

EGUZKILORE

(Flor protectora contra las fuerzas negativas)

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

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

JORNADA INTERNACIONAL: "Actualización de la Psiquiatría legal: el ingreso involuntario ..."

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

CURSO DE VERANO: "Menores infractores en el tercer milenio desde la Criminología y la Victimología"

• L.M. Bandrés Unanue. Actuaciones de la Diputación Foral	171
• A. Beristain. Menores infractores-víctimas ante las N.U.	177
• E. Giménez-Salinas. La mediación en la justicia juvenil	193
• J. Urrea Portillo. Ética, razón y empatía	213
Dureza emocional prematura	229
Niños y jóvenes víctimas de agresión sexual	237
• I. Germán y A. Rodríguez. 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
• Índices de Eguzkilore: año 1976 y años 1987-1996	331

EVOLUCIÓN DE LOS INGRESOS INVOLUNTARIOS EN UNA UPHG

Eliseo LÓPEZ GONZÁLEZ
Juan MEDRANO ALBÉNIZ
Luis OSA FERNÁNDEZ
Edurne ARÍSTEGUI RUESGA
María SILVA GORDÓN

*Servicio de Psiquiatría
Hospital de Galdácano*

Resumen: La normativa actual sobre el internamiento de enfermos mentales, especialmente el involuntario, presenta algunos inconvenientes de tipo conceptual y operativo. Se exponen algunos datos básicos referidos a los ingresos involuntarios en el Servicio de Psiquiatría del Hospital de Galdácano (Vizcaya), que permiten abordar los inconvenientes reseñados y avanzar hacia una garantía de calidad total en el proceso del ingreso psiquiátrico.

Laburpena: Gaurko araudiak, buruko gaixoen ospitalizazioari buruzkoa, eta gogoz kontrakoa bereziki, kontzeptu eta operatibozko oztopo batzuk aurkezten ditu. Galdakaoko Ospitaleko Psikiatria Zerbitzuan gogoz kontrako ospitalizazioari buruzko oinarritzko zenbait datu azaltzen da, aipatutako oztopoetara hurbiltzea eta psikiatriko ospitalizazioaren prozesuan kalitate orokorrezko berme bateruntz aurreratzea uzten dutenak.

Résumé: La réglementation actuelle sur l'hospitalisation, notamment l'involontaire, des malades mentaux présente quelques inconvénients du genre conceptuel et opérant. On montre quelques données fondamentales sur les hospitalisations involontaires dans le Service de Psychiatrie à l'Hôpital de Galdácano (Vizcaya), qui permettent aborder les inconvénients signalés et avancer vers une garantie de qualité totale dans le procès d'hospitalisation psychiatrique.

Summary: Present regulation about mental patients' admissions, especially involuntary ones, displays some conceptual and operative objections. Some basic data regarding involuntary admissions at the Psychiatric Service of the Hospital in Galdácano (Vizcaya) are explained, allowing tackle described objections and progress towards a guarantee of total quality in the psychiatric admission process.

Palabras clave: Psiquiatría Legal, Trastornos Psiquiátricos, Hospitalización Involuntaria, Consentimiento Informado.

Hitzik garrantzikoena: Psikiatria Legala, Gaixotasun psikiatrikoak, Gogoz kontrako ospitalizazioa, Adierazitako baimena.

Mots clef: Psychiatrie Légale, Troubles Psychiatriques, Hospitalisation Involontaire, Consentement Informé.

Key words: Legal Psychiatry, Psychiatric Disorders, Involuntary Hospitalization, Informed Consent.

INTRODUCCIÓN

El internamiento de enfermos mentales, especialmente el involuntario, es un procedimiento regulado legalmente en nuestro país desde hace más de un siglo, variando, a lo largo del tiempo, la figura responsable de velar para que el ingreso no sea indiscriminado.

La normativa actual presenta diversos inconvenientes: de tipo conceptual (tanto jurídico como clínico) y, sobre todo, de tipo operativo (con grandes variaciones en cuanto a su praxis).

