en tanto el Juez no ordene otra cosa.

No obstante, los servicios médicos del Centro pueden y deben emitir dictamen respecto a la conveniencia del ingreso desde una perspectiva estrictamente técnico-asistencial, y en el supuesto de que no se estimase conveniente la hospitalización, se pondrá dicho extremo en conocimiento del Juez que ordenó el ingreso.

3. Se comunicará al Juez en cualquier momento la conveniencia de sustituir el internamiento por procedimientos de tratamiento alternativo que se estimen más idóneos. Asimismo, se le comunicará la posibilidad de conceder el alta al enfermo.

4. Si se produjese la fuga de un enfermo hospitalizado por orden judicial, el hecho se pondrá inmediatamente en conocimiento del Juez que ordenó el ingreso, así como del Juez de Vigilancia Penitenciaria del Distrito y de la Policía.

5. En ningún caso el Centro se hará responsable de la custodia del enfermo por sus propios medios, hecho que se pondrá en conocimiento del Juez que haya dado la orden de ingreso.

En nuestro medio, y por acuerdo de la Junta de Jueces del partido judicial de Bergara, adoptado en sesión de fecha de veintinueve de Abril de 1993, se emitieron las siguientes normas en lo concerniente al internamiento psiquiátrico involuntario:

1. La resolución judicial de autorización del internamiento involuntario no debe ser necesariamente previa al ingreso. En consecuencia, es competencia y responsabilidad del sistema sanitario la atención de una urgencia psiquiátrica, por los mismos canales y medios que toda urgencia sanitaria, sin que quepa oponer a ella obstáculos, alegando ausencia de autorización judicial (que, en estos casos, será posterior al ingreso).

2. El traslado del paciente se realizará, cuando sea posible, por los medios propios, o de familiares o allegados. En otro caso, el sistema sanitario ofrecerá los medios de transporte necesarios, siendo de su competencia la atención y traslado del paciente.

3. Los agentes de la Ertzaintza adscritos a las comisarías de Zumárraga, Bergara y Mondragón actuarán a requerimiento del médico facultativo para labores de aprehensión, intimidación y uso de fuerza física necesarias para vencer la oposición del paciente, incluida la custodia de la ambulancia para el traslado. Para realizar estas labores no se requerirá la autorización judicial, a excepción del caso en que fuere necesario franquear la entrada en el domicilio del paciente contra su voluntad, en el que será precisa la autorización judicial, en salvaguarda del artículo 18 de la Constitución. Sólo en casos de estado de necesidad podrán entrar en el domicilio sin previa autorización judicial.

## DISCUSIÓN

El porcentaje de pacientes ingresados de manera no voluntaria oscila ampliamente en la literatura, abarcando desde un 6% en un estudio realizado por Muñoz et al. en hospitales generales hasta el 89% encontrado por McNeil et al. en 1983. Nuestro porcentaje del 20.9% se encuentra dentro de los límites de las cifras citadas y es similar al encontrado por Lastra et al., en Madrid en 1993, dentro de una población psiquiátrica estable similar a la nuestra. El predominio de varones en la muestra de sujetos no voluntarios es también coincidente con la literatura existente, sin que nuestra muestra detecte diferencias en cuanto a la edad media de ingreso de cada grupo.

El planteamiento del ingreso no voluntario, desde la perspectiva de un centro extrahospitalario de Salud Mental, plantea a nuestro entender algunos problemas que tienen que ver con diferentes factores y que, en muchas ocasiones, exceden a los aspectos puramente clínicos. De este modo hay que entender el predominio, en la mayoría de estudios existentes, de varones solteros, con escasa red social de apoyo y con trastornos del comportamiento entre los pacientes ingresados de manera no voluntaria.

