



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

Departamento de Medicina

Tesis Doctoral

Estudio Psiquiátrico legal de los ingresos en una  
Unidad de Hospitalización de agudos de un  
Servicio de Psiquiatría. C.H.U.A.C. (1996-2009)

Juan Carlos Díaz del Valle

A Coruña 2015

**Dr. Don Manuel Serrano Vázquez**, Doctor en Medicina y Cirugía, Profesor Asociado de Ciencias de la Salud de la Universidad de Santiago de Compostela como Director  
Y

**Dr. Don Luis Ferrer i Balsebre**, Doctor en Medicina y Cirugía, Académico Numerario del Sillón de Psiquiatría en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Galicia, como Co-Director.

Certifican:

Que Don Juan Carlos Díaz del Valle, Licenciado en Medicina y Cirugía, ha realizado bajo nuestra dirección el trabajo titulado “Estudio Psiquiátrico legal de los ingresos en una Unidad de Hospitalización de agudos de un Servicio de Psiquiatría. C.H.U.A.C. (1996-2009)” para optar al grado de Doctor en Medicina y Cirugía.

Revisado el presente trabajo quedamos conformes con su presentación para ser juzgado como Tesis Doctoral.

A Coruña 2015

Prof. Dr. Manuel Serrano Vázquez

Dr. Luis Ferrer i Balsebre

*A mis padres*  
*A mis hermanos*  
*A mis hijos*  
*A Loli*

## ***Agradecimientos***

Al Prof. Dr. Manuel Serrano Vázquez por su estímulo, apoyo incondicional y la supervisión en este trabajo de investigación.

Al Dr. Luis Ferrer i Balsebre como co-director por su apoyo y dedicación en el desarrollo del presente trabajo.

A Doña Beatriz López Calviño de forma especial y al resto de Profesionales adscritos a la Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística por su excelente disposición y guía en la realización de este trabajo.

A Doña María Sobrido del Servicio de Biblioteca de nuestro Complejo Hospitalario por su dirección y aportación en la estrategia de búsqueda bibliográfica.

A todos los miembros del equipo asistencial del Hospital de Día del Servicio de Psiquiatría por su apoyo incondicional.

Al resto de mis compañeros del Servicio de Psiquiatría y de forma especial a todos los Médicos Internos Residentes, por facilitarme la labor asistencial.

De forma especial manifestar mi gratitud a todos y cada uno de los pacientes incluidos en el estudio, que son guía y faro constante en el devenir de este hermoso oficio que es la Psiquiatría.

# ***Índice***

## **INDICE**

**Índice de tablas**

**Índice de figuras**

**Listado de Abreviaturas**

**RESUMEN**

**ABSTRACT**

<b>1. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>2</b>
1.1 Análisis Histórico de las Unidades de Hospitalización en los Hospitales Generales.....	2
1.2 Ingresos involuntarios: .....	6
1.3 Análisis Histórico legal de la Jurisprudencia Médico legal .....	9
1.4 Tipos de Internamiento en Unidades de Hospitalización de un Servicio de Psiquiatría. ..	24
1.5 El Programa Acougo:.....	30
1.6 Descripción conceptual de la capacidad / competencia .....	32
1.7 El consentimiento informado.....	40
1.8 La unidad de hospitalización de agudos del Servicio de Psiquiatría del CHUAC .....	45
1.9 Área Sanitaria de A Coruña .....	52
<b>2. JUSTIFICACION DEL ESTUDIO .....</b>	<b>61</b>
<b>3. HIPOTESIS DE TRABAJO. ....</b>	<b>65</b>
3.1 HIPOTESIS NULA (H0).....	65
3.2 HIPOTESIS ALTERNATIVA (Ha).....	65
<b>4. OBJETIVOS .....</b>	<b>67</b>
<b>5. MATERIAL Y METODOS.....</b>	<b>70</b>
5.1 Ámbito de estudio.....	70
5.1.1 Hospital y zona sanitaria.....	70
5.1.2 Población de donde se obtiene el grupo objeto de estudio.....	70

5.2 Período de estudio .....	70
5.3 Tipo de estudio .....	70
5.4 Criterios de inclusión: .....	70
5.5 Criterios de exclusión:.....	70
5.6 Mediciones:.....	71
5.7 Análisis estadístico .....	76
5.8 Justificación del estudio muestral.....	76
5.9 Aspectos ético legales.....	77
5.10 Limitaciones del estudio.....	78
5.11 Estrategia de Búsqueda Bibliográfica .....	79
<b>6. RESULTADOS .....</b>	<b>93</b>
6.1 Estudio descriptivo de los pacientes incluidos en la muestra.....	93
6.2 Estudio descriptivo de los pacientes incluidos según tipo de ingreso:	
Voluntarios/Involuntarios .....	106
6.3 Estudio descriptivo de los pacientes incluidos según tipo de ingreso: Autorización	
Judicial/Orden Judicial.....	120
6.4 Estudio descriptivo de los pacientes incluidos según tipo de ingreso: Autorización Judicial	
Ordinaria o primaria /Urgente o secundaria .....	134
6.5 Estudio descriptivo de los pacientes incluidos según tipo de ingreso versus Programa	
acougo.....	149
6.6 Factores determinantes de los ingresos involuntarios de los pacientes que ingresan en la	
Unidad de Hospitalización.....	154
<b>7. DISCUSION .....</b>	<b>160</b>
7.1. Algunas consideraciones metodológicas .....	160
7.2. Características de los factores sociodemográficos, clínicos y psiquiátrico legales .....	163
<b>8. CONCLUSIONES .....</b>	<b>173</b>
<b>9. BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>178</b>
<b>10. ANEXOS.....</b>	<b>186</b>

## ***Índice de tablas***



## Índice de tablas

Tabla 1: Distribución poblacional del Área Sanitaria de A Coruña.....	55
Tabla 2: Datos socioeconómicos de la Población de España, Galicia y A Coruña ....	57
Tabla 3: Actividad laboral de la Población de A Coruña, Galicia y España .....	58
Tabla 4: Esperanza de vida de la Población de A Coruña, Galicia y España.....	59
Tabla 5: Tasa de empleo de la población de A Coruña Galicia y España .....	59
Tabla 7: Principales estudios referenciados sobre las características de los ingresos involuntarios.....	80
Tabla 8: Características generales de los pacientes incluidos en la muestra.....	93
Tabla 9: Datos socioeconómicos de los pacientes incluidos en la muestra.....	95
Tabla 10: Antecedentes psiquiátricos de los pacientes incluidos en la muestra .....	96
Tabla 11: Diagnósticos de los pacientes incluidos en la muestra .....	98
Tabla 12: Abordaje terapéutico de los pacientes incluidos en la muestra .....	100
Tabla 13: Características del ingreso de los pacientes incluidos en la muestra .....	101
Tabla 14: Características del alta de los pacientes incluidos en la muestra.....	103
Tabla 15: Datos asistenciales de los pacientes incluidos en la muestra.....	105
Tabla 16: Datos sociodemográficos pacientes voluntarios/involuntarios .....	107
Tabla 17: Datos socioeconómicos pacientes voluntarios/involuntarios .....	109
Tabla 18: Antecedentes pacientes voluntarios/involuntarios .....	110
Tabla 19: Diagnósticos de los pacientes voluntarios/involuntarios .....	112
Tabla 20: Abordaje terapéutico de los pacientes voluntarios/involuntarios.....	114
Tabla 21: Características del ingreso de los pacientes voluntarios/involuntarios .....	115

Tabla 22: Características del alta de los pacientes voluntarios/involuntarios .....	117
Tabla 23: Datos asistenciales de los pacientes voluntarios/involuntarios .....	119
Tabla 24: Datos sociodemográficos pacientes Autorización judicial/Orden judicial..	121
Tabla 25: Datos socioeconómicos pacientes Autorización judicial/Orden judicial ....	123
Tabla 26: Antecedentes pacientes Autorización judicial/Orden judicial .....	124
Tabla 27: Diagnósticos pacientes Autorización judicial/Orden judicial.....	126
Tabla 28: Abordaje terapéutico pacientes Autorización judicial/Orden judicial.....	128
Tabla 29: Características del ingreso según el tipo de ingreso Autorización judicial/Orden judicial .....	129
Tabla 30: Características del alta según el tipo de ingreso Autorización judicial/Orden judicial .....	131
Tabla 31: Datos asistenciales según el tipo de ingreso Autorización judicial/Orden judicial .....	133
Tabla 32: Datos sociodemográficos pacientes Autorización judicial ordinaria/urgente .....	135
Tabla 33: Datos socioeconómicos pacientes autorización judicial ordinaria/urgente	138
Tabla 34: Antecedentes psiquiátricos pacientes Autorización Judicial ordinaria/urgente .....	139
Tabla 35: Diagnósticos pacientes Autorización Judicial ordinaria/urgente .....	142
Tabla 36: Abordaje terapéutico pacientes Autorización Judicial ordinaria/urgente...	144
Tabla 37: Características del ingreso según el tipo de ingreso Autorización judicial ordinaria/urgente.....	145
Tabla 38: Características del alta según el tipo de ingreso Autorización judicial ordinaria/urgente.....	146
Tabla 39: Datos asistenciales según el tipo de ingreso Autorización judicial ordinaria/urgente.....	148
Tabla 40: Programa Acougo pacientes voluntarios/involuntarios .....	149
Tabla 41: Programa Acougo pacientes Autorización judicial Ordinaria o primaria /urgente o secundaria .....	149
Tabla 42: Programa acougo versus Autorizaciones Judiciales ordinarias o primarias .....	151

Tabla 43: Modelo de regresión logística para determinar qué variables se asocian con el ingreso involuntario .....	155
Tabla 44: Voluntario/involuntario .....	168
Tabla 45: edad .....	168
Tabla 46: sexo varón .....	169
Tabla 47: estado civil soltero .....	169
Tabla 48: Diagnostico Esquizofrenia/T. psicóticos .....	169
Tabla 49: Diagnósticos / Trastornos Afectivos .....	170
Tabla 50: diagnósticos/ Trastornos de personalidad.....	170
Tabla 51: diagnósticos/ Trastornos adictivos .....	170
Tabla 52: tratamiento farmacológico antipsicóticos.....	171
Tabla 53: datos asistenciales/ estancia media (días).....	171
Tabla 54 Autorización Judicial Primaria.....	171
Tabla 55: Autorización Judicial Secundaria.....	171
Tabla 56: AJ Primaria / Secundaria .....	171
Tabla 57: Orden Judicial.....	171

## ***Índice de figuras***

## Índice de figuras

Figura 1: Hospital Marítimo de Oza .....	47
Figura 2: Mapa del área de influencia del Área Sanitaria de A Coruña .....	53
Figura 3: Distribución por sexos y edad de la población del Área Sanitaria de A Coruña. ....	56
Figura 4: Nivel de estudios de los pacientes incluidos en la muestra .....	94
Figura 5: Estado civil de los pacientes incluidos en la muestra .....	94
Figura 6: Antecedentes personales psiquiátricos de los pacientes incluidos en la muestra .....	97
Figura 7: Diagnóstico principal al alta de los pacientes incluidos en la muestra .....	99
Figura 8: Procedencia de los pacientes al ingreso incluidos en la muestra .....	102
Figura 9: Dispositivo de derivación al alta de los pacientes incluidos en la muestra .....	104
Figura 10: Diferencias de sexo en relación al tipo de ingreso .....	107
Figura 11: Estado civil en relación al tipo de ingreso .....	108
Figura 12: Antecedentes personales psiquiátricos pacientes voluntarios/involuntarios .....	111
Figura 13: Diagnóstico principal al alta de los pacientes según el tipo de ingreso voluntarios /involuntarios .....	113
Figura 14: Procedencia al ingreso de los paciente según el tipo de ingreso voluntario/involuntario .....	116
Figura 15: Valoración al alta según el tipo de ingreso voluntario/involuntario .....	118
Figura 16: Estancia media según el tipo de ingreso voluntario/involuntario .....	119
Figura 17: Diferencias de sexo en relación al tipo de ingreso Autorización judicial/Orden judicial .....	122

Figura 18: Antecedentes personales psiquiátricos según el tipo de ingreso Autorización judicial/Orden judicial .....	125
Figura 19: Diagnóstico principal al alta pacientes Autorización judicial/Orden judicial .....	127
Figura 20: Motivo de ingreso según el tipo de ingreso Autorización judicial/orden judicial .....	130
Figura 21: Valoración al alta según el tipo de ingreso Autorización judicial/orden judicial .....	132
Figura 22: Edad de los pacientes en relación al tipo de autorización judicial ordinaria o primaria /urgente o secundaria .....	136
Figura 23: Diferencias de sexo en relación al tipo de ingreso Autorización judicial ordinaria o primaria /urgente o secundaria .....	137
Figura 24: Antecedentes personales psiquiátricos según el tipo de ingreso Autorización judicial ordinaria o primaria /urgente o secundaria .....	140
Figura 25: Antecedentes familiares psiquiátricos según el tipo de ingreso Autorización judicial ordinaria o primaria /urgente o secundaria .....	141
Figura 26: Diagnóstico principal al alta según el tipo de ingreso Autorización judicial ordinaria o primaria /urgente o secundaria .....	143
Figura 27: Valoración al alta según el tipo de ingreso Autorización judicial ordinaria o primaria /urgente o secundaria .....	147
Figura 28: Programa Acougo pacientes voluntarios/involuntarios .....	150
Figura 29: Programa Acougo pacientes Autorización judicial ordinaria o primaria /urgente o secundaria .....	151
Figura 30: Estancia media en relación a la puesta en marcha del Programa Acougo .....	152
Figura 31: Número de ingresos en relación a la puesta en marcha del Programa Acougo .....	153
Figura 32: Motivo de ingreso / Programa Acougo .....	156
Figura 33: Diagnostico / Programa Acougo .....	157
Figura 34: probabilidad ingreso involuntario motivo de ingreso /edad .....	158
Figura 35: voluntario/involuntario .....	168
Figura 36: Diagnostico Esquizofrenia/Trastornos Psicóticos .....	170

## ***Listado de Abreviaturas***

## Listado de Abreviaturas

<i>ACLAD</i>	Asociación ciudadana de lucha contra la droga
<i>Agr.</i>	Agricultura
<i>Ant.</i>	Antecedentes
<i>AJ</i>	Autorización Judicial
<i>APA</i>	Asociación de Psiquiatría Americana
<i>APEM</i>	Asociación Pro enfermos mentales
<i>Art.</i>	Artículo
<i>Arts.</i>	Artículos
<i>Asist.</i>	Asistenciales
<i>BOE</i>	Boletín Oficial del Estado
<i>CHUAC</i>	Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña
<i>C/C</i>	Competencia o Capacidad
<i>CE</i>	Constitución Española
<i>CEIC</i>	Comité ético de investigación clínica de Galicia
<i>CTDS</i>	Competencia para la toma de decisiones
<i>CI</i>	Consentimiento informado
<i>cons.</i>	Construcción
<i>D.</i>	Decreto
<i>Dem.</i>	Demencia
<i>Dipl. Univ.</i>	Diplomatura Universitaria
<i>DOGA</i>	Diario Oficial de Galicia
<i>Educ.</i>	Educación
<i>Fam.</i>	Familiares
<i>FEAFES</i>	Federación de Asociaciones de familiares y personas con Enfermedad Mental
<i>FDA</i>	Food and Drug Administration of EEUU
<i>FP</i>	Formación Profesional
<i>gan.</i>	Ganadería



<i>HADO</i>	Hospital a domicilio de Psiquiatría
<i>IANUS</i>	Plataforma de integración de sistemas y registro de información clínica
<i>INE</i>	Instituto Nacional de estadística
<i>Ind.</i>	Industria
<i>INSALUD</i>	Instituto Nacional de Salud
<i>I-J</i>	Infanto-Juvenil
<i>ILP</i>	Incapacidad laboral permanente
<i>ILT</i>	Incapacidad laboral temporal
<i>Lic.</i>	Licenciado
<i>LEC</i>	Ley de enjuiciamiento civil
<i>Nº</i>	Numero
<i>NIC</i>	Nursing Interventions Classification
<i>NOC</i>	Nursing Outcomes Classification
<i>ONU</i>	Organización de Naciones Unidas
<i>OJ</i>	Orden Judicial
<i>Per.</i>	Personales
<i>PCI</i>	Plan de cuidados individualizado
<i>PIE</i>	Psiquiatría de Interconsulta y enlace
<i>Psiq.</i>	Psiquiátricos
<i>RM</i>	Retraso Mental
<i>Sep/div</i>	Separado/divorciado
<i>SERGAS</i>	Servicio Gallego de Salud
<i>T.</i>	Trastornos
<i>TC</i>	Tribunal Constitucional
<i>TCA</i>	Trastorno de la conducta alimentaria
<i>TDA</i>	Trastorno de déficit de atención
<i>TG</i>	Trastorno Generalizado del desarrollo
<i>Transp.</i>	Transporte
<i>UAD</i>	Unidad asistencial de drogodependencias
<i>UDH</i>	Unidad de desintoxicación hospitalaria
<i>UHP</i>	Unidad de Hospitalización Psiquiátrica
<i>UPIE</i>	Unidad de Psiquiatría de Interconsulta y Enlace
<i>USM</i>	Unidad de salud mental
<i>X.X.I.</i>	Xerencia de Xestión Integrada

## ***Resumen***

## **RESUMEN:**

**Objetivo:** Describir los patrones de ingreso y sus características sociodemográficas, clínicas, asistenciales y terapéuticas de los pacientes que ingresan con intervención judicial en la Unidad de Hospitalización de Agudos del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de A Coruña, tratando de determinar las variables asociadas al mismo y los factores determinantes de ingreso involuntario.

**Material y Métodos:** Estudio de seguimiento retrospectivo. Pacientes ingresados en la UHP del Área Sanitaria de A Coruña, (12 de Marzo de 1996 al 30 de Noviembre de 2009; n: 6.872). Se estudió la asociación entre variables cualitativas con el test estadístico chi-cuadrado y para las variables cuantitativas se realizó la comparación de medias, tras comprobar normalidad con el test de Kolmogorov-Smirnov, con el test T de Student o el test de Mann-Whitney según procediese. Se realizó un análisis multivariante de regresión logística para determinar que variables se asociaban con el ingreso involuntario. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSSv19.0.

**Resultados:** Son mayoritarios los ingresos voluntarios (62,3%) y dentro del grupo de los involuntarios se evidencia un porcentaje estadísticamente mayor de varones (57,8%), solteros (59,1%), con antecedentes personales de Trastornos Psicóticos (38%), diagnosticado de Esquizofrenia/Trastorno psicótico (57,7%), teniendo como motivo principal de ingreso la sintomatología delirante alucinatoria (53,4%), procedentes del Servicio de Urgencias (81,5%), y con una estancia media de 22,02 días. En el grupo de los involuntarios los pacientes que ingresan por Orden Judicial, en contraposición a las Autorizaciones Judiciales se caracterizan por ser varones (92,5%), y con diagnóstico de Esquizofrenia / Trastorno psicótico (50,9%) y de Trastorno de personalidad (17%), con una estancia media de 27,9 días.

**Conclusiones:** Se pone de manifiesto tras la instauración del programa Acougo una disminución significativa de los ingresos de pacientes por Autorización Judicial Primaria u Ordinaria, presentado mayor gravedad y estancia media los pacientes que ingresan de forma involuntaria y en especial los pacientes que ingresan por Orden Judicial, evidenciándose como variables asociadas a un aumento de la probabilidad de ingreso involuntario, el motivo de ingreso, el programa Acougo y el diagnóstico.

## **RESUMO:**

**Obxectivo:** Describir os patróns de ingreso e as suas características sociodemográficas, clínicas, asistenciais e terapéuticas dos pacientes que ingresan con intervención xudicial na Unidade de Hospitalización de Agudos do Servizo de Psiquiatría do Hospital Universitario da Coruña, tratando de determinar as variables asociadas ao mesmo e os factores determinantes de ingreso involuntario.

**Material e Métodos:** Estudo de seguimento retrospectivo. Pacientes ingresados na UHP da Área Sanitaria de A Coruña, (12 de Marzo de 1996 a 30 de Novembro do 2009; n: 6.872). Estudiouse a asociación entre variables cualitativas co test estadístico chi-cadrado e para as variables cuantitativas realizouse a comparación de medias, tras comprobar normalidade co test de Kolmogorov-Smirnov, co test T de Student ou o test de Mann-Whitney según procedera. Realizouse un análise multivariante de regresión loxística para determinar que variables asociábanse co ingreso involuntario. O análise estadístico realizouse co programa SPSSv19.0.

**Resultados:** Son maioritarios os ingresos voluntarios (62,3%) e dentro do grupo dos involuntarios evidenciase un porcentaxe estadisticamente maior de varóns (57,8%), solteiros (59,1%), con antecedentes persoais de Trastornos Psíquicos (38%), diagnosticado de Esquizofrenia/Trastorno psíquico (57,7%), tendo como motivo principal de ingreso a sintomatoloxía delirante alucinatoria (53,4%), procedentes do Servizo de Urxencias (81,5%), e cunha estancia media de 22,02 días. No grupo dos involuntarios os pacientes que ingresan por Orde Xudicial, en contraposición ás Autorizacións Xudiciais caracterízanse por ser varóns (92,5%), e con diagnóstico de Esquizofrenia / Trastorno psíquico (50,9%) e de Trastorno de personalidade (17%), cunha estancia media de 27,9 días.

**Conclusións:** Ponse de manifesto tras a instauración do programa Acougo unha diminución significativa dos ingresos de pacientes por Autorización Xudicial Primaria ou Ordinaria, presentando maior gravidade e estancia media dos pacientes que ingresan de forma involuntaria e en especial os pacientes que ingresan por Orde Xudicial, evidenciándose como variables asociadas a un aumento da probabilidade de ingreso involuntario, o motivo de ingreso, o programa Acougo e o diagnóstico.

## **ABSTRACT:**

**Objective:** To describe the admission patterns and their sociodemographic, clinical, care and therapeutic features among acute patients admitted by judicial intervention to the Hospital Psychiatric Unit (HPU) at the A Coruña University Hospital, trying to identify the variables associated and the determining factors of involuntary admission.

**Material and Methods:** Retrospective follow-up study. HPU inpatients in the A Coruña Health Area (from 1996 March 12th to 2009 November 30th; n = 6.872). The association among qualitative variables with the chi-square statistic test was studied, and the arithmetic mean comparison was used for the quantitative variables, having checked normality with the Kolmogorov-Smirnov test, the Student T test or the Mann-Whitney test, according with what were appropriate. A multivariate analysis of logistic regression was made to determine the variables associated with involuntary admission. The statistical analysis was made with the program SPSSv19.0.

**Results:** Voluntary admissions are majority (62.3%), showing the group of involuntary admissions a statistically greater percentage of males (57.8%), singles (59.1%), with personal backgrounds of Psychotic Disorders (38%), diagnosis of Schizophrenia/Psychotic Disorder (57.7%), being the main reason for admission the hallucinatory delusional symptomatology (53,4%), coming from the Emergency Department (81.5%), and with a mean stay of 22.02 days. In the group of involuntary admissions, the inpatients by Court Order, as opposed to the judicial authorizations, are males (92.5%), with a diagnosis of Schizophrenia / Psychotic Disorder (50.9%) and Personality Disorder (17%), with a mean stay of 27.9 days.

**Conclusions:** After the establishment of the 'Acougo' protocol, a significant decrease of admissions by Primary or Ordinary Judicial Authorization is revealed, presenting more severity and mean stay the involuntary inpatients, especially those with admissions by Judicial Order, having these variables been associated with an increase in the probability of involuntary admissions, the reason for admission, the 'Acougo' program and the diagnosis.

## ***Introducción***

# 1. INTRODUCCIÓN

## 1.1 ANÁLISIS HISTÓRICO DE LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN EN LOS HOSPITALES GENERALES

La psiquiatría como “especialidad médica” emerge a finales del siglo XVIII, aunque es evidente que la enfermedad mental nace de la mano del primer hombre. En el inicio de los tiempos se realizaban procedimientos que iban desde lo mágico a lo religioso o a lo represor, siendo con posterioridad los considerados médicos generales, los que hasta este siglo abordaban los problemas derivados de la enfermedad mental. (1)

Es en la Grecia Clásica en donde se referencian las primeras descripciones clínicas de la enfermedad mental, siguiendo los mismos modelos que para la enfermedad física, siendo de especial relevancia el concepto de enfermedad del alma que describe Platón, que derivó en lo que se definió como “enfermedad de las pasiones”, en contraposición a la enfermedad mental genuina derivada de lesión cerebral, situación que evidencia el alto nivel de complejidad que presenta el quehacer psiquiátrico.

La Edad Media fue un período de la historia absolutamente devastador para las personas que padecían enfermedades mentales, siendo considerados como poseídos por el diablo, con poderes de brujería dañinos para los demás, lo que provocaba en la mayor parte de los casos que fueran torturados y condenados a muerte en su mayor parte.

## 1.Introducción

El 24 de febrero de 1404 se funda en Valencia el primer manicomio del mundo por el fraile mercedario Fray Juan Giliberto Jofre, tras ver como un grupo de muchachos apedreaban a un “pobre loco”, inaugurándose el 1 de Junio de 1410 con el nombre de “Hospital d’inocents, follcs i orats”, creándose nuevas estructuras manicomiales en los años siguientes tanto en España como en Europa. (2)

En el contexto de la Revolución Francesa, aparecen los conocidos como “manicomios”, una institución de régimen cerrado, en la que las personas con trastorno mental son atendidas mediante un sistema alienante y custodial. En 1793 Pinel como director médico de la Bicetre libera a 40 “locos” de las cadenas, elimina los látigos a los vigilantes y se les aplica el conocido como tratamiento moral, que se basa en el concepto de Aristóteles de que la salud mental dependía del equilibrio de las pasiones. Una vez que el paciente había sido subyugado y dominado por el médico, el tratamiento consistía en una combinación de amabilidad, firmeza y represión. Con posterioridad aparecen los hospitales psiquiátricos, que darán asistencia a las personas con patología mental hasta el siglo XX. Es durante este último siglo, que el mundo comienza a ver las posibilidades y beneficios de una atención a estos individuos desde un punto de vista más integrador, se perfilan así los hospitales o servicios de atención en salud mental como un instrumento terapéutico, buscando nuevos modelos de práctica para reducir la estancia y favorecer la reinserción en la sociedad. Este último punto se desarrolla gracias a la asistencia comunitaria y a la revolución psicofarmacológica, consiguiéndose a partir de los años 1950-1960 la externalización de los pacientes en los hospitales psiquiátricos, creándose dispositivos intermedios que permiten y posibilitan el abordaje terapéutico de los pacientes en su entorno habitual (3).

En la Medicina Popular Gallega y en nuestro medio todavía persisten “creencias” sobre la etiología de la enfermedad mental y con una riquísima complejidad



## 1.Introducción

fenomenológica, que van desde la superstición como en el “mal de ollo” o “la caída de la paletilla” a hipótesis de base somatógena como la relación entre el exceso o la ausencia de sangre menstrual con la enfermedad, acudiendo todavía a nuestras consultas mujeres que relacionan su enfermedad con la amenorrea derivada de lo que consideran un efecto toxico de la sangre menstrual retenida o la debilidad originada a nivel cerebral de otras afecciones (anemias, hipovitaminosis...), pasando por los traumas psíquicos referidos por los pacientes como “o disgusto o susto” que “queda dentro” teniendo que proceder a su extracción para que los pacientes puedan mejorar clínicamente. No se puede olvidar en un texto elaborado desde Galicia “o meigallo” interpretado “delirio de posesión do demo” que viene definido por la creencia de sentirse poseído por el demonio atribuyendo todos sus síntomas a la posesión o “enmeigamento”, persistiendo en la actualidad y en nuestro medio los agentes sanadores como “as meigas”, “os meigos”, “as bruxas”, “os curandeiros” e “as sabias” entre otros, aconsejando la mayoría de ellos a los pacientes que además de cumplir con las prácticas propias de su hacer y saber, cumplan con las indicaciones terapéuticas de los médicos psiquiatras como parte fundamental del proceso, situación de gran ayuda, teniendo en cuenta la escasa conciencia de enfermedad que forma parte del complejo sindrómico del enfermar psíquico (1).

Un hecho histórico que posibilitó junto con otros factores la integración de la asistencia psiquiátrica en los Hospitales Generales fué el mensaje que J.F. Kennedy pronunció en el congreso de los EEUU en 1963 en el que textualmente refería “Ningún Hospital General de la Comunidad rinde un servicio completo, a menos que acepte pacientes mentales para la hospitalización corta, y por tanto disponga de una Unidad Psiquiátrica... Un Hospital con tales medios debe de ser considerado parte integral de un sistema total de servicios para los enfermos mentales de su área”.

## **1.Introducción**

La integración propicia no solo un abordaje terapéutico integrador sino el contacto directo con otros profesionales que hace que la psiquiatría como especialidad no sea vista como algo ajeno a la Medicina, creándose en nuestro país en 1983 la Comisión Ministerial para la reforma Psiquiátrica, que propone cambios como la integración de la asistencia psiquiátrica en el sistema de salud, el establecimiento de formas de colaboración con otras áreas (escolar, laboral) que intervienen en el desarrollo de la salud mental, la mayor descentralización posible en gestión de los Servicios de salud, la potenciación de acciones de protección de la salud mental y de la atención psiquiátrica dentro del entorno social propio de la población en riesgo, la reducción de las necesidades de hospitalización por causa psíquica mediante la creación de recursos alternativos eficaces, el desarrollo de programas de rehabilitación para el enfermo mental y la garantía de los derechos civiles del paciente frente a las actuaciones sanitarias, que pueden llevar consigo una delimitación de la libertad, plasmándose este informe en la Ley General de Sanidad (1986) que incluye de pleno derecho en las prestaciones del Sistema Nacional de Seguridad Social a la Asistencia Psiquiátrica, potenciándose los distintos programas asistenciales entre los que se incluyen las Unidades de Hospitalización Breves integradas en los Hospitales Generales, que se han ido extendiendo de forma gradual por todo el Estado y en nuestra comunidad autónoma, inaugurándose la primera Unidad de Hospitalización de Psiquiatría pública en la ciudad de A Coruña el 12 de Marzo de 1996, "solo" diez años después de la promulgación de la Ley General de Sanidad y treinta y tres años más tarde desde la declaración de J.F. Kennedy, modificando el enfoque tradicional que se venía prestando a los Trastornos Mentales Severos con una estancia media entre 15 y 23 días, acercándolo más al modelo de intervención en crisis y propiciando un rápido retorno del paciente a su medio habitual.

## **1.Introducción**

Las Unidades de Hospitalización de Agudos ubicadas en los Hospitales Generales son un hecho relativamente reciente respondiendo al Artículo 20 de la Ley General de Sanidad 14/1986 de 25 de abril (BOE nº 103, 29/04/86), superando la situación previa en la que los ingresos tenían lugar en los Hospitales Psiquiátricos. (Anexo 1)

La Psiquiatría es por tanto una especialidad médica tal como recoge el Real Decreto 183/2008, con una implicación cultural estrecha que se visualiza de forma clara en las distintas comunidades. En el momento actual y al igual que ocurre con otras especialidades médicas las actuaciones terapéuticas basadas en la evidencia de datos científicamente demostrados con un patrón de conducta universalmente aceptado, (aunque respetando el importante matiz que supone la individualidad del hombre enfermo), pero en el momento actual y en todas las especialidades médicas se evidencia un cambio cualitativo muy importante en la relación médico paciente, que convierte a este último en participe activo de su proceso terapéutico, lo que dota de una mayor complejidad a este proceso, a diferencia de la relación asimétrica que existía en otros tiempos y colocaba al médico en una posición de dominancia en la toma de decisiones. (1)

### **1.2 INGRESOS INVOLUNTARIOS:**

Los ingresos involuntarios suponen una considerable proporción de todos los ingresos hospitalarios psiquiátricos en el mundo, con diversos matices y características dependiendo de la población de referencia y la legislación vigente. Casi todos los estudios indican una peor evolución y una mayor tasa de reingresos entre los pacientes que han requerido ingreso involuntario. El motivo principal para indicar un ingreso involuntario es la negativa del paciente a aceptar dicho

## 1.Introducción

internamiento tras indicación médica en el caso de las Autorizaciones Judiciales, o el dictamen judicial que impone dicho internamiento como una medida cautelar o de cumplimiento de una sentencia como es el caso de las Ordenes Judiciales.

En la literatura científica se visualiza una amplia variabilidad en cuanto el porcentaje de internamientos voluntarios e involuntarios, incluso dentro del mismo país, por lo que hay que tener en cuenta las diferentes legislaciones, aunque en definitiva se pueden dar cuatro situaciones para un eventual ingreso en Unidades de Psiquiatría en España: (4)

- a) Que el paciente no presente ningún déficit ni alteración de su capacidad pero a pesar de ello se le ingrese aplicando el artículo 763 de la LEC.
- b) Que el paciente sea incapaz, pero a pesar de ello se le ingrese de forma voluntaria
- c) Que el paciente mantenga conservada su capacidad y se ingrese de forma voluntaria.
- d) Que el paciente sea incapaz, y se le ingrese de forma involuntaria

La frecuencia de cada tipo es variable, pero algunos estudios explicitan que dos tercios de los ingresos totales pertenecen a los apartados c) y la d), (4) quedando el otro tercio repartido entre los apartados a) y la b). Es evidente que la situación c) no generaría problemas ni dificultades ya que se trataría de pacientes con indicación de ingreso por un psiquiatra y que aceptan este de forma voluntaria, en cambio las otras situaciones generan graves conflictos éticos y en especial la a) y la b).(5)

La distinción voluntario/ involuntario debería significar que son involuntarios aquellos enfermos que han expresado claramente su voluntad de no ser ingresados, y que esta voluntad no ha sido respetada, porque la enfermedad mental ha alterado la

## 1.Introducción

capacidad de tomar una decisión sobre su propio ingreso. Pero en la práctica clínica habitual en nuestro medio, pacientes que no aceptan el ingreso de forma voluntaria tras la indicación facultativa correspondiente son “persuadidos” para que acepten el ingreso, y en otras ocasiones se solicita la autorización judicial en pacientes que de hecho podrían ser voluntarios. Con esto sólo queremos subrayar que la distinción voluntario/ involuntario a nivel legal no se correlaciona con la voluntad real de los pacientes y presenta una regulación legal diferente en distintos países.

En un estudio pionero ya se demostró que gran parte de los ingresos voluntarios se habían efectuado bajo alguna forma de coacción (6). Este estudio fue replicado 20 años más tarde por Lewis D. (7). Sin embargo, la forma más frecuente de intentar modificar la decisión del paciente no es la coacción sino la persuasión, tal y como demostró Lidz (8) al estudiar las transcripciones de las entrevistas que tenían lugar en la urgencia.

En una muestra de 157 ingresos, de los cuales 66 fueron involuntarios, se encontró que en el 38,6% de los ingresos voluntarios se le dijo al enfermo que, de no aceptar el ingreso voluntario, sería ingresado en contra de su voluntad (9). En otro estudio de pacientes ingresados de manera voluntaria e involuntaria Beck y Golowka (10) realizaron entrevistas en el momento del ingreso y al alta. En el ingreso el 56% de los enfermos legalmente voluntarios afirmaron haber sido coaccionados, mientras que el 22% de los enfermos legalmente involuntarios afirmaron que el ingreso fue una opción voluntariamente escogida, siendo importante reseñar la aceptación de la voluntariedad del ingreso en pacientes con alteraciones en su capacidad/competencia. Tal y como aboga Calcedo Barba “una asistencia clínica que tienda a la excelencia y respete principios básicos de ética implicaría la supresión de estas prácticas, y seguir tomando las mismas decisiones, aunque luego las apliquemos sin coacciones ni engaños”. Es posible, pues, seguir efectuando los

## **1.Introducción**

mismos internamientos involuntarios, sin hacer dejación de nuestras responsabilidades y de acuerdo a la lex artis pero actuando de una manera más abierta. Todo enfermo, al igual que todo ciudadano, quiere que se tomen decisiones sobre él o ella de manera transparente (11).

Es en nuestro actual contexto socio-político cuando la Ley General de Sanidad (1.986) marca claramente los principios de integración en el sistema sanitario general de la asistencia psiquiátrica, estableciéndose en referencia a la hospitalización psiquiátrica que esta debe realizarse en las Unidades de Hospitalización y dentro de los Hospitales Generales (principio 21 del Informe y Art. 20 de la Ley).

En nuestra Comunidad Autónoma el Decreto de Ley de Salud Mental del 2 de Enero de 1.995 da contenido legal a las directrices referidas con anterioridad. Es pues a partir de la publicación de la Ley General de Sanidad, cuando y como consecuencia de ella que comienza a generalizarse en el Estado Español la atención a la patología psiquiátrica aguda en dispositivos asistenciales específicos con una ubicación física en los Hospitales Generales, situación anómala que se mantiene hasta el 12 de Marzo de 1.996 en nuestra área sanitaria. Esta fecha marca un hito histórico en el devenir de la asistencia psiquiátrica en nuestra Área de referencia, ya que es a partir de entonces cuando inicia su andadura asistencial la Unidad de Hospitalización del Servicio de Psiquiatría del Complejo Universitario Hospitalario de A Coruña.

### **1.3 ANÁLISIS HISTÓRICO LEGAL DE LA JURISPRUDENCIA MÉDICO LEGAL**

Pero si desde el punto de vista de la integración sanitaria, el camino de la hospitalización de los pacientes con trastornos mentales y del comportamiento en hospitales generales en igualdad de condiciones con otras patologías médicas ha

## 1.Introducción

sido largo y costoso, no menos complejo ha sido el camino medicolegal para asegurar una asistencia de calidad y de respeto a principios bioéticos de los pacientes que rechazan la medida de ingreso y no presentan una adecuada capacidad/competencia para poder oponerse a tal medida, o bien en el caso de los pacientes que acepten dicha indicación terapéutica y su capacidad/competencia se vea gravemente alterada, lo que anula de por sí el Consentimiento Informado de aceptación del programa terapéutico en un régimen hospitalario.

En el Título I del Capítulo III del artículo 49 de la Constitución Española de 1978, se cita de forma literal “Los poderes Públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestará la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos”, teniendo esta potestad para imponer a un sujeto un internamiento por motivos psiquiátricos, en base a dos bases teóricas que Aristóteles confiere al Estado, por un lado, el “Poder Policial”, para proteger a los ciudadanos del peligro y del daño y, por otra parte, el “Parens Patriae” para ayudar a las personas necesitadas de una asistencia parental (mantenimiento, protección, alimentación y educación), asumiendo la función de padre de todos los ciudadanos que no cuenten con familiares o allegados que puedan socorrerles en situaciones de necesidad. Como refiere Berkovitz “El Estado posee la autoridad, investida en su poder policiaco, para detener, con objeto de que reciban tratamiento y proteger a la sociedad, a aquellos individuos que son considerados peligrosos y para su propia protección”. La doctrina de la “Patria Potestad” permite al Estado intervenir y actuar como sustituto de los padres para aquellas personas que no son capaces de cuidarse por si mismas o corren el riesgo de dañarse ellos mismos” (12). El poder de protección frente al peligro y el daño es el fundamento de los internamientos forzosos derivados de la

## 1.Introducción

peligrosidad del sujeto, mientras que la función paternalista del Estado justifica su intervención para ingresar y tratar a las personas que necesitan una ayuda para recobrar su salud, o evitar un mayor deterioro de la misma, encontrándonos que en nuestro actual sistema legal la normativa se encuentra derivada del Parens Patriae en una concepción claramente paternalista en contraposición a otros países de nuestro entorno como Francia o Inglaterra que como veremos más adelante tienen en cuenta la posibilidad de causar daño a otras personas como causa de un ingreso no voluntario (13). Como se ha comentado la creación del primer hospital psiquiátrico de la historia en Valencia tuvo como objetivo principal socorrer a los dementes que sufrían un trato degradante por parte de sus congéneres, pero poco a poco este principio humanista se transformó en una función represora y custodial para proteger a la sociedad del potencial peligro de los pacientes, habiendo cumplido históricamente en nuestro medio las instituciones psiquiátricas esta doble función, sirviendo, como han denunciado numerosos críticos de la Psiquiatría, para proteger a la sociedad del enfermo mental supuestamente peligroso o molesto socialmente, y desarrollan una finalidad paternalista orientada a ayudar o a imponer la ayuda al enfermo. Esta doble función desencadenó que los enfermos mentales vivieran durante siglos en una situación de absoluto desamparo.

Las reglamentaciones actuales en nuestro medio emanan no solo de la Constitución española de 1978, sino de una serie de convenios, acuerdos y directivas enmarcadas en el ámbito de la Comunidad Europea de las que reseña a continuación aquellas que se consideran más significativas (14).

En el Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales (Roma, 4.XI.1950), en su artículo 5 relativo al derecho a la libertad y a la seguridad, en su apartado 1 se refiere que toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie por tanto puede ser privado de su libertad, salvo



## **1.Introducción**

en los casos siguientes y con arreglo al procedimiento establecido por la ley, especificando en el apartado e) que si se trata de una persona susceptible de propagar una enfermedad contagiosa, de un enajenado, de un alcohólico, de un toxicómano o de un vagabundo, la privación de libertad se considera conforme a derecho, (15). Por otra parte en el convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina (Aprobado por el Comité de Ministros el 19 de noviembre de 1996, aprobado y ratificado por España el día 23 de julio de 1999. Consejo de Europa), se considera que la finalidad del Consejo de Europa es la de conseguir una unión más estrecha entre sus miembros y que uno de los medios para lograr dicha finalidad es la salvaguardar el fomento de los derechos humanos y de las libertades, siendo conscientes de los rápidos avances de la biología y la medicina, de la necesidad de respetar al ser humano a la vez como persona y como perteneciente a la especie humana y reconociendo la importancia de garantizar su dignidad, de las acciones que podrían poner en peligro esta, mediante una práctica inadecuada de la biología y la medicina, por ello tomando en consideración los trabajos de la Asamblea Parlamentaria en este ámbito, comprendida la Recomendación 1160 (1991) sobre la elaboración de un Convenio de Bioética, se decide adoptar las medidas adecuadas, en el ámbito de las aplicaciones de la biología y la medicina, para garantizar la dignidad del ser humano y los derechos y libertades fundamentales de la persona. Entre lo convenido, existen capítulos dedicados de forma específica, en sus artículos 6, 17 y 20 a la protección de las personas que no tengan capacidad para expresar su consentimiento, para tratamientos o en investigación y ensayos clínicos o en extracción de órganos, en cuyos casos sólo podrá efectuarse una intervención a una persona que no tenga capacidad para expresar su consentimiento, cuando redunde en su beneficio directo. El artículo 7, sobre protección de las personas que sufran trastornos mentales graves que sólo podrán ser sometidas, sin su consentimiento, a

## **1.Introducción**

una intervención que tenga por objeto tratar dicho trastorno, cuando la ausencia de ese tratamiento conlleve el riesgo de ser gravemente perjudicial para su salud y a reserva de las condiciones de protección previstas por la ley, que comprendan procedimientos de supervisión y control, así como de medios de elevación de recursos.