Las dificultades jurídicas ya han sido analizadas por otros ponentes más cualificados en esta misma mesa. En el ámbito clínico queremos señalar como aspectos más relevantes necesitados de mejora en la situación actual los siguientes:

1. De tipo conceptual

1.A. En primer lugar consideramos que cabe preguntarse si, en determinados trastornos psiquiátricos, puede aceptarse que el ingreso sea voluntario. Sin embargo, la práctica actual hace que todo paciente que acepta o consiente el ingreso sea considerado de hecho voluntario, y no se notifique el ingreso al juez.

1.B. Por otra parte, en la normativa actual, no se tipifican las causas de internamiento. Se produce, así, una relativamente amplia discrecionalidad y variabilidad en los criterios clínicos, lo que vulnera el principio de Seguridad Jurídica.

2. Además de estas dificultades conceptuales, pensamos que son los aspectos operativos los que introducen una mayor variabilidad en la praxis clínico-administrativa de los ingresos involuntarios. Dentro de estos aspectos destacamos:

2.A. La indefinición actual de los ingresos voluntarios. Como es sabido, hay grandes diferencias entre unos Hospitales y otros en cuanto a la existencia y tradición de uso de las actuales Hojas de Solicitud de Ingreso de los pacientes. Pensamos que la implantación de un Consentimiento Informado de uso general puede ser una variable que modifique drásticamente las actuales tasas de ingresos involuntarios.

2.B. En España ha sido frecuente, en los últimos años, la elaboración de protocolos para los ingresos involuntarios por parte de los diversos Servicios Autonómicos de Salud. Sin embargo, es muy escasa la información bibliográfica y administrativa sobre el tema, existiendo grandes lagunas en cuanto a datos generales, aplicación de los protocolos, casuística de reclamaciones, etc.

2.C. Por último, la diversa tipología de los tres tipos de ingresos involuntarios (urgente, con autorización previa y por orden judicial) implica diferencias clínico-asistenciales que tampoco han sido estudiadas en profundidad.

La consecuencia general de estos y otros inconvenientes es que resulte una gran variabilidad en las tasas de ingresos involuntarios en nuestro medio y, lo que creemos más importante, con significaciones dispares. Esta diversidad de pautas, en un tema

de trascendencia legal y clínica para los pacientes, plantea un problema serio de garantía de calidad.

* * *

Por nuestra parte, y dentro de un estudio más amplio que nos permita abordar los inconvenientes reseñados y avanzar hacia una garantía de calidad total del proceso de ingreso psiquiátrico, vamos a presentar algunos datos básicos referidos a los ingresos involuntarios en nuestro Hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS

Por un lado vamos a analizar las tasas y tipos de Ingresos Involuntarios (II) entre los 2.000 ingresos consecutivos de la Unidad de Psiquiatría del Hospital de Galdácano (UPHG), a lo largo de sus primeros 5 años de funcionamiento, con una metodología de series temporales interrumpidas, realizando mediciones cada 100 ingresos. Esta técnica permite poner de manifiesto los niveles y tendencias, así como sus cambios en ellas, a lo largo del tiempo. Así mismo puede evidenciar los efectos de modificaciones normativas o funcionales y ofrece un soporte cuasiexperimental para la explicación de futuros cambios.

Los datos proceden de una Hoja de Datos cumplimentada por cada médico de forma prospectiva en cada ingreso.

Como la hipótesis rival más importante, en este diseño, es la historia, conviene introducir en el apartado metodológico las pautas principales de actuación así como los acontecimientos relevantes en el transcurso de estos cinco años.

La UPHG es una Unidad de 30 camas en un Hospital General de Agudos de 400, que atiende la demanda de ingreso psiquiátrico del Sector Interior de Vizcaya (260.000 habitantes). Existe una coordinación administrativa con los cuatro CSM del Sector. El 98 % de los ingresos son urgentes y sólo el 2 % programados. Un 30% de los ingresos son remitidos directamente por los CSMs, pero de forma urgente en su mayoría.

El Hospital cuenta con una Hoja de Solicitud de Ingreso para los pacientes, si bien su cumplimentación es irregular y no hay datos sobre la misma.