Por otra parte, si bien la normativa emanada de la Circular de la Dirección General de Osakidetza 26/88 de 18 de Noviembre sobre los procedimientos de ingreso de pacientes en los hospitales de la Red es, a nuestro entender, suficientemente clara, también es cierto que, inicialmente, se produjeron algunos problemas derivados fundamentalmente de la disponibilidad de recursos humanos y materiales. Esto motivó la aparición del Acuerdo de la Junta de Jueces de Bergara, ya mencionado, que venía a estructurar de manera más concreta la norma de

actuación. De esta manera se facilitaba el apoyo por parte de la Ertzaintza para la localización y custodia del paciente hasta el centro hospitalario, estableciendo Osakidetza un acuerdo con Cruz Roja para el traslado de pacientes psiquiátricos no voluntarios en sus ambulancias.

A esta situación, que sin ninguna duda ha agilizado los procesos de internamiento no voluntario, únicamente cabe, en mi opinión, oponerle una posible complicación derivada del énfasis que hace sobre la utilización de la autorización judicial posterior al ingreso y, por tanto, de la utilización del Ingreso no voluntario urgente. De esta manera se hace patente uno de los problemas que, a mi entender, debemos afrontar en los ingresos psiquiátricos no voluntarios, desde la óptica de un centro extrahospitalario; esto es, la definición de urgencia.

A modo de resumen, la tabla 2 intenta recoger algunos de los aspectos problemáticos en el tema que nos ocupa desde la perspectiva extrahospitalaria, pretendiendo únicamente ser puntos de discusión y mejora de la calidad asistencial que otorgamos a nuestros pacientes.

<p>1. MÉDICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Adecuada Información a la familia del paciente y delimitación del papel de la misma en el Ingreso No Voluntario Ordinario</li> <li>-Mantenimiento de las directrices de Osakidetza en el sentido de preservar el ingreso urgente como una vía excepcional</li> <li>-Respeto a los principios fundamentales de la ética médica</li> <li>-Relación terapéutica posterior al alta</li> </ul> <p>2. FAMILIARES</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Resistencia a esta modalidad de ingreso por el estigma social que puede comportar</li> <li>-Resistencia a tomar parte activa en la notificación al Juzgado</li> </ul> <p>3. JUDICIALES</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Problemas estructurales que afectan a la agilidad de las tramitaciones</li> <li>-Respeto al criterio médico de urgencia</li> </ul>
--

Tabla 2. Conflictos posibles a considerar en el ingreso no voluntario

## BIBLIOGRAFÍA

- ACUERDO DE LA JUNTA DE JUECES DEL PARTIDO JUDICIAL DE BERGARA, de 29 de Abril de 1993.
- BLANQUEZ, P.; MEZQUITA, J.: "Características de nuevos ingresos psiquiátricos voluntarios e involuntarios", *Anales de Psiquiatría*, 1987; 3: 135-138.
- CABRERA FORNEIRO, J. *La enfermedad mental ante la ley*. Edit. Libro del año. Madrid, 1994.

CIRCULAR DE LA DIRECCION GENERAL DE OSAKIDETZA 26/88 DE 18 DE NOVIEMBRE.

LASTRA MARTINEZ, I. *Aspectos clínico-terapéuticos de los ingresos psiquiátricos contra la voluntad del paciente en un hospital general*. *Psiquis* 1993, 14(5); 225-234.

MCNEIL, D.E.; BINDER, R.L: *Violence, civil commitment and hospitalization*. *J.Nerv.Ment.Dis.* 1986; 174: 107-111.

MUÑOZ P.; RODRIGUEZ BORREGO, M.; RAMOS BRIEVA, J.: *La asistencia psiquiátrica en régimen de hospitalización en Madrid. Un estudio prevalencia-día*. Consejería de Salud y Bienestar Social de la CAM. Instituto regional de estudio. Serie "Cuadernos de Trabajo".

PASCUAL, J.; RUBIO, G.; SANTANDER, G.; HERNANDEZ, M.; LOPEZ-IBOR, J.M: "Características del ingreso compulsivo bajo la legislación de 1931". *Actas Luso-Esp. Neurol.Psiquiatr.*, 1986;14, 1-7.

PASCUAL, J.; RUBIO, G.; LOPEZ-TRABADA, J.R.; LOPEZ-IBOR, J.M.: "El ingreso compulsivo: Estudio comparativo entre las legislaciones de 1931 y 1983", *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr.*, 1987; 15: 133-140.