Cosideramos relevantes tener en cuenta las recomendaciones y resoluciones del Consejo de Europa, que ponen en valor la protección jurídica de las personas que presentan un Trastorno Mental, y por ello son objeto de un ingreso hospitalario, tanto de forma involuntaria y que tienen en cuenta aspectos como los procedimientos y las condiciones de ingreso, los tratamientos, los problemas y abusos en psiquiatría y la situación de las personas detenidas. (Anexo 2)

En otras instancias como la ONU y en el Documento de Naciones Unidas sobre la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención en Salud Mental del año 1991, se hace alusión expresa al tema de los internamientos, resultando de aplicación a todas aquellas personas que ingresan en una institución psiquiátrica.

En el Anexo 3 se describen de entre todas las recomendaciones y principios los siguientes: (16) (17)

Principio nº 11.- Consentimiento para el tratamiento

Principio nº 13.- Derechos del paciente y condiciones en las instituciones psiquiátricas.

Principio 14.- Recursos de las Instituciones Psiquiátricas

Principio 15.- Principios de admisión

Principio 16.- Admisión forzosa

## 1.Introducción

Principio 17.- Organo de control

Principio 18.- Garantías de los procedimientos

Además del desarrollo legal no podemos olvidarnos de los principios éticos que nos obligan a todos los médicos por lo que se considera relevante hacer referencia expresa a la Declaración de Hawai (1977) (Guías éticas para los psiquiatras de todo el mundo. Asamblea General de la World Pyschiatric Association (1977) (18), en la que se explicita que el objetivo de la psiquiatría consiste en promover la salud, así como el desarrollo y la autonomía personal. De acuerdo con lo mejor de su capacidad, así como los principios científicos y éticos aceptados, el psiquiatra servirá a los intereses del paciente, y también se preocupará por el bien común y la distribución justa de los recursos sanitarios. Para cumplir esos objetivos, se necesita una investigación incesante y una educación continuada del personal sanitario, los pacientes y el público general. (Anexo 4)

Analizada la declaración de Hawai desde una visión ética, a continuación se abordará la evolución de la regulación judicial del internamiento, la cual es relativamente antigua. Dicha regulación surge en Francia, con la Ley de 1838, que se mantuvo vigente hasta 1990 y que establecía cautelas para evitar el ingreso arbitrario y proteger la persona, los derechos y los bienes del enfermo. Esta Ley tuvo una importante repercusión en toda Europa y bajo su influencia fueron apareciendo diferentes normativas nacionales.

En nuestro medio la legislación vigente en España sobre el internamiento de enfermos mentales tiene su punto de partida en época moderna en la Ley de Beneficencia de 1822, que se ocupa por primera vez de los derechos y deberes de los alienados. Se encuentra la primera legislación española sobre ingreso psiquiátrico forzoso en el Real Decreto de 19 de mayo de 1885, sobre Reclusión de Dementes

## 1.Introducción

Civiles, previo a la aparición del primer Código Civil (1889) (12). En el mes de Mayo de 1885 se aprueba el Reglamento Orgánico para el régimen y el gobierno interior del Manicomio de Santa Isabel de Leganés, relativo a los criterios para la admisión de enfermos, estableciéndose con posterioridad las reglas para el ingreso de los dementes en los manicomios del estado, provinciales y particulares (19). Esta regulación inicial distinguía entre un ingreso de observación, administrativo, por un plazo de seis meses, ampliado posteriormente a un año, y la reclusión definitiva, con control judicial. La familia jugaba un papel determinante, ya que podía solicitar el ingreso de observación y anular el internamiento de oficio aun cuando el enfermo fuera peligroso, siempre que se hiciera cargo de su custodia y asumiera los posibles riesgos penales derivados. De esta manera, el ingreso quedaba en manos de la familia y no de los médicos y su finalidad era primariamente social, al apartar de la vida social a las personas que no podían hacer una vida normal (20) (21) (22). Posteriormente, el Estatuto Provincial, aprobado por decreto ley de 20 de Marzo de 1925, encomendó a las Diputaciones Provinciales el sostenimiento de una “casa de reclusión de dementes pobres”, admitiéndose la concertación de este servicio con instituciones de tipo privado o prestándose con medios propios (19). La normativa se mantuvo en vigor hasta el Decreto de 3 de julio de 1931 sobre Asistencia de Enfermos Psíquicos, que en su artículo 10 distinguía entre las modalidades de ingreso la “admisión de un enfermo psíquico por indicación médica (admisión involuntaria) que sólo podrá tener el carácter de medio de tratamiento y en ningún caso de privación correccional de la libertad”.

Este decreto (3 de Julio de 1931) establecía los siguientes mecanismos de ingreso:

- a) Ingreso por propia voluntad

## 1.Introducción

- b) Ingreso involuntario por indicación médica en casos de enfermedad psíquica que aconsejara el aislamiento, peligrosidad de origen psíquico o toxicomanía incorregible
- c) Ingreso por orden gubernativa, para observación del paciente, emitida por el gobernador civil o en capitales de provincia por el jefe de Policía o incluso por los propios alcaldes en otras ciudades, cuando concurra un estado de peligrosidad para sí mismo o los demás o cuando haya peligro inminente para la tranquilidad, la seguridad o la propiedad pública o privada, o incluso la del propio enfermo, siendo en principio estos ingresos de 24 horas de duración estableciéndose que tras ese plazo debía comunicarse el ingreso al Juzgado de Primera instancia y al Gobernador y que el paciente debía ser visto por un delegado gubernativo. Asimismo, preveía que pudieran denunciarse los internamientos indebidos.
- d) Ingreso por Orden Judicial en aplicación de lo dispuesto en el Código Penal (Art. 16.b Decreto de 3 .7.1931) (12) (19).
- e) Las razones o indicaciones para certificar la admisión de una persona en un establecimiento eran:
  - 1) La enfermedad psíquica que aconseje su aislamiento.
  - 2) La peligrosidad de origen psíquico.
  - 3) La incompatibilidad con la vida social.
  - 4) Las toxicomanías incorregibles que pongan en peligro la salud del enfermo o la vida y los bienes de los demás.

Este decreto, específicamente regulador del tratamiento de los enfermos mentales, tiene un carácter progresista sobre la legislación anterior, aunque los

## 1.Introducción

cambios sociales, las nuevas orientaciones terapéuticas y las deficiencias de la infraestructura sanitaria pronto lo convierten en inadecuado, con una pérdida efectiva de los derechos inalienables de los pacientes, por ello y en un intento de superar esta inadecuación en la practica clínica habitual se dictan múltiples disposiciones y leyes (Ley de Sanidad Nacional de 25 de noviembre de 1944; Ley de Hospitales de 21 de julio de 1967; Decreto de 24 de mayo de 1943, sobre Dispensarios de Higiene mental; Ley de Vagos y Maleantes de 4 de agosto de 1933, sustituida por la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social de 4 de agosto de 1970, posteriormente modificada por la Ley 77/1978 de 28 de noviembre, cuyos artículos 3 y 5 aluden a las consecuencias de la enfermedad mental entre otras, que junto al articulado contenido en el Código Civil (Arts. 763 y siguientes) y en el Código Penal encuadran el panorama legislativo español vigente en el momento, si bien hay que tener en cuenta la sentencia del Tribunal Constitucional N° 132/2010 de 2 de Diciembre a propósito de la declaración de inconstitucionalidad del Artículo 763-1 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, en la que se le insta al legislador que a la mayor brevedad posible proceda a modificar la medida de internamiento no voluntario con una regulación que debe de tener rango de Ley Orgánica.

Fuera de nuestro entorno y a lo largo de los años 1970 y 1980 se produjeron en Europa y Norteamérica sucesivos cambios sociales y asistenciales, así como un creciente reconocimiento de los derechos de los enfermos mentales que se plasmaron en modificaciones legislativas relevantes. En 1977, la Asamblea Consultiva del Consejo de Europa adoptó la Recomendación 818, sobre la situación de los enfermos mentales, en la que se destacaba la necesidad de una mejor protección jurídica de estas personas, en particular de los que están sometidos a internamientos involuntarios. Más adelante, un grupo de expertos dependientes del Comité Europeo de Cooperación Jurídica examinó la cuestión del internamiento

## 1.Introducción

involuntario con el doble objetivo de ensayar una posible armonización de las legislaciones de los países europeos sobre la materia e intentar una mejor protección de los derechos de los pacientes sometidos a la medida. Finalmente, en 1983, el Consejo de Europa promulgó la Recomendación 83.2, que fue adoptada por el Comité de Ministros, y en la cual se definen las condiciones del internamiento en pacientes con trastornos mentales y del comportamiento.

También en 1983, se produjo en España una modificación del Código Civil que derogó el Decreto de 1931 y que se derivaba de los cambios descritos a nivel internacional, así como de la necesidad de armonizar el ingreso psiquiátrico con la todavía reciente Constitución de 1978 y el Convenio Europeo de Derechos Humanos, ratificado por nuestro país en 1979 (13). En general, la práctica de la Europa continental muestra sustanciales similitudes y se diferencia considerablemente de la “Mental Health Act” de Inglaterra y Gales. Las similitudes entre los países continentales son atribuidas a la tradición legal Romano-Germánica, mientras que el Reino Unido se inspira fundamentalmente en la “Common Law” y en el principio de “equidad” y tiene una escasa influencia del Derecho Romano. Dentro de los países continentales mencionados, también existen diferencias. Así, mientras en Alemania es imprescindible la peligrosidad para poder realizar un internamiento involuntario, no lo es en Italia ni en España, presentando Francia un modelo estrictamente administrativo tanto en la demanda por terceros como en la hospitalización de oficio, renovando la hospitalización voluntaria por períodos mensuales, y emitiendo un informe facultativo en un plazo no superior a 15 días en los ingresos involuntarios, no pudiendo en el Reino Unido exceder el ingreso no urgente de 28 días y el urgente de 72 horas, siendo en Italia el modelo mixto, administrativo-judicial, no siendo perceptivo que sea un psiquiatra quien realice la indicación pertinente de ingreso, que debe de ser ratificado por otro médico de la Unidad Sanitaria Local, siendo ratificado

## 1.Introducción

el internamiento por el Juez. En EEUU la dispersión medico legal es aún mayor ya que no existe una regulación uniforme en los diferentes estados federales, estando regulado en el estado de New York y en el caso de los ingresos urgentes una duración máxima de 15 días, previa comprobación del estado mental del paciente por el personal del centro en las primeras 48 horas y autorización del tribunal competente, teniendo el ingreso por prescripción facultativa una duración no mayor de 60 días, pudiendo prolongarse el internamiento entre 6 meses y 2 años en relación a si se realiza la correspondiente audiencia judicial (23).

En la legislación específica en EEUU se contemplan tribunales especiales para autorizar los internamientos, el desarrollo del habeas corpus, la posibilidad del rechazo a ciertos tratamientos (medicación neuroléptica, por ejemplo), posible, aún en pacientes incapacitados. En general, hay una mayor sensibilidad y desarrollo de medidas de respeto ético de las actuaciones (las medidas de contención y aislamiento están rígidamente reguladas; el consentimiento informado es una práctica habitual, abundan los protocolos por actividades). Pero y debido a la estructura política federal existe una gran variedad de reglamentaciones según los Estados (24).

La Constitución de 6 de diciembre de 1978 (arts. 17, 24, 43) viene a significar el punto de partida de una amplia reforma legislativa, que todavía se hará, sin embargo, esperar algunos años. El cambio de la situación de los enfermos mentales dentro del marco del ordenamiento jurídico español no se produce hasta el año 1983, en que se realizan las siguientes reformas legislativas, actualmente base del tratamiento jurídico del enfermo mental:

1. Reforma parcial y urgente del Código Penal: Ley Orgánica 8/83 de 25 de junio (25), que viene a modificar artículos tan importantes para el enfermo mental y



## 1.Introducción

su consideración como los Arts. 8 y 9 (derogando también el párrafo 1 del Art. 580). A partir de este momento, los Jueces y Tribunales disponen de recursos para individualizar la Pena, ajustándola a las circunstancias de cada sujeto, y enfocándose hacia la recuperación/rehabilitación del individuo.

2. La Ley 13/1983 de 24 de Octubre de Reforma del Código Civil en materia de Tutela (B.O.E. n.º 256, 26 Diciembre 1983) que viene a modificar dos trascendentales aspectos:
  - a) Los Internamientos Psiquiátricos, derogando (Art. 2, párrafo 2) del Decreto de 3 de julio de 1931, y regulando los internamientos por el artículo 211 y con posterioridad desde el año 2001 por el artículo 763.
  - b) La Incapacitación Civil y Tutela, remodelando el texto legal, y regulando las condiciones, requisitos y procedimientos para la incapacitación, de una forma más elaborada y acorde a la problemática del sujeto.

Un año más tarde, se regula el procedimiento de Habeas Corpus (Ley Orgánica 6/1984 de 24 de mayo) (Regulación del procedimiento de Habeas Corpus) (B.O.E. n.º 126 de 26 de Mayo), salvaguardando de este modo la libertad personal frente a la eventual arbitrariedad de los poderes públicos. En el orden civil se otorga papel prioritario al Juez, quedando supeditados los facultativos y los familiares del paciente a las decisiones de aquél en materia de internamientos. Asimismo, se articulan los procedimientos a seguir en materia de incapacitación y tutela. El artículo 211 del Código Civil establecía que: El internamiento de un presunto incapaz requerirá la previa autorización judicial, salvo que razones de urgencia hiciesen necesario la adopción de tal medida, de la que se dará cuenta cuanto antes al Juez y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas. El Juez, tras examinar a la persona y oír el dictamen de un facultativo por él designado, concederá o denegará la autorización

## 1.Introducción

y pondrá los hechos en conocimiento del Ministerio Fiscal a los efectos prevenidos en el artículo 203. De esta manera, se fijaba el control judicial del ingreso, aun a costa de que quedaran sin definir las indicaciones del mismo (presentes en las legislaciones al efecto de otros países). Por otra parte, la nueva regulación ligaba el internamiento forzoso a una situación de incapacidad o incompetencia del sujeto, más que a su rechazo de la medida, lo que supone un avance sustancial en los procedimientos terapéuticos involuntarios. Más adelante, con motivo de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, se introdujo un cambio en la redacción del Art. 211 del Código Civil: El internamiento por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad, requerirá autorización judicial (...). La nueva redacción, aun más explícita en la fundamentación paternalista de la medida, se mantiene en lo esencial en el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, y sigue sin mencionar los supuestos o indicaciones en los que tendría sentido el internamiento forzoso. Esto la hace inusual en relación con otros países en los que de manera más o menos explícita se exige para el ingreso que existan criterios de riesgo (de grave empeoramiento, de deterioro social, personal o financiero, de muerte) para el paciente o para terceros. En este sentido, por ejemplo, la Ley francesa de 1990 permite una hospitalización forzosa para los pacientes.

En el artículo 763 del código civil, que es la normativa que se encuentra en vigor en el momento actual, a pesar de haber sido objeto de una declaración de inconstitucionalidad en el apartado 1, se establece que:

1. El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí mismo, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento.

## **1.Introducción**

La autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida. En este caso, el responsable del centro en que se hubiere producido el internamiento deberá dar cuenta de éste al tribunal competente lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación de dicha medida, que deberá efectuarse en el plazo máximo de setenta y dos horas desde que el internamiento llegue a conocimiento del tribunal. En los casos de internamientos urgentes, la competencia para la ratificación de la medida corresponderá al tribunal del lugar en que radique el centro donde se haya producido el internamiento. Dicho tribunal deberá actuar, en su caso, conforme a lo dispuesto en el apartado 3 del artículo 757 de la presente Ley.

2. El internamiento de menores se realizará siempre en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor.
3. Antes de conceder la autorización o de ratificar el internamiento que ya se ha efectuado, el tribunal oirá a la persona afectada por la decisión, al Ministerio Fiscal y a cualquier otra persona cuya comparecencia estime conveniente o le sea solicitada por el afectado por la medida. Además, y sin perjuicio de que pueda practicar cualquier otra prueba que estime relevante para el caso, el tribunal deberá examinar por si mismo a la persona de cuyo internamiento se trate y oír el dictamen de un facultativo por él designado. En todas las actuaciones, la persona afectada por la medida de internamiento podrá disponer de representación y defensa en los términos señalados en el artículo 758 de la presente Ley. En todo caso, la decisión que el tribunal adopte en relación con el internamiento será susceptible de recurso de apelación.

## 1.Introducción

4. En la misma resolución que acuerde el internamiento se expresará la obligación de los facultativos que atiendan a la persona internada de informar periódicamente al tribunal sobre la necesidad de mantener la medida, sin perjuicio de los demás informes que el tribunal pueda requerir cuando lo crea pertinente. Los informes periódicos serán emitidos cada seis meses, a no ser que el tribunal, atendida la naturaleza del trastorno que motivó el internamiento, señale un plazo inferior. Recibidos los referidos informes, el tribunal, previa la práctica, en su caso, de las actuaciones que estime imprescindibles, acordará lo procedente sobre la continuación o no del internamiento. Sin perjuicio de lo dispuesto en los párrafos anteriores, cuando los facultativos que atiendan a la persona internada consideren que no es necesario mantener el internamiento, darán el alta al enfermo, y lo comunicarán inmediatamente al tribunal competente.

De todos es conocido que en la practica clinica y ante las situaciones de urgencia el disponer de una Autorización Judicial previa es algo más que un quimera por lo que el internamiento no voluntario se produce por el procedimiento de urgencia, tras valoración de un facultativo, que generalmente es el psiquiatra de guardia en los Hospitales Generales, debiendo de comunicarse el ingreso en un plazo de 24 horas, para que se pueda realizar la oportuna valoración por el equipo judicial, que se deberá realizar en un plazo máximo de 72 horas, situación que aunque medicaliza la decisión del ingreso, pone en cuestión aspectos éticos sobre la urgencia del ingreso involuntario.

### 1.4 TIPOS DE INTERNAMIENTO EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE UN SERVICIO DE PSIQUIATRÍA.

Según la participación o aceptación del ingreso psiquiátrico por parte del paciente, pueden considerarse los siguientes tipos de internamientos:

#### I. Ingresos voluntarios

El ingreso voluntario se define como “Internamiento no judicial que se establece por contrato entre el paciente y la Institución” (26). Este contrato terapéutico implica que el paciente puede abandonar el tratamiento y pedir voluntariamente el alta, lo que es preceptivo conceder, ya que no se le puede retener en contra de su voluntad sin previa autorización judicial (27). Sin embargo, si durante la permanencia del enfermo en el Centro Psiquiátrico se produjera empeoramiento del cuadro que motivó su ingreso, el paciente anulara su voluntad previa, y el médico responsable considerará imprescindible continuar su hospitalización, deberá comunicárselo al Juez en menos de 24 horas. En España no existe una regulación legal específica pudiendo aplicarse por ello las siguientes pautas:

- a) Si el paciente es competente este puede solicitar en el uso de su capacidad su ingreso en una unidad de hospitalización debiendo en último caso ser el facultativo el que dictamine la procedencia de dicho ingreso.
- b) Si el paciente es incompetente, no reúne criterios para realizar esta modalidad de ingreso aunque el propio paciente y su familia la soliciten.

Tal y como Drane refiere solo se plantea el problema de la competencia cuando el paciente rechaza la indicación de ingreso, aunque es importante reseñar que “la voluntad inicial... deberá estar exenta de vicios que la anulen” (28). Ramos Chaparro propone que sería preciso un desarrollo normativo de la figura del ingreso voluntario, aportando las siguientes garantías:

## 1.Introducción

- Constancia escrita y expresa del consentimiento del solicitante.
- Constancia del diagnóstico previo del que resulte la indicación del tratamiento.
- Dictamen sobre la capacidad del solicitante.
- Puesta en conocimiento en todo caso, del Ministerio Fiscal y de la autoridad judicial.
- Existencia del control judicial semestral del Art. 763 de la LEC.
- El alta se concederá a solicitud el interno, y de no encontrarse en condiciones se solicitará inmediatamente autorización judicial (28). Si bien considero significativo que evidentemente estas garantías abogan por que el paciente conserva inmodificados la plenitud de sus derechos, este planteamiento no invalida la facultad del médico responsable para proceder al alta hospitalaria cuando se reúnan los criterios adecuados aún en el caso de la no conformidad del paciente.

### II. Internamientos psiquiátricos forzosos o involuntarios

Las causas de los internamientos forzosos o involuntarios, son en su mayoría razones médicas derivadas de la pérdida de libertad que supone la enfermedad mental, aunque a lo largo de la historia se han descrito razones extramédicas, como los conceptos de peligrosidad, el rechazo al tratamiento y aspectos de tipo social.

Se pueden describir dos tipos de Internamientos Forzosos o Involuntarios: (29).

#### 1. Internamientos civiles (con Autorización Judicial).

- a) Autorización Judicial previa. Primaria u Ordinaria.

## 1.Introducción

b) Autorización judicial solicitada en las 24 horas siguientes tras el ingreso. Secundaria o Urgente.

### 2. Internamientos penales (por Orden Judicial)

a) Internamientos forzosos de enfermos mentales absueltos o condenados con atenuantes.

b) Internamientos forzosos de personas en espera de ser juzgados (preventivos).

c) Internamiento forzoso de penados, presos, detenidos.

### 1) Internamientos civiles (29)

En el marco legislativo actual, este tipo de internamientos forzosos viene regulado por el Art. 763 del Código Civil.

a) Si acude sin autorización judicial, llevado por la familia, amigos, o incluso la policía,...etc., el psiquiatra de guardia, tras reconocerlo adecuadamente, decide si procede o no su ingreso. En caso de necesidad, se podrá solicitar la presencia de las Fuerzas de Seguridad (30), para colaborar con el personal sanitario de emergencias (Programa Acougo en nuestro medio), trasladando al presunto enfermo mental al centro Hospitalario. Tras decidir su ingreso, se deberá en menos de veinticuatro horas dar comunicación al Juez de Guardia. Cumplido el requisito legal, el paciente queda ingresado y sometido al tratamiento pertinente. Una vez que el paciente responde adecuadamente al tratamiento, y finalizada en consecuencia la indicación médica de internamiento, se procederá al alta, no siendo pertinente la Autorización Judicial para la misma ya que el Juez es el garante del derecho a la

## 1.Introducción

libertad, pero no el supervisor del tratamiento médico. Si tras el examen del paciente el psiquiatra de guardia considera que su condición clínica no constituye indicación de ingreso, debe proceder en consecuencia, ofreciendo sin embargo su apoyo y asesoramiento a los acompañantes, y recomendando el tratamiento alternativo que sea oportuno (31).

- b) Si el enfermo acude con Autorización Judicial, se procederá al examen del paciente dictaminándose su ingreso, basándose exclusivamente en criterios clínicos y terapéuticos, habiendo el Juez delegado en el psiquiatra de guardia la capacidad de decisión en el asunto y de esa manera deberá actuar.

Casos especiales: (29)

- El enfermo incapacitado y sometido a tutela:

Una situación especial es la del enfermo tutelado, en el que se ha de considerar también la posibilidad del enfermo mental que, previamente incapacitado, es llevado al Hospital para su internamiento forzoso, manteniéndose todas las consideraciones hechas en el apartado anterior sobre la conducta a seguir por el psiquiatra de guardia, aunque y en el caso de que acuda de urgencia es preceptivo la consiguiente solicitud de la pertinente Autorización Judicial incluso en los casos en los que el Tutor y el paciente soliciten el ingreso de forma voluntaria.

- El menor de edad:

En el caso especial de los menores de edad siempre es perceptiva la autorización judicial en las dos modalidades ( ordinaria o de urgencia), aún en el caso de que tanto el menor de edad como sus tutores legales (padres...), acepten de forma tacita el ingreso voluntario, teniendo en



## 1.Introducción

cuenta el apartado 2 del Art. 763 que dice de forma literal como señalaba con anterioridad “el internamiento de menores se realizará siempre en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor” (32).

### 2. Internamientos penales: (29)

Los Internamientos Involuntarios Penales se producen por una Orden Judicial, pudiendo darse tres supuestos, por los que un enfermo mental puede llegar a un Hospital por mandato judicial: (29)

- a) Tras ser absuelto por apreciación de eximente o condenado con atenuante: Teóricamente sólo podrían ser internados en los dos únicos hospitales penitenciarios existentes en España: Madrid y Alicante, ambos dependientes de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias del Ministerio de Justicia.
- b) Internamiento forzoso de personas a la espera de ser juzgados (preventivos): Cometido un hecho delictivo por una persona, si se aprecian indicios de enfermedad, es posible, que la Autoridad Judicial requiere a un facultativo (psiquiatra y/o médico forense) para su valoración psiquiátrica.
- c) Internamiento involuntario de penados presos y detenidos: Los puntos planteables dentro de este apartado, quedan aclarados, a partir del análisis del Real Decreto 319/1988 de 30 de marzo, sobre asistencia hospitalaria extra-penitenciaria y modificación del Reglamento Penitenciario aprobado mediante Real Decreto 1201/1981 de 8 de mayo. Los internos pueden ser asistidos en caso de necesidad o de urgencia, en centros hospitalarios dependientes de Administración Pública, en

## **1.Introducción**

cuyo caso la Dirección de la correspondiente Administración penitenciaria solicita su traslado, dando cuenta del mismo a la Autoridad Judicial de que dependen, y al Juez de Vigilancia en el caso de los penados. La permanencia de detenidos, presos y penados en el centro hospitalario durará estrictamente el tiempo que requiera su correcto tratamiento, a juicio de los servicios médicos del Centro, quienes emitirán Alta Hospitalaria e Informe Clínico completo dirigido a los servicios médicos del establecimiento de destino. El traslado, vigilancia y custodia de los detenidos, presos y penados, correrá exclusivamente a cargo de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado competentes, teniendo en cuenta las circunstancias del enfermo, las normas del funcionamiento del Centro Hospitalario y sin perjuicio de la intimidad que requiera la asistencia sanitaria. No se podrá exigir responsabilidad alguna en materia de custodia de los internos al personal de los Centros Hospitalarios, situación que en la práctica clínica habitual genera importantes disfunciones (33). En el Hospital Universitario de A Coruña, disponemos de un modulo penitenciario en donde ingresan estos pacientes al no poder garantizar la custodia en la Unidad de Hospitalización del Servicio de Psiquiatría, por ser esta de tipo asistencial.

El tema del Internamiento Involuntario de enfermos mentales que han cometido hechos presuntamente delictivos es un punto de lo más polémico y debatido, por cuanto se esgrimen argumentos en defensa de los derechos del enfermo por un lado, incluyendo su derecho al tratamiento, y argumentos en defensa de la comunidad por otro, planteándose cuestiones éticas que muchas veces no tienen una fácil solución.

### 1.5 EL PROGRAMA ACOUGO:

El 24 de febrero de 2004 se firma un protocolo general “Protocolo xeral sobre traslados e ingresos non voluntarios e urxentes de persoas con enfermidade ou trastorno mental en Galicia, entre las Conselleria de Sanidade y Xusticia, Interior y Administración Local, con la delegación del Gobierno en Galicia, habiéndose firmado este documento en el Edificio Administrativo de San Caetano en Santiago de Compostela desarrollándose con posterioridad tras un acuerdo entre el 061 y los Servicios de Psiquiatría el “Programa Acougo”. (Anexos 6 y 7).

A continuación exponemos los aspectos básicos del manual de procedimientos y guías de actuación de dicho programa. El objetivo del mismo es el de coordinar la actuación de los diferentes profesionales, para la atención urgente extrahospitalaria de los pacientes con enfermedad mental, siendo la población diana el conjunto de personas con enfermedad mental, limitado al ámbito de la Comunidad Autónoma de Galicia, describiéndose como un procedimiento único de coordinación y asistencia. Este proyecto ha sido elaborado por un grupo de trabajo formado por representantes de la Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061, del Programa de Salud Mental del SERGAS, con la colaboración de Grupo de trabajo de protocolos del 061, estructurándose en los siguientes apartados:

1. Procedimiento general: El 061 es el número de referencia para la atención de las llamadas relacionadas con urgencias psiquiátricas de la Comunidad Autónoma de Galicia. Cualquier usuario puede llamar para solicitar atención sanitaria urgente. Los usuarios pueden ser pacientes, sanitarios, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, jueces, etc. El 061, tras recibir la llamada, recogerá los datos de localización o los recuperará del archivo de pacientes registrados en el programa y podrá resolver la llamada:

## 1.Introducción

- a) Sin movilización de recursos: Información sanitaria, consulta médica telefónica, derivación a Atención Primaria, intercomunicación con psiquiatría del área.
  - b) Con movilización de recursos: Médico de Atención Primaria, ambulancia asistencial, ambulancia de soporte vital avanzado u otros.
2. Guías de actuación para la atención de distintas patologías psiquiátricas (alteración de la conducta, traslado involuntario, paciente agitado, paciente con psicosis, paciente con depresión, paciente con ideación suicida, paciente con ansiedad), desde la primera llamada al 061 hasta la asistencia y/o traslado del paciente. En cada patología se plantea la actitud a seguir, comenzando con una anamnesis detallada dirigida, unas recomendaciones y una respuesta para cada supuesto, junto con un algoritmo que contempla todos los canales de coordinación.
3. Guía Farmacológica que explica de forma sencilla los datos imprescindibles para el manejo de un compendio de medicamentos de urgencias psiquiátricas en un servicio de urgencias extrahospitalario. En la Guía se incluyen el nombre comercial, nombre farmacológico, forma de presentación, mecanismo de acción, indicaciones, dosis y preparación, contraindicaciones, efectos secundarios e interacción farmacológica, así como la categoría de riesgo fetal de la FDA (Food and Drug Administration de EE.UU.) en cada fármaco. La evaluación se realiza por una Comisión Mixta de Evaluación y Seguimiento del procedimiento y guías, formada por los mismos miembros responsables de su actualización, recogiendo información sobre:
- Actividad y explotaciones de los servicios atendidos por el 061 de pacientes con sospecha de patología psiquiátrica.

## 1.Introducción

- Documentación bibliográfica y actualizaciones de los servicios implicados.
- Incidencias de ambos servicios.

Con posterioridad el 17 de Septiembre de 2012 se firma una revisión del “Protocolo general entre la Conselleria de Sanidade, la Delegación del Gobierno en Galicia y la Coselleria de Xustiza, Interior y Administración local en materia de traslados e ingresos no voluntarios y urgentes de personas con enfermedad o trastorno mental” que había sido firmado el 24 de febrero del 2014. Anexos 6 y 7

### 1.6 DESCRIPCIÓN CONCEPTUAL DE LA CAPACIDAD / COMPETENCIA

La valoración de la capacidad del paciente para consentir tratamiento resulta un desafío en la actuación asistencial diaria. Es una tarea que realizamos continuamente de una manera natural y, probablemente con bastante acierto. Sin embargo, algunas circunstancias y pacientes plantean dificultades específicas y nos obligan a plantearnos la situación. La ley 41/2002, llamada de autonomía del paciente, refleja una exigencia ética y legal que no podemos soslayar.

La competencia es uno de los pilares en los que descansa la toma de decisiones asistenciales (otros son la indicación, que refleja las buenas prácticas, y la justicia, que obliga a la equidad en la utilización de recursos, entendida como un “a cada uno lo suyo”). Para poder entender cómo la competencia ha ocupado un lugar tan privilegiado debemos recurrir al conocimiento de la doctrina del consentimiento informado.

Conviene aclarar que, en el Derecho Español, se han diferenciado tradicionalmente dos formas de “capacidad”:

## 1.Introducción

1. La capacidad jurídica: que es la que permite que los sujetos sean titulares de relaciones jurídicas, así como que sean titulares de derechos y obligaciones. Se trata de una aptitud estática, igual para todos, esencial y consustancial a la dignidad. Esta es consustancial al ser humano, no puede ser cuestionada en menores, ni en ningún otro sujeto.
2. Frente a ésta, la capacidad de obrar, que es la aptitud o idoneidad para realizar eficazmente los actos jurídicos, y por tanto para ejercer adecuadamente derechos y obligaciones. Esta es una aptitud dinámica. Ya no se trata de quien es titular de derechos sino de si ese alguien es capaz de ejercerlos adecuadamente, de ser actor. Con ello se asume que no todas las personas tienen esa capacidad, que puede ser variable. Esta variabilidad permite que la ley, reconozca que, como consecuencia de alteraciones de la inteligencia o de la voluntad, se produzcan limitaciones en esa capacidad e incluso pueda determinarse una incapacidad.

Por todo ello podemos afirmar que se trata de un concepto muy complejo, que alude al aspecto más operativo de la autonomía de las personas y al que en ocasiones se incorporan la validez (relacionada con la intencionalidad) y la autenticidad (basada en la escala de valores del individuo). Uno de los autores que más atención ha prestado al consentimiento informado en España es Pablo Simón que ha ofrecido y con gran rigor tanto definiciones de competencia: “capacidad del paciente para comprender la situación a la que se enfrenta, los valores que están en juego y los cursos de acción posibles con las consecuencias previsibles de cada uno de ellos, para a continuación tomar, expresar y defender una decisión que sea coherente con su propia escala de valores” (21) , y como de capacidad: “Estado psicológico empírico en que podemos afirmar que la decisión que toma un sujeto es expresión real de su propia identidad individual, esto es, de su propia autonomía

## 1.Introducción

moral personal (...) por tanto, la capacidad es la forma operativa y funcional de ese otro concepto más filosófico que es la autonomía moral personal, un atributo del hombre como ser, con la potestad en la vida dándose a sí mismo el sentido y la norma de existencia" (34).

Por ello al analizar la génesis conceptual del término surgen dos tipos de dificultades:

1. Derivadas de su raíz jurídica, por cuanto el desarrollo del concepto ha surgido a partir de decisiones judiciales norteamericanas (EEUU y Canadá).
2. Derivadas de la dificultad semántica que plantea en la traducción desde el inglés, al utilizarse en la literatura americana de forma más o menos intercambiable por una parte los términos competence / competency (de significado jurídico ligado a la capacidad de obrar) y, por otra capacity (de carácter clínico-psicológico y ético). En la literatura española se ha propuesto que el término adecuado es capacidad. En todo caso, la competencia, o capacidad (C/C), es una cualidad en principio general que debe caracterizarse y calificarse en relación a una tarea: obrar, votar, contratar, testar o, en nuestro caso, la toma de decisiones sanitarias, ya sean de consentimiento o rechazo de cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico, incluida la hospitalización. De la misma manera que en principio ha de considerarse a toda persona autónoma, la C/C debe presumirse y en todo caso deberá probarse la incompetencia o incapacidad. Por lo tanto, mientras no se demuestre lo contrario, todo sujeto es competente o capaz de tomar decisiones sanitarias, incluida, como se ha dicho, la hospitalización.

Por otra parte, la C/C es un atributo de las personas con una gran variabilidad. Una persona puede ser competente para una función, pero no para otra, siendo en

## 1.Introducción

ocasiones de una gran variabilidad a lo largo del curso evolutivo propio de los pacientes, siendo el nivel de conciencia uno de los ejemplos más claros. Pero además la Competencia puede contemplarse desde una perspectiva relativista, como un continuum entre la competencia plena y la incompetencia total en la que la diferencia es de grado: se puede tener más o menos, y el límite competencia versus incompetencia deberá ser necesariamente arbitrario, o como un umbral, a partir del cual todos los que lo superen son competentes por igual y viceversa. Otro aspecto peculiar de la Competencia es su variabilidad en un mismo individuo, según la función que consideremos o a lo largo del tiempo y su reversibilidad ya que algunas situaciones de incompetencia son tratables y por lo tanto, reversibles.

### Criterios de Competencia/Capacidad

A lo largo de los años 1970 y 1980 se propusieron diferentes criterios de C/C que se basaban en decisiones judiciales a propósito de casos planteados en los EEUU. De entre los diversos criterios, los más conocidos son los de Appelbaum y Grisso: (35)

- 1.- Capacidad de comunicar una elección. Precisa que se comuniquen y mantengan elecciones estables un tiempo lo suficientemente dilatado como para poder llevarlas a cabo.
- 2.- Comprensión de la información relevante para la decisión a tomar. Requiere la existencia de memoria suficiente para almacenar palabras, frases y secuencias de información, reteniéndose así los datos fundamentales sobre la situación. Exige asimismo un nivel adecuado de atención y participación de los procesos intelectuales.
- 3.- Apreciación de la situación (enfermedad, elección) y sus consecuencias. Este criterio se refiere al significado que tienen los datos y las situaciones (estar



## 1.Introducción

enfermo, tener que tomar una decisión, consecuencias) para el paciente. No se relaciona con lo razonable o no razonable de la opción del paciente, sino con la necesaria aprehensión de la situación para poder tomar una decisión.

- 4.- Manipulación racional de la información. Supone la capacidad de utilizar procesos lógicos para comparar beneficios o riesgos, sopesándolos y considerándolos para llegar a una decisión. Implica una capacidad para alcanzar conclusiones lógicamente consistentes con las premisas de modo que se refleje el valor o peso que previamente se les asignó.

Definidos los criterios de Competencia para la toma de decisiones (CTDS) y establecidos los factores clínicos que pueden condicionarla, surge el problema de su valoración o medición. Ya en el primer trabajo sobre la cuestión, Roth y colaboradores (36) planteaban que sus criterios podían jerarquizarse de menor a mayor exigencia, por lo que proponían que se utilizaran en relación con la trascendencia de la decisión a tomar. Así, las decisiones de rechazo de procedimientos con un ratio riesgo / beneficio favorable requerirían que el sujeto sobrepasara un criterio de competencia muy exigente, mientras que en las situaciones en que se rechazara un procedimiento con un ratio riesgo / beneficio desfavorable podría utilizarse un criterio de baja exigencia. Para el consentimiento se procedería a la inversa.

Esta estrategia de adecuación de los criterios a la situación concreta fue desarrollada posteriormente por Drane en su Escala Móvil de C/C, y por la Definición Variable de C/C de Buchanan y Brock (37). Drane distingue tres grados progresivos de exigencia en las decisiones sanitarias. En el primer nivel los criterios de C/C consisten en conocer (conciencia básica de la propia

## 1.Introducción

situación) y asentir de manera explícita o implícita a las opciones que se le proponen al sujeto.

Según Drane:

- No cumplen estos requisitos básicos y son por lo tanto incompetentes las personas en estado de inconsciencia, coma o Estado Vegetativo Persistente, los niños pequeños y las personas con retraso mental severo o con demencias avanzadas.
- Cumplen los requerimientos, en cambio, algunos grupos como los niños, las personas con retraso mental y los que padecen formas moderadas de demencia, por lo que son competentes para esta categoría de decisiones de baja exigencia, que incluyen el consentimiento de tratamientos eficaces y el rechazo de tratamientos ineficaces.

En el segundo nivel, los criterios consisten en comprender la situación médica y el tratamiento y en la capacidad de elegir, basada en las expectativas aportadas por el médico. Para Drane, en esta categoría son incompetentes las personas con trastornos afectivos severos, los pacientes con fobia al tratamiento, los mutistas, las personas con problemas amnésicos y cognitivos, los pacientes con distorsiones psicopatológicas severas y todos los competentes o incompetentes para la categoría 1. A juicio de este autor, los adolescentes, las personas con retraso mental leve y los trastornos de personalidad con defensas no psicóticas son competentes para esta categoría de decisiones de exigencia media, por lo que pueden consentir o rechazar tratamientos de eficacia dudosa. Finalmente, en el tercer nivel los criterios consisten en apreciar (comprensión reflexiva y crítica) la enfermedad y el tratamiento y en decidir de forma racional basándose en consideraciones relevantes que incluyen creencias y valores sistematizados.

## 1.Introducción

Serían incompetentes para esta categoría los pacientes indecisos o ambivalentes, los que tienen creencias erróneas sobre la realidad, las personas con mecanismos de defensa neuróticos, los pacientes hipomaniacos y los deprimidos leves y todos los recogidos en las categorías 1 y 2, mientras que los adultos, los enfermos reflexivos y autocríticos y las personas con mecanismos de defensa maduros, podrían consentir tratamientos ineficaces y rechazar tratamientos eficaces.

Otras estrategias de valoración consisten en cuestionarios a modo de examen-guía de ciertos criterios de competencia como los de Draper y Dawson (38) y los de Kaplan (39) o instrumentos, como el McArthur Competence Test de Appelbaum y Grisso (40), que valora la C/C en función de los criterios de estos autores, y otros diseñados para situaciones concretas, siendo su uso hasta la fecha fundamentalmente experimental.

### La Competencia en la Clínica

La realidad clínica ha demostrado que existen elementos y circunstancias que influyen y matizan la competencia recogiendo Appelbaum y Roth algunos de ellos (40).

- Factores psicodinámicos. Miedo del paciente al procedimiento diagnóstico o terapéutico.
- Calidad de la información aportada por el paciente, con la posibilidad de que oculte datos o sintomatología.
- Calidad de la información presentada al paciente, con el riesgo de que si es incompleta o inadecuada pueda condicionar el proceso de decisión del paciente y dar la impresión de incompetencia.

## 1.Introducción

- Estabilidad del estado mental. El estado de ánimo, el nivel de conciencia, y otros fenómenos clínicos pueden variar a lo largo del tiempo, por lo que la valoración de incompetencia puede modificarse si se reevalúa al paciente en otro momento.
- Efecto del marco asistencial. Si el lugar en que se realiza el tratamiento le desagrada o hay factores personales o étnicos que dificultan la relación con el equipo asistencial, el paciente puede reaccionar rechazando el abordaje o desoyendo la información que se le aporte. En estos casos puede crearse una falsa impresión de incompetencia por factores derivados del marco de tratamiento.
- Las alteraciones neurológicas y cognitivas influyen decisivamente en la CTDS. En la toma de decisiones sanitarias participan diferentes funciones y estructuras cerebrales, como el sistema límbico (aspectos instintivos e impulsivos) y el neocórtex (comunicación) y se requiere la intervención de la memoria, el lenguaje y las funciones superiores (incluida la introspección y el razonamiento lógico) (41). Las alteraciones de estas funciones pueden condicionar la CTDS, en especial en aquellas circunstancias en que se utilice un criterio de alta exigencia.