La sectorización judicial divide en tres partes, casi iguales, al Sector (Juzgados de Durango, Guernica y Bilbao). La ubicación del Hospital corresponde al Juzgado de Bilbao, por lo que todas las tramitaciones de ingreso involuntario urgente se tramitan con este juzgado, independientemente de que el domicilio del paciente corresponda a otro.

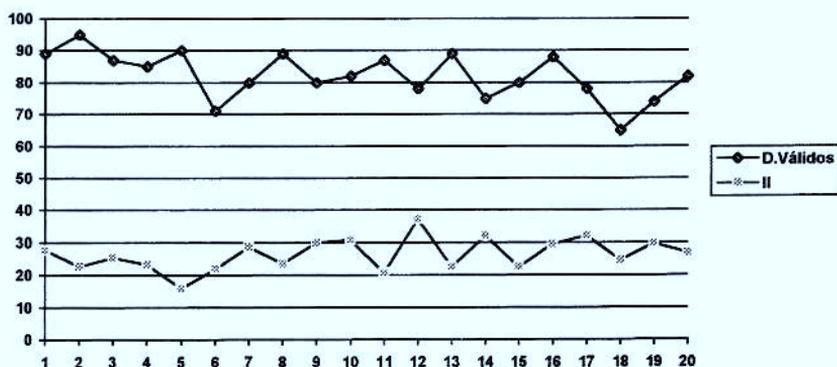
En junio de 1994 el juzgado de Bilbao encargado de los ingresos involuntarios destina un juez, en dedicación plena, que emite una nueva normativa que implica la priorización de los II urgentes versus los ingresos involuntarios ordinarios.

Por otro lado se analizarán las distribuciones de los ingresos involuntarios por diagnósticos y según el tipo de II, comparando el urgente y el ordinario. Desestimamos los de orden judicial por representar una casuística anecdótica.

RESULTADOS

Los datos válidos representan el 81,45% de los 2000 ingresos. La tasa media de II es de 26,33%. Resulta especialmente relevante que esta tasa se mantiene como una tendencia constante a lo largo de los 5 años (Gráfico 1).

Gráfico 1
INGRESOS INVOLUNTARIOS
Series temporales interrumpidas
Datos válidos
Tasa de Ingresos Involuntarios



Dentro de los distintos tipos de II, sin embargo, se observan cambios importantes en el tiempo: a) Los II por orden judicial aparecen sólo en 5 de las 20 mediciones, con valores entre 3,8 y 12,5%. b) Los II urgentes experimentan un cambio de tendencia a partir de la 7ª medición, situándose, en un cambio de nivel por encima del 77%, en las 10 últimas mediciones. c) En los II con autorización judicial previa se produce el mismo cambio pero de sentido inverso (Gráfico 2).

El análisis por diagnósticos y tipos de II (urgentes versus ordinarios) lo hemos realizado comparando dos series (de 200 pacientes cada una) correspondientes a las dos épocas en que parecen comportarse de manera distinta los subtipos de II. Llamamos SERIE 1ª a la correspondiente a la primera época en que se reparten casi al 50% los II urgentes y ordinarios y SERIE 2ª a la correspondiente a la época más reciente en que priman los II urgentes frente a los ordinarios en una proporción de 75-25% respectivamente.

Los resultados que encontramos son los siguientes:

A- Al comparar las dos series según la composición diagnóstica de todos los II observamos: (Gráfico 3)

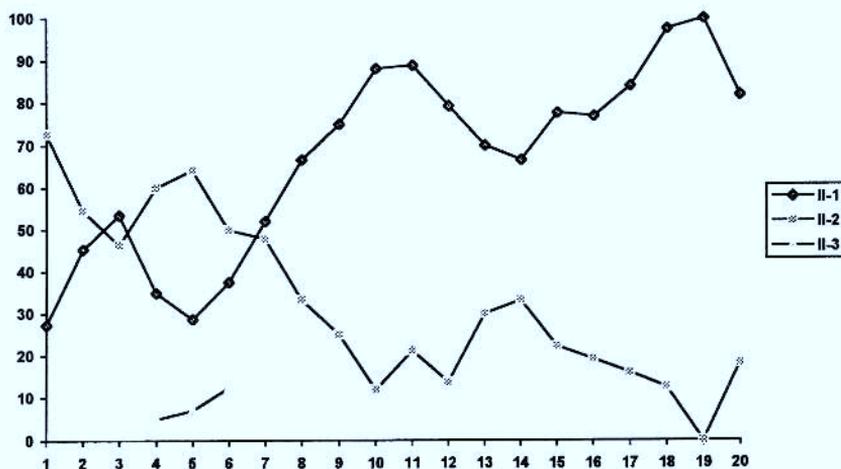
1. Que en ambas series la Esquizofrenia es el diagnóstico mayoritario entre los II, aunque en la segunda serie disminuye su presencia un 10%.

Gráfico 2

INGRESOS INVOLUNTARIOS

Serie temporales interrumpidas

II-1 Ingresos involuntarios urgentes
 II-2 Ingresos involuntarios con autorización judicial previa
 II-3 Ingresos involuntarios por orden judicial



2. Respecto a las otras psicosis, tienen un comportamiento inverso: la Paranoia se reduce 3 veces (del 15 al 5%) mientras la PMD se incrementa 2,5 veces (del 5 al 12%).

3. Por último, tanto el Alcoholismo como los Trastornos de Personalidad y Neurosis incrementan entre un 80-60% su presencia de la primera a la segunda serie.

B- Al comparar, en cada diagnóstico, las dos series y los subtipos de II observamos: (Gráfico 4A y 4B)

1. Entre las psicosis: (Gráfico 4A)

– Que la Esquizofrenia y la PMD tienen una evolución similar: partiendo de una distribución casi del 50% entre II urgentes y ordinarios evolucionan a una distribución 85/15%. Pero recordemos que esta evolución ha llevado consigo un incremento importante de la PMD.

– El caso de la Paranoia es especialmente llamativo: de un predominio de ingresos II ordinarios ha pasado a una exclusiva de II urgentes. Y recordemos así mismo que esta evolución ha conllevado una reducción del diagnóstico de Paranoia entre los II en tres veces.