A pesar de que tienden a ser olvidados en las valoraciones, dada la enorme relevancia que se concede a la dimensión cognitiva en todos los criterios de CTDS, los aspectos afectivos juegan una gran influencia al matizar y distorsionar notablemente el peso que da el paciente a los riesgos y beneficios. Los enfermos depresivos tienden a hacer valoraciones menos optimistas que los sujetos normales en situaciones problemáticas. En otras palabras, frente a la negación defensiva del individuo normal, el depresivo exhibiría un realismo depresivo que hace que sus

## **1.Introducción**

juicios sobre la situación se ajusten más a la realidad y a las probabilidades reales de éxito (42). Por último, la edad avanzada parece influir negativamente sobre la CTDS, especialmente si se añaden otros factores como la presencia de enfermedades médicas agudas o crónicas, alteraciones cognitivas, un bajo nivel educacional y resultados pobres en tests de vocabulario (43).

En algunos casos y en la práctica clínica habitual se solicita este tipo de valoraciones con la oculta intención de que el psiquiatra, con su supuesta habilidad para las relaciones humanas, consiga revertir la negativa del paciente al tratamiento (44) o simplemente para confirmar una impresión previa de competencia o incompetencia cara a que la autorizada impresión del psiquiatra evite responsabilidades al médico que solicitó la valoración (45). En cualquier caso, no debería olvidarse que el cometido del psiquiatra no se limita a la valoración, sino que debe intervenir activamente para corregir la situación clínica que esté limitando la CTDS, para fin de contribuir a su recuperación (46).

Para la valoración Freedman y colaboradores (41) recomiendan seguir un protocolo que aborde en primer lugar el grado de atención que exhibe el paciente, tras el examen de la atención se examinará el lenguaje, siendo el siguiente paso la evaluación de la memoria, y a continuación deberían explorarse los deseos e intereses del paciente, que darían una idea de su sistema de valores. La exploración terminaría con una evaluación de funciones superiores (juicio y conciencia).

### **1.7 EL CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

La aceptación de ingreso voluntario por parte de los pacientes que ingresan tras indicación médica, en una Unidad de Hospitalización de un Servicio de Psiquiatría no deja de ser un tipo de consentimiento informado.

## 1.Introducción

Este concepto derivado del precepto “Primum Non Nocere” en la medicina occidental se instaura la obligación del médico de hacer al enfermo el mayor bien posible. Diego Gracia (47) explicita que de esta manera se asimilaban dos obligaciones diferentes: por un lado, no hacer daño y por otro lado, procurar el bien, lo que tiene una dimensión moral, acción que incapacitaba al paciente para decidir, siendo el médico el que tomaba la decisión. Este ha sido en definitiva el fundamento histórico y ético del denominado paternalismo médico.

Pero esta relación asimétrica se transforma en las últimas décadas irrumpiendo en la relación sanitaria un nuevo principio, el de Autonomía, reconociéndose el derecho al Consentimiento Informado en los tribunales norteamericanos a partir de la década de los 50 del pasado siglo. Sólo desde entonces se ha empezado a constatar que el enfermo tiene un papel importante en la relación sanitaria y una capacidad de tomar decisiones en relación con la atención a sus problemas de salud. De esta manera, el enfermo deja de ser incapaz e inmaduro a causa de su enfermedad y pasa a participar activamente en su asistencia, expresando sus intereses y preferencias al respecto, en un proceso en el que los clínicos facilitan información y el paciente consiente la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos (48).

Se reconoce por fin la capacidad del enfermo de gobernarse a pesar de la enfermedad. En nuestra legislación, la Ley 14/86 de 25 de abril, General de Sanidad, desglosa el derecho al CI en sus artículos 10.5 (sobre el derecho a la Información), 10.6 (sobre el derecho al Consentimiento) y 10.9 (sobre el derecho a no consentir). El artículo 10.6 establece además las excepciones del CI: riesgo para la salud pública, situación de urgencia e incapacidad para la toma de decisiones, en cuyo caso el derecho de consentimiento corresponderá a los familiares o personas allegadas. Sin embargo, en otros países con una mayor tradición autonomista (49) también existen a su alrededor los mitos, prejuicios y confusiones que abundan en

## 1.Introducción

nuestro país. Entre ellos ocupa un lugar destacado la identificación del “consentimiento” con el hecho puntual de firmar la autorización para la práctica de un procedimiento diagnóstico o terapéutico, olvidando que el consentimiento informado es en realidad un proceso continuado de información por parte del médico (50).

El consentimiento informado es un presupuesto de la *lex artis* y, por lo tanto, un acto clínico, cuyo incumplimiento puede generar responsabilidad, si bien es cierto que su uso es relativamente reciente y basado en una concepción moral, la libertad individual (Principio de Autonomía) (51). Lejos quedan los tiempos en los que la relación médico paciente era totalmente asimétrica y paternalista, cuando no autoritaria, situación que ha cambiado radicalmente encontrándonos en un tipo de relación en la que prima el derecho a la libre autodeterminación de los individuos.

### Elementos del consentimiento informado

Todos los elementos integrantes, voluntariedad, información en cantidad y calidad suficiente, competencia y validez y autenticidad, están presentes en la práctica clínica y no constituyen entelequias más o menos filosóficas ajenas a la actividad asistencial.

- a) Voluntariedad. En el campo específico del ingreso hospitalario en un Servicio de Psiquiatría, a los clínicos no es un hecho frecuente asumir el abordaje terapéutico de pacientes de forma involuntaria, a diferencia de otras disciplinas médicas. Sin embargo, existen mecanismos más sutiles que pueden afectar a la voluntariedad de una decisión, como son la persuasión, la coacción y la manipulación.
- b) Información en cantidad y calidad suficiente. Uno de los principales motivos de insatisfacción y queja de los usuarios de los servicios sanitarios es la falta de información, aún a expensas de un resultado asistencial efectivo y

## 1.Introducción

satisfactorio, valorando en ocasiones la posibilidad de no ofrecer toda la información al paciente al considerar los clínicos que dicho conocimiento sería perjudicial para el paciente, aunque no deja de ser una actitud cargada de prejuicios.

- c) Competencia. La competencia se define tal y como he desarrollado con anterioridad como “capacidad del paciente para comprender la situación a la que se enfrenta, los valores que están en juego y los cursos de acción posibles con las consecuencias previsibles de cada uno de ellos, para a continuación tomar, expresar y defender una decisión que sea coherente con su propia escala de valores” (21) (52).

Realizando un análisis histórico biográfico, se puede afirmar que se tiene constancia documental de la primera sentencia sobre el consentimiento informado en Gran Bretaña en 1967, evidenciándose cuatro etapas claramente definidas:

- consentimiento voluntario (1947). A raíz del código de investigación de Nuremberg tras las atrocidades realizadas en nombre de la ciencia en el periodo Nazi
- consentimiento informado (1958). Se incluye el concepto de informar pero no el de capacidad.
- consentimiento válido (1982). En el que se incluye no solo el consentimiento expreso sino una valoración previa de la capacidad de los individuos.
- consentimiento auténtico. Se caracteriza por adecuarse plenamente al sistema de valores del paciente. (53)

A nivel normativo la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y



## 1.Introducción

documentación clínica, se define el consentimiento informado como la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.

La institución del ingreso voluntario en los centros psiquiátricos data en España como ya se ha analizado del Decreto de 1931 y está extendida por todo el mundo. En 1993 el Grupo la Task Force de la APA sobre Consentimiento a Hospitalización Voluntaria describió las virtudes de este procedimiento (54):

- a. Defiende la autonomía del paciente al permitirle tomar la decisión de ingresar.
- b. Maximiza los derechos del paciente, incluido los de recibir tratamiento en el marco menos restrictivo posible y el de solicitar el alta.
- c. Reduce el estigma asociado a la hospitalización.
- d. Amplía el acceso a tratamiento hospitalario, en la medida que no todos los pacientes que podrían beneficiarse de la hospitalización voluntaria cumplirían las restrictivas condiciones exigidas para el ingreso involuntario.
- e. Permite iniciar el tratamiento antes de que se produzca un deterioro significativo de la situación clínica.
- f. Crea el marco para establecer una relación de cooperación al aumentar la responsabilidad del paciente y potenciar su participación en su tratamiento.
- g. Puede tener un resultado más favorable que la hospitalización involuntaria.
- h. Evita los enormes costes que supondría para los sistemas sanitario y judicial que se manejara como involuntarios a muchos pacientes ingresados como voluntarios.

## 1.Introducción

### 1.8 LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE AGUDOS DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL CHUAC

El Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña tiene como finalidad última satisfacer las necesidades de la Población del Área de A Coruña (553.490 habitantes) en el ámbito de la Salud Mental, desarrollando su actividad en la consideración del paciente como eje principal, adecuando su estructura y procesos a las necesidades y favoreciendo unos cuidados individualizados de calidad y bajo criterios de eficacia asistencial, y sintiendo como prioridad el desarrollo y potenciación de su relación con la Atención Primaria de Salud, como eslabón básico del proceso de atención al paciente psiquiátrico.

El Servicio está estructurado en forma de red topográfica y topológicamente. Dispone de 16 Unidades de Salud Mental Extrahospitalaria, dos de ellas adscritas al Área Infanto -Juvenil que configuran el Área Extrahospitalaria del Servicio.

El Área de Rehabilitación dispone de un Hospital de Día con capacidad para 24 pacientes. Dispone entre otros dispositivos de 9 pisos protegidos, 7 Centros de Rehabilitación Psicosocial y de Inserción laboral, 1 Residencia de 30 plazas y 1 Centro especial de empleo, gestionados por la Asociación de Familiares y de Personas con enfermedad mental (APEM) e integrados en FEAFES y supervisados por el personal facultativo y de enfermería del Servicio en su vertiente clínico/asistencial.

Dentro del Área de Rehabilitación del Hospital de Día, en este momento se encuentran en funcionamiento los siguientes Programas:

- Plan de Atención Socio-sanitaria a los Centros del Área concertados con la Xunta de Galicia y que requieren de supervisión psiquiátrica continuada.
- Programa de Trastorno Mental Grave.

## 1.Introducción

- Programa de Tratamiento Asertivo Comunitario.
  - Subprograma de Consulta de alta intensidad ambulatoria.
- Programa de Trauma y disociación.

El Área de Hospitalización está ubicada en el nuevo Hospital Marítimo de Oza, dispone de 30 camas para pacientes agudos, y con 2 camas dedicadas a un programa de Desintoxicación Hospitalaria, en coordinación con los dispositivos asistenciales de ACLAD en A Coruña y la Unidad de Drogodependencias de Carballo del Plan Autonómico de Drogodependencias, existentes en el Área de A Coruña. Dentro de la Unidad de Hospitalización, se encuentra en este momento en funcionamiento los siguientes Programas:

- Programa Hospitalización Psiquiátrica a domicilio.
- Programa de Interconsulta con el Servicio de Urgencias.
- Programa de Desintoxicación Hospitalaria.

**Figura 1: Hospital Marítimo de Oza**



**Fuente:** [www.panoramio.com](http://www.panoramio.com)

El Servicio dispone de una Unidad de Interconsulta y Enlace (U.P.I.E.) que da servicio de Interconsulta al resto del Complejo y desarrolla Programas de Enlace con alguno de ellos (Programa de Trasplantes, Implante coclear, Programa con la Unidad de lesionados medulares, Obesidad mórbida-gastroplastia, Psicohemato-oncología, Programa con la Unidad de Quemados, Programa de evaluación neuropsicológica en daño cerebral adquirido y Programa con la Unidad de Dolor).

Las Unidades Infanto Juveniles, ubicadas en: Hospital Materno Infantil y Hospital de Oza, desarrollan labores de Interconsulta con los Servicios de Pediatría y Neonatología, así como de supervisión y control de pacientes psiquiátricos menores de 14 años ingresados en el Hospital.

A continuación se reflejan los recursos existentes en el Área de la Coruña según los datos actualizados del Plan Estratexico en Saúde Mental y la Guía de servicios 2002 de la Conselleria de Sanidade.

## 1.Introducción

Unidad de Hospitalización de Agudos.-

La Unidad está integrada en el Complejo Hospitalario Universitario A Coruña-Marítimo de Oza como un servicio mas, adaptando su estructura orgánica y funcional a las características de su especialización, destinándose a resolver la situación de crisis del paciente, sin que factores estrictamente sociales o variables de cronicidad del cuadro, sean los determinantes básicos para el internamiento o permanencia en las mismas. Es por tanto un dispositivo asistencial destinado al ingreso temporal de aquellos pacientes que puedan beneficiarse de esta modalidad terapéutica.

La hospitalización es un instrumento técnico importante en el tratamiento del enfermo psíquico y ha de contemplarse dentro del conjunto de medidas que comprende el proceso terapéutico, si bien, la hospitalización se lleva a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizadas en el entorno familiar y social, y su duración, estará en función de criterios exclusivamente terapéuticos. En todo caso, la indicación de hospitalización se hará por decisión de los equipos de las unidades de salud mental, hospitales de día o unidades hospitalarias de rehabilitación psiquiátrica, según proceda, en colaboración con los equipos propios de la unidad de hospitalización, siguiendo los criterios establecidos de derivación y continuidad terapéutica.

Las unidades de hospitalización psiquiátrica tendrán las siguientes funciones:

- a) El tratamiento de los pacientes internados, se hará teniendo siempre en cuenta el principio de continuidad terapéutica y el criterio de alta hospitalaria al acabar la crisis que determinó el ingreso del paciente.

## 1.Introducción

- b) Los objetivos de la Unidad, se engloban dentro de los objetivos pactados en el contrato-programa y en las líneas de actuación general del plan de salud mental de la Comunidad Autónoma. Deberá de prestarse la mejor calidad de asistencia humana y técnica a la población asignada y permitir a los profesionales que la han de llevar a cabo, los medios necesarios para el adecuado desarrollo presente y futuro de sus obligaciones profesionales. Debe ser un lugar cálido y acogedor que posibilite y facilite la comunicación.

Las indicaciones generales de ingreso en dicha Unidad son las siguientes:

- Cuando esté en claro riesgo la vida del propio enfermo, por motivos de índole psiquiátrica.
- Cuando el paciente ponga en riesgo claro la vida de otras personas, siempre y cuando la peligrosidad tenga un claro origen en una enfermedad mental.
- Cuando exista una clara refractariedad al tratamiento por el equipo de salud mental con la expectativa de que el tratamiento hospitalario pueda revertir el proceso.
- Que exista una enfermedad mental grave que esté afectando de manera importante al funcionamiento de la familia, al trabajo u ocupación del paciente o a sus estudios y siempre que el episodio o su exacerbación sea reciente.
- Cuando alejar al paciente de su medio es esencial para la curación del proceso.
- Por acatamiento de una orden judicial: en este caso la duración de la hospitalización será la necesaria para realizar la valoración pericial solicitada por el Juzgado, y solamente permanecerá en razón a que el paciente reúna

## 1.Introducción

las mismas condiciones que se exijan al resto de los ingresos psiquiátricos en estas Unidades.

*Se consideran requisitos indispensables para el ingreso:*

- *Haber superado las posibilidades de diagnóstico y tratamiento en el ámbito extrahospitalario.*
- *Pertenecer al área de salud asignada al Hospital.*

Se consideran ingresos no adecuados:

- Presencia de alteraciones psicopatológicas presumiblemente debidas o acompañadas de procesos o situaciones clínicas de tipo orgánico que precisen atenciones especializadas realizables en otros servicios hospitalarios.
- Pacientes menores de 14 años.
- Problemas sociales sin alteraciones mentales y del comportamiento agudas.

Circuito de ingreso:

Procedencia:

- a) Urgencias.
- b) Unidades de Salud Mental.
- c) Hospital de Día.
- d) UPIE.
- e) Otras unidades de hospitalización del complejo Hospitalario.
- f) Traslado desde otras Áreas Sanitarias tras previa aceptación del ingreso.

Aceptación de ingresos programados:

## 1.Introducción

- Se enviará a la unidad desde las unidades de salud mental solicitud de ingreso, donde conste los datos de filiación del paciente y un breve resumen de su patología y se avisará telefónicamente al Psiquiatra de referencia de la Unidad de Hospitalización.
- Una vez recibidas todas las solicitudes se decide la prioridad de ingreso.
- El jefe de la unidad comunica la aceptación al facultativo y enfermera de la Unidad de Salud Mental o del dispositivo que solicitó su ingreso, para que lo comunique al paciente y la familia para confirmar y gestionar el ingreso.
- Una vez ingresado, el supervisor de Enfermería lo comunicará al servicio de Admisión.

Criterios de alta:

- Compensación de su estado clínico con remisión sintomatológica (delirio, agitación, alucinaciones).
- Remisión del riesgo de suicidio, de la inhibición psíquica o de la exaltación maníaca con traducción comportamental.
- Remisión a niveles no patológicos de la ansiedad psíquica y somática.

Al alta se tomarán las siguientes medidas:

- Informes de alta con codificación diagnóstica y medidas terapéuticas e higiénico-dietéticas.
- Remisión informe de alta a USM para su seguimiento.

Circuito de alta.



## **1.Introducción**

- El equipo interdisciplinar elaborará el informe de alta en IANUS para poder ser recibido por la Unidad de Salud Mental correspondiente.
- El paciente será informado con 24 horas de antelación. Abandonará la unidad entre las 10h y las 12h.
- Su enfermera responsable, le informará de la Unidad Salud Mental que le corresponde, si no había contactado anteriormente con ella.
- Una vez dado de alta se informará a admisión.

Funciones:

- Tratamiento de los pacientes internados teniendo siempre en cuenta el principio de continuidad terapéutica y el criterio de alta hospitalaria al terminar la crisis que determinó el ingreso del paciente. Comprende la Hospitalización Psiquiátrica General y Desintoxicación hospitalaria.
- La cobertura y el apoyo de las situaciones de urgencia hospitalaria.
- Docencia e investigación sanitaria en materia de salud mental.

El área del Hospital dispone como vemos de 32 camas que se sitúan en el edificio Hospital marítimo de Oza, 30 camas se dedican a la psiquiatría general mientras que 2 camas se ofertan para las adicciones, básicamente al programa de desintoxicación hospitalaria.

### **1.9 ÁREA SANITARIA DE A CORUÑA**

El actual Hospital Marítimo de Oza lugar donde se ubica la Unidad de Hospitalización del Servicio de Psiquiatría se asienta sobre las antiguas instalaciones del lazareto marítimo, inaugurado en 1888.

## 1.Introducción

El 12 de Marzo de 1996 se inaugura la Unidad de Hospitalización del Servicio de Psiquiatría del CHUAC ingresando los ocho primeros pacientes trasladados desde la Unidad de Hospitalización de agudos del Sanatorio Psiquiátrico de Conxo (Sector 2) que hasta esa fecha era el dispositivo de referencia para los pacientes del Área Sanitaria de A Coruña, siendo los primeros psiquiatras que recibieron a estos pacientes Jesús Alberdi Sudupe, Luis Ferrer i Balsebre, Manuel Serrano Vázquez y Juan Carlos Díaz del Valle.

**Figura 2: Mapa del área de influencia del Área Sanitaria de A Coruña**



**Fuente:** [www.hospitalcoruna.sergas.es](http://www.hospitalcoruna.sergas.es)

Socioculturalmente la población se divide claramente en tres grupos: Urbana (Ciudad de la Coruña), Costa y Rural interior. Aunque la incidencia de patología psiquiátrica no presenta grandes diferencias entre los tres grupos, se puede destacar una mayor incidencia de drogodependencia y psicosis con toxicomanía asociada en la zona de la costa. Si bien en la patología no existen grandes diferencias, si las hay en cuanto a la demanda de internamiento, mientras esta es escasa en el rural interior, donde existe una gran tolerancia con el enfermo mental crónico, que incluso colabora

## **1.Introducción**

en las labores agrícolas, en los grupos rurales exteriores y de costa la tolerancia es mucho menor, solicitando con mayor frecuencia el internamiento y dificultando el tratamiento de las reagudizaciones en régimen ambulatorio.

El envejecimiento global de la población gallega afecta igualmente a la población del Área Sanitaria de A Coruña, con incremento de demanda de la población psicogeríátrica en los servicios de salud mental y aumento de su dependencia, dentro de esta población se pueden identificar grupos especialmente vulnerables hacia los problemas de salud mental, especialmente las mujeres en situación de soledad y aislamiento en el rural y emigrantes retornados.

La relación de municipios del área de la Coruña y su distribución poblacional se expone en la tabla siguiente:

## 1.Introducción

**Tabla 1: Distribución poblacional del Área Sanitaria de A Coruña**

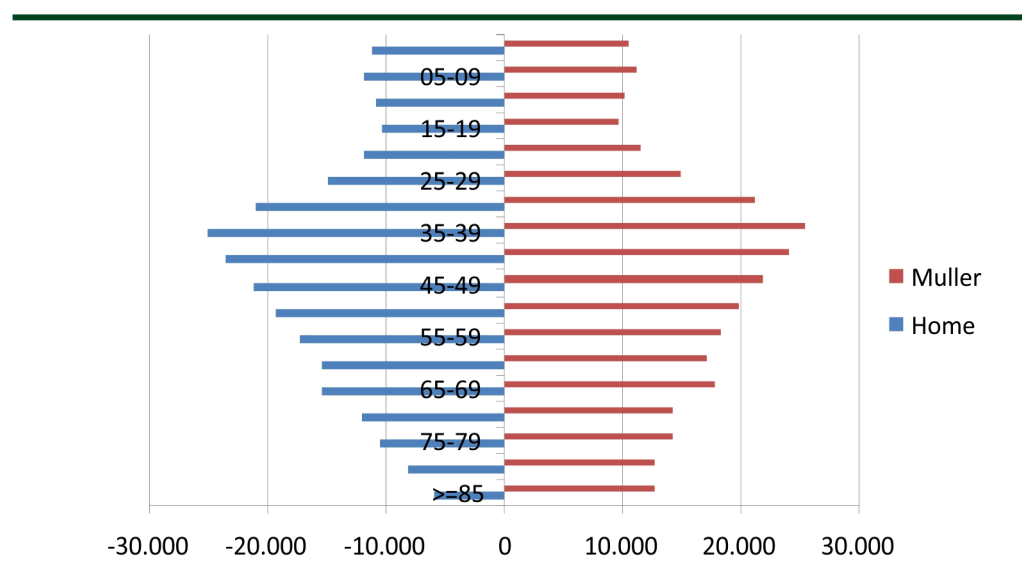
<b>SUPERFICIE, POBLACIÓN Y DENSIDAD</b>						
<b>Concello</b>	<b>Superf Km<sup>2</sup></b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Total</b>	<b>% sobre el total</b>	<b>Densidad por Km2</b>
ABEGONDO	83,9	2.572	2.579	5.151	0,9%	61
ARANGA	119,6	857	828	1.685	0,3%	14
ARTEIXO	93,4	14.838	14.932	29.770	5,4%	319
BERGONDO	32,7	2.970	3.218	6.188	1,1%	189
BETANZOS	24,2	6.607	7.314	13.921	2,5%	575
CABANA	100,3	2.213	2.260	4.473	0,8%	45
CAMARIÑAS	51,9	2.875	2.899	5.774	1,0%	111
CAMBRE	40,7	11.872	12.452	24.324	4,4%	598
CARBALLO	186,8	15.766	16.347	32.113	5,8%	172
CARRAL	48,0	2.714	2.833	5.547	1,0%	116
CEE	57,5	3.890	4.159	8.049	1,5%	140
CERCEDA	30,0	2.407	2.487	4.894	0,9%	163
CESURAS	79,7	951	931	1.882	0,3%	24
COIRÓS	33,9	744	773	1.517	0,3%	45
CORCUBIÓN	6,5	818	808	1.626	0,3%	250
CORISTANCO	141,1	3.354	3.545	6.899	1,2%	49
CORUÑA	37,6	118.148	133.945	252.093	45,5%	6705
CULLEREDO	62,3	13.940	14.864	28.804	5,2%	462
CURTIS	116,6	1.940	1.903	3.843	0,7%	33
DUMBRÍA	124,7	1.531	1.640	3.171	0,6%	25
FISTERRA	29,4	2.423	2.373	4.796	0,9%	163
IRIXOA	68,6	634	622	1.256	0,2%	18
LARACHA	125,8	5.376	5.593	10.969	2,0%	87
LAXE	36,9	1.614	1.604	3.218	0,6%	87
MALPICA	61,4	2.857	2.942	5.799	1,0%	94
MIÑO	33,0	2.544	2.639	5.183	0,9%	157
MUXÍA	121,3	2.501	2.549	5.050	0,9%	42
OLEIROS	43,8	16.216	17.462	33.678	6,1%	769
OZA DOS RIOS	72,1	1.447	1.477	2.924	0,5%	41
PADERNE	39,8	1.142	1.191	2.333	0,4%	59
PONTECESO	91,9	2.835	2.779	5.614	1,0%	61
SADA	27,4	6.887	7.345	14.232	2,6%	519
SOBRADO	120,6	934	882	1.816	0,3%	15
VILARMAIOR	30,3	573	523	1.096	0,2%	36
VILASANTAR	59,2	647	583	1.230	0,2%	21
VIMIANZO	187,4	3.825	3.992	7.817	1,4%	42
ZAS	133,2	2.341	2.414	4.755	0,9%	36
TOTAIS	2754	265.803	287.687	553.490	100,0%	201

**Fuente: Tarjeta sanitaria de Diciembre del 2013**

## 1.Introducción

En relación con la distribución de la población de nuestra área por sexos, la componen 553.490 personas, existe un predominio de mujeres con un 51,97 % frente a los varones que constituyen el 48,3%, destacando que el número de mujeres es mayor cuanto mas anciana es la población, siendo la edad media global de 45,27 años, y superior en las mujeres 46,79 versus 43,64 en los hombres.

**Figura 3: Distribución por sexos y edad de la población del Área Sanitaria de A Coruña.**



**Fuente: Tarjeta sanitaria de Diciembre del 2013**

La tasa de paro global y por edades, la esperanza de vida, el índice de envejecimiento global y las tasas de dependencia, natalidad, mortalidad infantil y mortalidad, el IPC, el salario medio y la pensión media se visualizan en la siguiente tabla:

## 1.Introducción

**Tabla 2: Datos socioeconómicos de la Población de España, Galicia y A Coruña**

DATOS SOCIOECONOMICOS	España	Galicia	A Coruña
IPC (2013)	0,30%	0,50%	0,60%
Salario medio anual (2012)	22.899 €	20.242 €	21.127 €
Pensión media mensual (2013)	867,53 €	730,77 €	770,59 €
Tasa de paro global (2013)	26,0%	22,0%	
Hombres global	25,3%	22,3%	
Mujeres global	26,9%	21,5%	
Hombres 16 a 24 años	55,6%	54,4%	
Mujeres 16 a 24 años	54,4%	46,6%	
Hombres 25 a 54 años	23,6%	21,0%	
Mujeres 25 a 54 años	25,7%	21,1%	
Hombres 55 y mas años	19,6%	17,7%	
Mujeres 55 y mas años	18,7%	14,5%	
Profesionales sanitarios colegiados (2012)			
Médicos	228.917	12.924	5.752
Odontólogos e estomatólogos	31.261	1.830	854
Farmacéuticos	65.471	4.661	2.005
Veterinarios	29.096	2.857	910
Podólogos	6.185	434	185
Fisioterapeutas	38.630	2.112	897
Diplomados enfermería	265.569	14.210	6.339
Ópticos - optometristas	15.220	977	515
Psicólogos	7.131	826	377
Edad media global (2013)	41,80	45,57	45,27
Hombres	40,51	43,93	43,64
Mujeres	43,06	47,11	46,79
Índice de envejecimiento global (2013)	109,53	181,57	174,13
Tasa de dependencia (2013)	51,00	55,69	54,29
Tasa bruta de natalidad (2012)	9,69	7,63	7,89
Tasa de mortalidad infantil (2012)	3,06	2,56	2,22
Tasa bruta de mortalidad (2012)	8,58	11,16	10,52

**Fuente: Memoria X.X.I. A Coruña 2013.**

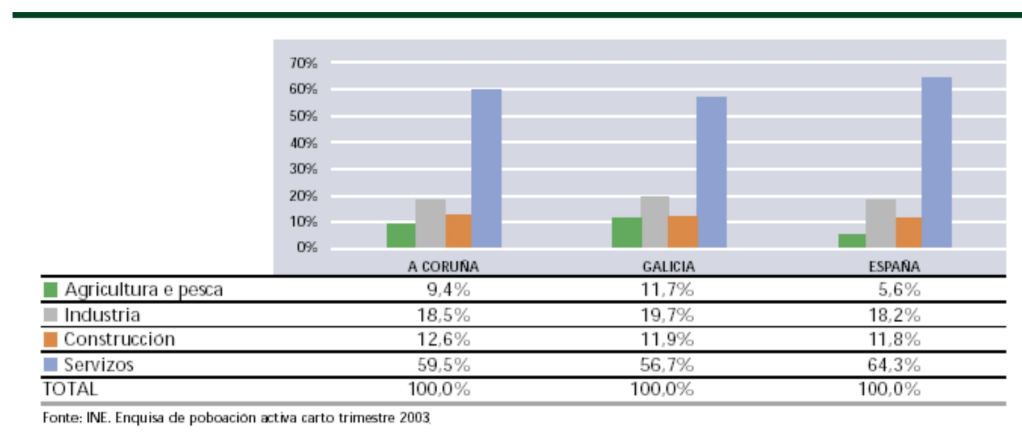
La principal actividad económica de nuestra área es fundamentalmente del sector servicios que ocupa más de la mitad de la población activa, seguida a distancia de la industria, la construcción y finalmente el sector agrícola-pesquero. Comparando estos datos con el resto de Galicia se recoge básicamente un mayor porcentaje dedicado al

## 1.Introducción

sector servicio (2,8%) y una menor población dedicada al sector agrícola-pesquero (2,3 puntos porcentuales).

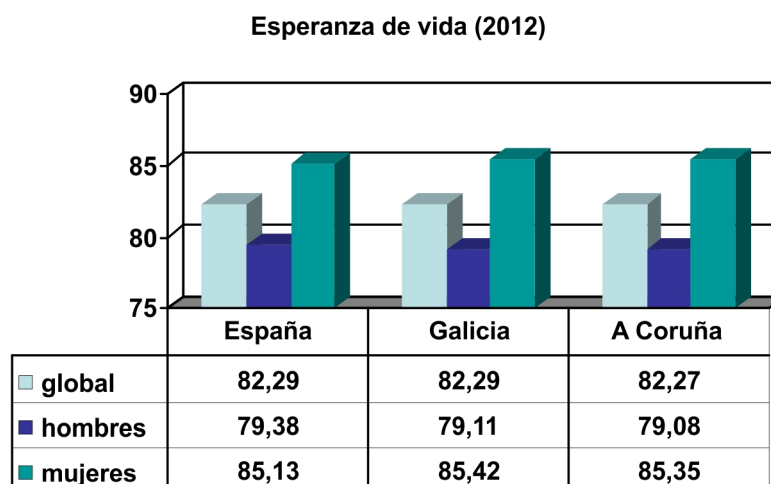
Cuando se comparan con el resto de España esta 4,8 puntos por debajo en el sector servicios y 3,8 por encima en el agrícola-pesquero.

**Tabla 3: Actividad laboral de la Población de A Coruña, Galicia y España**



La esperanza de vida es similar al resto de la comunidad y del estado español. Los hombres tienen una menor esperanza de vida que las mujeres, 74,2 años frente a 82,62 años de las mujeres.

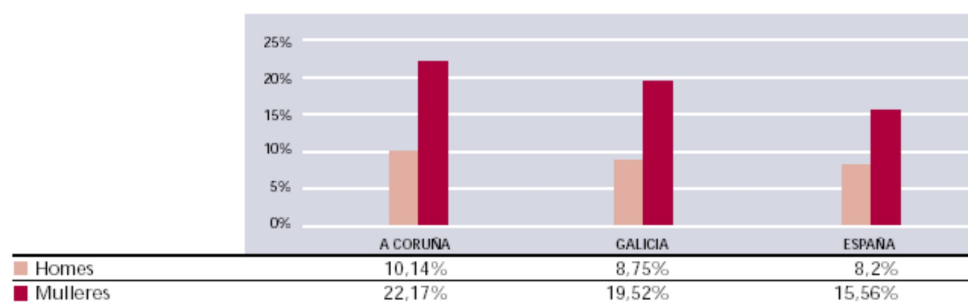
**Tabla 4: Esperanza de vida de la Población de A Coruña, Galicia y España**



**Fuente: Memoria X.X.I. A Coruña 2013.**

La tasa de empleo es superior en nuestra área sanitaria que el existente tanto en el resto de la Comunidad Autónoma como en el Estatal.

**Tabla 5: Tasa de empleo de la población de A Coruña Galicia y España**



Fonte: INE. Enquisa de poboación activa cuarto trimestre 2003



## ***Justificación del estudio***

### 2. JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

Hasta el año 1996, la asistencia psiquiátrica de la patología aguda de los pacientes del Área Sanitaria de A Coruña era realizada por dispositivos asistenciales de fuera de nuestro entorno (Área Sanitaria de Santiago de Compostela), circunstancia que ha determinado no poseer un registro de las características epidemiológicas (sociodemográficas, clínico-terapéuticas y de gestión) de dichos pacientes, ni del tipo de ingreso en lo relativo a la voluntariedad del mismo.

El 12 de Marzo de 1996 se realiza el primer ingreso en la Unidad de Hospitalización de agudos del servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña lo que determina la posibilidad de realizar un estudio epidemiológico del perfil del paciente y de la demanda, así como efectuar un proceso de evaluación de la actividad asistencial y desde una perspectiva médico legal en lo relativo a la involuntariedad del ingreso hospitalario.

Fundamentalmente en el análisis de los datos nos ceñimos a nuestro medio (España) ante la diversidad de normativas y legislaciones que existen en el resto de países sobre el ingreso involuntario en Psiquiatría. Además los estudios efectuados en nuestro país sobre la problemática jurídico legal que se origina en el internamiento psiquiátrico no son habituales y la mayoría presentan un tamaño muestral reducido.

Por otra parte el 24 de febrero del 2004 se firma un protocolo general "Protocolo general sobre traslados e ingresos non voluntarios e urxentes de persoas con enfermidade ou trastorno mental en Galicia" denominado "Programa Acougo", entre las Consellería de Sanidade y de Xusticia, Interior y Administración Local, con la

## **2. Justificación del estudio**

delegación del Gobierno en Galicia, habiéndose firmado este documento en el Edificio Administrativo de San Caetano en Santiago de Compostela cuyo objetivo era coordinar la actuación de los diferentes profesionales para la atención urgente extrahospitalaria de los pacientes con enfermedad mental, para la población diana definida como población de personas con enfermedad mental y en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Galicia, realizándose la primera evaluación que desde el punto de vista asistencial ha provocado la implantación de dicho programa, que permite el traslado urgente a los Centros Hospitalarios de pacientes con Trastornos Mentales y que pueden no aceptar la indicación médica de dicha acción asistencial de manera voluntaria, situación que ha podido generar un cambio cualitativo y cuantitativo en la tipología de las Autorizaciones Judiciales incrementándose de forma significativa las urgentes o secundarias al igual que ocurre en otras áreas sanitarias (55).

Debido a todo esto se realiza el presente estudio porque se considera que puede dar a conocer a la comunidad clínica las características sociodemográficas, clínico-terapéuticas y de gestión clínica que pueden facilitar estudios de investigación posteriores.

Por todo ello lo fundamental de este estudio y bajo nuestro criterio estaría basado en cuatro puntos fuertes:

1. Elaborar un documento que permita aportar al futuro histórico datos objetivos y rigurosos que impulsen futuras investigaciones en este campo.
2. Permitir la descripción epidemiológica y clínica del perfil de los pacientes que ingresan de forma involuntaria, que suponga un punto de partida hacia futuras investigaciones para una adecuada gestión del cambio, que posibilite una optimización de la utilización de los recursos sanitarios.

## **2. Justificación del estudio**

3. Analizar los factores de riesgo asociados al ingreso involuntario
4. Analizar el impacto provocado por la puesta en marcha del “Programa Acougo” que facilita la atención urgente de pacientes con Trastornos mentales y del comportamiento en situación de crisis.

En definitiva se consideró el presente trabajo original por la escasez de estudios similares en Unidades de Hospitalización de Psiquiatría en un Hospital General, reflejados en las bases de datos bibliográficas, innovador en un momento asistencial en el que los principios éticos en Medicina han provocado un cambio cualitativo muy importante en la relación médico paciente, en la que se modifican las antiguas actitudes de paternalismo médico, lo que pone en cuestión la conveniencia de recurrir al ingreso involuntario solo en aquellas situaciones clínicas que imposibiliten otro tipo de abordaje terapéutico y que se ajusten al Art. 763 de la LEC, y oportuno para facilitar el análisis de los factores determinantes de ingreso involuntario, que permitiría en una extrapolación posterior facilitar en la práctica clínica la toma de decisiones en un área que rebasa el campo estrictamente médico y que implica a otras disciplinas.

Otro hecho significativo es que el Tribunal Constitucional en la sebetencia 132/2010 de 2 de Diciembre de 2010, declara la inconstitucionalidad de los 2 párrafos del Apartado 1 del Art. 763 de la LEC, instando a que se desarrolle y regule el ingreso involuntario en una ley organica, reiterado en Sentencia del mismo TC 141/2012 de 2 Julio en la que se mantiene la declaración de inconstitucionalidad, si bien no declara la nulidad de la misma por el vacío legal que esta podría suponer.

## ***Hipótesis de trabajo***

### **3. HIPOTESIS DE TRABAJO.**

#### **3.1 HIPOTESIS NULA (H0)**

- a) Determinar que no existen diferencias según el tipo de ingreso legal entre los pacientes voluntarios e involuntarios.
- b) Analizar el grupo específico de involuntarios y determinar que no existen diferencias
- c) Que y tras la puesta en marcha del Programa Acougo, que no existen diferencias entre los pacientes que ingresan con Autorización Judicial ordinaria o primaria versus Autorización Judicial urgente o secundaria.
- d) Que no existen factores determinantes de ingreso involuntario.

#### **3.2 HIPOTESIS ALTERNATIVA (HA)**

- a) Determinar que si existen diferencias según el tipo de ingreso legal entre los pacientes voluntarios e involuntarios.
- b) Analizar el grupo específico de involuntarios y determinar que si existen diferencias
- c) Que y tras la puesta en marcha del Programa Acougo, que si existen diferencias entre los pacientes que ingresan con Autorización Judicial ordinaria o primaria versus Autorización Judicial urgente o secundaria.
- d) Que si existen factores determinantes de ingreso involuntario

## ***Objetivos***

## **4. OBJETIVOS**

### GENERALES:

1. Determinar y describir las características sociodemográficas, clínicas, terapéuticas y de gestión de todos los ingresos realizados en la Unidad de Hospitalización en el período reseñado.
2. Determinar y describir las características sociodemográficas, clínicas, terapéuticas y de gestión de los Ingresos Involuntarios comparados con el grupo de ingresos voluntarios y en el mismo período.
3. Determinar y describir las características sociodemográficas, clínicas, terapéuticas y de gestión de los Ingresos Involuntarios comparados según tipo de ingreso Autorización Judicial versus Orden Judicial.
4. Determinar y describir las características sociodemográficas, clínicas, terapéuticas y de gestión de los Ingresos Involuntarios comparados según tipo de ingreso Autorización Judicial ordinaria o primaria versus Autorización Judicial urgente o secundaria.

### ESPECIFICOS:

En el subgrupo de ingresos involuntarios

- a) Describir y analizar los cauces y recursos asistenciales, evaluar sus capacidades, posibilidades, rendimientos y estudios del grado de coordinación con el resto de la red asistencial.



#### **4.Objetivos**

- b) Realizar un estudio epidemiológico de tipo descriptivo y analítico, que incluya un estudio de prevalencia que permita generar hipótesis específicas de relación o asociación entre variables que puedan ser de objeto de utilidad en investigación clínica y planificación asistencial.
- c) Realizar un análisis pormenorizado del impacto que puede haber provocado el programa Acougo puesto en marcha el 24 de Febrero del 2004, en cuanto a la involuntariedad de los ingresos hospitalarios, y entre estos, si aumentaron el número de Autorizaciones Judiciales denominadas urgentes o secundarias.
- d) Investigar de forma específica los pacientes con criterios de con ingreso involuntario, y analizar los factores determinantes de este ingreso, que permita en el futuro la elaboración de programas específicos tendentes a la prevención y modificación de las variables que desencadenan dichos criterios de ingreso.

## ***Material y métodos***

## **5. MATERIAL Y METODOS**

### **5.1 ÁMBITO DE ESTUDIO**

#### **5.1.1 Hospital y zona sanitaria.**

Xerencia de Xestión Integrada del Área Sanitaria de A Coruña. (Antiguo Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña)

#### **5.1.2 Población de donde se obtiene el grupo objeto de estudio**

Pacientes ingresados de forma correlativa en el periodo de estudio reseñado, en la Unidad de Hospitalización del Servicio de Psiquiatría de la Xerencia de Xestión Integrada del Área Sanitaria de A Coruña.

### **5.2 PERÍODO DE ESTUDIO**

Desde el 12 de Marzo de 1996 hasta el 30 de Noviembre de 2009.

### **5.3 TIPO DE ESTUDIO**

Retrospectivo observacional de prevalencia, mediante un registro individual al alta de cada paciente.

### **5.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

Se incluyen todos los pacientes que ingresaron en la Unidad de hospitalización de Agudos del Servicio de Psiquiatría del C.H.U.A.C. en el período reseñado.

### **5.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

No se explicitan ningún tipo de criterios en relación con todos y cada de uno de los parámetros analizados.

## 5. Material y métodos

### 5.6 MEDICIONES:

De cada paciente incluido en el estudio, los facultativos de la Unidad de Hospitalización, recogieron una serie de variables sociodemográficas, clínicas, terapéuticas y de gestión, que se registraron en el Cuaderno de Recogida de Datos (Hoja de Registro individual) con 32 variables para codificar los datos extraídos de la historia clínica al alta de cada paciente.

Dicha hoja de registro fue diseñada y se utilizó como herramienta de gestión de la Unidad de Hospitalización del Servicio de Psiquiatría. (Anexo 5)

Las variables tienen una codificación alfa numérica, por lo que no se podría recuperar la identidad del sujeto fuente por medios razonables.

Las variables que se utilizaron en el estudio fueron las siguientes:

Datos sociodemográficos relativos al paciente:

- Edad
- Sexo
- Estudios/Nivel educacional: Analfabeto; Lee y escribe; Educación especial; Estudios Primarios/EGB; Formación profesional; Bachiller/BUP; Diplomado Universitario; Licenciado Universitario.
- Estado civil: soltero; casado o pareja estable; viudo; separado/divorciado; otros.
- Lugar de residencia: se tipifica como núcleo urbano a aquellos que tienen al menos 25.000 habitantes censados. Rural; Urbano.
- Sector de actividad: Se utilizaron las siguientes categorías profesionales: Agricultura/ganadería/pesca; Servicios; Fuerzas Armadas;

## 5. Material y métodos

Industrial/construcción/transporte; Comerciales; Ama de casa; Sanidad; Hostelería; Estudiante; Profesionales y técnicos (Liberal); Administrativo; Alta dirección; Otros.

- Actividad laboral (Situación laboral): Se categoriza por: Activo cuenta propia/Autónomo; Activo Contrato Temporal; Activo Contrato Indefinido; Activo trabajo Temporal; Paro subsidiado; Paro no subsidiado; Incapacidad laboral temporal; Incapacidad laboral permanente; Jubilado/Pensionista; Sin relación laboral.
- Recursos económicos: se tipifican en base a ingreso en las categorías siguientes: Ninguno: < 50 euros; Insuficiente: Entre 50 y 400 euros; Suficiente: Entre 400 y 1.200 euros; Elevado: > de 1.200 euros
- Convivencia: Se refiere a las personas que conforman el núcleo de convivencia del paciente: Familia (se agrupan cónyugue, con pareja, con padres, solo con padre, solo con madre, con hijos, con hermanos, con otros familiares); Solo; Institución; Otros.
- Nº de personas con las que convive el paciente: ninguna; 1; 2-3 miembros; 4 ó más miembros; Institución.

Datos clínicos y terapéuticos del paciente:

- Antecedentes personales psiquiátricos: Si tiene o no antecedentes de: No tiene; Varios; Neuróticos; Afectivos; Psicóticos; Alcohólicos; Tóxicos; Trastornos de la personalidad; otros.

## 5. Material y métodos

- Antecedentes familiares psiquiátricos: Si tiene o no antecedentes de: No tiene; Varios; Neuróticos; Afectivos; Psicóticos; Alcohólicos; Tóxicos; Trastornos de la personalidad; otros.
- Antecedentes psiquiátricos asistenciales: Si tiene o no antecedentes de tipo: Ambulatorio; Hospitalario; Ambulatorio/hospitalario; No
- Diagnóstico al alta: Se refiere al diagnóstico realizado por los psiquiatras de la Unidad de Hospitalización tras el alta del paciente y que se codifica según los criterios de la CIE 10.: Esquizofrenia/Trastorno Psicótico (Se agrupan Esquizofrenia, Trastorno Esquizoafectivo, T. Paranoide, otro Trastorno Psicótico); T. Afectivo; Trastornos Adictivos (Se agrupan Trastorno Mental orgánico por sustancias, Alcohol, Opiáceos y otras drogas); Trastornos de la personalidad; Trastornos neuróticos (Se agrupan trastornos de ansiedad, trastornos somatomorfos, Trastorno Psicosexual, Trastornos disociativos, Trastornos del control de impulsos); Demencia/Delirium; Retraso mental/Trastorno generalizado del desarrollo/Trastorno Déficit de Atención e Hiperactividad (Se agrupan las tres categorías y Trastorno específico del desarrollo); Trastorno de la conducta alimentaria; No Patología; Otros (se agrupan Diagnóstico diferido, Trastorno de movimientos estereotipados, trastornos de conducta, otras manifestaciones psíquicas, Código V).
- Abordaje terapéutico: Equivale a Modalidad de Atención, y se incluyeron las siguientes categorías: Tratamiento farmacológico; Psicoterapia individual; Psicoterapia de grupo; Terapia familiar; Socioterapia; Terapia ocupacional; otros.

## 5. Material y métodos

- Tratamiento farmacológico: Se incluyen las siguientes categorías: Ansiolíticos; Antipsicóticos (equivalente a neurolepticos); Antidepresivos; Hipnóticos; Asociaciones; Otros fármacos.
- Motivo de ingreso: Síntomas clínicos que originan el motivo principal de ingreso hospitalario: Afectivo; Ansioso; Delirante/alucinatorio; Confusional/agitado; Tóxico; Funcionalidad; Rol relación; Riesgo autolítico; Otros.
- Procedencia: Se categorizan por los dispositivos que derivan al paciente para el ingreso hospitalario: Unidad de salud mental (agrupa todas las USM de adultos); Urgencias hospitalarias; Unidad psiquiátrica de interconsulta y enlace; Unidad de salud mental infanto juvenil; Hospital de Día de psiquiatría; Hospitalización a domicilio de psiquiatría; Unidad asistencial de Drogodependencias (agrupa UAD de Coruña y Carballo); Otros (agrupa EAP/Médico de cabecera, Especialista no Psiquiatra, Servicios sociales, no Área de A Coruña y otros).
- Tipo de ingreso: Se categorizan por el tipo legal de ingreso: Voluntario; Autorización Judicial Primaria; Autorización Judicial secundaria; Orden Judicial.
- Modalidad ingreso involuntario: Se categorizan por el tipo de ingreso involuntario: Autorización judicial; Orden Judicial.
- Modalidad ingreso por Autorización Judicial: Se categorizan por el tipo de ingreso por AJ: Primaria u Ordinaria; Secundaria o Urgente.

## 5. Material y métodos

- Valoración al alta: Los términos empleados para la valoración clínica al alta son: Remisión completa; Respuesta clínica parcial; Sin cambios; Empeoramiento clínico.
- Derivación: Se categorizan por los dispositivos a los que se deriva al paciente tras el alta hospitalaria: Unidad de salud mental (agrupa todas las USM de adultos); Urgencias hospitalarias; Unidad psiquiátrica de interconsulta y enlace; Unidad de salud mental infanto juvenil; Hospital de Día de psiquiatría; Hospitalización a domicilio de psiquiatría; Unidad asistencial de Drogodependencias (agrupa UAD de Coruña y Carballo); Otros (agrupa EAP/Médico de cabecera, Especialista no Psiquiatra, Servicios sociales, no Área de A Coruña y otros).
- Tipo de alta: Se categorizan por: Voluntaria (Alta a petición propia); Derivación; Éxitus; Otros.

### Datos de gestión clínica:

- Nº de ingresos: Se categorizan por el número total de ingresos que ha tenido el paciente durante el tiempo de estudio.
- Estancia Media: se codifica en días de estancia.
- Tipo de Programa asistencial: Se categorizan por: Psiquiatría; Unidad de desintoxicación hospitalaria; Otros.
- Programa Acougo: Se categorizan en dos grupos diferenciados por la puesta en marcha del protocolo el 24 de Febrero del 2004: No (antes del 24 de Febrero del 2004); Si (después del 24 de Febrero del 2004).



## 5. Material y métodos

### 5.7 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó un análisis descriptivo, expresando las variables cuantitativas como media  $\pm$  desviación típica y las variables cualitativas como valor absoluto y porcentaje.

Se estudió la asociación entre variables cualitativas con el test estadístico chi-cuadrado y para las variables cuantitativas se realizó la comparación de medias, tras comprobar normalidad con el test de Kolmogorov-Smirnov, con el test T de Student o el test de Mann-Whitney según procediese.

Se realizó un análisis multivariante de regresión logística para determinar qué variables se asocian con el ingreso involuntario. Para estudiar la validez del modelo de regresión para determinar dicho ingreso se calcularon las curvas del Área Bajo la Curva (ROC).

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v19.0.

### 5.8 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO MUESTRAL

Al tratarse de un estudio observacional de prevalencia se han analizado los 6.872 pacientes, que permiten describir las características de los mismos en función de las siguientes variables:

- Voluntarios/involuntarios
  - Muestra Voluntarios: 4281
  - Muestra Involuntarios: 2591
- Autorización judicial/orden judicial
  - Muestra AJ: 2533
  - Muestra OJ: 53

## 5. Material y métodos

- Autorización judicial ordinaria o primaria /urgente o secundaria:
  - Muestra: AJO:1304
  - Muestra: AJS: 1229
- Programa Acougo
  - Si: 2760
  - No: 4112

### 5.9 ASPECTOS ÉTICO LEGALES

Para la realización del presente estudio se ha solicitado y obtenido la autorización del Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia (CEIC) (código 2015/236) y se realizó una anonimización de los datos mediante un sistema de codificación, sólo conocida por el investigador principal para asegurar que se mantiene la confidencialidad de la información recogida según la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

La base de datos que se ha utilizado es una base de datos anonimizada de gestión del Servicio de Psiquiatría. En ningún momento se ha accedido a las historias clínicas de los pacientes, ni en papel ni en registro electrónico, ni se han realizado entrevistas clínicas con ellos.

Dado el alto tamaño muestral y la duración del periodo del estudio, no se considera viable poder solicitar el consentimiento informado a cada uno de los sujetos fuente a evaluar.

El estudio se realizó siguiendo las normas de buena práctica clínica de la declaración de Helsinki y la ley de investigación biomédica 14/2007.

### 5.10 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- Sesgos de información

Al tratarse de un estudio retrospectivo basado en datos de la Historia clínica extraídos de una base de datos por cada facultativo responsable del ingreso del paciente, elaborada para llevar a cabo estudios de investigación, y a pesar de realizar consensos periódicos con los distintos facultativos, en ocasiones pueden existir criterios de disparidad al realizar valoraciones de las distintas variables analizadas, no existiendo un protocolo de evaluación de la calidad de los datos clínicos recogidos en la historia clínica de cada paciente, pero por ello se comparan exclusivamente con datos obtenidos en el Área Sanitaria de referencia y los obtenidos en otros estudios analizados.

- Sesgos de selección

Al incluirse en el total de la muestra solo los pacientes que cumplen con los criterios de inclusión del Área Sanitaria de A Coruña, podría existir un sesgo debido a la imposibilidad de analizar otras poblaciones, hecho que se ve solventado al comprobar la consistencia de los datos.

- Sesgos de confusión

El grupo analizado de pacientes con características de ingreso involuntario tiene una mayor estancia y complejidad asistencial, pudiendo existir un sesgo de confusión, derivado del hecho de que estos pacientes tienen un perfil clínico de Trastorno Mental Severo lo que implica de por sí mayor complejidad asistencial y gravedad psicopatológica.

## **5. Material y métodos**

### **5.11 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA**

En nuestro país los estudios sobre ingresos involuntarios son escasos, tanto en lo que respecta a la incidencia y las características de esta modalidad de hospitalización como a los factores determinantes de la misma.

Con el fin de localizar la información científica sobre el tema de estudio se realizó una búsqueda en Medline, Embase y psycinfo, siendo la estrategia empleada Mesh "Patient Admission""Psychiatry" "Psychiatric Department, Hospital", entre los años 2002 al 2013. La búsqueda se realizó en Diciembre del 2013

Esta búsqueda se ha completado con bases de datos nacionales (IBECS, ISOC) y buscadores especializados (Google Scholar), entre los años 2002 al 2014. La búsqueda de realizó en Marzo del 2015

Con el fin de completar esta búsqueda, se ha hecho una revisión de la bibliografía de los estudios localizados.

El Ingreso involuntario en el medio hospitalario

En cuanto a la literatura publicada sobre "Ingresos involuntarios en Psiquiatría", se realizó una búsqueda bibliográfica siendo las bases de datos descritas con anterioridad y buscándose estudios clínicos, artículos, metanálisis, publicados en español o inglés sin limitación temporal, además de realizar una búsqueda manual de la bibliografía incluida en los principales artículos, habiéndose seleccionado para la discusión los siguientes estudios:

## 5. Material y métodos

**Tabla 7: Principales estudios referenciados sobre las características de los ingresos involuntarios.**

Autor	Año	País	Tipo de estudio	Muestra
Almenta H.E. (55)	1987	España	Estudio prospectivo de prevalencia	784
López Glez et al (56)	1996	España	Estudio prospectivo de prevalencia	2000
Charles W Lidz et al (57)	1998	EEUU	Estudio prospectivo de prevalencia	171
De la Gandara et al (58)	1990	España	Estudio retrospectivo de prevalencia	380
Almuzara et al (59)	1995	España	Estudio retrospectivo de prevalencia	253
Gasque et al (60)	1998	España	Estudio retrospectivo de prevalencia	55
Ortiz Criado (61)	1999	España	Estudio retrospectivo de prevalencia	1185
Figuerido et al (62)	2000	España	Estudio prospectivo de prevalencia	62
Andres M.J. et al (63)	2002	España	Estudio retrospectivo de prevalencia	203
Kaltiala-Heino et al (64)	2003	Finlandia	Estudio retrospectivo de prevalencia	130
Vázquez Rguez et al (65)	2007	España	Estudio retrospectivo de prevalencia	507
Priebe et al (66)	2010	Inglaterra	Estudio prospectivo de prevalencia	2326
O`Donoghue et al (67)	2011	Irlanda	Estudio prospectivo de prevalencia	81
Sánchez Glez et al (68)	2013	España	Estudio retrospectivo de prevalencia	567

- Almenta Hernández Esperanza “Tesis doctoral”. Hospitalización voluntaria versus involuntaria del enfermo mental. Universidad Complutense de Madrid. 1987. (55)
  - Resumen: Con la presente investigación se ha pretendido conocer las características de los pacientes psiquiátricos que ingresan en contra de su voluntad. Para ello se ha realizado un estudio comparativo entre dos grupos de enfermos en función del tipo legal de la hospitalización. la población analizada procede de la unidad del servicio de psiquiatría II del Hospital Gregorio Marañón y está integrada por los ingresos producidos

## 5. Material y métodos

en dicha unidad entre septiembre de 1985 y agosto de 1986. De los 784 ingresos analizados, el 91.2% corresponde a la categoría de pacientes voluntarios y el 8.8% a la de involuntarios. Se han valorado factores sociodemográficos, clínicos y circunstanciales. Las correlaciones efectuadas entre ambos grupos de pacientes muestran diferencias estadísticamente significativas con respecto a algunas de las variables estudiadas. Así, el internamiento involuntario suele relacionarse con comportamientos disruptivos (agresión, escándalo público) que comprometen el entorno social, la dificultad que entraña el manejo de estas situaciones se traduce en una mayor participación de la autoridad policial o judicial. A su vez, las conductas que determinan el internamiento favorecen una menor tolerancia del medio, hecho que conecta con la actitud reivindicativa de ingreso por parte de la familia u otras personas acompañantes, el estado mental del paciente involuntario al ingreso suele estar gravemente alterado, circunstancia esta que dificulta el reconocimiento de la enfermedad y de la necesidad de tratamiento por parte del propio paciente. De ahí que el rechazo represente la postura comúnmente adoptada por este tipo de enfermos. Es más probable que el paciente involuntario sea joven, varón, se encuentre en situación de desempleo y posea antecedentes penales y de hospitalización psiquiátrica.

- López González, Eliseo et al. Evolución de los ingresos involuntarios en una UPHG Eguzkilore nº 10 San Sebastián Diciembre 1996,123-134.(56)
  - Estudio prospectivo de análisis de tasas y tipos de ingresos involuntarios entre los 2000 primeros ingresos consecutivos de la Unidad de Psiquiatría del Hospital General de Galdacano a los largo de sus

## 5. Material y métodos

primeros años de funcionamiento con una metodología de series temporales interrumpidas, realizando mediciones cada 100 ingresos. Los datos proceden de una Hoja de datos cumplimentada de forma prospectiva en cada ingreso. Los resultados válidos representan el 81,45% de todos los ingresos. Entre los resultados obtenidos destacan: 98% de ingresos urgentes. Los ingresos por Orden Judicial fluctúan entre el 3,8% y el 12,5% en 5 de las 20 series. Las Autorizaciones Judiciales urgentes experimentan un cambio en la tendencia a partir de la 7ª medición, situándose en un cambio de nivel por encima del 77% en las 10 últimas mediciones, evidenciándose en las Autorizaciones Judiciales ordinarias un cambio de tendencia pero en sentido inverso. Se evidencian dos épocas la llamada Serie 1ª en la que las Autorizaciones Judiciales Ordinarias y urgentes se repartían al 50% y la llamada Serie 2ª en que la proporción de AJ urgentes sube al 75%. El diagnóstico mayoritario en las Autorizaciones Judiciales es la Esquizofrenia aunque en la 2ª Serie baja un 10%, incrementándose en la 2ª Serie los diagnósticos de Alcoholismo, Trastornos de personalidad y Neurosis, incrementándose así mismo los diagnósticos de Trastorno Bipolar del 5% al 12% en la 2ª Serie. La tasa de ingresos involuntarios se mantiene con una tendencia constante en torno al 26,33%. En cuanto al hecho de que las AJ urgentes suban hasta el 75% de todos las AJ, lo justifican en base al hecho de que el 98% de los ingresos totales son Urgentes y el hecho de que la presión asistencial ha disminuido en la práctica clínica los ingresos programados. Por último señalan que el hecho de que exista un incremento significativo de las AJ urgentes debe de ser un factor mas de exigencia para la garantía de calidad de los mismos, ya que se elimina la

## 5. Material y métodos

valoración previa judicial que actúa de garante de los derechos de los pacientes.

- Charles W. Lidz, Ph.D., Edward P. Mulvey, Ph.D., Steven K. Hoge, M.D., Brenda L. Kirsch, M.A., John Monahan, Ph.D., Marlene Eisenberg, Ph.D., William Gardner, Ph.D., and Loren H. Roth, M.D. Factual Sources of Psychiatric Patients' Perceptions of Coercion in the Hospital Admission Process, M.P.H. Am J Psychiatry 1998; 155:1254–1260. (57)
  - El objetivo del estudio prospectivo era determinar los factores que predicen una percepción de coacción por parte de los pacientes ingresados en Hospitales Psiquiátricos, siendo la muestra de 171 pacientes, con una edad media de 35,1 años, un 53,8% de mujeres, con 12,1 año de escolarización media, perteneciendo a una clase social media baja en un 70,9%, ingresando de forma involuntaria en un 66,7% y siendo los diagnósticos más frecuentes el de Trastorno afectivo con un 49,7%, patología dual con un 43,4% y esquizofrenia con un 18,9%
- De la Gándara Martin, J.J. Fuertes Rocañin, J.C. De Dios Francos A., Hernandez Herrero, H., Redondo Martínez, L, “Los ingresos involuntarios psiquiátricos en el Hospital General” Anales de Psiquiatría 1990, Vol 6. Nº 6. pp. 235-240, Madrid. (58)
  - En el presente estudio retrospectivo se analizan las características sociodemográficas, clínicas y asistenciales de 120 pacientes que ingresaron de modo involuntario en nuestro hospital sin que mediase intervención judicial. Se comparan con otros 380 que ingresaron durante el mismo período de tiempo de forma voluntario. El total de la muestra fue pues de 500 pacientes que ingresan a los largo de 2 años en la Unidad de Psiquiatría del Hospital General Yague de Burgos, con un



## 5. Material y métodos

24% de ingresos involuntarios, con una edad media de 40,4 años en los involuntarios y de 43,8 años en los voluntarios, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas en el resto de variables sociodemográficas como sexo, estado civil, situación laboral, nivel de escolaridad, nivel económico, número de miembros de la unidad familiar, carencia parental, número de hermanos, lugar en la patria y tipo de convivencia., siendo el diagnóstico más frecuente en los pacientes involuntarios el Trastorno psicótico con un 41,6% frente a un 15,7% en los voluntarios, predominando en ambos grupos una ausencia de diagnóstico en el EJE II, con un diagnóstico del 65,7% en el EJE III en los voluntarios en contraposición al 50% en el otro grupo, rechazando o negando la enfermedad un 84,1% en los involuntarios frente a un 21% en los que aceptan el ingreso. Entre los que rechazan el ingreso hay una frecuencia superior estadísticamente significativa con inquietud/agitación, conducta anormal durante la entrevista, severa dificultad para establecer un buen contacto interpersonal, acompañado de trastornos del pensamiento (Ideas delirantes, perplejidad, disgregación e incoherencia), alteraciones de la sensopercepción (alucinaciones) e inexistencia de conciencia de enfermedad. En cuanto a aspectos asistenciales destacar que la iniciativa del ingreso en los involuntarios corresponde a la familia 80% versus 51,3%, con una estancia media de 15,2 días en los que rechazan el ingreso frente 12,8 días en el otro grupo, con una mayor frecuencia de trastornos de conducta 63% versus 17,3% en el grupo involuntario, menor apoyo psicoterapéutico de un 96% en el grupo de los involuntarios no objetivándose diferencias estadísticamente

## 5. Material y métodos

significativas en la procedencia del paciente y el número de hospitalizaciones previas.

- Almuzara, I., et al. Estudio de los internamientos psiquiátricos de la provincia de Huesca. Orfilia/Actas de las VII jornadas de la Sociedad Española de Medicina Legal y Forense 1995 I p 19-26.(59)
  - Estudio Retrospectivo de los ingresos habidos en el año 1994 en el Hospital psiquiátrico de Huesca. La muestra se corresponde con 253 pacientes de los cuales 20 han sido ordenes judiciales (7,9%), 70 pacientes (27,66%) lo hacen por autorización Judicial primaria y 58 (22,92%) por Autorización Judicial secundaria, siendo el porcentaje total de involuntarios el 58,49%. En el total de la muestra un 53% son varones, siendo los solteros los mas frecuentes, con mayoría en el intervalo de edad de 20.30 años, promoviendo el ingreso la familia en un 59,28%, el Trastorno delirante “Paranoia” el diagnóstico más frecuente con 20,31%
- Gasque López J., Amorós Galito, E., Y Pérez Pérez R. “Epidemiología de los internamientos involuntarios en el partido judicial de Lleida 1996. Revista Española de Psiquiatría Forense, Psicología Forense y Criminología. Nº 6. Septiembre 1998. (60)
  - Se realiza un estudio retrospectivo epidemiológico de los internamientos psiquiátricos involuntarios en el partido judicial de Lleida durante los años 1996-1997, La muestra es de 55 pacientes, de los cuales un 65% corresponde a varones, solteros en un 56,31 de los casos, con una representación por edad del 73% en los intervalos de 31 a 40 años y de 21 a 30 años, sin profesión en un 43%, solicitado por la familia en un 45,5%, siendo el diagnóstico más frecuente la Esquizofrenia en un 40% y

## 5. Material y métodos

el motivo de ingreso la heteroagresividad en un 49,1%, con al menos un ingreso previo en el 51%, siendo la estancia media de 18,5 días .

- Ortiz Criado J.M. Tesis doctoral “Estudio médico legal de los Internamientos Psiquiátricos en el Hospital Francisco Borja de Gandía. 1993-1999. Universidad de Valencia. (61)
  - Se realiza un estudio de las variables sociodemográficos, clínicas, personales y circunstanciales de los ingresos en el Hospital Francisco Borja de Gandía entre los años 1993-1999 con una muestra total de 1185 ingresos en la que el porcentaje de involuntarios fue del 22,44% , con un predominio de hombres 70,30%, siendo la edad de las mujeres superior, con tendencia al incremento del número de internamientos con la edad, realizándose el reconocimiento de la comisión judicial en las primeras 72 horas en el 80% de los casos.
- Figuerido J.L. et al. Actas Españolas de Psiquiatría. 2000; 28 (5): 275-278.(62)
  - El objetivo del estudio era conocer la frecuencia de involuntariedad de ingreso en los primeros episodios psicóticos y analizar los factores asociados a los ingresos involuntarios. La muestra fue de 62 pacientes con un 70,90% de hombres, 74,10 de solteros, y un 41,90% en situación laboral activa, con una edad media de 28,35 años, con un 40,3% de antecedentes familiares de tratamiento psiquiátrico y un 11,20% de antecedentes de tentativas autolíticas. El 67,7% de los pacientes ingresaron de forma involuntaria, siendo la única variable asociada a la involuntariedad los síntomas positivos de tipo psicótico. Se encontró una alta comorbilidad en especial con el consumo de cannabis y nicotina,

## 5. Material y métodos

junto a una baja cumplimentación del tratamiento y de la conducta violenta, pero esta asociación no era estadísticamente significativa.

- Andrés M.J. et al. Internamientos no voluntarios en el Hospital General. *Psiquiatría.com*. 2002;6.(63)
  - El objetivo es determinar las características de los pacientes que ingresan de forma involuntaria mediante un estudio retrospectivo de 6 meses de duración (Julio a Diciembre de 1999) en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid con una muestra de 203 casos, en el que se ponen de manifiesto una mayoría de hombres 64%, con antecedentes psiquiátricos en un 89,2 %, con diagnóstico principal de esquizofrenia en un 51,7% y de forma mayoritaria a tratamiento psicofarmacológico con antipsicóticos orales en un 81,2%, siendo el motivo principal de ingreso en un 71,44% las alteraciones de conducta, con una edad media en los hombres de 38,30 y en las mujeres de 46,34 y una estancia media de 27,40 días, reflejando que el interés del estudio radica en el análisis de los pacientes que son sometidos a un ingreso involuntario en un hospital general.
- Kaltiala-Heino et al Involuntary medication in psychiatric inpatient treatment, *Eur psychiatry* .2003 Oct; 18(6): 290-5. (64)
  - En un estudio sobre medicación involuntaria en pacientes a tratamiento psiquiátrico y en una muestra de 130 pacientes en la que predominan los hombres 54,6%, siendo solteros el 51,5%, de clase baja en un 48%, que ingresan de forma involuntaria en un 80,8%, siendo su diagnóstico principal el de Trastornos Afectivos en un 17,7%.
- Vázquez Rodríguez, M<sup>a</sup> D. et al. Ingreso involuntario en una unidad de agudos: Características sociodemográficas, clínicas e influencia en la práctica

## 5. Material y métodos

asistencial. Comunicación congreso. Interpsiquis 2007. 8º Congreso virtual de Psiquiatría. <http://hdl.handle.net/10401/4146>. (65)

- Los objetivos del estudio fueron determinar las características sociodemográficas de los ingresos involuntarios en una unidad de agudos durante un año, valorando su influencia en la práctica asistencial. Los ingresos involuntarios presentan un perfil diferenciado, tanto por características sociodemográficas como clínicas.
- Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de las características sociodemográficas, clínicas y relativas al tratamiento de los ingresos involuntarios efectuados en la unidad de agudos durante el año 2003. Resultados y conclusiones: Del total de 507 ingresos durante el año 2003, 40 fueron involuntarios (7,89%), las características sociodemográficas fueron: varones (60%), solteros (51%), adultos jóvenes (media de edad 41-42 años), núcleo de convivencia en familia de origen (43,6%), clínicamente, los pacientes fueron diagnosticados de psicosis (77%), con antecedente de ingreso (80%) y tasa de reingreso durante ese año (15%). Desde la visión asistencial la duración media del ingreso fue de 23,55 días (10 días más que la media global), un 40 % requirieron sujeción mecánica y un 45% precisaron medicación vía parenteral. Sólo un pequeño porcentaje de los pacientes ingresados en una unidad de agudos requiere la involuntariedad. El perfil de este paciente es el de varón, joven, soltero con núcleo de convivencia en la familia de origen y con ingresos previos en la unidad. El diagnóstico más frecuente es el de psicosis. La carga asistencial es mayor en los ingresos involuntarios con una mayor duración del ingreso y utilización de medidas excepcionales.

## 5. Material y métodos

- Priebe s. et al. Patients views of involuntary hospital admisión alter 1 and 3 monts: prospective study in 11 European countries. 2010. (66)
  - Se realiza un estudio prospectivos obre una muestra de 2326 ingresos involuntarios, evidenciándose como datos más significativos una edad media de 38,72 años, con un 57% de hombres, que no tienen empleo en un 72%, que viven solos en un 66%, con ingresos previos en un 71%, diagnosticados de Esquizofrenia en un 62% y con una puntuación del BPRS de 15,36 de media.
- O'Donoghue B. et al. Psysical coercion, perceived pressures and procedural justice in the involuntary admisión and future engagement with mental Elath services. Eur Psychiatry. 2011 May;26(4): 208-14.(67)
  - Estudio prospectivo de 15 meses de duración de pacientes que ingresan de forma involuntaria. La muestra la conforman 81 pacientes , con una mayoría de mujeres 52%, con una edad media de 36,3 en varones y 43,5 en mujeres, solteros en un 74% y diagnosticados de Esquizofrenia/Trastorno esquizoafectivo.
- Sánchez González R. et al. Ingresos involuntarios en Una Unidad de Hospitalización breve. Comunicación en formato póster. XVII Congreso Nacional de Psiquiatría. Sevilla, 26-26 de Septiembre del 2013. (68)
  - Introducción: Los pacientes con trastorno mental severo requieren de ingreso involuntario en los momentos en los que la capacidad de tomar decisiones está alterada. El diagnóstico y la gravedad de la enfermedad mental son las características más importantes que definen el tipo de ingreso. Los trastornos psicóticos, el trastorno mental orgánico o el retraso mental se asocian a un mayor número de ingresos involuntarios. Objetivos: Medir la frecuencia de ingresos involuntarios y voluntarios

## **5. Material y métodos**

que se han llevado a cabo en la unidad de Hospitalización Breve de CAEM durante el año 2011, relacionándolo con los diagnósticos psiquiátricos.

Metodología: Diseño del estudio: Estudio observación al retrospectivo.

Participantes: todos los ingresos hospitalarios realizados en la Unidad de Hospitalización Breve de CAEM durante el año 2011. Consulta de las variables en base de datos informatizada.

Método Estadístico: Cálculo de frecuencias y estadísticos descriptivos.

Resultados: El número total de ingresos hospitalarios fue de 567. De los cuales 51.1% eran varones y un 48.9% mujeres. La edad media de los pacientes fue de 44.8 años. La duración media del ingreso fue de 23.5 días. El 31.7% de los ingresos corresponden al diagnóstico de trastornos esquizofrénicos, el 22.8% otros trastornos psicóticos (incluido TEA, trastorno delirante crónico y otras psicosis), el 8.3% trastorno bipolar en fase maníaca, el 3,5% trastorno límite de personalidad. El 33.7% restante incluía el resto de trastornos psiquiátricos. Un 55.6% de los pacientes fueron ingresados de forma voluntaria y el 44.4% de forma involuntaria. De forma global, un 53.7% de todos los trastornos psicóticos ingresaron de forma involuntaria.

Conclusiones: Podemos concluir que durante el 2011 hubo aproximadamente el mismo número de ingresos voluntarios e involuntarios en la UHB. La patología más frecuente entre los hospitalizados es la esquizofrenia. Los pacientes que más ingresos involuntarios requieren son los diagnosticados de trastornos psicóticos y de trastorno bipolar en fase maníaca.

## 5. Material y métodos



Secretaría Técnica  
Comité Autonómico de Ética da Investigación de Galicia  
Secretaría Xeral, Consellería de Sanidade  
Edificio Administrativo San Lázaro  
15703 SANTIAGO DE COMPOSTELA  
Tel. 881 546425, ceic@sergas.es



### DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DE A CORUÑA-FERROL

Carlos Rodríguez Moreno, Secretario del Comité de Ética de la Investigación de A Coruña-Ferrol

#### CERTIFICA:

Que este Comité evaluó en su reunión del día 22/04/2015 el estudio:

**Título:** Estudio psiquiátrico legal de los ingresos en una Unidad de Hospitalización de agudos de un Servicio de Psiquiatría. CHUAC. (1996-2009)\*

**Promotor:** Juan Carlos Díaz del Valle

**Tipo de estudio:** Otros

**Version:**

**Código del Promotor:**

**Código de Registro:** 2015/236

Y, tomando en consideración las siguientes cuestiones:

- La pertinencia del estudio, teniendo en cuenta el conocimiento disponible, así como los requisitos legales aplicables, y en particular la Ley 14/2007, de investigación biomédica, el Real Decreto 1716/2011, de 18 de noviembre, por el que se establecen los requisitos básicos de autorización y funcionamiento de los biobancos con fines de investigación biomédica y del tratamiento de las muestras biológicas de origen humano, y se regula el funcionamiento y organización del Registro Nacional de Biobancos para investigación biomédica, la ORDEN SAS/3470/2009, de 16 de diciembre, por la que se publican las Directrices sobre estudios Posautorización de Tipo Observacional para medicamentos de uso humano, y el la Circular nº 07 / 2004, investigaciones clínicas con productos sanitarios.
- La idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio, justificación de los riesgos y molestias previsibles para el sujeto, así como los beneficios esperados.
- Los principios éticos de la Declaración de Helsinki vigente.
- Los Procedimientos Normalizados de Trabajo del Comité.

Emite un **INFORME FAVORABLE\*** para la realización del estudio por el/la **investigador/a del centro:**

Centros	Investigadores Principales
C.H. Universitario de A Coruña	Juan Carlos Díaz del Valle

carlos.rodriguez.  
moreno@sergas.  
es

Emite un informe favorable para la realización del estudio por el/la investigador/a del centro:  
Juan Carlos Díaz del Valle  
Investigador/a Principal  
Fecha: 22/04/2015  
CEIC/2015/236





## ***Resultados***

## 6. RESULTADOS

### 6.1 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN LA MUESTRA

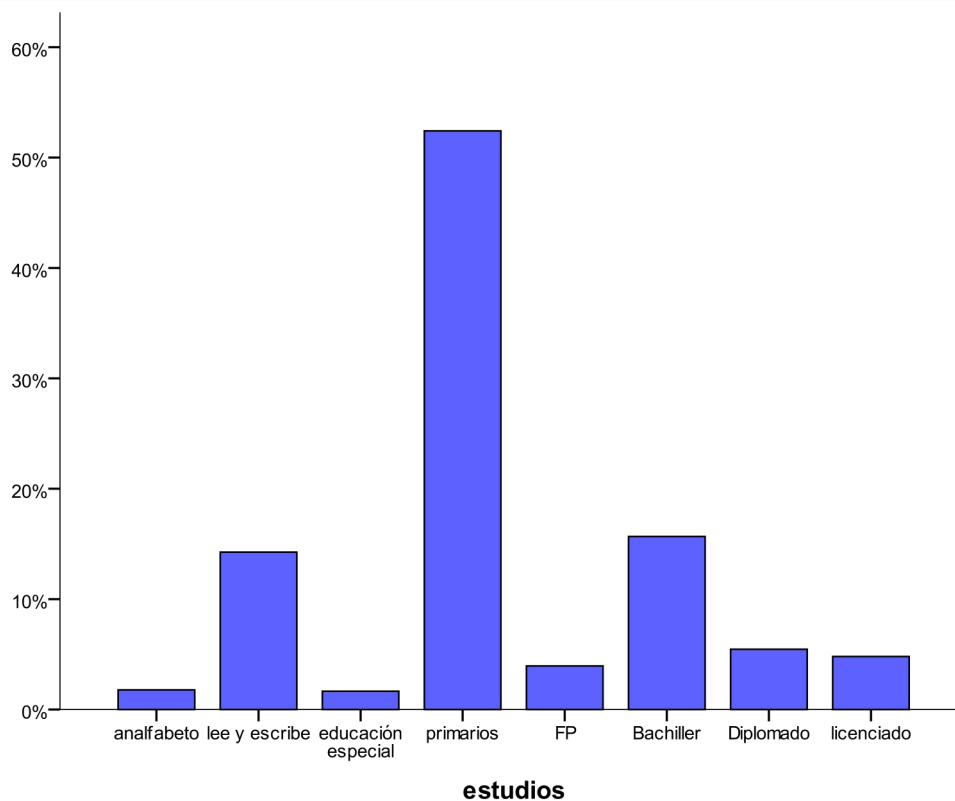
La muestra general incluye a todos los pacientes que ingresaron de forma correlativa en la Unidad de Hospitalización con una n muestral de 6872 ingresos, el los que consta de un predominio de hombres, con un porcentaje del 52,4%, soltero con un porcentaje del 52,4%, estudios primarios 52,4% y de residencia urbana 66,4%, con una edad media de  $40,53 \pm 32$ . (Tabla 8). (Fig. 4 y 5).

*Tabla 8: Características generales de los pacientes incluidos en la muestra*

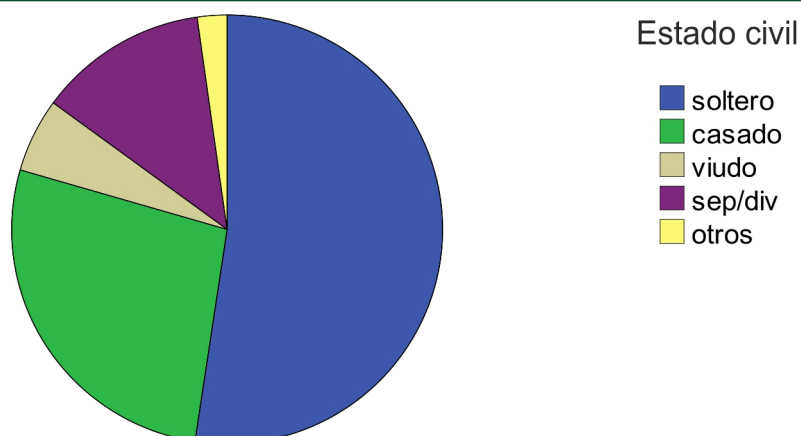
Variables	n	%	Media	DT	mediana	Mínimo	Máximo	I.C 95%
<b>Edad</b>	<b>6868</b>		<b>40.53</b>	<b>15.32</b>	<b>38</b>	<b>13</b>	<b>94</b>	
<b>Variables</b>	<b>n</b>	<b>%</b>						
<b>Sexo</b>								
Hombre	3689	53.7						
Mujer	3183	46.3						
<b>Estudios</b>								
Analfabeto	122	1.8						
Lee y escribe	980	14.3						
Educ. especial	114	1.7						
Primarios	3602	52.4						
FP	271	3.9						
Bachiller	1077	15.7						
Dipl. Univ.	375	5.5						
Lic. Univ.	330	4.8						
<b>Estado civil</b>								
Soltero	3600	52.4						
Casado	1862	27.1						
Viudo	383	5.6						
Sep/div	874	12.7						
otros	153	2.2						
<b>residencia</b>								
Rural	2310	33.6						
Urbano	4561	66.4						

## 6.Resultados

**Figura 4: Nivel de estudios de los pacientes incluidos en la muestra**



**Figura 5: Estado civil de los pacientes incluidos en la muestra**



**Datos socioeconómicos de los pacientes incluidos en la muestra**

## 6.Resultados

El sector de actividad principal lo constituyen las amas de casa, 19,6%, 3 décimas inferior al epígrafe genérico otros, sin relación laboral 39%, con recursos económicos suficientes 82,6%, que convive en familia 79% y con 2-3 miembros como componentes del grupo familiar 44,4%.(Tabla 9)

**Tabla 9: Datos socioeconómicos de los pacientes incluidos en la muestra**

<b>Variables</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Actividad</b>		
Agricultura/ganadería/pesca	488	7.1
Servicios	875	12.7
Fuerzas armadas	70	1.0
Industrial/construcción/Transporte	894	13.0
Comerciales	223	3.2
Ama de casa	1350	19.6
Sanidad	179	2.6
Hostelería	210	3.1
Estudiante	687	10.0
Liberal	399	5.8
Administrativo	124	1.8
Alta dirección	7	0.1
Otros	1365	19.9
<b>Actividad laboral</b>		
Autónomo	350	5.1
Contrato Temporal	373	5.4
Contrato Indefinido	319	4.6
Temporero	92	1.3
Paro subsidiado	147	2.1
Paro no subsidiado	577	8.4
ILT	492	7.2
ILP	1360	19.8
Pensionista	484	7.0
Sin relación laboral	2677	39.0
<b>Recursos económicos.</b>		
Ninguno	56	0.8
Insuficiente	1077	15.7
Suficiente	5675	82.6
Elevado	63	0.9
<b>Convivencia</b>		
Familia	5431	79.0
Solo	1239	18.0
Institución	81	1.2
Otros	121	1.8
<b>Nº personas Convivencia</b>		
ninguna	1313	19,1
1	1687	24,5
2-3 miembros	3050	44,4
4 o mas miembros	768	11,2
Institución	54	0,8

## 6.Resultados

Datos clínico terapéuticos

Antecedentes psiquiátricos de los pacientes incluidos en la muestra.