Gráfico 3
INGRESOS INVOLUNTARIOS POR DIAGNÓSTICO

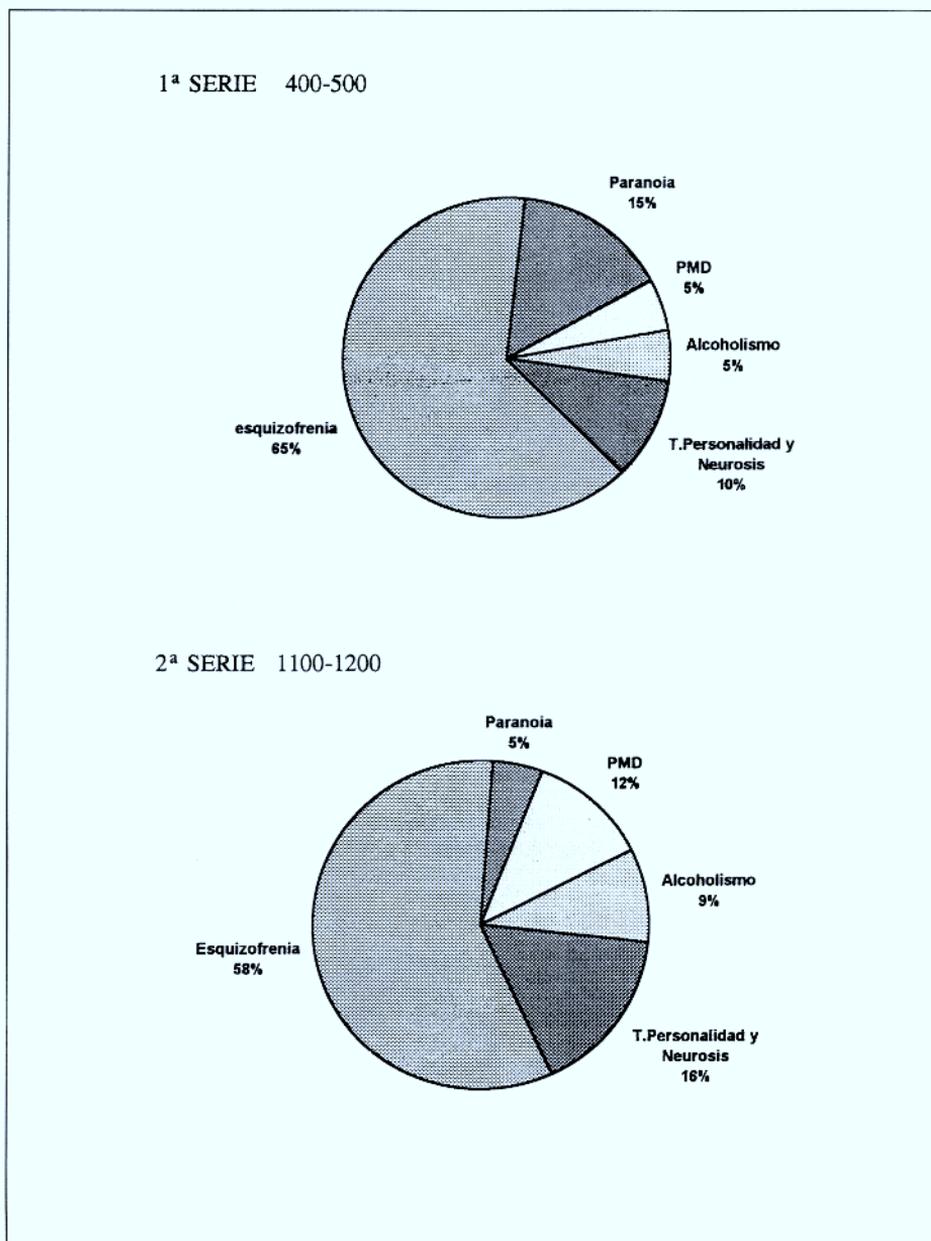
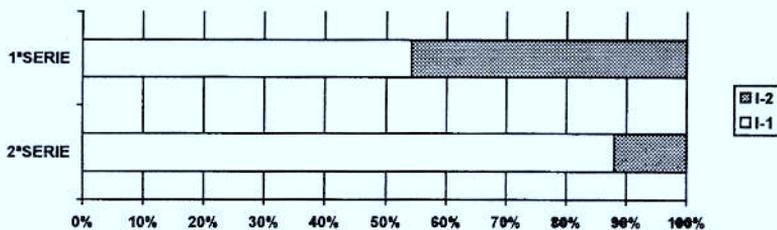
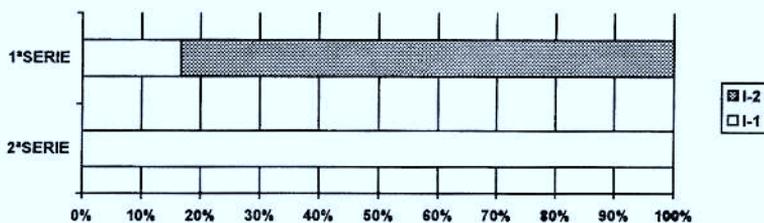