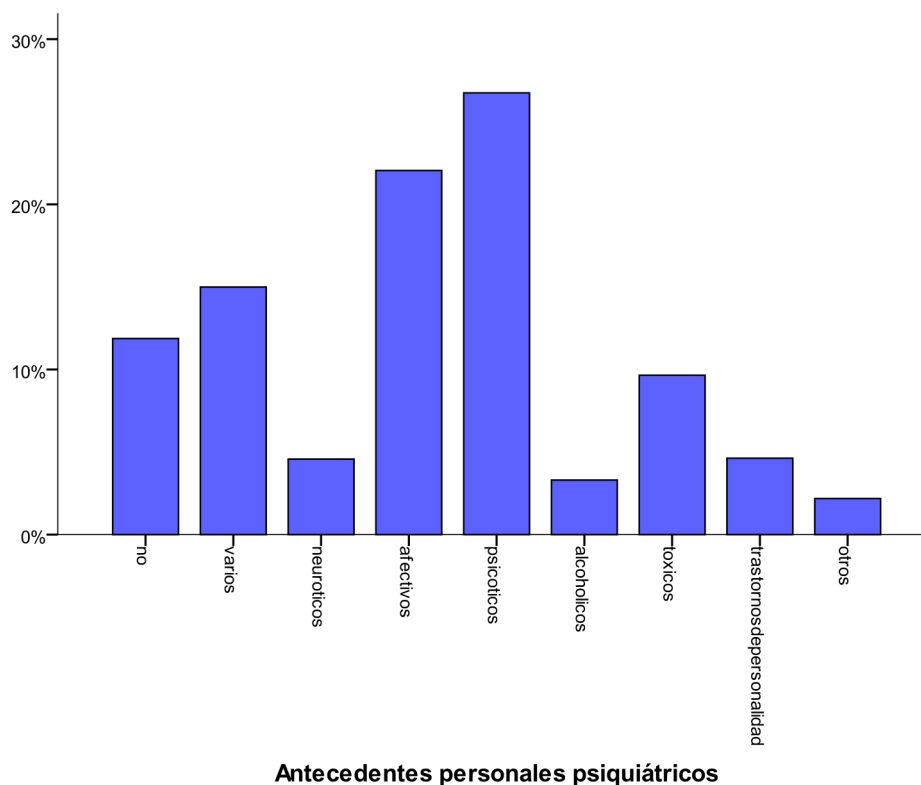
Los pacientes incluidos en la muestra presentan antecedentes personales de tipo psiquiátrico de características psicóticas 26,8% y afectivas 22%, con varios antecedentes comórbidos en el caso de los antecedentes familiares pero de menor consistencia, y antecedentes asistenciales de tipo ambulatorio y hospitalario 54,1%.(Tabla 10). (Fig. 6)

**Tabla 10: Antecedentes psiquiátricos de los pacientes incluidos en la muestra**

<b>VARIABLES</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Antecedentes Personales Psiquiátricos</b>		
No	816	11.9
Varios	1030	15.0
Neuróticos	314	4.6
Afectivos	1515	22.0
Psicóticos	1838	26.8
Alcohólicos	227	3.3
Tóxicos	663	9.6
Trastornos de personalidad	318	4.6
Otros	150	2.2
<b>Antecedentes Familiares Psiquiátricos</b>		
No	3524	51.3
Varios	780	11.4
Neuróticos	232	3.4
Afectivos	735	10.7
Psicóticos	613	8.9
Alcohólicos	258	3.8
Tóxicos	193	2.8
Trastornos de personalidad	94	1.4
Otros	442	6.4
<b>Antecedentes psiquiátricos asistenciales</b>		
Ambulatorio	2185	31.8
Hospitalario	60	0.9
Ambulatorio/Hospitalario.	3714	54.1
No	912	13.3

## 6.Resultados

**Figura 6: Antecedentes personales psiquiátricos de los pacientes incluidos en la muestra**



### Diagnósticos de los pacientes incluidos en la muestra

Se evalúan hasta 4 diagnósticos en los pacientes que presentan dicha posibilidad destacando el diagnóstico de Esquizofrenia/Trastorno Psicótico en el diagnóstico principal 40,7%, y trastornos adictivos en el 2<sup>a</sup>, 3<sup>o</sup> y 4<sup>o</sup> diagnóstico 39,7%, 63,2% y 54,5% respectivamente. (Tabla 11) (Fig. 7)

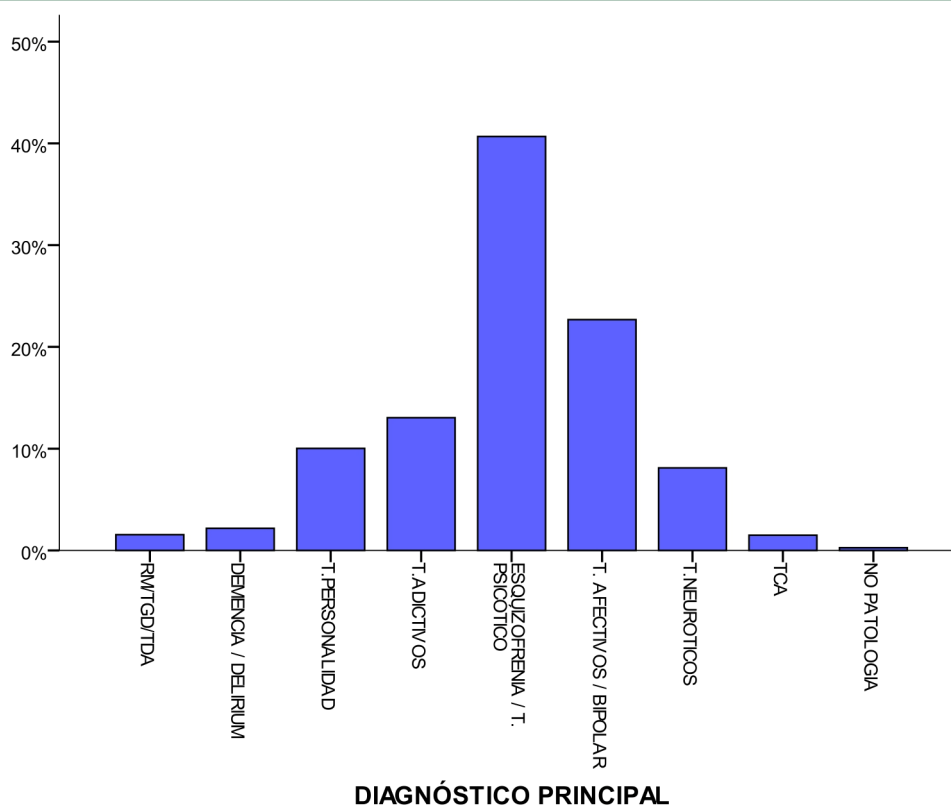
## 6.Resultados

**Tabla 11: Diagnósticos de los pacientes incluidos en la muestra**

<b>Variables</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Diagnóstico principal</b>		
Esquizofrenia/T.Psicotico	2795	40.7
T. Afectivo/Bipolar	1558	22.7
T.Adictivos	896	13.0
T.personalidad	689	10.0
T.neuroticos	557	8.1
Dem/delirium	149	2.2
RM/TG/TDA	106	1.5
TCA	103	1.5
No patología	18	0.3
<b>Diagnóstico 2</b>		
Esquizofrenia./T.Psicotico	43	3.1
T.Afectivo/Bipolar	68	4.8
T.Adictivos	557	39.7
T.personalidad	427	30.4
T.neuroticos	119	8.5
Dem/delirium	36	2.6
RM/TG/TDA	116	8.3
TCA	37	2.6
No patología	0	0.0
<b>Diagnóstico 3</b>		
Esquizofrenia/T.Psicotico	1	0.5
T. Afectivo/Bipolar	4	1.9
T. Adictivos	134	63.2
T. personalidad	45	21.2
T. Neuróticos	8	3.8
Dem/delirium	0	0.0
RM/TG/TDA	14	6.6
TCA	6	2.8
No patología	0	0.0
<b>Diagnóstico 4</b>		
Esquizofrenia./T.Psicotico	0	0.0
T.Afectivo/Bipolar	0	0.0
T.Adictivos	6	54.5
T.personalidad	4	36.4
T.neuróticos	0	0
Dem/delirium	1	9.1
RM/TG/TDA	0	0.0
TCA	0	0.0
No patología	0	0.0

## 6.Resultados

**Figura 7: Diagnóstico principal al alta de los pacientes incluidos en la muestra**



### Abordaje terapéutico de los pacientes incluidos en la muestra

Un porcentaje absolutamente mayoritario > del 50% como era de esperar recibió tratamiento psicofarmacológico 98,6%, con abordaje psicoterapéutico individual 70,7%, de grupo 74,3% y de familia 51,4%, participando de forma activa en los programas de terapia ocupacional 79,4%, y con una utilización minoritaria 36,5% de los recursos de trabajo social más allá de una evaluación social básica que se realiza por protocolo a todos los pacientes que ingresan en la Unidad de Hospitalización.

Dentro del grupo de tratamiento psicofarmacológico la variable de utilización prevalente es el de antipsicóticos 76,5%, seguido de ansiolíticos 52,5% y antidepresivos 31,5% (Tabla 12).



## 6.Resultados

**Tabla 12: Abordaje terapéutico de los pacientes incluidos en la muestra**

<b>Variables</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Tratamiento Farmacológico</b>	6777	98.6
Psicoterapia Individual	4861	70.7
Psicoterapia grupo	5104	74.3
Terapia familiar	3535	51.4
Socioterapia	2507	36.5
Terapia ocupacional	5456	79.4
Otros	421	6.1
<b>Tratamiento Farmacológico</b>		
Ansiolíticos	3609	52.5
Antipsicóticos	5259	76.5
Antidepresivos	2166	31.5
Hipnóticos	421	6.1
Asociaciones	216	3.1
Otros fármacos	1833	26.7

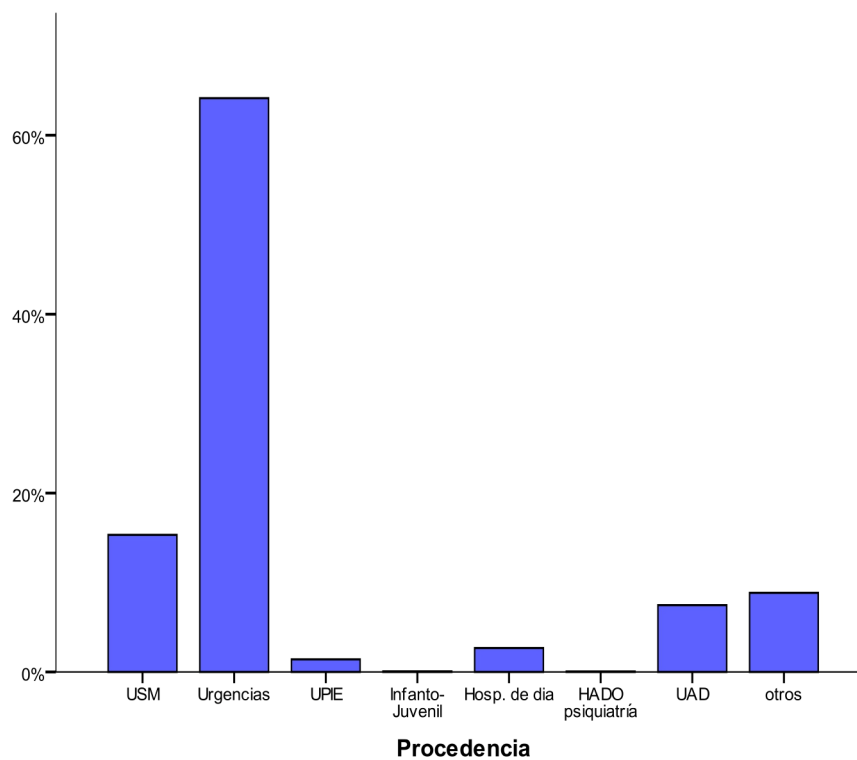
### Características del ingreso de los pacientes incluidos en la muestra

Como motivo de ingreso el perfil mayoritario presenta un cuadro psicopatológico de características delirantes alucinatorias 35,7% ingresando desde el Servicio de urgencias de nuestro centro hospitalario 64,1%, con la modalidad de ingreso de tipo voluntaria 62,3%, por Autorización Judicial 36,9% en el subgrupo de los involuntarios y dentro de la autorizaciones judiciales la más prevalente es la Primaria 19,0% en los tres supuestos sobre el total de la muestra. (Tabla 13). (Fig. 8).

## 6.Resultados

**Tabla 13: Características del ingreso de los pacientes incluidos en la muestra**

<b>Variables</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Motivo de Ingreso</b>		
Afectivo	1554	22.6
Ansioso	166	2.4
Delirante/alucinatorio	2452	35.7
Confusional/agitado	357	5.2
Tóxico	688	10.0
Funcionalidad	261	3.8
Rolrelación	382	5.6
Riesgo autolítico	609	8.9
Otros	402	5.9
<b>Procedencia</b>		
USM	1053	15.3
Urgencias	4408	64.1
UPIE	97	1.4
Infanto-Juvenil	5	0.1
Hospital de día	184	2.7
HADO psiquiatría	4	0.1
UAD	513	7.5
Otros	608	8.8
<b>Modalidad Ingreso</b>		
Voluntario	4281	62.3
Involuntario	2591	37.7
<b>Modalidad Ingreso Involuntario</b>		
Autorización Judicial	2533	36.9
Orden Judicial	53	0.8
<b>Modalidad Ingreso por AJ</b>		
AJ ordinaria	1304	19.0
AJ urgente	1229	17.9

**Figura 8: Procedencia de los pacientes al ingreso incluidos en la muestra**

#### Características del alta de los pacientes incluidos en la muestra

El perfil mayoritario del 50% en cuanto la valoración clínica al alta es respuesta parcial 69,8%, siendo derivados para supervisión terapéutica en régimen ambulatorio en Unidades de Salud Mental 55,4%, con un porcentaje mayoritario de derivaciones clínico asistenciales 94,4%. (Tabla 14). (Fig. 9)

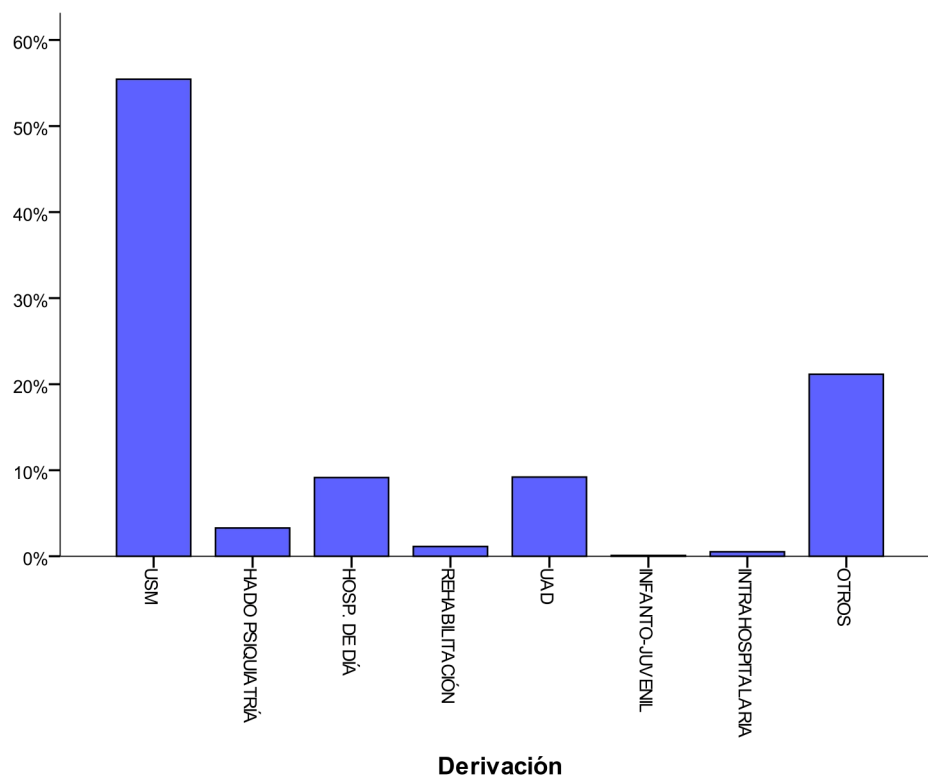
## 6.Resultados

*Tabla 14: Características del alta de los pacientes incluidos en la muestra*

<b>Variables</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Valoración al alta</b>		
Remisión total	1759	25.6
Respuesta Parcial	4800	69.8
Sin cambios	284	4.1
Empeoramiento	24	0.3
<b>Derivación</b>		
USM	3807	55.4
Hado Psiquiatría	226	3.3
Hospital de Día	628	9.1
Rehabilitación	78	1.1
UAD	632	9.2
Infanto-Juvenil	7	0.1
Intrahospitalario	36	0.5
Otros	1453	21.2
<b>Tipo de alta</b>		
Voluntaria	245	3.6
Derivación	6480	94.4
Exitus	14	0.2
Otros	128	1.9

## 6.Resultados

**Figura 9: Dispositivo de derivación al alta de los pacientes incluidos en la muestra**



Datos asistenciales de los pacientes incluidos en la muestra.

En cuanto a sus características asistenciales fueron incluidos en el programa general de psiquiatría 91,4%, no habiendo utilizado el Programa Acougo 59,8%, con una estancia media de  $18.11 \pm 16,93$ , y una media de ingresos de  $1,86 \pm 1,50$  (Tabla 15).

## 6.Resultados

*Tabla 15: Datos asistenciales de los pacientes incluidos en la muestra.*

<b>Variables</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Media</b>	<b>DT</b>	<b>mediana</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>IC 95%</b>
<b>Nº Ingresos</b>	6871		1.86	1.50	1	1	11	
<b>Estancia</b>	6872		18.11	16.39	14	0	241	
<b>Media</b>								
<b>Programa</b>								
Psiquiatría	6267	91.4						
UDH	578	8.4						
Otros	13	0.2						
<b>Programa Acougo</b>								
No	4112	59.8						
Si	2760	40.2						

## 6.Resultados

### 6.2 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES INCLUIDOS SEGÚN TIPO DE INGRESO: VOLUNTARIOS/INVOLUNTARIOS

Los grupos objeto de estudio se definen por la voluntariedad del ingreso en el momento del mismo, siendo el grupo de voluntarios aquel en el que los pacientes con una adecuada capacidad/competencia aceptan el mismo, y el grupo de los involuntarios aquellos en los que es necesaria la intervención judicial, bien por Autorización u Orden Judicial.

Una vez estudiada la edad media en el grupo de pacientes con modalidad de ingreso voluntario fue de  $40,70 \pm 15,34$  en contraposición con el grupo de involuntarios que fue de  $40,24 \pm 15,28$ , no existiendo diferencias significativas.

Se evidencia una mayoría de hombres en ambos grupos 51,2% versus 57,8% pero con una diferencia estadísticamente significativa en los hombres en el grupo de involuntarios ( $p < 0,001$ ), con un predominio de estudios primarios en ambos grupos 54,4% versus 49,15% y de pacientes solteros 48,3% versus 59,1% ambos con una ( $p < 0,001$ ), y sin diferencias estadísticamente significativas en el ámbito de residencia en el análisis intergrupos. (Tabla 16) (Fig. 10 y11).

## 6.Resultados

**Tabla 16: Datos sociodemográficos pacientes voluntarios/involuntarios**

Variables	Voluntarios		Involuntarios		p
	n	Media± D.T	n	Media±DT	
<b>Edad</b>	4280	40,70±15,34	2588	40,24±15,28	0,325
	n	%	n	%	
<b>Sexo</b>					<0,001
Hombre	2192	51,2	1497	57,8	
Mujer	2089	48,8	1094	42,2	
<b>Estudios</b>					<0,001
Analfabeto	74	1,7	48	1,9	
Lee y escribe	546	12,8	434	16,8	
Educ. especial	75	1,8	39	1,5	
Primarios	2330	54,4	1272	49,1	
FP	183	4,3	88	3,4	
Bachiller	664	15,5	413	15,9	
Dipl. Univ.	23	5,4	142	5,5	
Lic. Univ.	176	4,1	154	5,9	
<b>Estado civil</b>					<0,001
Soltero	2068	48,3	1532	59,1	
Casado	1307	30,5	555	21,4	
Viudo	257	6,0	126	4,9	
Sep/div	563	13,2	311	12,0	
Otros	86	2,0	67	2,6	
<b>Residencia</b>					0,317
Rural	1420	33,2	890	34,4	
Urbano	2861	66,8	1700	65,6	

**Figura 10: Diferencias de sexo en relación al tipo de ingreso**

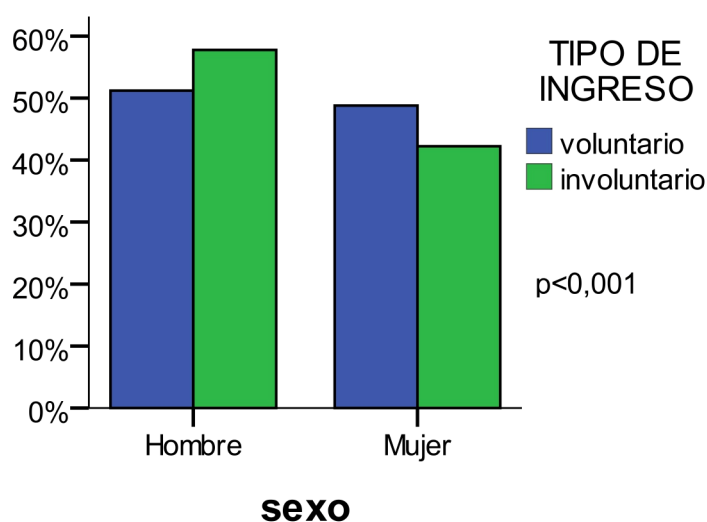
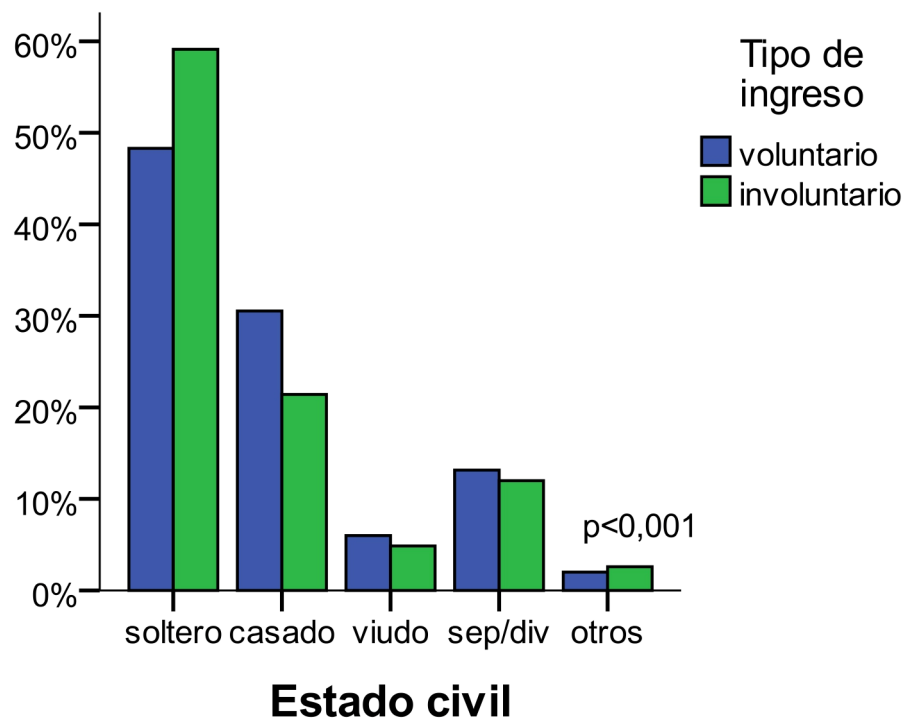




Figura 11: Estado civil en relación al tipo de ingreso



#### Datos socioeconómicos pacientes voluntarios/involuntarios

En el análisis del sector de actividad, teniendo en cuenta la modalidad de ingreso voluntario versus involuntario, la actividad laboral realizada, los recursos económicos, el tipo de convivencia y el número de personas que conviven en el núcleo las variables con mayor incidencia son respectivamente, las amas de casa 21,7% versus 16,3%, la ausencia de relación laboral 37,5% versus 41,4%, los recursos económicos suficientes 84,7% versus 79,2%, la convivencia en familia 80,9% versus 75,9% y con una composición de 2-3 miembros 46,0% versus 41,7% siguen siendo el grupo mayoritario en ambos grupos aunque con diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,001$ ) debido a la amplitud del tamaño muestral. (Tabla 17)

## 6.Resultados

**Tabla 17: Datos socioeconómicos pacientes voluntarios/involuntarios**

Variables	Voluntarios		Involuntarios		p
	n	%	n	%	
<b>Actividad</b>					<0,001
Agr/gan/pesca	297	6,9	191	7,4	
Servicios	567	13,2	308	11,9	
Fuerzas armadas	35	0,8	35	1,4	
Ind/cons/Transp.	602	14,1	292	11,3	
Comerciales	145	3,4	78	3,0	
Ama de casa	927	21,7	423	16,3	
Sanidad	131	3,1	48	1,9	
Hosteleria	155	3,6	55	2,1	
Estudiante	387	9,0	300	11,6	
Liberal	210	4,9	189	7,3	
Administrativo	82	1,9	42	1,6	
Alta dirección	6	0,1	1	0,0	
Otros	737	17,2	628	24,2	
<b>Actividad laboral</b>					<0,001
Autónomo	225	5,3	125	4,8	
Contrato Temporal	262	6,1	111	4,3	
Contrato Indefinido	218	5,1	101	3,9	
Temporero	48	1,1	44	1,7	
Paro subsidiado	99	2,3	48	1,9	
Paro no subsidia.	386	9,0	191	7,4	
ILT	341	8,0	151	5,8	
ILP	784	18,3	576	22,2	
Pensionista	312	7,3	172	6,6	
Sin relación Laboral	1606	37,5	1071	41,4	
<b>Recursos económicos.</b>					<0,001
Ninguno	32	0,7	24	0,9	
Insuficiente	592	13,8	485	18,7	
Suficiente	3624	84,7	2051	79,2	
Elevado	33	0,8	30	1,2	
<b>Convivencia</b>					<0,001
Familia	3464	80,9	1967	75,9	
Solo	677	15,8	562	21,7	
Institución	53	1,2	28	1,1	
Otros	87	2,0	34	1,3	
<b>Nº pers. Conv.</b>					<0,001
Ninguna	743	17,4	570	22,0	
1	1015	23,7	672	25,9	
2-3 miembros	1969	46,0	1081	41,7	
4 o mas miembros	521	12,2	247	9,5	
Institución	33	0,8	21	0,8	

## 6.Resultados

Datos clínico terapéuticos

Antecedentes pacientes voluntarios/involuntarios

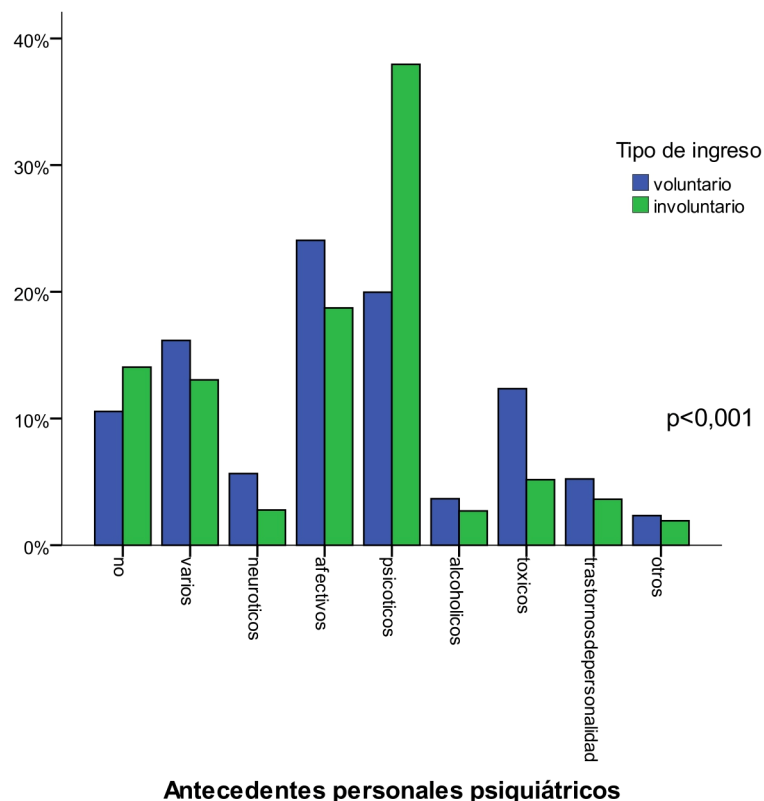
En el análisis de los antecedentes psiquiátricos personales destacan la prevalencia de antecedentes afectivos en el grupo de los voluntarios 24,1% en contraste con el mayor número de antecedentes psicóticos 38% en el grupo de los involuntarios con una ( $p < 0,0001$ ), con ausencia de antecedentes psiquiátricos familiares 50,7% versus 52,3% en ambos grupos y antecedentes asistenciales de tipo ambulatorio hospitalario 53,6% versus 54,9% en ambos grupos ( $p < 0,0001$ ). (Tabla 18) (Fig. 12)

**Tabla 18: Antecedentes pacientes voluntarios/involuntarios**

Variables	Voluntarios		Involuntarios		p
	n	%	n	%	
<b>Ant.Pers.Psiq</b>					<0,001
No	452	10,6	364	14,1	
Varios	692	16,2	338	13,1	
Neuróticos	242	5,7	72	2,8	
Afectivos	1030	24,1	485	18,7	
Psicóticos	855	20,0	983	38,0	
Alcohólicos	157	3,7	70	2,7	
Tóxicos	529	12,4	134	5,2	
T. de personalidad	224	5,2	94	3,6	
Otros	100	2,3	50	1,9	
<b>Ant. Fam. Psiq.</b>					<0,001
No	2170	50,7	1354	52,3	
Varios	511	11,9	269	10,4	
Neuróticos	159	3,7	73	2,8	
Afectivos	458	10,7	277	10,7	
Psicóticos	300	7,0	313	12,1	
Alcohólicos	193	4,5	65	2,5	
Tóxicos	144	3,4	49	1,9	
T. de personalidad	54	1,3	40	1,5	
Otros	292	6,8	150	5,8	
<b>Ant. Psiq. Asist.</b>					<0,001
Ambulatorio	1502	35,1	683	26,4	
Hospitalario	33	0,8	27	1,0	
Ambult/Hosp.	2293	53,6	1421	54,9	
No	453	10,6	459	17,7	

## 6.Resultados

**Figura 12: Antecedentes personales psiquiátricos pacientes voluntarios/involuntarios**



### Diagnósticos de los pacientes voluntarios/involuntarios

En el diagnóstico principal el grupo de pacientes diagnosticados de Esquizofrenia y/o otro trastorno psicótico sigue siendo el grupo mayoritario como en el total de la muestra aunque con una mayor relevancia en el grupo de los involuntarios 57,7% versus 30,4% ( $p < 0,001$ ), poniéndose de manifiesto en el segundo diagnóstico una mayor incidencia de trastornos de personalidad 31,0% en el grupo de los voluntarios en contraposición a una mayoría de pacientes con trastorno adictivos en el grupo de los involuntarios 42,1% sin significación estadística en el segundo diagnóstico, siendo los trastornos adictivos el grupo mayoritario en los diagnósticos 3 y 4, aunque con las limitaciones muestrales evidentes. (Tabla 19) (Fig. 13)

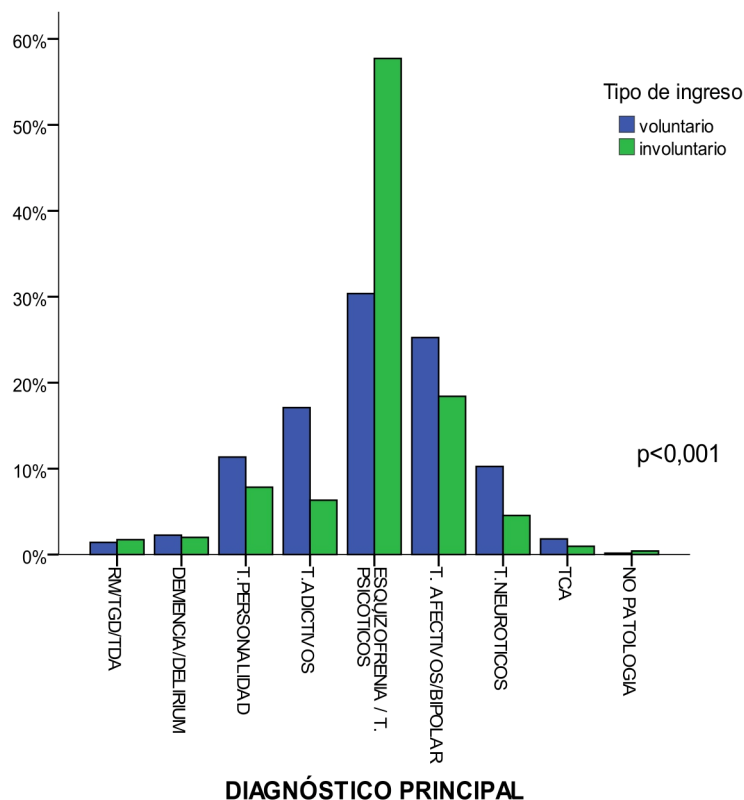
## 6.Resultados

**Tabla 19: Diagnósticos de los pacientes voluntarios/involuntarios**

Variables	Voluntarios		Involuntarios		p
	n	%	n	%	
<b>Diagnóstico principal</b>					<0,001
Esquiz./T.Psic.	1300	30,4	1495	57,7	
T.Afect/Bipolar	1081	25,3	477	18,4	
T.Adictivos	732	17,1	164	6,3	
T.personalidad	486	11,4	203	7,8	
T.neuróticos	439	10,3	118	4,6	
Dem/delirium	97	2,3	52	2,0	
RM/TG/TDA	61	1,4	45	1,7	
TCA	78	1,8	25	1,0	
No patología	7	0,2	11	0,4	
<b>Diagnóstico 2</b>					0,075
Esquiz./T.Psic.	28	2,8	15	3,6	
T.Afect/Bipolar	51	1,2	17	4,1	
T.Adictivos	383	8,9	174	42,1	
T.personalidad	307	31,0	120	29,1	
T.neuróticos	96	9,7	23	5,6	
Dem/delirium	25	2,5	11	2,7	
RM/TG/TDA	72	7,3	44	10,7	
TCA	28	2,8	9	2,2	
<b>Diagnóstico 3</b>					0,141
Esquiz./T.Psic.	1	0,0	0	0,0	
T.Afect/Bipolar	4	0,7	0	0,0	
T.Adictivos	94	62,3	40	65,6	
T.personalidad	35	23,2	10	16,4	
T.neuróticos	7	4,6	1	1,6	
RM/TG/TDA	6	4,0	8	13,1	
TCA	4	2,6	2	3,3	
<b>Diagnóstico 4</b>					0.060
T.Adictivos	2	33,3	4	80,0	
T.personalidad	4	66,7	0	0,0	
Dem/delirium	0	0,0	1	20,0	

## 6.Resultados

**Figura 13: Diagnóstico principal al alta de los pacientes según el tipo de ingreso voluntarios /involuntarios**



### Abordaje terapéutico de los pacientes voluntarios/involuntarios

En el análisis de los abordajes terapéuticos son mayoritarios en ambos grupos > 50%, el tratamiento farmacológico, la psicoterapia individual, la psicoterapia de grupo y la terapia ocupacional, evidenciándose diferencias estadísticamente significativas en la psicoterapia individual ( $p<0,001$ ), la terapia familiar 55,6% solo es mayoritaria en el grupo de los involuntarios con una ( $p<0,001$ ), siendo mayoritarios en ambos grupos los pacientes que no reciben socioterapia y otros abordajes terapéuticos. En la variable específica de tratamiento farmacológico son mayoritarios en ambos grupos los pacientes que reciben tratamiento con antipsicóticos ( $p<0,001$ ), con una mayoría de pacientes en ambos grupos que no reciben tratamiento con antidepresivos e

## 6.Resultados

hipnóticos ( $p<0,001$ ), no evidenciándose diferencias estadísticamente significativas en las variables minoritarias de asociaciones y otros fármacos. En el análisis específico del grupo de pacientes que reciben ansiolíticos es mayoritario en el subgrupo de pacientes voluntarios y no en el otro subgrupo ( $p<0,001$ ). (Tabla 20)

**Tabla 20: Abordaje terapéutico de los pacientes voluntarios/involuntarios**

Variables	Voluntarios		Involuntarios		p
	n	%	n	%	
<b>Tto Psicoterapéutico</b>	4228	98,8	2549	98,4	0,201
Psicoterapia Individual	2962	69,2	1899	73,3	<0,001
Psicoterapia grupo	3186	74,4	1918	74,0	0,733
Terapia familiar	2094	48,9	1441	55,6	<0,001
Socioterapia	1524	35,6	983	37,9	0,503
Terapia ocupacional	3414	79,7	2042	78,8	0,356
Otros	252	5,9	169	6,5	0,299
<b>Tto Farmacológico</b>					
Ansiolíticos	2509	58,6	1100	42,5	<0,001
Antipsicóticos	2959	69,1	2300	88,8	<0,001
Antidepresivos	1734	40,5	432	16,7	<0,001
Hipnóticos	341	8,0	80	3,1	<0,001
Asociaciones	137	3,2	79	3,0	0,776
Otros fármacos	1192	27,8	641	24,7	0,005

### Características del ingreso de los pacientes voluntarios/involuntarios

El motivo más frecuente de ingreso en los voluntarios es la presencia de sintomatología delirante alucinatoria 25,0% siendo en los involuntarios más del doble 53,4% ( $p<0,001$ ), ingresando procedentes de urgencias 53,6% en los voluntarios frente a los involuntarios 81,5%, siendo claramente el grupo mayoritario los pacientes que ingresan de forma voluntaria 62,3% (tabla 13) objetivándose en la variable que presentan como modalidad de ingreso autorización judicial 98% versus orden judicial 2% y en la variable de las autorizaciones judiciales los que ingresan por autorización judicial primaria 50,4% versus 47,5% . (Tabla 21). En la figura 14 se observa que existen diferencias estadísticamente significativas en la procedencia según el tipo de

## 6.Resultados

ingreso, observándose sobre todo en las variables analizadas de pacientes procedentes a su ingreso de urgencias y las Unidades asistenciales de drogodependencias ( $p < 0,001$ ) En la figura 14 se observa que existen diferencias estadísticamente significativas en la procedencia según el tipo de ingreso, observándose sobre todo en las variables de pacientes que ingresan procedentes de urgencias y de las Unidades Asistenciales de Drogodependencias (Fig.14)

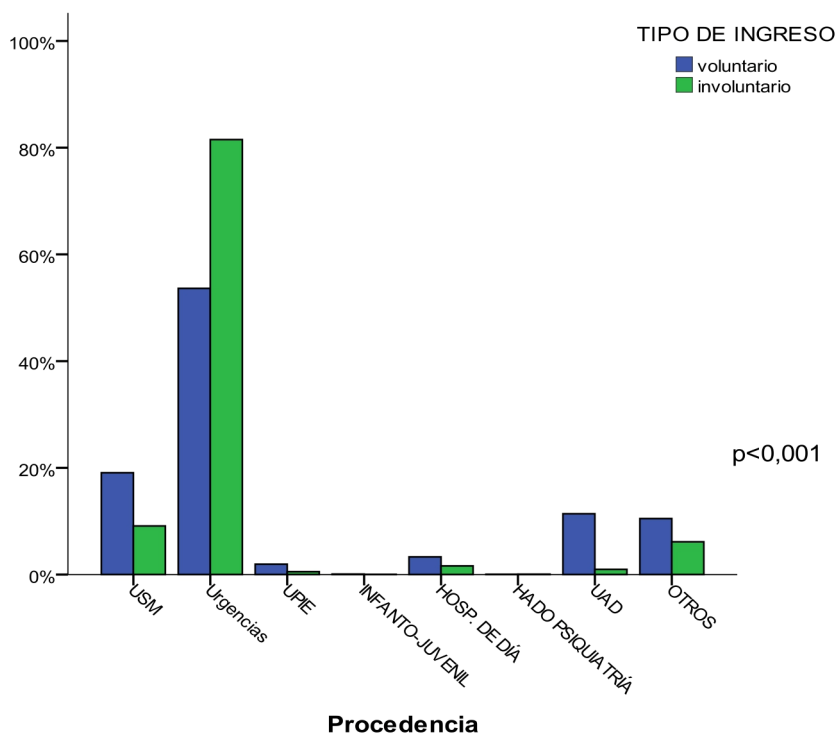
**Tabla 21: Características del ingreso de los pacientes voluntarios/involuntarios**

Variables	Voluntarios		Involuntarios		p
	n	%	n	%	
<b>Motivo de Ingreso</b>					<0,001
Afectivo	1054	24,6	500	19,3	
Ansioso	136	3,2	30	1,2	
Delir/alucinatoria.	1070	25,0	1382	53,4	
Confusional/agitado	200	4,7	157	6,1	
Tóxico	616	14,4	72	2,8	
Funcionalidad	146	3,4	115	4,4	
Rolrelación	256	6,0	126	4,9	
Riesgo autolítico	527	12,3	82	3,2	
otros	276	6,4	126	4,9	
<b>Procedencia</b>					<0,001
USM	817	19,1	236	9,1	
Urgencias	2296	53,6	2112	81,5	
UPIE	83	1,9	14	0,5	
I-J	4	0,1	1	0,0	
Hosp. de día	142	3,3	42	1,6	
HADO psiquiatría	2	0,0	2	0,1	
UAD	488	11,4	25	1,0	
Otros	449	10,5	159	6,1	
<b>Mod.Ingreso1</b>					
Voluntario	4281	100,0	0	0,0	
AJ	0	0,0	2533	98,0	
OJ	0	0,0	53	2,0	
<b>Mod.Ingreso2</b>					
Voluntario	4281	100,0	0	0,0	
AJ ordinaria	0	0,0	1304	50,4	
AJ urgente	0	0,0	1229	47,5	
OJ	0	0,0	53	2,0	



## 6.Resultados

**Figura 14: Procedencia al ingreso de los paciente según el tipo de ingreso voluntario/involuntario**



### Características del alta de los pacientes voluntarios/involuntarios

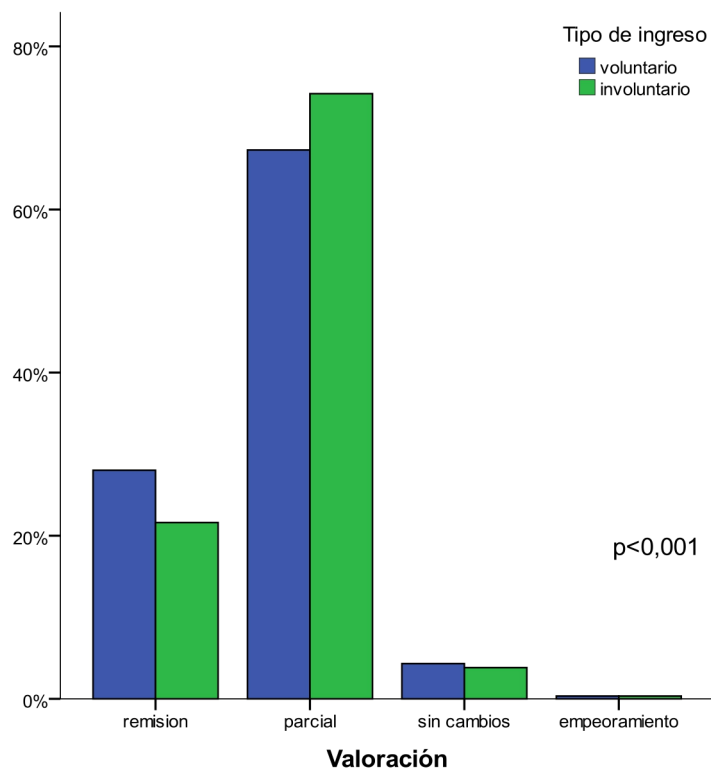
Los resultados de las características del alta mantienen en los dos grupos como en el global de la muestra un predominio de remisiones parciales en la valoración al alta, 67,3% versus 74,2% siendo derivados a USM 55,3% versus 55,7% y por indicación médica 92,8% versus 97% ( $p<0,001$ ) (Tabla 22)

En la figura 15 se observa que existen diferencias estadísticamente significativas según la valoración al alta en relación al tipo de ingreso con una  $p<0,001$ .