Gráfico 4A
 INGRESOS INVOLUNTARIOS
 (URGENTES I-1 / AUTORIZACIÓN JUDICIAL PREVIA I-2)
 POR DIAGNÓSTICO

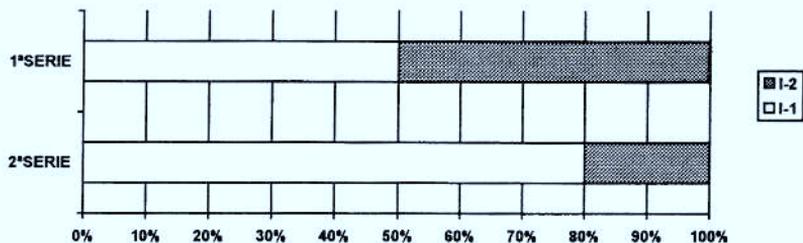
ESQUIZOFRENIA



PARANOIA



PMD

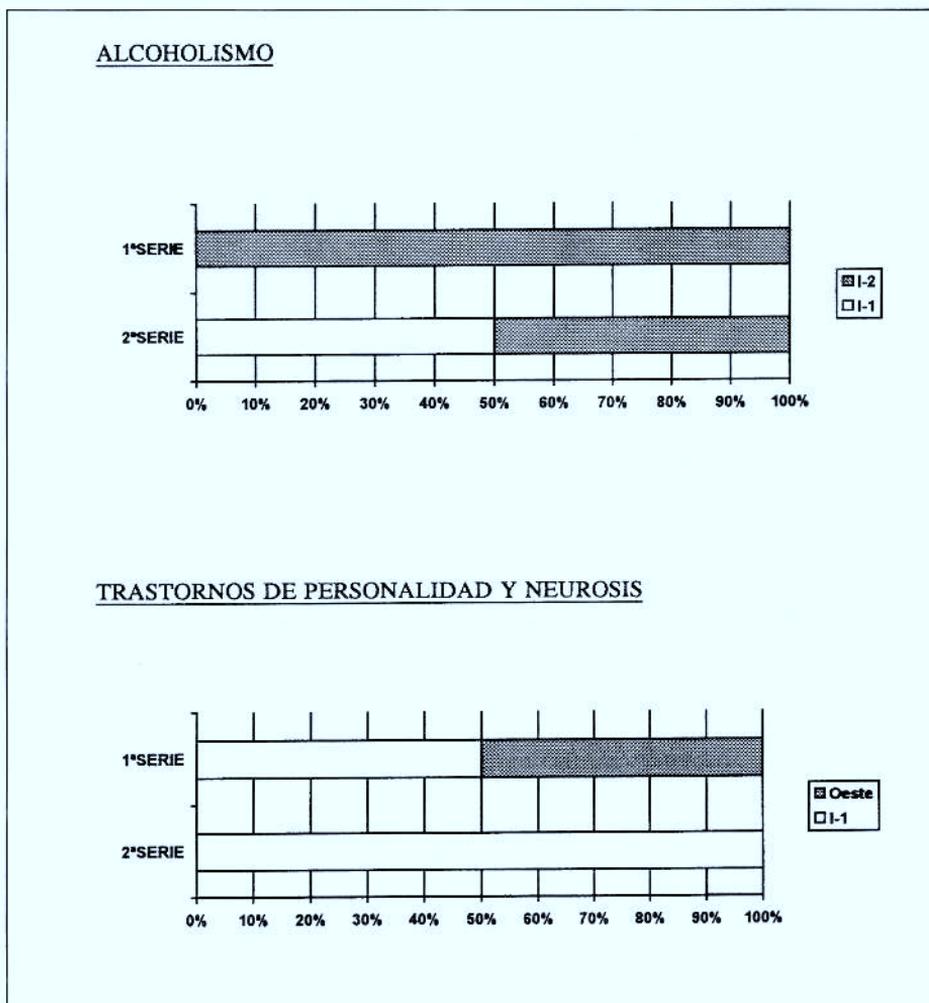


2. En el alcoholismo (Gráfico 4B) se observa que en la primera época todos los II eran ordinarios y en la segunda se reparten por igual entre ambos tipos. En relación a este dato resulta llamativo las reticencias que en las instancias judiciales implica este diagnóstico como justificante del II. Este diagnóstico es el único que, en la segunda época, retiene un porcentaje importante de II ordinarios.

3. Entre los Trastornos de Personalidad y Neurosis todos los II son urgentes en la 2ª época. (Gráfico 4B).

Gráfico 4B

INGRESOS INVOLUNTARIOS
(URGENTES I-1 / AUTORIZACIÓN JUDICIAL PREVIA I-2)
POR DIAGNÓSTICO



C- Por último nos parecía relevante acompañar como comparación la distribución general por diagnósticos de los ingresos totales de la UPHG (Gráfico 5). De esta comparación destacamos tres observaciones:

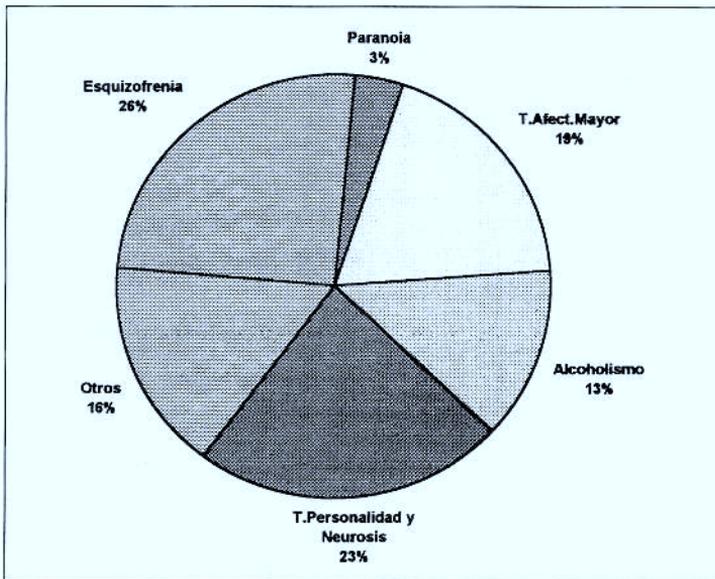
1- En "otros" están muy representadas las Psicosis Orgánicas y llama la atención que éstas no estén incluidas entre los II.

2- Paranoia y Esquizofrenia casi duplican su representación entre los II, comparada con su proporción entre los ingresos totales.

3- Las otras tres categorías reducen su representación entre los II en comparación con sus proporciones entre los ingresos totales; y ello de una forma escalonada.

Gráfico 5

DISTRIBUCIÓN DE LOS INGRESOS TOTALES DE LA UPHG POR DIAGNÓSTICOS



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En términos generales queremos destacar la necesidad de este tipo de análisis, avanzando en complejidad y rigor metodológicos, para conocer de forma cabal el amplio y complejo fenómeno de los II.

Como elementos principales para la discusión queremos rescatar los siguientes:

1.- A lo largo de los primeros 5 años de la UPHG se ha producido una tasa de II, con tendencia constante, en torno a una media del 26,33%. Los referentes de

comparación son de lo más dispares. El informe de la OMS elaborado por Freeman et al. en 1985 habla de un 1,0% de II en España. Datos más recientes hablan de un 15% (Calcedo, comunicación personal). La revisión de Riecher-Rösler de 1993 refiere importantes diferencias entre países: la mayoría de países europeos presentan tasas entre el 7-17%, con excepciones como Austria (10-48%), Alemania (4-44%) y Noruega (34%). En Estados Unidos Roth refiere un 26%. Las diferencias entre países se suelen relacionar con las diferentes legislaciones, sin embargo los datos que conocemos de España, e incluso los señalados de otros países, señalan grandes diferencias en la praxis con la misma legislación.

2.- En nuestros datos resulta llamativa la evolución opuesta que han presentado los dos subtipos de II: los urgentes y los ordinarios. Los II por orden judicial representan un volumen anecdótico, lo que no es ajeno también a los criterios de derivación de estos ingresos hacia los Hospitales Psiquiátricos y no hacia las Unidades de Agudos de Hospitales Generales.

La opuesta evolución de los II urgentes y ordinarios nos impone algunas reflexiones. En el momento histórico de la apertura de la UPHG existía una tradición de cursar II ordinarios por parte de los CSMs del Sector; un posible factor en esta tradición sería que habitualmente dirigían los ingresos a los hospitales psiquiátricos y que, además, existía una carencia de camas en el Área de Vizcaya, que representaba un enlentecimiento en la tramitación de los ingresos y una necesidad secundaria de asegurarlos por este procedimiento.

El hecho de que el 98% de los ingresos sean urgentes es un factor promotor de los II urgentes vs los ordinarios.

Aunque la desviación de los II, en favor de los urgentes, se produce más claramente a partir de la 8ª medición, no podemos rastrear ningún acontecimiento relevante que lo justifique. Pensamos, más bien, que la equiparación de los II urgentes y ordinarios en las primeras mediciones representa el agotamiento de la tradición previa de II ordinarios frente a la presión asistencial, que ilustra el que prácticamente todos los ingresos sean urgentes. En esta misma línea, resulta ilustrativo que la modificación normativa introducida por el juzgado de Bilbao en 1994 no incide en ninguna modificación porque el tipo de modificación que pudiera inducir ya se había producido.