## 6.Resultados

**Tabla 22: Características del alta de los pacientes voluntarios/involuntarios**

Variables	Voluntarios		Involuntarios		p
	n	%	n	%	
<b>Valor. al alta</b>					<0,001
Remisión	1200	28,0	559	21,6	
Parcial	2881	67,3	1919	74,2	
Sin cambios	185	4,3	99	3,8	
Empeoramiento	15	0,4	9	0,3	
<b>Derivación</b>					<0,001
USM	2366	55,3	1441	55,7	
Hado	87	2,0	139	5,4	
Psiquiatría	347	8,1	281	10,9	
Hosp. de Día	37	0,9	41	1,6	
Rehabilitación	555	13,0	77	3,0	
UAD	4	0,1	3	0,1	
I-J	28	0,7	8	0,3	
Intrahospitalaria	857	20,0	596	23,0	
Otros					
<b>Tipo de alta</b>					<0,001
Voluntaria	227	5,3	18	0,7	
Derivación	3971	92,8	2509	97,0	
Exitus	9	0,2	5	0,2	
Otros	74	1,7	54	2,1	

**Figura 15: Valoración al alta según el tipo de ingreso voluntario/involuntario**

#### Datos asistenciales de los pacientes voluntarios/involuntarios

En la figura 16 se comprueba un aumento de la estancia media en los involuntarios  $22,02 \pm 18,13$  con una  $p < 0,001$  versus  $15,75 \pm 14,75$  en el de voluntarios, así como un porcentaje mayoritario en ambos grupos que se asignan al programa de psiquiatría 87,5% versus 97,8%, destacando un porcentaje mayor y estadísticamente significativo en los paciente voluntarios que asignan al programa de desintoxicación hospitalaria 12,4% versus 1,9% con una ( $p < 0,001$ ) en ambos supuestos, no existiendo diferencias estadísticamente significativas en cuanto al nº de ingresos con una media de  $1,89 \pm 1,5$  en el grupo de los involuntarios versus  $1,83 \pm 14,75$  en los voluntarios, evidenciándose un porcentaje del 50,9% en los involuntarios tras la

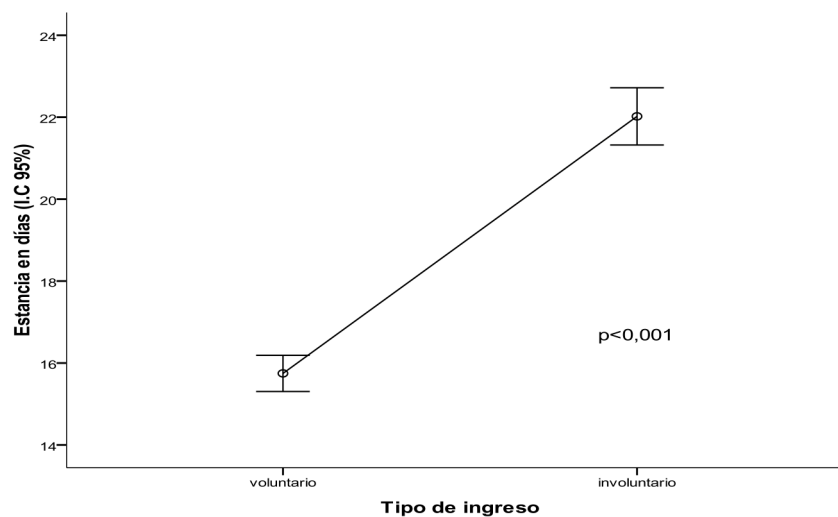
## 6.Resultados

puesta en marcha del programa Acougo frente a un 33,6% en los voluntarios y con una  $p < 0,001$ . (Tabla 23)

**Tabla 23: Datos asistenciales de los pacientes voluntarios/involuntarios**

Variables	Voluntarios		Involuntarios		p
	n	Media± D.T	n	Media± D.T	
Nº ingresos	4281	1,83±14,75	2590	1,89±1,5	0,302
Días de estancia	4281	15,75±14,75	2591	22,02±18,13	<0,001
<b>Variables Programa</b>	n	%	n	%	<0,001
Psiquiatría	3741	87,5	2526	97,8	
UDH	528	12,4	50	1,9	
otros	5	0,1	8	0,3	
<b>Programa Acougo</b>					<0,001
No	2841	66,4	1271	49,1	
Si	1440	33,6	1320	50,9	

**Figura 16: Estancia media según el tipo de ingreso voluntario/involuntario**



## 6.Resultados

### 6.3 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES INCLUIDOS SEGÚN TIPO DE INGRESO: AUTORIZACIÓN JUDICIAL/ORDEN JUDICIAL

Datos sociodemográficos pacientes Autorización judicial/Orden judicial

La edad media en el grupo de pacientes con modalidad de ingreso autorización judicial fue de  $40,33 \pm 15,37$  en contraposición con el grupo de orden judicial que fue de  $36,34 \pm 10,42$ , no existiendo diferencias significativas.

Se evidencia una mayoría de hombres en ambos grupos pero con una diferencia significativa en los hombres en el grupo de ordenes judiciales 92,5% ( $p < 0,001$ ), y con un predominio de estudios primarios en ambos grupos 49,1% versus 52,8%, de pacientes solteros 59% versus 66% y unos porcentajes de residencia urbana del 69,8% en las ordenes judiciales frente al 65,5% en las Autorizaciones judiciales y sin diferencias estadísticamente significativas en el análisis intergrupo en las tres variables.(tabla 24) (Fig. 17).

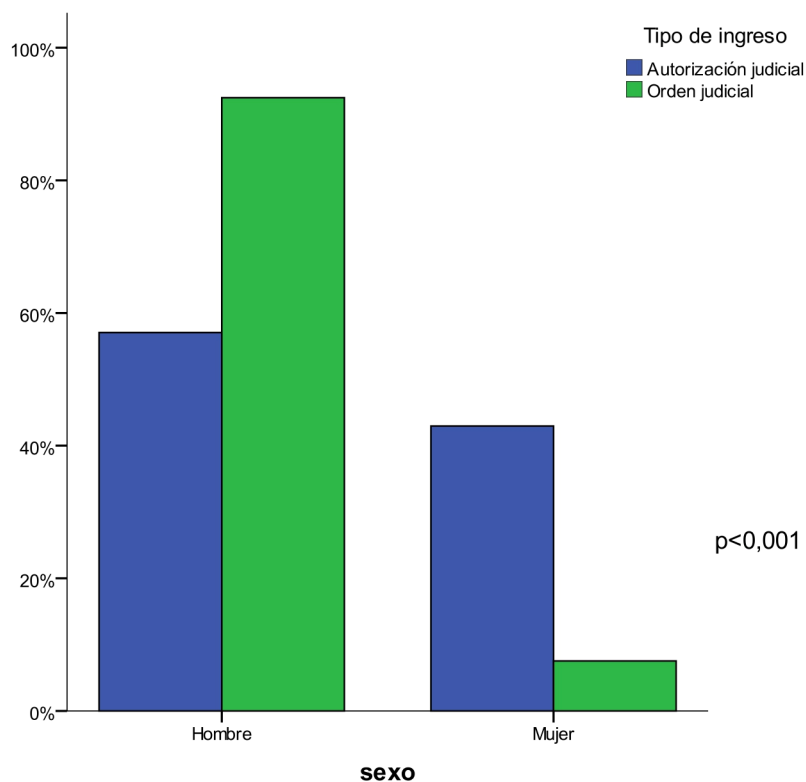
## 6.Resultados

**Tabla 24: Datos sociodemográficos pacientes Autorización judicial/Orden judicial**

Variables	Autorizacion Judicial		Orden Judicial		p
	n	Media± D.T	n	Media±DT	
Edad	2530	40,33±15,37	53	36,34±10,42	0,134
<b>Variables</b>	n	%	n	%	p
<b>Sexo</b>					<0,001
Hombre	1445	57,0	49	92,5	
Mujer	1088	43,0	4	7,5	
<b>Estudios</b>					0,088
Analfabeto	47	1,9	1	1,9	
Lee y escribe	419	16,5	15	28,3	
Educ. especial	36	1,4	2	3,8	
Primarios	1244	49,1	28	52,8	
FP	88	3,5	0	0,0	
Bachiller	406	16,0	5	9,4	
Dipl. Univ.	141	5,6	1	1,9	
Lic. Univ.	152	6,0	1	1,9	
<b>Estado civil</b>					0,411
Soltero	1494	59,0	35	66,0	
Casado	546	21,6	9	17,0	
Viudo	126	5,0	0	0,0	
Sep/div	303	12,0	7	13,2	
otros	64	2,5	2	3,8	
<b>Residencia</b>					0,562
Rural	873	34,5	16	30,2	
Urbano	1660	65,5	37	69,8	

## 6.Resultados

**Figura 17: Diferencias de sexo en relación al tipo de ingreso Autorización judicial/Orden judicial**



### Datos socioeconómicos pacientes Autorización judicial/Orden judicial

En el análisis del sector de actividad destacan como mayoritario la variable otros, significándose en 2º lugar las amas de casa 16,6% en el subgrupo de autorizaciones judiciales y en el de ordenes judiciales el personal laboral adscrito al sector industrial/construcción y transporte 18,9% ( $p < 0,0001$ ), en la descripción de la actividad laboral realizada, los recursos económicos suficientes, el tipo de convivencia y el número de personas que conviven en el núcleo, destacan como mayoritarios la ausencia de relación laboral 41,3% versus 45,3%, los recursos económicos suficientes 79,4% versus 66%, la convivencia en familia 75,9% 73,6% y con una composición de 2-3 miembros 41,7% versus 39,6% siguen siendo el grupo

## 6.Resultados

mayoritario en ambos grupos aunque con diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,001$ ) solo en recursos económicos y convivencia.(Tabla 25)

**Tabla 25: Datos socioeconómicos pacientes Autorización judicial/Orden judicial**

Variables	Autorizacion Judicial		Orden Judicial		P
	n	%	n	%	
<b>Actividad</b>					<0,001
Agr/gan/pesca	187	7,4	4	7,5	
Servicios	305	12,0	3	5,7	
Fuerzas armadas	33	1,3	2	3,8	
Ind/cons/Transp.	281	11,1	10	18,9	
Comerciales	76	3,0	2	3,8	
Ama de casa	421	16,6	1	1,9	
Sanidad	47	1,9	1	1,9	
Hosteleria	55	2,2	0	0,0	
Estudiante	298	11,8	2	3,8	
Liberal	185	7,3	2	3,8	
Administrativo	42	1,7	0	0,0	
Alta dirección	1	0,0	0	0,0	
Otros	602	23,8	26	49,1	
<b>Act. laboral</b>					0,473
Autónomo	121	4,8	4	7,5	
Cont. Temporal	108	4,3	1	1,9	
Cont. Indefinido	100	3,9	0	0,0	
Temporero	42	1,7	2	3,8	
Paro subsidiado	46	1,8	2	3,8	
Paro no subsidia.	187	7,4	4	7,5	
ILT	149	5,9	2	3,8	
ILP	563	22,2	13	24,5	
Pensionista	171	6,8	1	1,9	
Sin rel. laboral	1046	41,3	24	45,3	
<b>Recursos econ.</b>					<0,001
Ninguno	21	0,8	3	5,7	
Insuficiente	470	18,6	15	28,3	
Suficiente	2012	79,4	35	66,0	
Elevado	30	1,2	0	0,0	
<b>Convivencia</b>					<0,001
Familia	1923	75,9	39	73,6	
Solo	552	21,8	10	18,9	
Institución	24	0,9	4	7,5	
Otros	34	1,3	0	0,0	
<b>Nº pers. Conv.</b>					0,116
Ninguna	555	21,9	15	28,3	
1	656	25,9	16	30,2	
2-3 miembros	1057	41,7	21	39,6	
4 o mas miembros	246	9,7	0	0,0	
Institución	19	0,8	1	1,9	



## 6.Resultados

Datos clínico terapéuticos

Antecedentes pacientes Autorización judicial/Orden judicial

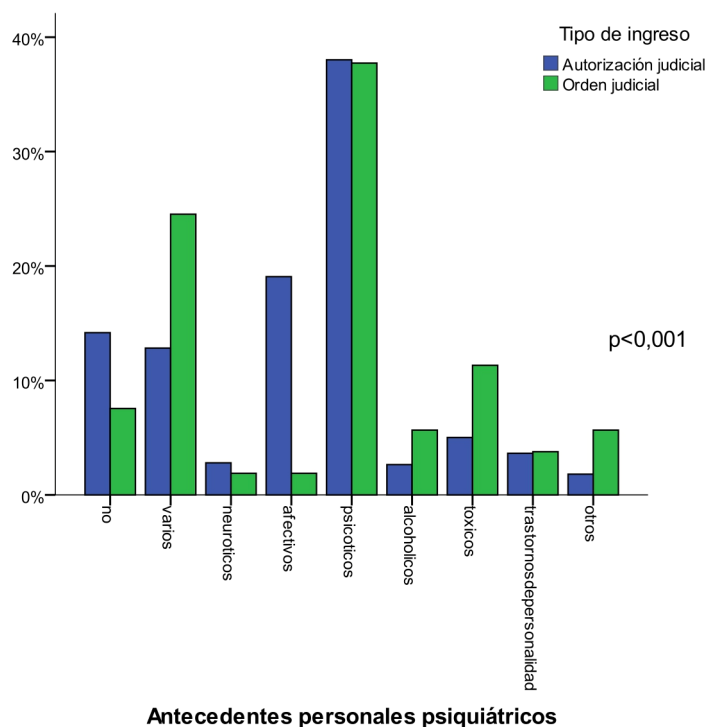
En el análisis de los antecedentes psiquiátricos personales destacan los de tipo psicótico en ambos grupos 38% versus 37,7% ( $p < 0,001$ ), con ausencia de antecedentes psiquiátricos familiares en ambos grupos 52,2% versus 52,8% y antecedentes asistenciales de tipo ambulatorio hospitalario en ambos grupos 55,1% versus 47,2% sin diferencias estadísticamente significativas. (Tabla 26) (Fig. 15)

**Tabla 26: Antecedentes pacientes Autorización judicial/Orden judicial**

Variables	Autorización Judicial		Orden Judicial		p
	n	%	n	%	
<b>Ant.Pers.Psiq</b>					<0,001
No	359	14,2	4	7,5	
Varios	325	12,8	13	24,5	
Neuróticos	71	2,8	1	1,9	
Afectivos	483	19,1	1	1,9	
Psicóticos	963	38,0	20	37,7	
Alcohólicos	67	2,6	3	5,7	
Tóxicos	127	5,0	6	11,3	
T. de personalidad	92	3,6	2	3,8	
Otros	46	1,8	3	5,7	
<b>Ant. Fam. Psiq.</b>					0,012
No	1323	52,2	28	52,8	
Varios	263	10,4	5	9,4	
Neuróticos	72	2,8	1	1,9	
Afectivos	277	10,9	0	0,0	
Psicóticos	307	12,1	6	11,3	
Alcohólicos	64	2,5	1	1,9	
Tóxicos	48	1,9	1	1,9	
T. de personalidad	38	1,5	2	3,8	
Otros	141	5,6	9	17,0	
<b>Ant. Psiq. Asist.</b>					0,531
Ambulatorio	665	26,3	16	30,2	
Hospitalario	27	1,1	0	0,0	
Ambult/Hosp.	1395	55,1	25	47,2	
No	446	17,6	12	22,6	

## 6.Resultados

**Figura 18: Antecedentes personales psiquiátricos según el tipo de ingreso Autorización judicial/Orden judicial**



### Diagnósticos pacientes Autorización judicial/Orden judicial

En el diagnóstico principal el grupo de pacientes diagnosticados de Esquizofrenia y/o otro trastorno psicótico sigue siendo el grupo mayoritario en el total de la muestra aunque con mayor relevancia en el grupo de las Autorizaciones judiciales 57,9% versus 50,9% ( $p < 0,001$ ), con una mayor incidencia de trastornos adictivos en ambos subgrupos en los diagnósticos 2 41,4% versus 57,9% diagnóstico 3, 65,5% versus 66,7% y diagnóstico 4, 8,0% versus 0%, sin significación estadísticamente significativa, aunque con las limitaciones muestrales evidentes. (Tabla 27) (Fig. 19)

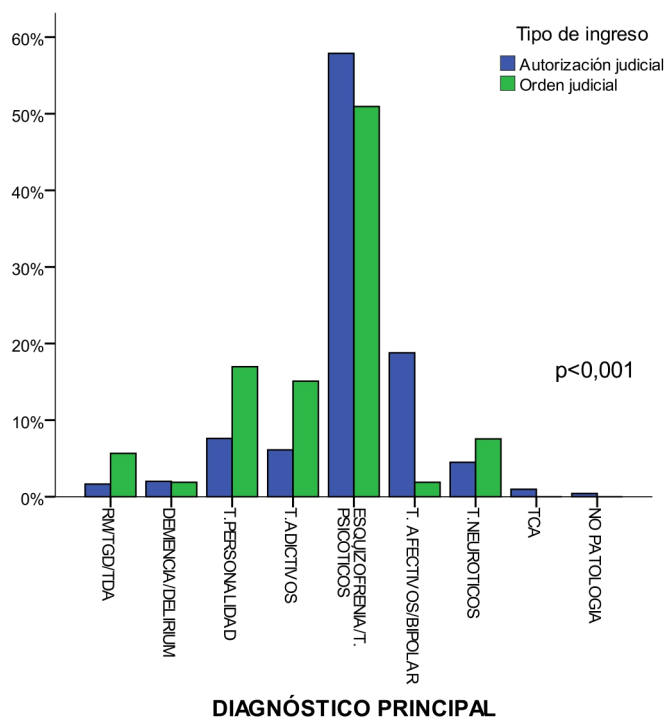
## 6.Resultados

**Tabla 27: Diagnósticos pacientes Autorización judicial/Orden judicial**

Variables	Autorización Judicial		Orden Judicial		p
	n	%	n	%	
<b>Diagnóstico principal</b>					<0,001
Esquiz./T.Psic.	1446	57,9	27	50,9	
T.Afect/Bipolar	476	18,8	1	1,9	
T.Adictivos	155	6,1	8	15,1	
T.personalidad	193	7,6	9	17,0	
T.neuróticos	114	4,5	4	7,5	
Dem/delirium	51	2,0	1	1,9	
RM/TG/TDA	42	1,7	3	5,7	
TCA	25	1,0	0	0,0	
No patología	11	0,4	0	0,0	
<b>Diagnóstico 2</b>					0,680
Esquiz./T.Psic.	15	3,8	0	0,0	
T.Afect/Bipolar	17	4,3	0	0,0	
T.Adictivos	163	41,4	11	57,9	
T.personalidad	114	28,9	6	31,6	
T.neuróticos	23	5,8	0	0,0	
Dem/delirium	11	2,8	0	0,0	
RM/TG/TDA	42	10,7	2	10,5	
TCA	9	2,3	0	0,0	
<b>Diagnóstico 3</b>					0,891
T.Adictivos	38	65,5	2	66,7	
T.personalidad	9	15,5	1	33,3	
T.neuróticos	1	1,7	0	0,0	
RM/TG/TDA	8	13,8	0	0,0	
TCA	2	3,4	0	0,0	
<b>Diagnóstico 4</b>					
T.Adictivos	4	80,0	0	0,0	
Dem/delirium	1	20,0	0	0,0	

## 6.Resultados

**Figura 19: Diagnóstico principal al alta pacientes Autorización judicial/Orden judicial**



### Abordaje terapéutico pacientes Autorización judicial/Orden judicial

Se evidencia un perfil mayoritario en ambos grupos > 50% en cuanto al tratamiento psicofarmacológico 98,7% versus 92,5%, la psicoterapia individual 73,6% versus 66%, la psicoterapia de grupo 74,3% versus 69,8% y la terapia ocupacional 79,3% versus 64,2%, con un porcentaje mayoritario de terapia familiar 56% versus 43,4% en el subgrupo de las pacientes que ingresan con Autorización Judicial versus Orden Judicial, y siendo minoritario el número de pacientes que reciben socioterapia 38,1% versus 34% y otros abordajes terapéuticos 6,3% versus 17%, todos ellos sin diferencias estadísticamente significativas.

## 6.Resultados

En la variable específica de tratamiento psicofarmacológico solo destaca de forma mayoritaria en ambos subgrupos la variable de tratamiento con antipsicóticos 89,1% versus 79,2%, encontrándose todos los parámetros analizados sin diferencias estadísticamente significativas.(Tabla 28)

**Tabla 28: Abordaje terapéutico pacientes Autorización judicial/Orden judicial**

Variables	Autorización Judicial		Orden Judicial		p
	n	%	n	%	
<b>Tto psicoterapéutico</b>	2500	98,7	49	92,5	0,006
Psicoterapia Individual	1864	73,6	35	66,0	0,212
Psicoterapia grupo	1881	74,3	37	69,8	0,526
Terapia familiar	1418	56,0	23	43,4	0,071
Socioterapia	965	38,1	18	34,0	0,571
Terapia ocupacional	2008	79,3	34	64,2	0,011
Otros	160	6,3	9	17,0	0,006
<b>Tto Farmacológico</b>					
Ansiolíticos	1086	42,9	14	26,4	0,017
Antipsicóticos	2258	89,1	42	79,2	0,042
Antidepresivos	427	16,9	5	9,4	0,192
Hipnóticos	77	3,0	3	5,7	0,224
Asociaciones	77	3,0	2	3,8	0,676
Otros fármacos	627	24,8	14	26,4	0,750

Características del ingreso según el tipo de ingreso Autorización judicial/Orden judicial

El motivo más frecuente de ingreso en los pacientes con Autorización Judicial es la presencia de sintomatología delirante alucinatoria 53,5% y de 52,8 en los pacientes que ingresan por Orden Judicial ( $p < 0,001$ ), ingresando procedentes de urgencias 81,5% versus 84,9% aunque sin significación estadística. (Tabla 29) (Fig.20)

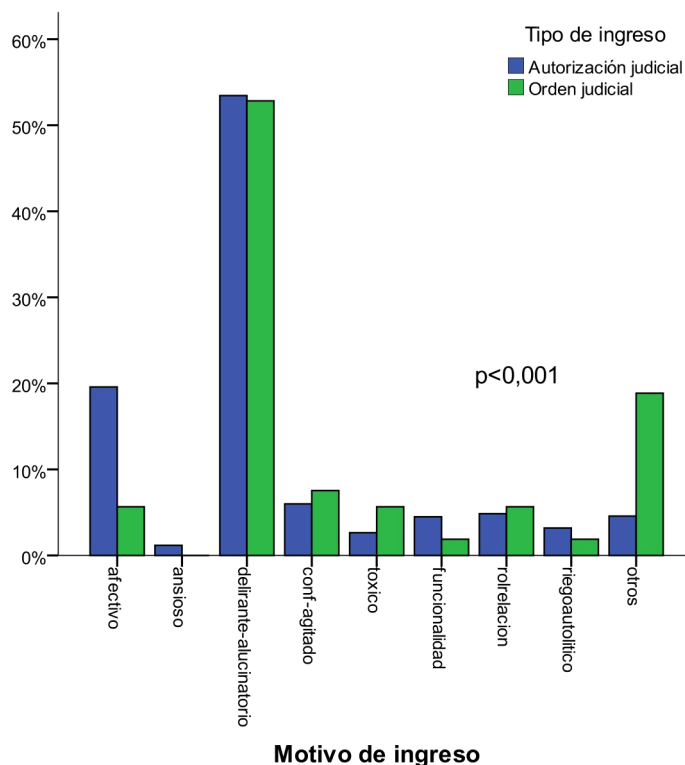
## 6.Resultados

**Tabla 29: Características del ingreso según el tipo de ingreso Autorización judicial/Orden judicial**

Variables	Autorización Judicial		Orden Judicial		p
	n	%	n	%	
<b>Motivo de Ingreso</b>					<0,001
Afectivo	496	19,6	3	5,7	
Ansioso	30	1,2	0	0,0	
Delir/alucinatoria	1354	53,5	28	52,8	
Conf/agitado	152	6,0	4	7,5	
Tóxico	67	2,6	3	5,7	
Funcionalidad	114	4,5	1	1,9	
Rolrelación	123	4,9	3	5,7	
Riesgo autolítico	81	3,2	1	1,9	
Otros	116	4,6	10	18,9	
<b>Procedencia</b>					0,227
USM	235	9,3	1	1,9	
Urgencias	2064	81,5	45	84,9	
UPIE	14	0,6	0	0,0	
Inf-Juvenil	1	0,0	0	0,0	
Hosp. de día	42	1,7	0	0,0	
HADO psiquiatría	2	0,1	0	0,0	
UAD	24	0,9	0	0,0	
Otros	151	6,0	7	13,2	

## 6.Resultados

**Figura 20: Motivo de ingreso según el tipo de ingreso Autorización judicial/orden judicial**



Características del alta según el tipo de ingreso Autorización judicial/Orden judicial

Los resultados de las características del alta mantienen en los dos grupos como en el global de la muestra un predominio de remisiones parciales en la valoración al alta 74,6% versus 54,7% ( $p<0,001$ ) siendo derivados a USM en las Autorizaciones Judiciales 56,2% ( $p<0,001$ ) y a otros dispositivos en las Ordenes Judiciales 43,4% y dados de alta en ambos grupos por indicación médica 97,4% versus 79,2% ( $p<0,001$ ) (Tabla 30) (Fig. 21)

## 6.Resultados

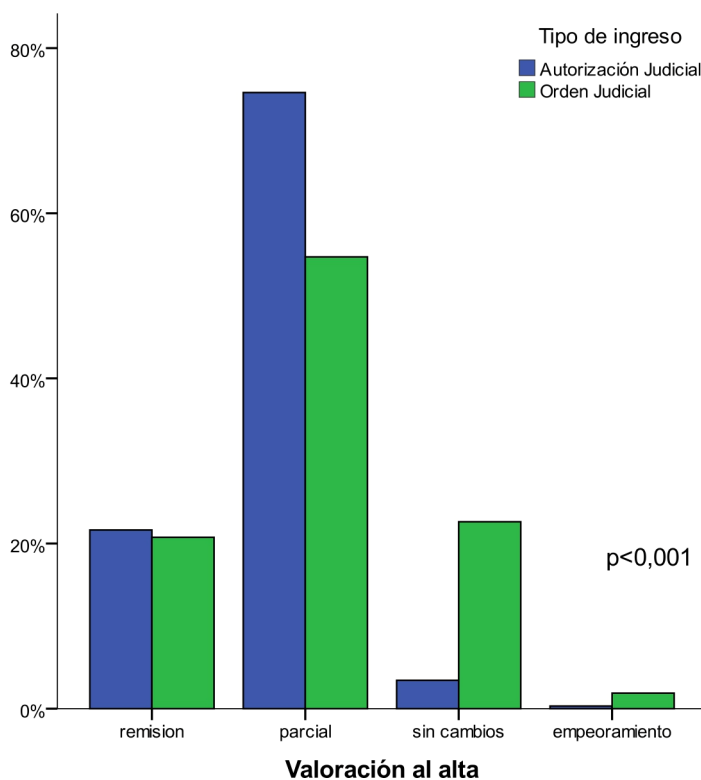
**Tabla 30: Características del alta según el tipo de ingreso Autorización judicial/Orden judicial**

Variables	Autorización Judicial		Orden Judicial		p
	n	%	n	%	
<b>Valoración al alta</b>					<0,001
Remisión	548	21,6	11	20,8	
Parcial	1890	74,6	29	54,7	
Sin cambios	87	3,4	12	22,6	
Empeoramiento	8	0,3	1	1,9	
<b>Derivación</b>					<0,001
USM	1423	56,2	18	34,0	
Hado Psiquiatría	139	5,5	0	0,0	
Hospital de Día	276	10,9	5	9,4	
Rehabilitación	36	1,4	5	9,4	
UAD	75	3,0	2	3,8	
Inf-Juvenil	3	0,1	0	0,0	
Intrahosp	8	0,3	0	0,0	
Otros	573	22,6	23	43,4	
<b>Tipo de alta</b>					<0,001
Voluntaria	17	0,7	1	1,9	
Derivación	2467	97,4	42	79,2	
Exitus	5	0,2	0	0,0	
Otros	44	1,7	10	18,9	



## 6.Resultados

**Figura 21: Valoración al alta según el tipo de ingreso Autorización judicial/orden judicial**



Datos asistenciales según el tipo de ingreso Autorización judicial/Orden judicial

La estancia media es mayor  $27,98\pm 39,06$  en el subgrupo de ordenes judiciales versus  $21,90\pm 17,43$  en el de autorizaciones judiciales sin significación estadística, así como un porcentaje mayoritario  $< 50\%$  en ambos grupos que se asignan al programa de psiquiatría  $97,8\%$  versus  $96,2\%$  ( $p<0,001$ ) en ambos supuestos, no encontrándose ningún paciente asignado la programa de desintoxicación hospitalaria en el subgrupo de las ordenes judiciales, sin diferencias estadísticamente significativas en cuanto al nº de ingresos con una media de  $1,90\pm 1,6$  en el grupo de las autorizaciones judiciales versus  $1,49\pm 1,0$  en el otro subgrupo, evidenciándose un porcentaje de pacientes que ingresan tras la puesta en marcha del Programa Acougo del  $51,4\%$  en

## 6.Resultados

la autorizaciones judiciales frente a un 28,3 en las ordenes judiciales( $p<0,001$ ). (Tabla 31)

**Tabla 31: Datos asistenciales según el tipo de ingreso Autorización judicial/Orden judicial**

Variables	Autorización Judicial		Orden Judicial		p
	n	Media± D.T	n	Media±DT	
Nº ingresos	2533	1,90±1,6	53	1,49±1,0	0,091
Días de estancia	2533	21,90±17,43	53	27,98±39,06	0,912
<b>Variables</b>	n	%	n	%	p
<b>Programa</b>					<0,001
Psiquiatría	2475	97,8	51	96,2	
UDH	50	2,0	0	0,0	
Otros	6	0,2	2	3,8	
<b>Protocolo Acougo</b>					<0,001
No	1232	48,6	38	71,7	
Si	1301	51,4	15	28,3	

## 6.Resultados

### 6.4 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES INCLUIDOS SEGÚN TIPO DE INGRESO: AUTORIZACIÓN JUDICIAL ORDINARIA O PRIMARIA /URGENTE O SECUNDARIA

Datos sociodemográficos pacientes Autorización judicial ordinaria/urgente

La edad media en el grupo de pacientes con modalidad de ingreso autorización judicial ordinaria fue de  $41,9 \pm 15,9$  en contraposición con el grupo pacientes con autorización judicial urgente que fue de  $39,51 \pm 15,63$ , con diferencias estadísticamente significativas. ( $p < 0,001$ )

Se evidencia una mayoría de hombres en ambos grupos pero con una diferencia significativa en los hombres en el subgrupo de Autorizaciones judiciales ordinarias 60,4% versus 53,5% ( $p < 0,001$ ), con un predominio de estudios primarios en ambos grupos 52,45% versus 45,6% ( $p < 0,001$ ) y sin diferencias estadísticamente significativas tanto en el estado civil siendo la mayoría solteros 60,1% versus 57,8% , así como en el ámbito residencial con residencia urbana 64,7% versus 66,4% (Tabla 32) (Fig.22 y 23).

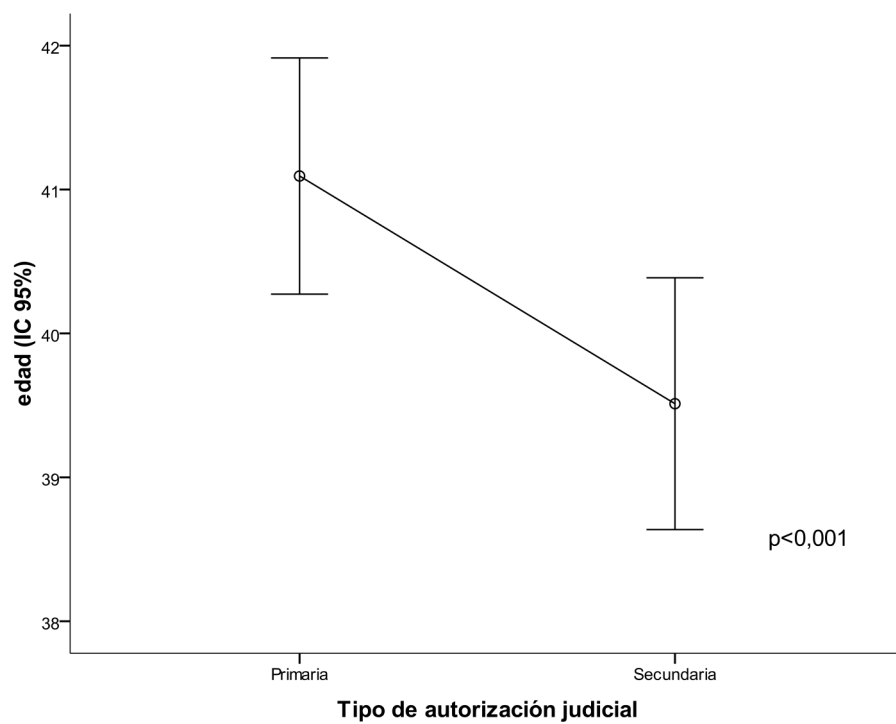
## 6.Resultados

**Tabla 32: Datos sociodemográficos pacientes Autorización judicial ordinaria/urgente**

Variables	Autorización Judicial Ordinaria		Autorización Judicial Urgente		p
	n	Media± D.T	n	Media±DT	
Edad	1301	41,9±15,9	1229	39,51±15,63	<0,001
<b>Variables</b>	n	%	n	%	
<b>Sexo</b>					<0,001
Hombre	788	60,4	657	53,5	
Mujer	516	39,6	572	46,5	
<b>Estudios</b>					<0,001
Analfabeto	24	1,8	23	1,9	
Lee y escribe	184	14,1	235	19,1	
Educ. especial	22	1,7	14	1,1	
Primarios	683	52,4	565	45,6	
FP	35	2,7	53	4,3	
Bachiller	208	16	198	16,1	
Dipl. Univ.	79	6,1	62	5,0	
Lic. Univ.	69	5,3	83	6,8	
<b>Estado civil</b>					0,017
Soltero	784	60,1	710	57,8	
Casado	255	19,6	291	23,7	
Viudo	64	4,9	62	5,0	
Sep/div	174	13,3	129	10,5	
otros	27	2,1	37	3,0	
<b>Residencia</b>					0,380
Rural	460	35,3	413	33,6	
Urbano	844	64,7	816	66,4	

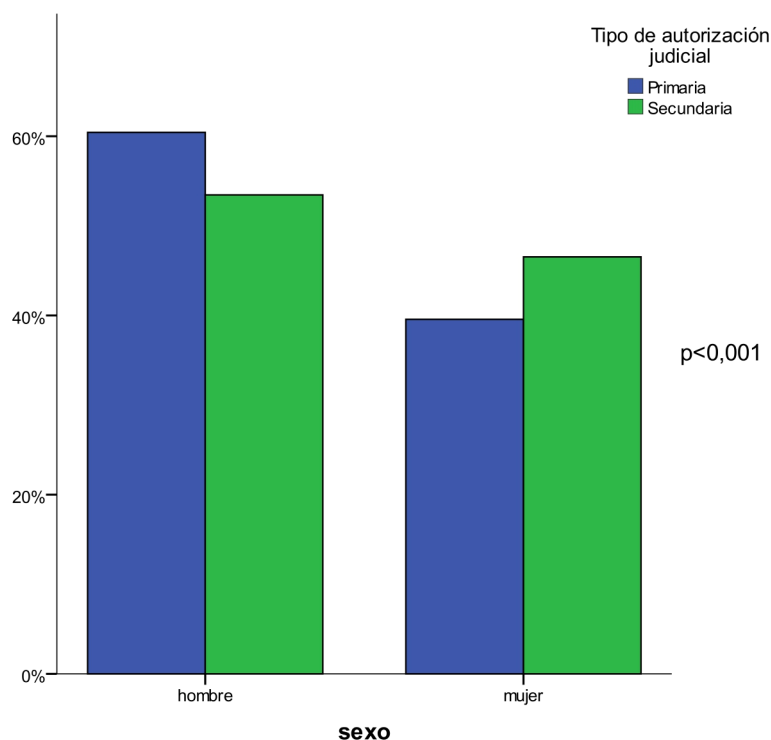
## 6.Resultados

**Figura 22: Edad de los pacientes en relación al tipo de autorización judicial ordinaria o primaria /urgente o secundaria**



## 6.Resultados

**Figura 23: Diferencias de sexo en relación al tipo de ingreso Autorización judicial ordinaria o primaria /urgente o secundaria**



### Datos socioeconómicos pacientes autorización judicial ordinaria/urgente

En el análisis del sector de actividad destacan como mayoritario la variable otros, significándose en 2º lugar las amas de casa en los dos subgrupos de autorizaciones judiciales ordinarias 18% y urgentes 15,1% ( $p < 0,0001$ ), objetivándose en la descripción de la actividad laboral realizada, los recursos económicos, el tipo de convivencia y el número de personas que conviven en el núcleo, que destacan como mayoritarios la ausencia de relación laboral 40,5% versus 42,1%, los recursos económicos suficientes 82,1% versus 76,6% ( $p < 0,001$ ), sin diferencias estadísticamente significativas en la convivencia en familia 73,5% versus 78,4%, con una composición de 2-3 miembros 40,6% versus 42,9%. (Tabla 33)

## 6.Resultados

**Tabla 33: Datos socioeconómicos pacientes autorización judicial ordinaria/urgente**

Variables	Autorización Judicial Ordinaria		Autorización Judicial Urgente		P
	n	%	n	%	
<b>actividad</b>					<0,001
Agr/gan/pesca	127	9,7	60	4,9	
Servicios	131	10,0	174	14,2	
Fuerzas armadas	16	1,2	17	1,4	
Ind/cons/Transp.	148	11,3	133	10,8	
Comerciales	37	2,8	39	3,2	
Ama de casa	235	18,0	186	15,1	
Sanidad	17	1,3	30	2,4	
Hosteleria	29	2,2	26	2,1	
Estudiante	155	11,9	143	11,6	
Liberal	118	9,0	67	5,5	
Administrativo	18	1,4	24	2,0	
Alta dirección	1	0,1	0	0,0	
otros	272	20,9	330	26,9	
<b>Act. laboral</b>					<0,001
Autónomo	68	5,2	53	4,3	
Cont. Temporal	55	4,2	53	4,3	
Cont. Indefinido	48	3,7	52	4,2	
Temporero	20	1,5	22	1,8	
Paro subsidiado	18	1,4	28	2,3	
Paro no subsidia.	89	6,8	98	8,0	
ILT	56	4,3	93	7,6	
ILP	315	24,2	248	20,2	
Pensionista	107	8,2	64	5,2	
Sin rel. laboral	528	40,5	518	42,1	
<b>Recursos econ.</b>					<0,001
Ninguno	17	1,3	4	0,3	
Insuficiente	208	16,0	262	21,3	
Suficiente	1070	82,1	942	76,6	
Elevado	9	0,7	21	1,7	
<b>Convivencia</b>					0,003
Familia	959	73,5	964	78,4	
Solo	316	24,2	236	19,2	
Institución	8	0,6	16	1,3	
otros	21	1,6	13	1,1	
<b>Nº personas Conv.</b>					0,064
Ninguna	314	24,1	241	19,6	
1	320	24,5	336	27,3	
2-3 miembros	530	40,6	527	42,9	
4 o mas miembros	131	10,0	115	9,4	
Institución	9	0,7	10	0,8	

## 6.Resultados

Datos clínico terapéuticos

Antecedentes psiquiátricos pacientes Autorización Judicial ordinaria/urgente

En el análisis de los antecedentes psiquiátricos personales destacan los de tipo psicótico en ambos grupos 45,1% versus 30,5% ( $p < 0,001$ ), con ausencia de antecedentes psiquiátricos familiares en ambos grupos 53,5% versus 50,9% y antecedentes asistenciales de tipo ambulatorio hospitalario en ambos grupos con diferencias estadísticamente significativas. ( $p < 0,001$ ) (Tabla 34) (Fig. 24 y 25)

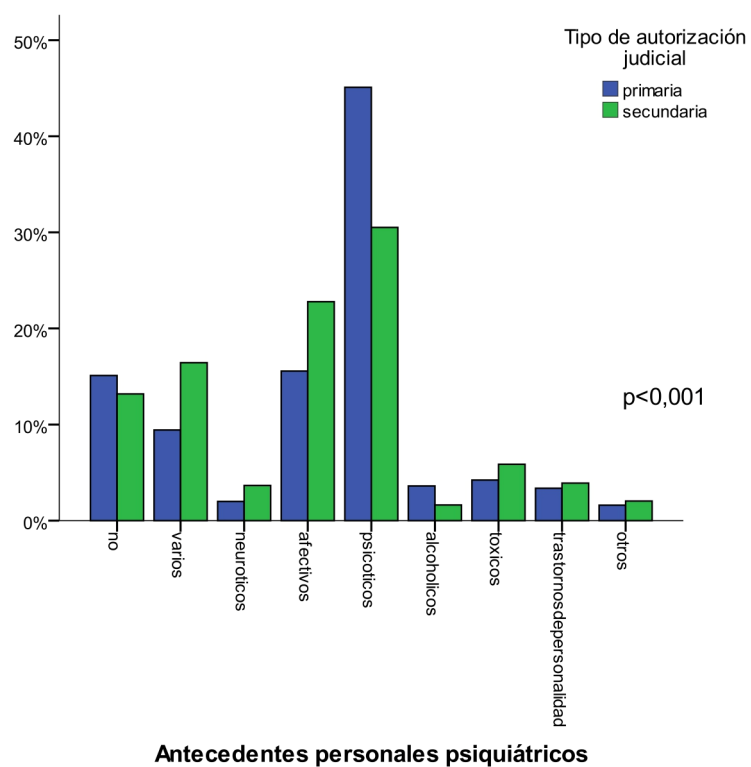
**Tabla 34: Antecedentes psiquiátricos pacientes Autorización Judicial ordinaria/urgente**