3.- El análisis por diagnósticos nos impone algunas reflexiones que trataremos de resumir de la siguiente manera: nos parece que las cinco poblaciones diagnósticas representadas en los II se agrupan en dos comportamientos evolutivos: el de la Esquizofrenia, PMD y Trastornos de la Personalidad y Neurosis, por un lado, y el de la Paranoia y el Alcoholismo, por otro. Sugerimos que la variable agudo/crónico puede tener un lugar significativo en este doble comportamiento.

El primer grupo evoluciona desde un reparto casi por igual de los II urgentes y ordinarios hacia una presencia casi exclusiva de urgentes. Y además con un incremento especialmente importante en la PMD y menor en el último grupo diagnóstico. Desde el punto de vista clínico son patologías que suelen presentar como fácilmente identificable el emergente de las crisis (descompensaciones agudas en la esquizofrenia, episodios maníacos en la PMD, parasuicidio o graves alteraciones de

conducta en el último grupo, etc). Podríamos afirmar que su perfil clínico se adecúa muy bien a las implicaciones asistenciales de la tendencia normativa, o viceversa.

Sin embargo, en el segundo grupo no sólo no se da esta adecuación mutua sino que puede producirse una franca inadecuación. Esto parece especialmente importante en el caso de la Paranoia, donde observamos que la desaparición de los II ordinarios en la segunda época va acompañada de una reducción muy importante del mismo diagnóstico entre los II totales. Habría que analizar si esta evolución ha llegado hasta los ingresos totales por Paranoia, lo cual replantearía la adecuación de las tendencias normativas actuales para algunas patologías.

4.- Por último, pensamos que el hecho de que ahora, de forma mayoritaria, los II sean urgentes es un factor más de exigencia para la garantía de calidad de los mismos, ya que se sortea el paso inicial por el juez (paso que actúa de garante del paciente en el sistema actual).

Consideramos unos mínimos de garantía de calidad del proceso de ingreso y, específicamente, del ingreso involuntario los siguientes:

1. En primer lugar parece necesario formalizar una Hoja de Solicitud de Ingreso para los pacientes, vinculada a un Consentimiento Informado adecuado.

2. Este planteamiento conlleva la necesaria resolución de uno de los conflictos actuales más claros: el de la competencia y la voluntariedad de los pacientes.

3. El hecho de que los II urgentes sean la modalidad mayoritaria hace más exigente la cumplimentación de un protocolo que garantice la seguridad de los trámites administrativos.

4. En este protocolo uno de los aspectos centrales sigue siendo la explicitación de los criterios clínicos de ingreso.

5. Por último, parece necesario algún tipo de revisión que garantice la calidad del procedimiento judicial.

Estos nos parecen los aspectos centrales de un proceso, el de los ingresos involuntarios, que debería requerir una mayor investigación de los múltiples aspectos implicados para garantizar la calidad del mismo.

BIBLIOGRAFÍA

Ley 13/1983 de 24 de octubre de Reforma del Código Civil en materia de Tutela. B.O.E. nº 256, 26 de diciembre 1983.

Ley Orgánica 8/1983 de 25 de junio.

DELGADO BUENO S., GONZALEZ DE RIVERA J.L., "Aspectos legales de los internamientos psiquiátricos". *PSIQUIS* vol. IX, 1988, 300-313.

INSTITUTO INTERNACIONAL DE SOCIOLOGIA JURIDICA. Oñate, 1993. *Conclusiones del taller sobre justicia y salud mental*.

INSTITUTO ANDALUZ DE SALUD MENTAL. 1986. *Instrucciones para el funcionamiento de las comisiones de admisión en los ingresos involuntarios*.

FREEMAN HL., FRYERS T., HENDERSON JH. *Mental Health Services in Europe: 10 years on*. Copenhagen.: WHO Regional Office for Europe. 1985.

RIECHER-RÖSLER A., RÖSLER W. "Compulsory admission of psychiatric patients- an international comparison". *Acta Psychiatr Scand* 1993; 87: 231-236.