Variables	Autorización Judicial Ordinaria		Autorización Judicial Urgente		p
	n	%	n	%	
<b>Ant.Pers.Psiq</b>					<0,001
No	197	15,1	162	13,2	
Varios	123	9,4	202	16,4	
Neuróticos	26	2,0	45	3,7	
Afectivos	203	15,6	280	22,8	
Psicóticos	588	45,1	375	30,5	
Alcohólicos	47	3,6	20	1,6	
Tóxicos	55	4,2	72	5,9	
T. de personalidad	44	3,4	48	3,9	
Otros	21	1,6	25	2,0	
<b>Ant. Fam. Psiq.</b>					<0,001
No	698	53,5	625	50,9	
Varios	136	10,4	127	10,3	
Neuróticos	24	1,8	48	3,9	
Afectivos	113	8,7	164	13,3	
Psicóticos	158	12,1	149	12,1	
Alcohólicos	36	2,8	28	2,3	
Tóxicos	24	1,8	24	2,0	
T. de personalidad	12	0,9	26	2,1	
Otros	103	7,9	38	3,1	
<b>Ant. Psiq. Asist.</b>					<0,001
Ambulatorio	296	22,7	369	30,0	
Hospitalario	17	1,3	10	0,8	
Ambult/Hosp.	749	57,4	646	52,6	
No	242	18,6	204	16,6	



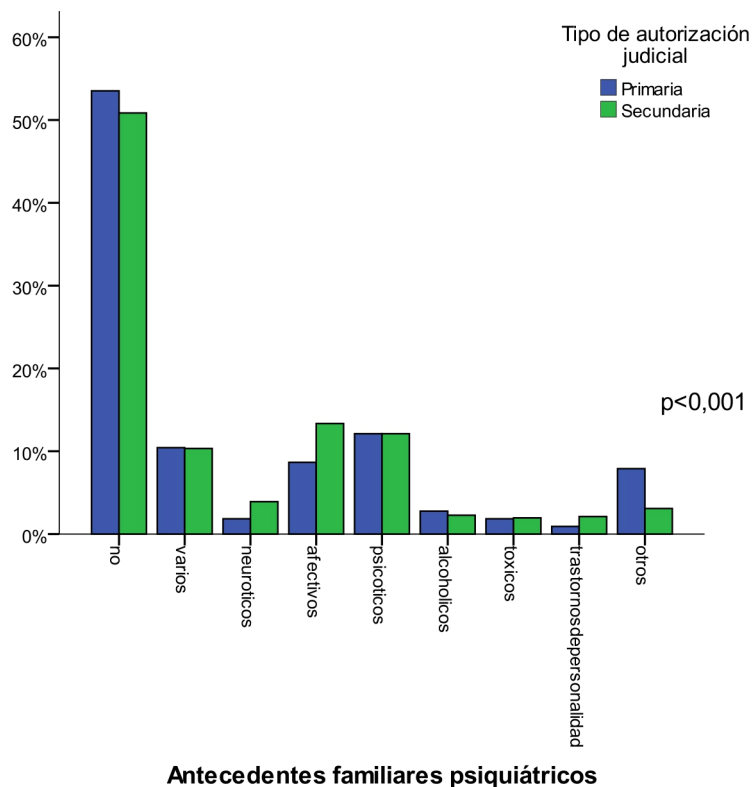
## 6.Resultados

**Figura 24: Antecedentes personales psiquiátricos según el tipo de ingreso Autorización judicial ordinaria o primaria /urgente o secundaria**



## 6.Resultados

**Figura 25: Antecedentes familiares psiquiátricos según el tipo de ingreso Autorización judicial ordinaria o primaria /urgente o secundaria**



### Diagnósticos pacientes Autorización Judicial ordinaria/urgente

En el diagnóstico principal el grupo de pacientes diagnosticados de Esquizofrenia y/o otro trastorno psicótico sigue siendo el grupo mayoritario 60,9% versus 54,75 ( $p < 0,001$ ), con una mayor incidencia de trastornos adictivos en ambos subgrupos en los diagnósticos 2 44% versus 38,4%, diagnostico 3 70,4% versus 61,3% y diagnostico 4 100% versus 75%, sin diferencias estadísticamente significativas, aunque con las limitaciones muestrales evidentes. (Tabla 35) (Fig. 26)

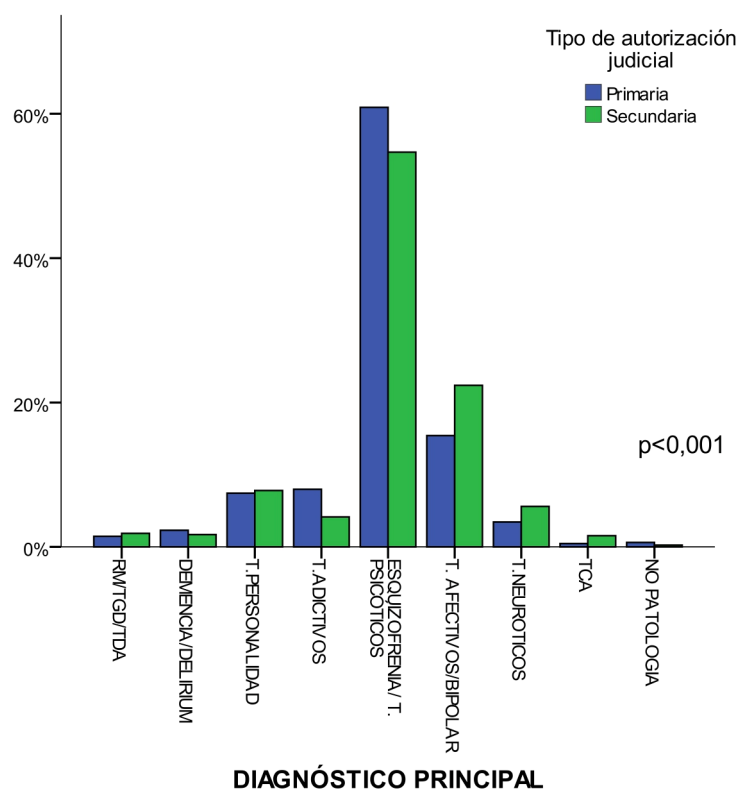
## 6.Resultados

**Tabla 35: Diagnósticos pacientes Autorización Judicial ordinaria/urgente**

Variables	Autorización Judicial Ordinaria		Autorización Judicial Urgente		p
	n	%	n	%	
<b>Diagnóstico principal</b>					<0,001
Esquiz./T.Psic.	794	60,9	672	54,7	
T.Afect/Bipolar	201	15,4	275	22,4	
T.Adictivos	104	8,0	51	4,1	
T.personalidad	97	7,4	96	7,8	
T.neuróticos	45	3,5	69	5,6	
Dem/delirium	30	2,3	21	1,7	
RM/TG/TDA	19	1,5	23	1,9	
TCA	6	0,5	19	1,5	
No patología	8	0,6	3	0,2	
<b>Diagnóstico 2</b>					0,241
Esquiz./T.Psic.	6	2,9	9	4,9	
T.Afect/Bipolar	11	5,3	6	3,2	
T.Adictivos	92	44,0	71	38,4	
T.personalidad	64	30,6	50	27,0	
T.neuróticos	7	3,3	16	8,6	
Dem/delirium	5	2,4	6	3,2	
RM/TG/TDA	19	9,1	23	12,4	
TCA	5	2,4	4	2,2	
<b>Diagnóstico 3</b>					0,583
T.Adictivos	19	70,4	19	61,3	
T.personalidad	4	14,8	5	16,1	
T.neuróticos	0	0,0	1	3,2	
RM/TG/TDA	4	14,8	4	12,9	
TCA	0	0,0	2	6,5	
<b>Diagnóstico 4</b>					0,576
T.Adictivos	1	100,0	3	75,0	
Dem/delirium	0	0,0	1	25,0	

## 6.Resultados

**Figura 26: Diagnóstico principal al alta según el tipo de ingreso Autorización judicial ordinaria o primaria /urgente o secundaria**



Abordaje terapéutico pacientes Autorización Judicial ordinaria/urgente.

Se evidencia un perfil mayoritario en ambos grupos > 50% en cuanto al tratamiento psicofarmacológico 98,8% versus 98,5% sin diferencias estadísticamente significativas, la psicoterapia individual 80,8% versus 65,9%, la psicoterapia de grupo 83,2% versus 64,8% y la terapia ocupacional 85% versus 73,1%, con significación estadística en las tres últimas variables ( $p<0,001$ ) con un porcentaje mayoritario de terapia familiar 64,35 versus 47,1% y socioterapia 51,5% versus 23,9% en el subgrupo de los pacientes que ingresan con autorización judicial ordinaria versus urgente, con una ( $p<0,001$ ) y siendo minoritario el número de pacientes que otros

## 6.Resultados

abordajes terapéuticos 4,8% versus 8%, sin diferencias estadísticamente significativas.

En la variable específica de tratamiento psicofarmacológico solo destaca de forma mayoritaria en ambos subgrupos la variable de tratamiento con antipsicóticos 89,1% versus 89,2% aunque sin significación estadística, con un porcentaje mayoritario en la variable ansiolíticos en el subgrupo de Autorizaciones Judiciales urgentes 57,9% versus 28,7% en las ordinarias ( $p<0,001$ ), y con un porcentaje minoritario en las variables antidepresivos 11,5% ordinarias versus 22,5% urgentes y otros fármacos 17,2% versus 32,8% en ambos subgrupos ( $p<0,001$ ) y sin significación estadística las variables hipnóticos 2,9% versus 3,25 y asociaciones 3,2% versus 2,8%. (Tabla 36).

**Tabla 36: Abordaje terapéutico pacientes Autorización Judicial ordinaria/urgente.**

Variables	Autorización Judicial Ordinaria		Autorización Judicial Urgente		p
	n	%	n	%	
<b>Tto Psicoterapéutico</b>	1289	98,8	1211	98,5	0,490
Psicoterapia Individual	1054	80,8	810	65,9	<0,001
Psicoterapia grupo	1085	83,2	796	64,8	<0,001
Terapia familiar	839	64,3	579	47,1	<0,001
Socioterapia	671	51,5	294	23,9	<0,001
Terapia ocupacional	1109	85,0	899	73,1	<0,001
Otros	62	4,8	98	8,0	<0,001
<b>Tto Farmacológico</b>					
Ansiolíticos	374	28,7	712	57,9	<0,001
Antipsicóticos	1162	89,1	1096	89,2	1,000
Antidepresivos	150	11,5	277	22,5	<0,001
Hipnóticos	38	2,9	39	3,2	0,729
Asociaciones	42	3,2	35	2,8	0,644
Otros fármacos	224	17,2	403	32,8	<0,001

Características del ingreso según el tipo de ingreso Autorización judicial ordinaria/urgente

## 6.Resultados

El motivo más frecuente de ingreso en ambos grupos es la presencia de sintomatología, delirante alucinatoria 55% versus 51,8% ( $p<0,001$ ), ingresando procedentes de urgencias 85,4% versus 77,45 con diferencias estadísticamente significativas ( $p<0,001$ ). (Tabla 37)

**Tabla 37: Características del ingreso según el tipo de ingreso Autorización judicial ordinaria/urgente**

Variables	Autorización Ordinaria		Judicial	Autorización Judicial Urgente		p
	n	%	n	%		
<b>Motivo de Ingreso</b>					<0,001	
Afectivo	218	16,7	278	22,6		
Ansioso	10	0,8	20	1,6		
Delir/alucinat.	717	55,0	637	51,8		
Conf/agit.	61	4,7	91	7,4		
Tóxico	43	3,3	24	2,0		
Funcionalidad	86	6,6	28	2,3		
Rolrelación	91	7,0	32	2,6		
Riesgo aut.	21	1,6	60	4,9		
otros	57	4,4	59	4,8		
<b>Procedencia</b>					<0,001	
USM	98	7,5	137	11,1		
Urgencias	1113	85,4	951	77,4		
UPIE	4	0,3	10	0,8		
I-J	1	0,1	0	0,0		
Hosp. de día	10	0,8	32	2,6		
HADO psiquiatría	0	0,0	2	0,2		
UAD	5	0,4	19	1,5		
Otros	73	5,6	78	6,3		

Características del alta según el tipo de ingreso Autorización judicial ordinaria/urgente.

Los resultados de las características del alta mantienen en los dos grupos como en el global de la muestra un predominio de remisiones parciales en la valoración al alta 79% versus 70%, ( $p<0,001$ ), siendo derivados a USM 56,8% versus 55,5% ( $p<0,001$ ) y dados de alta en ambos grupos por indicación médica 96,5% versus 98,4% sin diferencias estadísticamente significativas (Tabla 38) (Fig. 27)

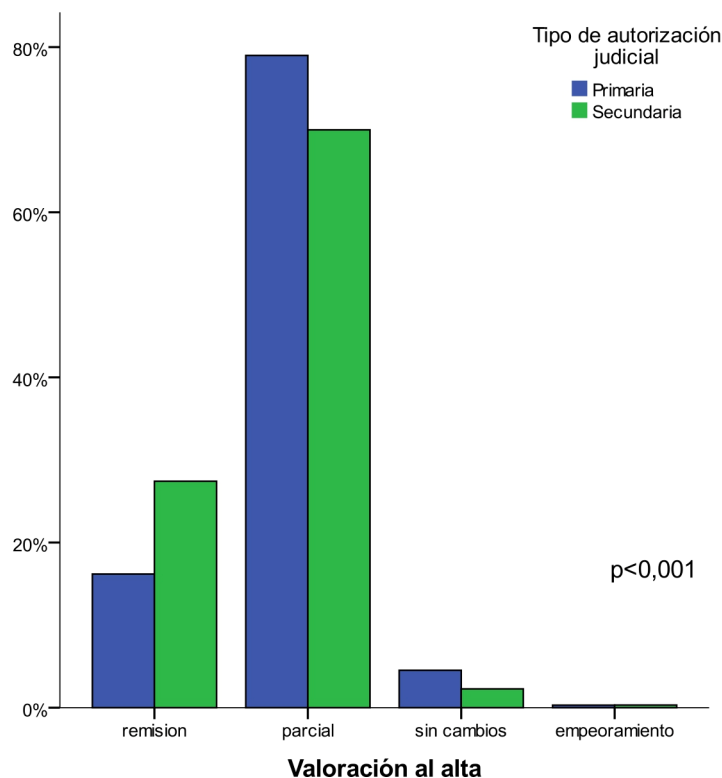
## 6.Resultados

**Tabla 38: Características del alta según el tipo de ingreso Autorización judicial ordinaria/urgente.**

Variables	Autorización Ordinaria		Judicial Urgente		p
	n	%	n	%	
<b>Valoración al alta</b>					<0,001
Remisión	211	16,2	337	27,4	
Parcial	1030	79,0	860	70,0	
Sin cambios	59	4,5	28	2,3	
Empeoramiento	4	0,3	4	0,3	
<b>Derivación</b>					<0,001
USM	741	56,8	682	55,5	
Hado Psiquiatría	45	3,5	94	7,6	
Hosp de Día	128	9,8	148	12,0	
Rehabilitación	25	1,9	11	0,9	
UAD	22	1,7	53	4,3	
I-J	1	0,1	2	0,2	
Intrahosp	4	0,3	4	0,3	
Otros	338	25,9	235	19,1	
<b>Tipo de alta</b>					0,010
Voluntaria	11	0,8	6	0,5	
Derivación	1258	96,5	1209	98,4	
Exitus	2	0,2	3	0,2	
otros	33	2,5	11	0,9	

## 6.Resultados

**Figura 27: Valoración al alta según el tipo de ingreso Autorización judicial ordinaria o primaria /urgente o secundaria**



Datos asistenciales según el tipo de ingreso Autorización judicial ordinaria/urgente

La estancia media es mayor  $22,40 \pm 18,61$  en el subgrupo de autorizaciones judiciales urgentes versus  $21,39 \pm 16,24$  en el de autorizaciones judiciales ordinarias sin diferencias estadísticamente significativas, así como un porcentaje mayoritario en ambos grupos que se asignan al programa de psiquiatría  $98,7\%$  versus  $96,8\%$ , sin significación estadística, al igual que en lo relativo al nº de ingresos con una media de  $1,99 \pm 1,70$  en el subgrupo de las autorizaciones judiciales ordinarias versus  $1,81 \pm 1,41$  en el otro subgrupo. En el análisis del cambio experimentado con la puesta en marcha del Programa Acougo se evidencia un cambio de tendencia con diferencias estadísticamente significativas a favor de las autorizaciones judiciales



## 6.Resultados

urgentes 65,5% versus 38% tras la implantación de dicho programa ( $p < 0,001$ ) (Tabla 39)

**Tabla 39: Datos asistenciales según el tipo de ingreso Autorización judicial ordinaria/urgente**

Variables	AJO		AJU		p
	n	Media± D.T	n	Media±DT	
Nº ingresos	1304	1,99±1,70	1229	1,81±1,41	0,157
Días de estancia	1304	21,39±16,24	1229	22,40±18,61	0,688
<b>Variables</b>	n	%	n	%	p
<b>Programa</b>					0,004
Psiquiatría	1285	98,7	1190	96,8	
UDH	14	1,1	36	2,9	
otros	3	0,2	3	0,2	
<b>Programa Acougo</b>					<0,001
No	808	62,0	424	34,5	
Si	496	38,0	805	65,5	

## 6.Resultados

### 6.5 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES INCLUIDOS SEGÚN TIPO DE INGRESO VERSUS PROGRAMA ACOUGO.

Programa Acougo pacientes voluntarios/involuntarios

Se evidencia un porcentaje mayor de pacientes involuntarios tras la implementación del Programa Acougo 50,9 versus 33,6 ( $p < 0,001$ ). (Tabla 40) (Fig.28)

**Tabla 40: Programa Acougo pacientes voluntarios/involuntarios**

Variables	voluntario		involuntario		p
	n	%	n	%	
<b>Programa Acougo</b>					<0,001
no	2841	66,4	1271	49,1	
si	1440	33,6	1320	50,9	

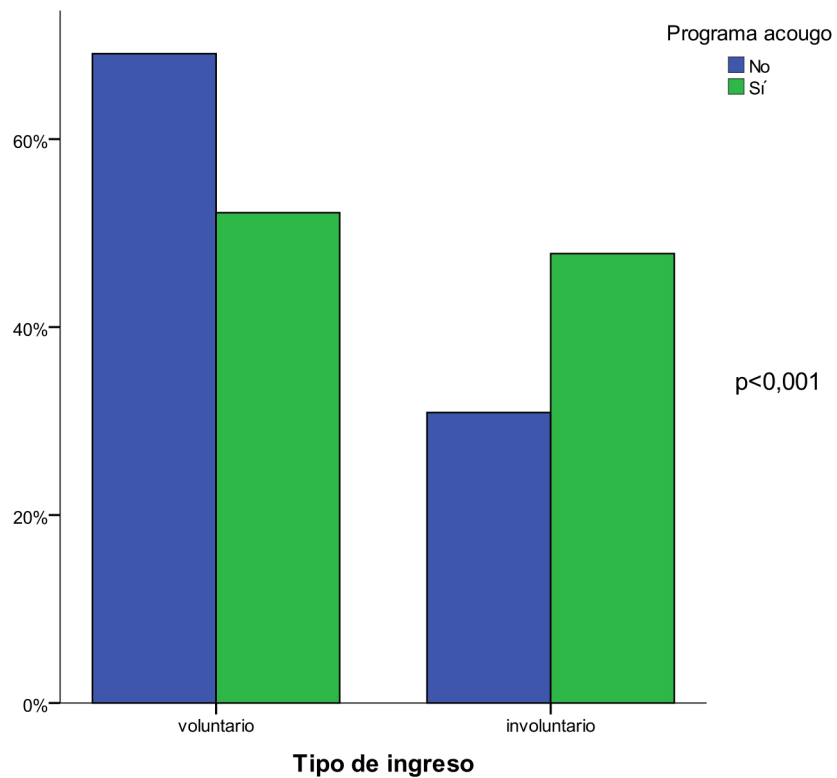
Programa Acougo pacientes Autorización judicial Ordinaria o primaria /urgente o secundaria.

Se evidencia un cambio de tendencia con diferencias estadísticamente significativas a favor de las autorizaciones judiciales urgentes 65,5% versus 38% tras la implantación de dicho protocolo ( $p < 0,001$ ) (Tabla 41) (Fig. 29)

**Tabla 41: Programa Acougo pacientes Autorización judicial Ordinaria o primaria /urgente o secundaria**

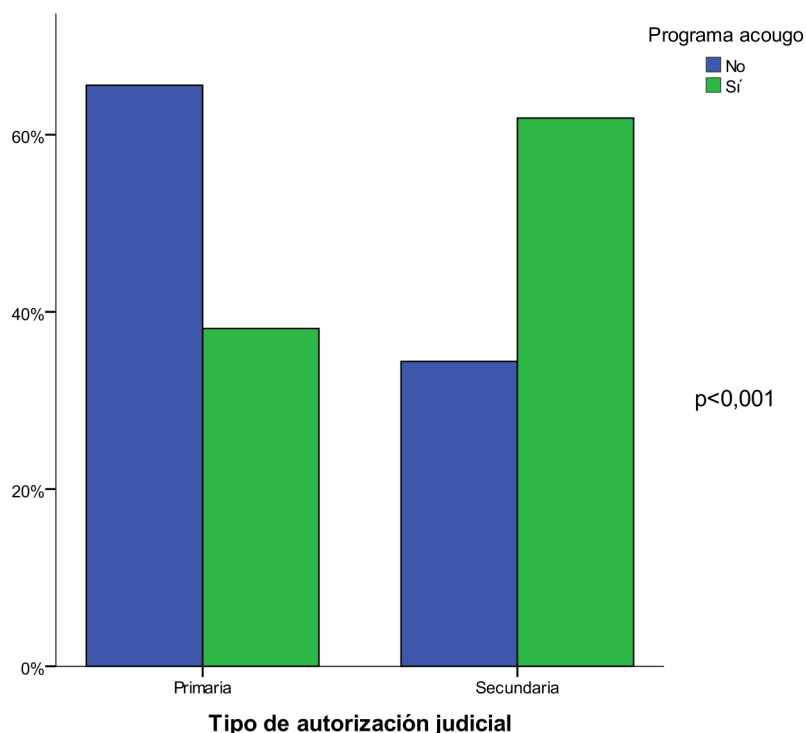
Variables	Autorización Ordinaria	Judicial	Autorización Urgente	Judicial	p
	n	%	n	%	
<b>Programa acougo</b>					<0,001
no	808	62,0	424	34,5	
si	496	38	805	65,5	

Figura 28: Programa Acougo pacientes voluntarios/involuntarios



## 6.Resultados

**Figura 29: Programa Acougo pacientes Autorización judicial ordinaria o primaria /urgente o secundaria**



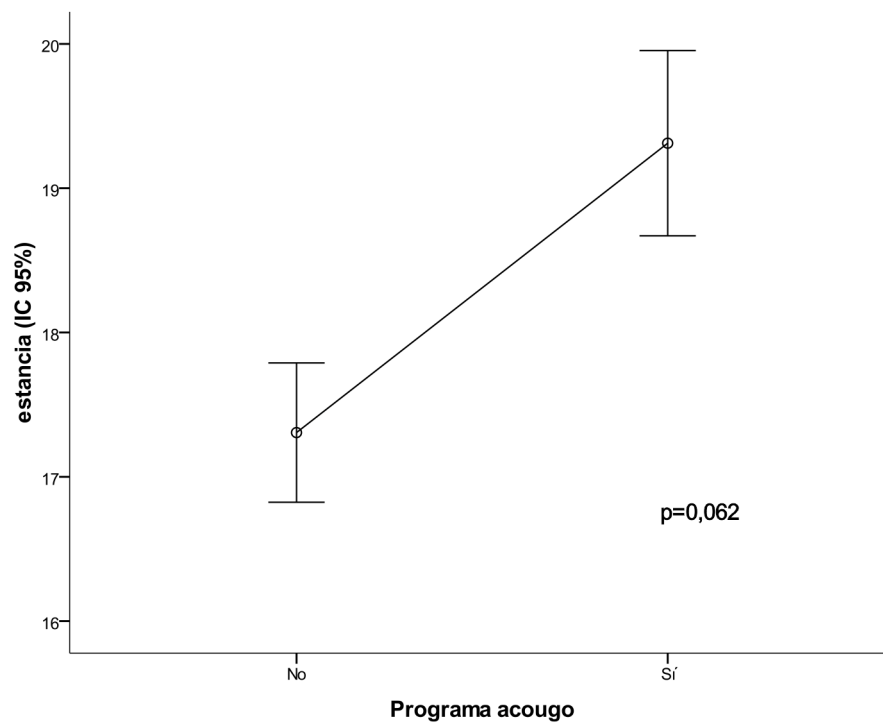
### Programa acougo versus Autorizaciones Judiciales ordinarias o primarias

En el análisis de las variables de número de ingresos se evidencia un aumento 2,39 versus 1,75 con diferencias estadísticamente significativas tras la implementación del protocolo ( $p < 0,001$ ) y una tendencia de aumento de la estancia media 17,41 versus 20,77 aunque con una ( $p 0,062$ ) (Tabla 42) (Fig. 30 y 31)

**Tabla 42: Programa acougo versus Autorizaciones Judiciales ordinarias o primarias**

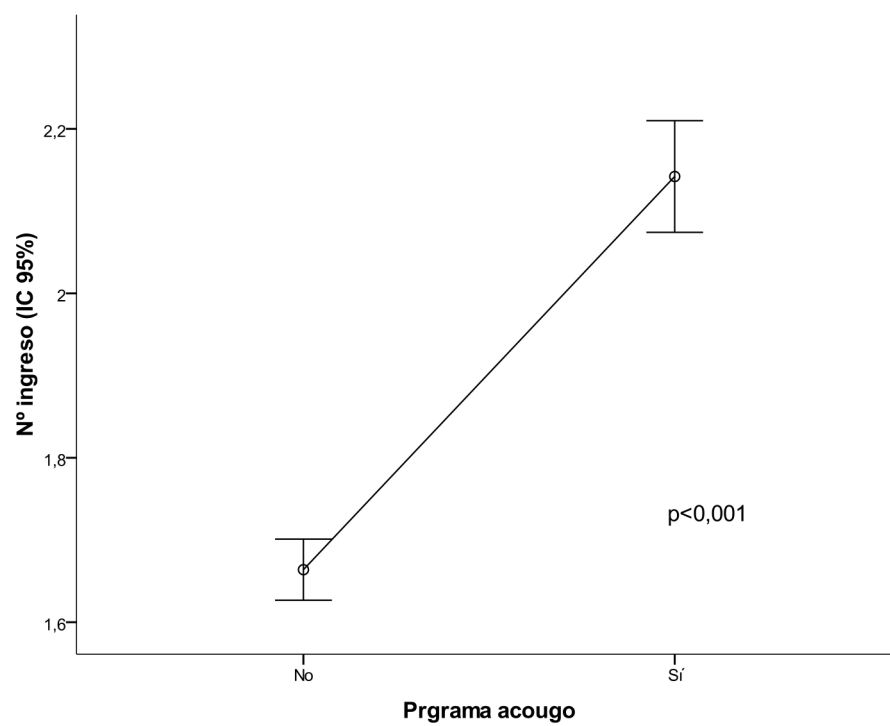
Variables	Programa Acougo			No Programa Acougo			p
	n	Media	DT	n	Media	DT	
Edad	496	40,72	14,63	805	41,32	15,36	0,738
Nº Ingresos	496	2,39	2,08	808	1,75	1,36	<0,001
Estancia Media	496	22,41	17,41	808	20,77	15,47	0,062

Figura 30: Estancia media en relación a la puesta en marcha del Programa Acougo



## 6.Resultados

**Figura 31: Número de ingresos en relación a la puesta en marcha del Programa Acougo**



## **6.Resultados**

### **6.6 FACTORES DETERMINANTES DE LOS INGRESOS INVOLUNTARIOS DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN**

Modelo de regresión logística asociado a mayor probabilidad de ingreso involuntario

En el análisis univariado, las variables asociadas con mayor probabilidad de ingreso involuntario eran la edad, el sexo, el nivel de estudios, el tipo de convivencia, el nivel de recursos económicos, los antecedentes psiquiátricos personales y familiares, el diagnóstico principal, el motivo de ingreso y que el ingreso se realice en fecha posterior a la puesta en marcha del programa Acougo.

Una vez analizadas estas variables se realiza un análisis multivariado de regresión logística que se describe en la tabla.43.

## 6.Resultados

**Tabla 43: Modelo de regresión logística para determinar qué variables se asocian con el ingreso involuntario**

<b>Variab</b>	<b>B</b>	<b>E.T</b>	<b>P</b>	<b>OR</b>	<b>I.C. al 95% (OR)</b>
Edad	-0,007	0,002	0,001	0,993	(0,989; 0,997)
Sexo (Hombre vs. Mujer)	0,250	0,056	<0,001	1,284	(1,150; 1,434)
Nivel de estudios			<0,001		
Sin estudios				1	
Primarios	-0,364	0,080	<0,001	0,695	(0,594; 0,814)
Secundarios	-0,356	0,097	<0,001	0,700	(0,579; 0,846)
Universitarios	-0,080	0,110	0,469	0,923	(0,744; 1,146)
Convivencia					
Solo	0,330	0,071	<0,001	1,391	(1,210; 1,599)
Familia	-0,242	0,252	0,337	0,785	(0,479; 1,287)
Institución	-0,555	0,221	0,012	0,574	(0,373; 0,885)
Otros				1	
Recursos económicos (Insuficientes vs. suficientes)	0,187	0,076	0,014	1,205	(1,039; 1,398)
Antecedentes personales psiquiátricos	-0,280	0,082	0,001	0,756	(0,644; 0,887)
Antecedentes familiares psiquiátricos	-0,029	0,055	0,597	0,971	(0,872; 1,082)
Diagnóstico principal			<0,001		
Esquizofrenia/T. psicótico	0,425	0,088	<0,001	1,530	(1,287; 1,812)
T. afectivo/Bipolar	0,015	0,098	0,879	1,015	(0,837; 1,231)
T. adictivos	-0,604	0,108	<0,001	0,547	(0,443; 0,676)
Otros				1	
Motivo de ingreso					
Afectivo	0,262	0,090	0,004	1,300	(1,089; 1,552)
Delirante / Alucinatorio	0,923	0,081	<0,001	2,517	(2,149; 2,949)
Otros				1	
Programa ACOUGO	0,680	0,055	<0,001	1,975	(1,774; 2,197)
Constante	-0,740	0,153	<0,001	0,477	-

Las variables que aumentan la probabilidad de tener ingreso involuntario son ser hombre (OR 1,284), vivir solo (OR 1,391), no tener recursos económicos suficientes (OR 1,205), ser diagnosticado de esquizofrenia/T.psicótico (OR 1,530), ingresar por motivo afectivo (OR 1,300) y delirante/alucinatorio (OR 2,517). El inicio del programa ACOUGO incrementa el riesgo de ingreso involuntario (OR 1,975).

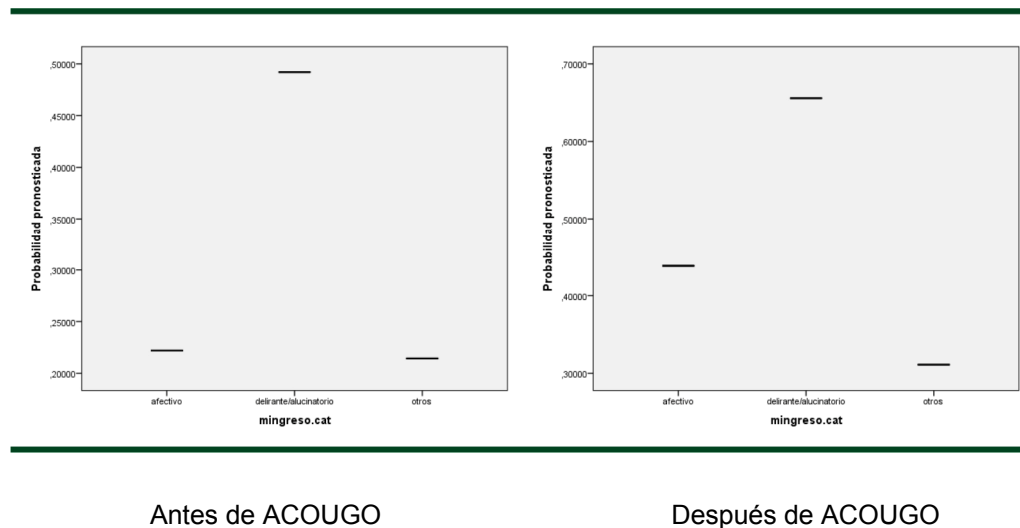


## 6.Resultados

Se asocian como factores protectores de dicho ingreso, la edad, tener estudios primarios/secundarios, estar institucionalizado y tener antecedentes personales psiquiátricos.

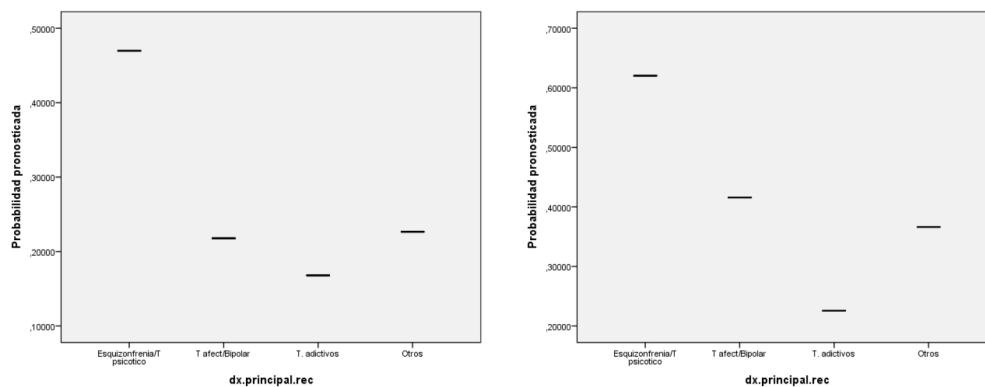
El área bajo la curva ROC (AUC) como medida de validez del modelo fue de 0,718 (E.T=0,006;  $p < 0,001$ )

**Figura 32: Motivo de ingreso / Programa Acougo**



En cuanto al motivo de ingreso teniendo en cuenta si el ingreso se realiza en fecha posterior a la puesta en marcha del programa Acougo se visualiza como aumenta la probabilidad de ingreso por sintomatología afectiva.

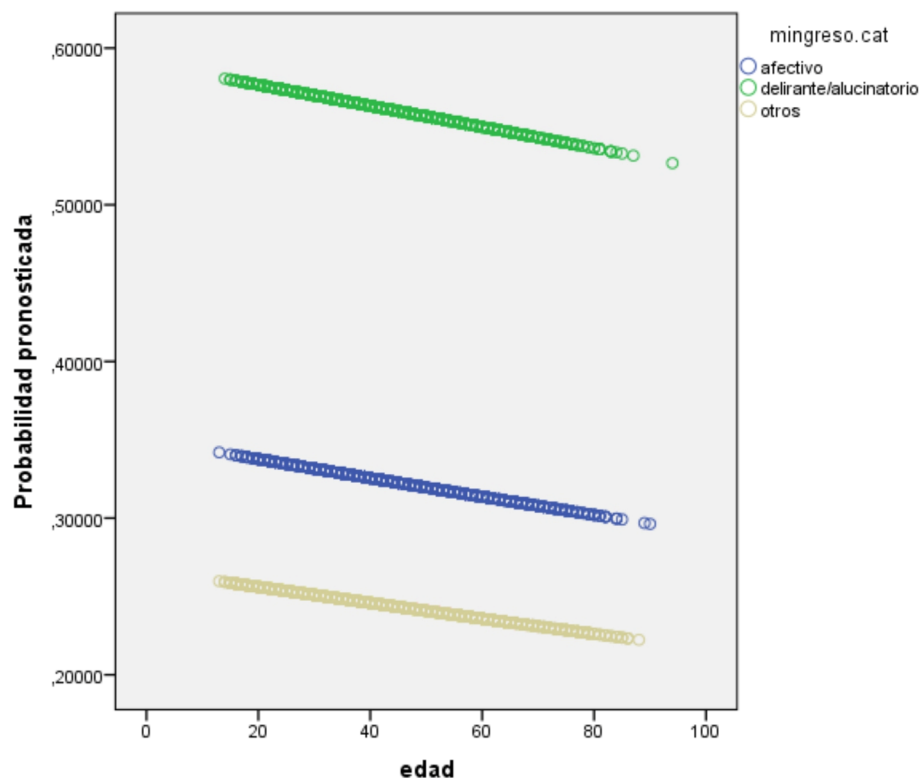
Figura 33: Diagnostico / Programa Acougo



Antes de ACOUGO

Después de ACOUGO

Analizando el diagnostico principal teniendo en cuenta si el ingreso se realiza en fecha posterior a la puesta en marcha del programa Acougo se visualiza como aumenta también la probabilidad de ingreso por Trastornos afectivos.

**Figura 34: probabilidad ingreso involuntario motivo de ingreso /edad**

La probabilidad de ingreso involuntario disminuye con la edad, aunque el motivo de ingreso delirante/alucinatorio sigue siendo el motivo con mayor riesgo de este tipo de ingreso.

## ***Discusión***

### 7. DISCUSION

#### 7.1. ALGUNAS CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS

La muestra de nuestro estudio es 6.872 pacientes, habiéndose analizado un total de 32 variables, ya reflejadas en el capítulo de resultados, teniendo en cuenta que en el presente estudio, se realiza un análisis previo de las características generales de los pacientes incluidos en la muestra, independientemente de su tipo de ingreso que nos permite acercarnos a una visión global, que refleja la tipología del ingreso hospitalario con una tasa de ingresos de trastornos psicóticos y afectivos superiores a las de nuestro entorno, analizándose con posterioridad las características de los pacientes incluidos según el tipo de ingreso voluntario versus involuntario, con perfil de ingreso involuntario según el tipo de ingreso Autorización judicial versus Orden Judicial, con modalidad de ingreso tipo Autorización Judicial Ordinaria o primaria versus Urgente o secundaria y con modalidad de ingreso tipo Autorización Judicial Ordinaria versus la puesta en marcha del Programa Acougo.

Es importante señalar la diversidad de figuras legales con respecto al internamiento no voluntario en las diferentes legislaciones y países, poniéndose de manifiesto en todas ellas la voluntad jurídica de facilitar el abordaje terapéutico en régimen de hospitalización con una protección de la capacidad de autonomía del paciente que guarda una profunda relación con su competencia y capacidad. Por otra parte no podemos olvidar que la evidencia disponible a partir de estudios realizados en los últimos años (4) muestra que el proceso de decisión compartida en el abordaje terapéutico del paciente con trastornos mentales y del comportamiento mejora la

## **7. Discusión**

calidad de las decisiones y la satisfacción del usuario, aunque no debemos olvidar que debemos de velar por los dos principios éticos, el principio de autonomía y el principio de bienestar, sin que uno de ellos elimine de facto al otro.

Así mismo en la modalidad de ingreso urgente no voluntario y en nuestra Área Sanitaria se ha puesto en marcha desde el año 2004 el programa Acougo que tiene como instrumento básico el “Protocolo general para traslados e ingresos no voluntarios y urgentes de personas con enfermedad o trastorno mental”, que facilita la atención urgente domiciliaria, así como el traslado de los pacientes a un Servicio de Urgencias Hospitalario para ser evaluado de forma adecuada por un Médico especialista en Psiquiatría, sin las demoras que se evidenciaban con anterioridad lo que permite una disminución significativa no solo en los riesgos derivados de una falta de atención en los pacientes y sus familias, sino también una disminución significativa en la sobrecarga familiar y social, aunque por otra parte se evidencia una pérdida en las garantías jurídicas de los pacientes al convertirse ingresos involuntarios por AJ Primaria en ingresos por AJ secundario o urgente en los que la valoración efectuada por la comisión judicial es posterior a la decisión de ingreso del paciente, lo que genera dificultades éticas en pacientes que aún conservando su capacidad/competencia son objeto en la práctica clínica de ingreso involuntario.

Otro dato relevante es que en sentencia del Tribunal constitucional 132/2010 de 2 de Diciembre del 2010, se establece que y dado que el internamiento es una medida restrictiva de derechos (Art. 17.1 CE) “Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad, sino con la observancia de lo establecido en este artículo y en los casos y formas previstos en la ley”, el mismo debe estar regulado por una ley orgánica (Art. 81.1 CE) “Son leyes orgánicas las relativas al desarrollo de los derechos fundamentales y de las libertades públicas...”, y al ser desarrollado en el Art. 763. 1 de la LEC, Ley Ordinaria 1/2000 de 7 de Enero,

## **7. Discusión**

se incumple el deber contenido en el artículo 81.1 de la CE, de ahí que se declare inconstitucional, reiterado en Sentencia del mismo TC 141/2012 de 2 Julio en la que se mantiene la declaración de inconstitucionalidad, si bien no declara la nulidad de la misma por el vacío legal que esta podría suponer.

Es en definitiva una cuestión formal, pero dada la declaración de inconstitucionalidad, el legislador debería regularlo mediante ley orgánica y de paso buscar la norma adecuada para la aplicación a los tres colectivos que se citan (Personas con trastorno mental grave, personas con demencia y personas con Retraso Mental), posibles sujetos del internamiento.

### 7.2. CARACTERÍSTICAS DE LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, CLÍNICOS Y PSIQUIÁTRICO LEGALES

En relación con las características psiquiátrico legales de la población estudiada el porcentaje de ingreso involuntario los datos de nuestra muestra 37,7% son congruentes con los de Lidz (57) y Figuerido (62), y superiores a los de Sánchez González (68) e inferiores al resto de estudios López González et al (56), De la Gandara et al (58), Ortiz Criado (61), Vázquez Rodríguez et al (65) y Almenta (55). (Figura 35) (Tabla 44).

En cuanto al análisis de los factores sociodemográficos la edad de los pacientes incluidos en la muestra de ingresos involuntarios destacamos una edad de 40,2 siendo superior la de los varones 53,7 en contraposición a las mujeres 46,3 en la muestra general y sin datos de consistencia en relación a la edad de de 35,1 en el estudio de Charles W Lidz et al (57), siendo los datos de nuestro estudio en cuanto a la edad de los ingresos involuntarios congruente con los datos de Priebe 38,72 (66), De la Gandara 40,4 (58) Kaltiala-Heino 40 (64) y Vázquez Rodríguez 41-42 (65) no existiendo diferencias significativas en la edad en los grupos voluntario/involuntario de nuestra muestra. (Tabla 45).

En nuestra muestra el porcentaje de varones con ingreso involuntario es del 57,8%, evidenciándose una alta dispersión en los porcentajes de ingreso de los estudios reseñados que resulta de las diferencias existentes tanto legales y normativas en los diferentes países, siendo inferior a los datos de los estudios de Ortiz Criado (61) y Andrés MJ (63) y congruentes con los datos de Priebe (66), Kaltiala (64) y Vázquez Rodríguez et al (65) y superiores a los estudios de O'Donoghue (67) y Lidz (57). (Tabla 46).



## 7. Discusión

En nuestra muestra el porcentaje de solteros con ingreso involuntario es del 59,1% siendo inferior a los datos de los estudios de y Kaltiala-Heino et al 51,5% (64) e inferiores a los estudios de O'Donoghue 74%.(67) (Tabla 47).

Por razones metodológicas hemos agrupado el Diagnostico Esquizofrenia / Trastornos Psicóticos para realizar el estudio analítico poniéndose de manifiesto que los datos de nuestra muestra 57,7% son congruentes con los datos de los estudios de O'Donoghue el al 55% (67), de Priebe et al 62% (66) y de Sánchez González R. et al 53,7% (68) e inferiores a los datos de los estudios de Andrés, M J et al (63) 73,4% y de Kaltiala-Heino R el al 2003 (64) y de Vázquez Rodríguez et al 77% (65) y superiores a los de la Gandara et al 41,6% . (58) (Tabla 48). (Figura 36)

En cuanto al estudio de los datos diagnósticos en la categoría de trastorno afectivo se pone de manifiesto un alta congruencia con todos los estudios referenciados de López Glez E. el al, (56) de Kaltiala-Heino R el al (64), de Priebe et al (66) y de Andrés, M J et al .(63) (Tabla 49)

Hemos observado que en el análisis de los datos diagnósticos de la categoría de trastorno de personalidad se pone de manifiesto un alta congruencia con el estudio referenciados de Andrés, M J et al (63), siendo muy superior a los datos de Kaltiala-Heino R el al (64) e inferior al estudio de López González E. el al .(56) (Tabla 50)

En el análisis de los datos diagnósticos de la categoría de trastorno adictivos en nuestra muestra se pone de manifiesto cierta congruencia con el estudio referenciados de Andrés, M J et al (63), siendo inferior a los datos de Kaltiala-Heino R el al (64) y De la Gandara et al (58), pero sería importante reseñar que en nuestra Unidad de Hospitalización los pacientes con diagnostico de Trastorno Adictivo como diagnostico principal solo ingresan de forma programada y en la Unidad de desintoxicación hospitalaria que dispone de dos camas para el programa. (Tabal 51)

## 7. Discusión

Los datos de nuestra muestra en la categoría de utilización de antipsicóticos, dentro del grupo de tratamiento farmacológico 88,8%, son congruentes con el estudio de Andrés, M J et al 81,2% (63) a pesar de la diferencia muestral. (Tabla 52)

La estancia media de nuestra muestra 22,02 días es superior a los datos de los estudios referenciados, Gasque et al 18,5 días (60), De la Gandara et al 15,3 días (58) y Ortiz Criado 15,16 días (61) y congruente con los datos de Vázquez Rodríguez et al. 23,55. (65) (Tabla 53)

Los pacientes que ingresan por AJ Primaria presentan un porcentaje menor, (Tomando en consideración para calcular el porcentaje, la muestra total de los ingresos en nuestra muestra n=6872, siendo la n=1304 el número de pacientes que ingresaron por AJ primaria) que el estudio referenciado de Almuzara I et al. (59). (Tabla 54).

Los pacientes que ingresan por AJ secundaria presentan un porcentaje menor, (Tomando en consideración para calcular el porcentaje la muestra total de los ingresos en nuestra muestra n=6872, siendo la n=1229 el número de pacientes que ingresaron por AJ secundaria) que el estudio referenciado de Almuzara I. et al. (59) (Tabla 55).

Dentro del grupo de pacientes involuntarios que ingresan por Autorización Judicial nuestros resultados son del 51,42% versus 48,57% son congruentes con los datos del estudio referenciado de Almuzara I. et al 54,68% versus 45,31% (59) y claramente discordantes con los datos de Almenta 16% versus 84% (55). (Tabla 56)

Los pacientes que ingresan por OJ presentan un porcentaje muy inferior, (0,77%) (Tomando en consideración la muestra total n=6872, siendo la n= 53) que en el estudio referenciado de Almuzara I et al 7,9% (59), pero tenemos que tener en cuenta que nuestro estudio se compara con el de Almuzara que se realizó en un Hospital

## 7. Discusión

Psiquiátrico en los que los ingresos de pacientes con OJ de internamiento se realizan con más facilidad, ante las limitaciones de seguridad y custodia que tienen las Unidades de Psiquiatría de los Hospitales Generales. (Tabla 57)

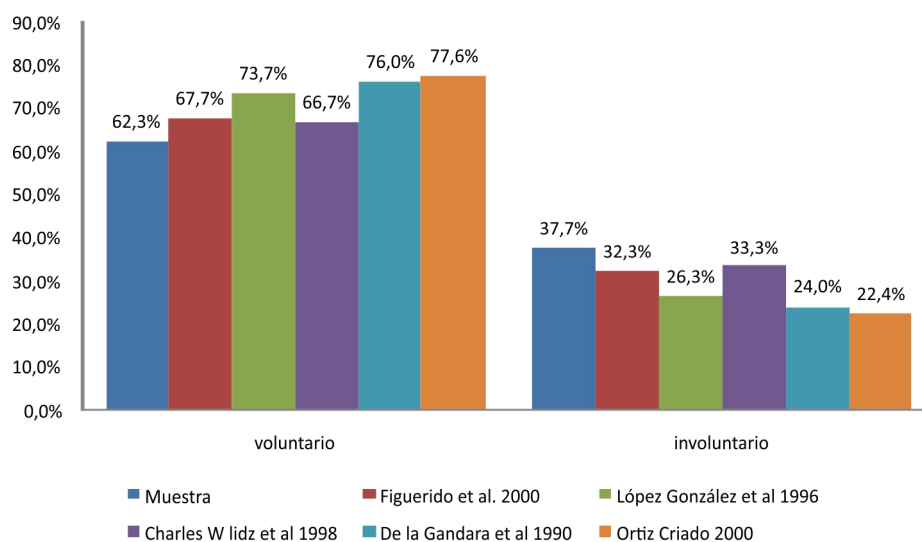
En cuanto a que variables aumentan la probabilidad de tener ingreso involuntario estas son ingresar como motivo de ingreso con sintomatología delirante/alucinatoria (OR 2,517), ser diagnosticado de esquizofrenia/T.psicótico (OR 1,530, vivir solo (OR 1,391), ingresar por motivo afectivo (OR 1,300) ser hombre (OR 1,284), no tener recursos económicos suficientes (OR 1,205). La puesta en marcha del programa ACOUGO incrementa el riesgo de ingreso involuntario (OR 1,975), ya que facilita el traslado de los pacientes con trastornos mentales y del comportamiento en situaciones de urgencia.

Se asocian como factores protectores de dicho ingreso, la edad (OR 0.993), tener estudios primarios/secundarios (OR 0,695) y (OR 0,700), estar institucionalizado (OR 0,574) y tener antecedentes personales psiquiátricos (OR 0,756).

Por lo tanto los pacientes se caracterizan porque aproximadamente 1/3 de la muestra son pacientes que ingresan de forma involuntaria, siendo estos en su mayoría varones, solteros, con estudios primarios, de residencia urbana, en situación de ILT, con recursos económicos suficientes, que conviven en familia de 2-3 miembros, que presentan antecedentes personales de tipo psicótico, ambulatorios y hospitalarios y sin antecedentes psiquiátricos familiares, observándose que el diagnóstico más frecuente es Esquizofrenia/Trastorno Psicótico y en menor medida trastornos de tipo afectivo, que reciben como intervenciones psicosociales más frecuentes psicoterapia individual, de grupo y terapia ocupacional, con abordaje psicofarmacológico mayoritario con antipsicóticos, siendo el motivo más frecuente de ingreso la sintomatología alucinatorio delirante, y que la valoración al alta es de

## **7. Discusión**

respuesta parcial, siendo derivados a su USM, con una media de ingresos durante el periodo de estudio de 1,89, y una estancia media de 22,02 días, incluidos en el Programa de Psiquiatría.

**Figura 35: voluntario/involuntario****Tabla 44: Voluntario/involuntario**

Total	voluntario	involuntario	Ref. Bibliográficas
6872	62,3%	37,7%	Muestra
62	67,7%	32,3%	Figuerido et al. 2000
2000	73,67%	26,33%	López González et al 1996
171	66,7%	33,3%	Charles W Lidz et al 1998
500	76%	24%	De la Gandara et al 1990
1185	77,56%	22,44%	Ortiz Criado 2000
507	92,11%	7,89%	Vázquez Rodríguez et al 2007
567	55,6%	44%	Sánchez González R. et al 2013
784	91,2%	8,8%	Almenta 1987

**Tabla 45: edad**

Total	involuntarios	Ref. Bibliográficas
2588	40,2	Muestra
57	35,1	Charles lidz et al 1998
2326	38,72	Priebe s. et al. 2010
130	40	Kaltiala-Heino et al 2003
120	40,4	De la Gandara et al 1990
266	34,94	Ortiz Criado 2000
40	41-42	Vázquez R. et al 2007

## 7. Discusión

**Tabla 46: sexo varón**

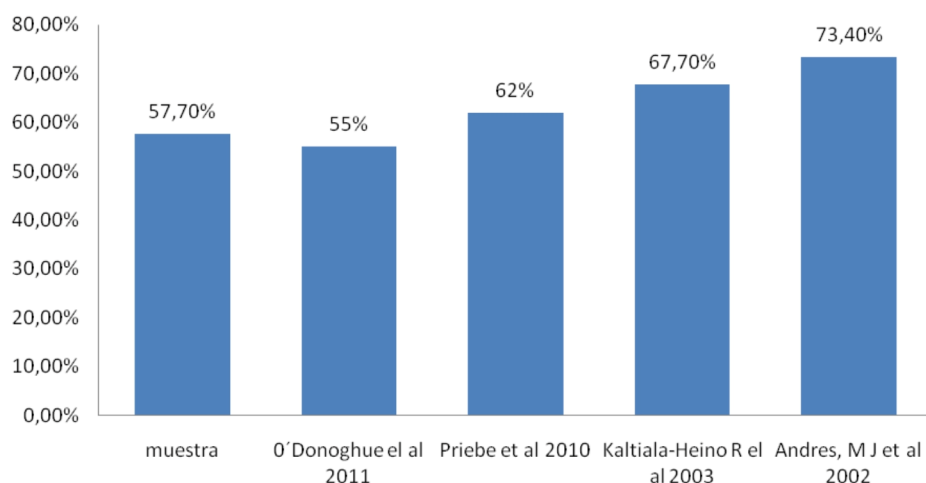
Total	involuntario	Ref. Bibliográficas
2591	57,8%	Muestra
57	46,2%	Charles W Lidz et al 1998
203	64%	Andres, M J et al 2002
2326	57%	Priebe et al. 2010
130	54,6%	Kaltiala-Heino et al 2003
81	48%	O'Donoghue B et al 2011
266	70,30%	Ortiz Criado 2000
40	60%	Vázquez Rodríguez et al 2007

**Tabla 47: estado civil soltero**

Total	involuntario	Referencia bibliográfica
2591	59,1%	Muestra
130	51,5%	Kaltiala-Heino et al 2003
81	74%	O'Donoghue B et al 2011

**Tabla 48: Diagnostico Esquizofrenia/T. psicóticos**

Total	involuntarios	Referencia bibliográfica
2590	57,7%	Muestra
203	73,4%	Andres, M J et al 2002
2326	62%	Priebe et al 2010
81	55%	O'Donoghue et al 2011
130	67,7%	Kaltiala-Heino R et al 2003
120	41,6%	De la Gandara et al 1990
40	77%	Vázquez Rodríguez et al 2007
251	53,7%	Sánchez González R. et al 2013

**Figura 36: Diagnostico Esquizofrenia/Trastornos Psicóticos****Tabla 49: Diagnósticos / Trastornos Afectivos**

Total	involuntarios	Referencia bibliográfica
2590	18,4%	muestra
203	15,8%	Andres, M J et al 2002
2326	16%	Priebe et al 2010
130	17,7%	Kaltiala-Heino R et al 2003
2000	19%	López Glez E. et al 1998

**Tabla 50: diagnósticos/ Trastornos de personalidad**

Total	involuntarios	Referencia bibliográfica
2590	7,8%	muestra
203	7,9%	Andres, M J et al 2002
130	0,8%	Kaltiala-Heino R et al 2003
2000	23%	López Glez E. et al 1998

**Tabla 51: diagnósticos/ Trastornos adictivos**

Total	involuntarios	Referencia bibliográfica
2590	6,3%	muestra
203	4,9%	Andres, M J et al 2002
130	11,5%	Kaltiala-Heino R et al 2003
120	25%	De la Gandara et al 1990 (56)

## 7. Discusión

**Tabla 52: tratamiento farmacológico antipsicóticos**

Total	involuntarios	Referencia bibliográfica
2591	88,8%	muestra
203	81,2%	Andres, M J et al 2002

**Tabla 53: datos asistenciales/ estancia media (días)**

Total	involuntarios	Referencia bibliográfica
2591	22,02	muestra
55	18,5	Gasque et al 1998
120	15,3	De la Gandara et al 1990
266	15,16	Ortiz Criado 2000
40	23,55	Vázquez R. et al 2007

**Tabla 54 Autorización Judicial Primaria**

Total	AJ Primaria	Referencia bibliográfica
1304	18,94%	muestra
70	27,66%	Almuzara I el al 1995

**Tabla 55: Autorización Judicial Secundaria**

Total	AJ Secundaria	Referencia bibliográfica
1229	17,89%	muestra
58	22,92%	Almuzara I el al 1995

**Tabla 56: AJ Primaria / Secundaria**

Total	AJ Primaria	AJ secundaria	
2533	51,42%	48,57%	muestra
58	54,68%	45,31%	Almuzara I., el al 1995
69	16%	84%	Almenta H.E. 1987

**Tabla 57: Orden Judicial**

Total	Orden Judicial	
53	0,77%	muestra
20	7,9%	Almuzara I el al 1995 (63)



## ***Conclusiones***

### 8. CONCLUSIONES

1. Los pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización del Servicio de Psiquiatría en nuestro estudio, son predominantemente varones, con una mediana de edad en la cuarta década de la vida, que siendo solteros siguen residiendo en núcleo familiar primario, fundamentalmente en ámbito urbano, cuyo diagnóstico principal pertenece al grupo de Trastornos Psicóticos o grupos diagnósticos afines, con sintomatología alucinatorio delirante como motivo principal de ingreso y que ingresa procedente del Servicio de Urgencias.
2. Los internamientos involuntarios son los menos frecuentes.
3. Los internamientos involuntarios tienen un perfil demográfico, clínico y asistencial similar a los internamientos voluntarios en las variables edad, núcleo de residencia y número de ingresos y presentan diferencias significativas en las variables de género, nivel de estudios, estado civil, actividad laboral, recursos económicos, antecedentes psiquiátricos, diagnóstico principal, motivo de ingreso, procedencia, días de estancia y tipo de programa.
4. Los pacientes involuntarios son en su mayoría varones solteros. Se observa que los involuntarios tienen menores recursos económicos y un porcentaje mayor entre los que viven solo que los voluntarios. Existe un porcentaje significativo de

## 8. Conclusiones

pacientes involuntarios con antecedentes personales de trastorno psicótico. La mayoría de los pacientes del total muestral tuvieron contacto asistencial previo, aunque es menor dicho contacto en los involuntarios que en los voluntarios. Existe una mayor prevalencia de trastornos esquizofrénicos o psicóticos en los pacientes involuntarios. La mayoría de los pacientes recibieron tratamiento psicoterapéutico, siendo más frecuente el uso de la psicoterapia individual y de la terapia familiar en los involuntarios. El uso de tratamiento farmacológico con antipsicóticos es significativamente mayor en los involuntarios. El motivo de ingreso delirante/alucinatorio es el más prevalente en los involuntarios siendo mucho más frecuente que en los voluntarios, así como el hecho de que la mayoría de ellos procede de Urgencias. Existe menor porcentaje de pacientes con remisión total entre los involuntarios que en los voluntarios. La estancia media hospitalaria es significativamente mayor en los involuntarios, cerca de 3 semanas, que en los voluntarios aproximadamente 15 días.

5. La mayoría de los ingresos involuntarios fueron por Autorización Judicial y dentro de estos por Autorización Judicial secundaria, solicitada por el facultativo que indica el ingreso, caracterizándose por ocurrir en pacientes más jóvenes y con un porcentaje de hombres menor que en la AJ primaria (ordinaria), y por tener menos recursos económicos, evidenciándose como diagnósticos más habituales entre los ingresos por autorización judicial urgente los trastornos psicóticos y los afectivos/bipolares.
6. En los pacientes que ingresan por Orden Judicial existe un volumen mayor significativo de varones. Los recursos económicos de este tipo de ingresos es en

## 8. Conclusiones

la mayoría insuficientes y provienen de instituciones y se caracterizan por tener antecedentes personales psiquiátricos, con un porcentaje más elevado de trastornos adictivos y de personalidad que entre los ingresos por autorización judicial, con peor evolución, existiendo mayor porcentaje de pacientes sin cambios al alta, siendo la mayoría derivados a otros (incluyendo instituciones). La estancia media hospitalaria es mayor en los de orden judicial, aproximadamente 1 mes.

7. Se observa un cambio en la tendencia de los ingresos realizados tras la puesta en marcha del programa ACOUGO que desarrolla el Protocolo general sobre traslados e ingresos no voluntarios y urgentes en personas con enfermedad o trastorno mental en Galicia, incrementándose los ingresos involuntarios y dentro de ellos los de Autorización Judicial Secundaria (Urgente).
8. El presentar sintomatología alucinatorio delirante y ser trasladado al Servicio de urgencias constituyen un factor determinante para solicitar un ingreso involuntario
9. Tras ajustar las variables edad, sexo, nivel de estudios, tipo de convivencia, recursos económicos, antecedentes psiquiátricos personales y familiares, diagnóstico, motivo de ingreso e ingresar tras la puesta en marcha del programa Acougo, las variables que tienen un efecto independiente para aumentar la probabilidad de ingreso involuntario son el sexo, tipo de convivencia, recursos económicos, diagnóstico, motivo de ingreso e ingresar tras la puesta en marcha del programa Acougo, siendo el factor de riesgo mayor el motivo de ingreso

## **8.Conclusiones**

delirante alucinatorio y en segundo y tercer lugar, ingresar tras la puesta en marcha del programa Acougo y el diagnostico.

10. A medida que aumenta la edad de los pacientes, disminuye la probabilidad de ingreso involuntario.
  
11. Es significativo que a pesar de haberse declarado inconstitucional el Apartado 1 del Art. 763 de la LEC que regula el ingreso involuntario en Psiquiatría en sentencia 132/2010 de 2 de Diciembre, no se haya desarrollado una ley orgánica como indica la sentencia, si bien una sentencia posterior del mismo TC 141/2012 de 2 de Julio, aunque mantiene la inconstitucionalidad de la misma, no declara la nulidad de las disposiciones por el vacío legal que se hubiera creado dentro del ordenamiento jurídico.

## ***Bibliografía***

**9. BIBLIOGRAFIA**

1. Díaz del Valle J.C., Serrano Vázquez M., La Otra Orilla de la Enfermedad mental. *Psiquiatría y Salud Mental*. II, 2009; pag:31-39.
2. Serrano Carton M, Serrano M,. Análisis histórico de los recursos asistenciales en la Enfermedad Mental. Un enfoque institucional. Díaz del Valle J.C., *Terapéutica en la Enfermedad Mental*. Edita Fundación Juan Canalejo A Coruña 2006; Pág.:219-251.
3. Díaz del Valle J.C., *Terapéutica en la Enfermedad Mental*. Edita Fundación Juan Canalejo A Coruña 2006; pag:27-51.
4. Owen G. et al. Mental capacity and psychiatric in-patients: Implication for the new mental Elath law in England and Wales. *Br. J Psychiatry* 2009 195,3:257-263. Gilboy J, Schmidt J. "Voluntary" hospitalization of the mentally ill. *Northwestern University Law Review* 1971; 66:429-453.
5. Villagrán J.M. et al *Revista Asociación Española Neuropsiquiatría*. vol.34 no.123 Madrid 2014.
6. Gilboy J, Schmidt J. "Voluntary" hospitalization of the mentally ill *Northwestern University Law Review* 1971;66:429-453.
7. Lewis D, Goetz E, Schoenfield M, Gordon A, Griffin E. The negotiation of involuntary civil commitment. *Law and Society Review* 1984; 18:629-649.
8. Lidz C, Hoge SK, Gardner W, Bennett N, Kirsch BL. Coercive interactions in a psychiatric emergency room. *Behavioral Sciences and the Law* 1993; 11:269-280.

## 9. Bibliografía

9. Hoge SK, Lidz CW, Eisenberg M, Gardner W, Monahan J, Mulvey E, et al. Perceptions of coercion in the admission of voluntary and involuntary psychiatric patients. *Int.J.Law.Psychiatry* 1997; 20:167-181.
10. Beck J, Golowka E. A study of enforced treatment in relation to Stone's "Thank you" theory. *Behavioral Sciences and the Law* 1988; 6:559-566.
11. Alfredo Calcedo Barba. La coacción y el engaño en la práctica de la psiquiatría. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000 [28-01-10]; Conferencia 14-CI-E: Disponible en: [http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa14/conferencias/14\\_ci\\_e.htm](http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa14/conferencias/14_ci_e.htm).
12. Bercovitz, Rodrigo: La marginación de los locos y el derecho. Taurus, Madrid, 1976, pp.126-146.
13. Medrano Albéniz Juan. Ingreso voluntario e ingreso incompetente. FUENTE :INTERPSIQUIS.2001;(2)
14. Carrasco Gómez Juan José. Regulación legal de los internamientos psiquiátricos en España. *Rev. Latinoam. de Derecho Médico y Medicina Legal* 7 (2), Dic. 2002- 8(1), Jun. 2003: 121-140.
15. Romeo Casanova, C. 1994. El tratamiento jurídico del enfermo mental en el Consejo de Europa y en el sistema de garantías en el derecho español. En: Delgado Bueno, S. (ed.). *Psiquiatría Legal y Forense*. Editorial Colex. Madrid, España.
16. Delgado Bueno, S., Rodríguez Pulido, F., González de la Rivera, J.L. 1994. *Aspectos Médico Legales de los Internamientos Psiquiátricos*. Editorial Colex, Madrid, España.
17. *Legislación Psiquiátrica y otras disposiciones complementarias*. 1999. Editorial Colex. Organización Mundial de la Salud, en 1996, Informe con Diez Principios básicos para la Atención en Salud Mental.



## 9. Bibliografía

18. Lopez-Ibor Aliño, J.J.: Asociación Mundial de Psiquiatría. Declaración de Hawai. Revisión de Viena, 1983. *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr.* 1984;12(61): 361-363.
19. Barrios Flores L.F, Barcia Salorio D., Marco Jurídico de las urgencias psiquiátricas. Tomo 1. Madrid 2005, pp 92-93.
20. LaFond JQ. Law and the delivery of involuntary mental health services. *Am J Orthopsychiatry* 1994; 64: 209-222.
21. Simón Lorda P, Concheiro Carro L. El consentimiento informado: teoría y práctica (I). *Med Clin (Barc)* 1992; 100: 659-663.
22. Gracia Guillén D. Fundamentos de Bioética. Madrid: Eudema, 1989. Centro Español de Investigaciones sociológicas. La asistencia sanitaria en España (I y II). *Rev Esp Invest Sociológ* 1991; 53: 267-303 y 54: 245-267.
23. Whitney L, Ruiz P, Langenbach M. Detaining psychiatric patients. Sensky T, Katnoa C, Montgomery S. *Psychiatry in Europe*. Londres: Gaskell, 1994; 137-144.
24. Simon RI. *Clinical Psychiatry and the Law*. Washington DC: American Psychiatry Press 1992.
25. Manual de Legislación Penal Madrid, 1985; Limruja.
26. Cabrera Forneiro, J.: Aspectos médico-legales del ingreso del enfermo mental en el Hospital Psiquiátrico. Trabajo original presentado en el 1 Curso National sobre Psiquiatría Forense y Criminología. U.N.E.D. Mérida, 1988.
27. González Duro, E.: Demanda y oferta de hospitalización psiquiátrica. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 1988, 8(24): 45-52.
28. Barrios Flores L.F, Barcia Salorio D., Marco Jurídico de las urgencias psiquiátricas. Tomo 1. Madrid 2005, pp 104-108.
29. S. Delgado Bueno y J.L. González de Rivera y Revuelta. Aspectos legales de los internamientos psiquiátricos. *Psiquis Vol. IX/88* pgs. 300-313.

## 9. Bibliografía

30. Comité de estudio de la problemática jurídico- asistencial del enfermo mental. Informe del Comité de Estudio al Consejo Interterritorial. 12 de Mayo, 1988; 1-19.
31. Penen-Lastra, Muñoz Tuero, L.M., y García Andrade, J.A.: Internamiento del enfermo mental en España. Rev. Esp. Medicina Legal, 1985; 112(44-45) 95-104.
32. O'Callaghan Muñoz, X.: Psiquiatría y Derecho Civil. I Curso National sobre Psiquiatría Forense y Criminología. U.N.E.D. Mérida, 1988.
33. Ley Orgánica 9/1984 de 26 de Diciembre, sobre circunstancias para decretar la prisión provisional y la duración de la misma (modificación de la Ley de Enjuiciamiento Criminal). Arts. 503, 504 y 529 (B.O.E. 3 de Enero 1985).
34. Simón Lorda P. El consentimiento informado y la participación del enfermo en las relaciones sanitarias. Medifam 1995; 5: 264-271.
35. Appelbaum PS, Grisso T. Assessing patients capacities to consent to treatment. N Engl J Med 1988; 319: 1635-1638.
36. Roth LH, Meisel A, Lidz CW. Tests of competency to consent to treatment. Am J Psychiatry 1977; 134: 279-284.
37. Drane JF. Competency to give an informed consent. A model for making clinical assessments. JAMA 1984; 252: 925-927.
38. Draper RJ, Dawson DD. Competence to consent to treatment: A guide for the psychiatrist. Can J Psychiatry 1990; 35: 285-289.
39. Kaplan KH, Price M. The clinican's role in competency evaluations. Gen Hosp Psychiatry 1989; 11: 397-403.
40. Appelbaum PS, Roth LH. Clinical issues in the assessment of competency. Am J Psychiatry 1981; 138: 1462-1467.
41. Freedman M, Stuss DT, Gordon M. Assessment of competency: the role of neurobehavioral deficits. Ann Intern Med 1991; 115: 203-208.

## 9. Bibliografía

42. Appelbaum PS, Grisso T. The MacArthur treatment competence study. I: Mental illness and competence to consent to treatment. *Law Human Behav* 1995; 19: 105-126.
43. Christensen K, Haroun A, Schneiderman LJ, Jeste DV. Decision-making capacity for informed consent in the older population. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1995; 23: 353-365.
44. Katz M, Abbey S, Rydall A, Lowy F. Psychiatric consultation for competency to refuse medical treatment. A retrospective study of patient characteristics and outcome. *Psychosomatics* 1995; 36: 33-41.
45. Jourdan JB, Glickman JL. Reasons for requests for evaluation of competency in a municipal general hospital. *Psychosomatics* 1991; 32: 413-41.
46. Mahler JC, Perry S, Miller F. Psychiatric evaluation of competency in physically ill patients who refuse treatment. *Hosp Community Psychiatry* 1990; 41: 1140-1141.
47. Gracia D. *Primum non nocere*. Madrid: Instituto de España – Real Academia de Medicina, 1990.
48. Simón P. *El consentimiento informado*. Madrid: Triacastela, 2000.
49. Lidz CW, Appelbaum PS, Meisel A. Dos modelos para la aplicación del consentimiento informado. En: Couceiro A (Ed). *Bioética para clínicos*. Madrid: Triacastela, 1999; pp 151-162.
50. Meisel A, Kuczewski M. Legal and ethical myths about informed consent. *Arch Intern Med* 1996; 156: 2521-6.
51. Galán Cortés JC. *El consentimiento informado del usuario de los servicios sanitario*. Madrid: Colex, 1997: 162.

## 9. Bibliografía

52. Simón Lorda P. El consentimiento informado y la participación del enfermo en las relaciones sanitarias. *Medifam* 1995; 5: 264-271.
53. Galán Cortés J.C. La responsabilidad médica y el consentimiento informado *Revista Medica Uruguay* 1999; 15: 5-I 2.
54. Cournos F, Faulkner LR, Fitzgerald L, Griffith E, Munetz MR, Winick B. Report of the Task force on Consent to voluntary hospitalization. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1993; 21: 293-307.
55. Almenta Hernández Esperanza "Tesis doctoral". Hospitalización voluntaria versus involuntaria del enfermo mental. Universidad Complutense de Madrid. 1987.
56. López González, Eliseo et al. Evolución de los ingresos involuntarios en una UPHG Eguzkilore nº 10 san Sebastian Diciembre 1996,123-134.
57. Charles W. Lidz, Ph.D., Edward P. Mulvey, Ph.D., Steven K. Hoge, M.D., Brenda L. Kirsch, M.A., John Monahan, Ph.D., Marlene Eisenberg, Ph.D., William Gardner, Ph.D., and Loren H. Roth, M.D. Factual Sources of Psychiatric Patients' Perceptions of Coercion in the Hospital Admission Process, M.P.H. *Am J Psychiatry* 1998; 155:1254–1260).
58. De la Gandara Martín, J.J. Fuertes Rocañin, J.C. De Dios Francos A., Hernández Herrero, H., Redondo Martínez, L, "Los ingresos involuntarios psiquiátricos en el Hospital General" *Anales de Psiquiatría* 1990, Vol 6. Nº 6. pp. 235-240, Madrid.
59. Almuzara, I., et al. Estudio de los internamientos psiquiátricos de la provincia de Huesca. *Orfilia/Actas de las VII jornadas de la Sociedad Española de Medicina Legal y Forense* 1995 I p 19-26.
60. Gasque López J., Amorós Galito, E., Y Pérez Pérez R. "Epidemiología de los internamientos involuntarios en el partido judicial de Lleida 1996. *Revista*

## 9. Bibliografía

- Española de Psiquiatría Forense, Psicología Forense y Criminología. Nº 6. Septiembre 1998.
61. Ortiz Criado J.M. Tesis doctoral "Estudio medico Legal de los Internamientos Psiquiátricos en el Hospital Francisco Borja de Gandía. 1993-1999. Universidad de Valencia.
  62. Figuerido J.L. et al. Actas Españolas de Psiquiatría. 2000; 28 (5): 275-278.
  63. Andrés M.J. et al. Internamientos no voluntarios en el Hospital General. Psiquiatría.com. 2002;6 (2)
  64. Kaltiala-Heino et al Involuntary medication in psychiatric inpatient treatment, Eur psychiatry .2003 Oct; 18(6): 290-5.
  65. Vázquez Rodríguez, M<sup>a</sup> D. et al. Ingreso involuntario en una unidad de agudos: Características sociodemográficas, clínicas e influencia en la práctica asistencial. Comunicación congreso. Interpsiquis 2007. 8º Congreso virtual de Psiquiatría. <http://hdl.handle.net/10401/4146>.
  66. Priebe s. et al. Patients views of involuntary hospital admission alter 1 and 3 monts: prospective study in 11 European countries. 2010.
  67. O'Donoghue B. et al. Psysical coercion, perceived pressures and procedural justice in the involuntary admisión and future engagement with mental Elath services. Eur. Psychiatry. 2011 May;26(4): 208-14.
  68. Sánchez González R. et al. Ingresos involuntarios en una Unidad de Hospitalización breve. Comunicación en formato póster. XVII Congreso Nacional de Psiquiatría. Sevilla, 26-26 de Septiembre del 2013.

## ***Anexos***

## Anexo 1

“Real Decreto 389/1994 del 15 de diciembre que regula la Salud Mental en Galicia” DOG nº1, del 2 de enero. Xunta de Galicia. Santiago de Compostela.

Las Unidades de Hospitalización de Agudos dependientes de los Servicios de Psiquiatría en la Comunidad Autónoma de Galicia (tal y como se recoge “Real Decreto 389/1994 del 15 de diciembre que regula la Salud Mental en Galicia” DOG nº1, del 2 de enero. Xunta de Galicia. Santiago de Compostela. Artículos 10 y 11) deben desarrollar los siguientes postulados:

1. Es fundamental desarrollar los instrumentos organizativos para facilitar la coordinación y cooperación entre las UHP y los otros dispositivos básicos de la red asistencial de la salud mental con la finalidad de que por estos se colabore en la indicación de hospitalización y alta según lo previsto en el artículo 10.2 del Decreto 389/94.
2. Se recomienda la dotación de una cama de hospitalización en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica para cada 10.000 habitantes.
3. Se propone como dotación profesional mínima de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica la siguiente: 1 Psiquiatra por cada siete camas o fracción, 1 Psicólogo Clínico por cada quince camas o fracción (cuando la unidad esté dotada de veinte o más camas dispondrá de 2 Psicólogos Clínicos), 1 personal de enfermería por cama, 1 Terapeuta Ocupacional, 1 Trabajadora Social y 6 Celadores.

## 10. Anexos

4. Deben considerarse también las funciones a desarrollar por los equipos de las UHP como referente para determinar las necesidades de personal de estas unidades, y no tan solo el número de camas de las mismas sino también el número de interconsultas, programas de trabajo con otros servicios hospitalarios, volumen de urgencias y la carga docente e investigadora.
5. Deben completarse los equipos de las UHP que hoy carecen de psicólogos clínicos en atención a las funciones que tienen previstas en el D.389/94.
6. Debe potenciarse el desarrollo de los programas de enlace y apoyo a otros servicios hospitalarios para atender las necesidades que en la dimensión psíquica y de salud mental tienen los pacientes hospitalizados. Deberá ser considerada esta actividad en las decisiones sobre las dotaciones de profesionales de las UHP. Los programas deberán desarrollarse adaptándose a la diversidad de situaciones y posibilidades que existen en los diferentes Hospitales de la Comunidad, creando donde sea preciso una Unidad de Enlace e Interconsulta adscrita a la UHP.
7. El desarrollo de programas de enlace y apoyo con los otros servicios allí donde las necesidades lo exijan no debe verse limitado por criterios de sectorización poblacional.
8. Las UHP deben realizar evaluaciones diagnósticas y tratamientos que consideren las dimensiones biológica, psicológica y social de los pacientes hospitalizados, sugiriendo las indicaciones pertinentes en los planes de alta.
9. Deben potenciarse las formas de trabajo en equipo en las UHP y sistemas organizativos que potencien la participación colectiva de todo el equipo



## **10.Anexos**

asistencial en la elaboración de desarrollo de los planes individuales de evaluación, tratamiento y seguimiento del paciente hospitalizado.

10. Las UHP deben definir explícitamente sus programas de trabajo y potenciar la participación de todo el equipo asistencial en la elaboración y ejecución de los mismos.
11. El sistema de información para la evaluación del Centro Sanitario debe incorporar los criterios de evaluación de la efectividad específicos del Área de salud mental.
12. Las UHP deben estar adecuadamente dotadas de instrumentos diagnósticos y terapéuticos.

## Anexo 2

Recomendaciones y resoluciones del Consejo de Europa, relativas al ingreso involuntario.

- I) Recomendación R-83-2 (1983), de 22 de febrero, del Comité de Ministros sobre protección jurídica de personas aquejadas de enfermedad mental internadas o pacientes involuntarios, las cuales recomiendan que aquellos internamientos que no estén reconocidos con carácter general, así como los que presenten un grave riesgo de producir lesiones cerebrales o de alterar adversamente la personalidad del paciente, sólo pueden aplicarse si el médico lo considera indispensable y si el paciente, tras ser informado, ha consentido expresamente. Si el paciente pudiera comprender la naturaleza del tratamiento, el médico debe someterse a la decisión de una autoridad adecuada e independiente, determinada por la ley, la cual, a su vez, debe consultar a los representantes legales del paciente.
  
- II) Recomendación nº 818 (1977), de 8 de octubre, de la Asamblea Parlamentaria, sobre la situación de los enfermos mentales y las indicaciones del internamiento, dispone que éste debe ser excepcional y fundamentarse en los supuestos de enfermedad mental, que supongan un peligro para el propio enfermo o para los demás, o bien cuando la ausencia de internamiento determine un deterioro de su estado que impida que se le preste el tratamiento adecuado.

## 10.Anexos

III) Recomendación nº 1029 (1994) de 12 de abril, Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, referente a la psiquiatría y los derechos humanos, que invita a los gobiernos de los Estados Miembros, a introducir en sus legislaciones las reglas que se enuncian en el citado documento y a garantizar su puesta en práctica lo antes posible. Las reglas de esta nueva recomendación son:

1. Procedimiento y condiciones de ingreso:

- a) El ingreso no voluntario debe ser excepcional y tiene que responder a los siguientes criterios:
  - Que exista peligro grave para el propio paciente o para los demás.
  - Que la ausencia de ingreso entrañe un deterioro del estado del paciente o impida que éste reciba el tratamiento adecuado, lo que constituye un criterio adicional.
- b) En caso de ingreso no voluntario, la decisión de ingreso en un establecimiento psiquiátrico debe adoptarla un Juez y ha de precisar la duración del internamiento. Debe preverse una revisión periódica y automática acerca de la necesidad del ingreso. En todos los casos, hay que respetar los principios establecidos por el Consejo de Europa sobre la bioética.
- c) La decisión podrá ser objeto de un recurso previsto por la ley.
- d) Habrá que poner en conocimiento de los enfermos, a su entrada en el establecimiento psiquiátrico, un código de los derechos de los enfermos.

## 10.Anexos

- e) Deberá elaborarse un código deontológico para los psiquiatras, que puede inspirarse, entre otras fuentes, en la Declaración de Hawai, aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Psiquiatría en Viena de 1983.

### 2. Tratamientos:

- a) Se establecerá una distinción entre los pacientes deficientes mentales y los pacientes enajenados.
- b) La lobotomía y la terapia por electrochoque no pueden practicarse, salvo consentimiento por escrito del propio paciente, debidamente informado, o de una persona elegida por el paciente para representarle, un consejero o un tutor; y siempre que la decisión haya sido confirmada por un comité restringido, integrado no sólo por expertos psiquiátricos.
- c) El tratamiento aplicado al enfermo será objeto de una relación precisa y detallada.
- d) Habrá un número suficiente de personal, con formación adaptada a este tipo de enfermos.
- e) Los pacientes podrán recurrir, sin traba alguna, a un “consejero” independiente de la institución; así mismo, un tutor deberá velar por los intereses de los menores.
- f) Debería instituirse una inspección análoga a la del Comité Europeo para la prevención de la tortura y de las penas o trato inhumano o degradante.

### 3. Problemas y abusos en psiquiatría:

## 10.Anexos

- a) El código deontológico debe establecer expresamente que le está prohibido al psicoterapeuta hacer insinuaciones sexuales a sus pacientes.
  - b) Aislamiento de pacientes se restringirá estrictamente, y del mismo modo se evitará el alojamiento en dormitorios de grandes dimensiones.
  - c) No se utilizarán medios mecánicos para contener a los pacientes. Los medios químicos para la contención serán proporcionales al fin buscado y no afectarán de forma irreversible a los derechos de los individuos a la procreación.
  - d) La investigación científica en el campo de la salud mental no debe efectuarse sobre el desconocimiento o contra la voluntad del paciente o de su representante, y sólo se llevará a cabo en interés del paciente.
4. Situación de las personas detenidas:
- a) Toda persona encarcelada tiene que ser examinada por un médico.
  - b) Se destinarán a cada institución penitenciaria un psiquiatra y personal especialmente formado.
  - c) Las reglas enunciadas precedentemente y las reglas deontológicas tienen que aplicarse a los detenidos y, especialmente, debe guardarse el secreto médico, en la medida que sea compatible con las exigencias de la detención.

## 10.Anexos

- d) En ciertas instituciones penales para detenidos con trastornos de personalidad, deberían establecerse programas socioterapéuticos. Criterios, por otra parte, que, si bien desde un punto de vista médico generalista, se recogen ya en el «Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano, con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina», aprobado por el Comité de Ministros de 19 de noviembre de 1996, del Consejo de Europa, suscrito también, posteriormente, por EE.UU., Canadá, Japón, Australia y la Santa Sede.

### Anexo 3

Documento de Naciones Unidas sobre la protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la atención en Salud Mental (1991).

Principio nº 11, Consentimiento para el tratamiento:

“No se empleará restricción física o reclusión involuntaria de un paciente salvo que esto se haga de acuerdo con los procedimientos oficialmente aprobados del establecimiento psiquiátrico, y solamente cuando sea el único medio disponible para prevenir daños inmediatos o inminentes al paciente o a terceros. No se prolongará más allá del período, estrictamente necesario para esta finalidad. Todas las instancias de restricción física o reclusión involuntaria, sus motivos, su naturaleza y duración deben ser registrados en la historia clínica del paciente. Un paciente que está físicamente restringido o recluso, deberá mantenerse en condiciones humanas y con el cuidado y una supervisión regular y rigurosa provista por miembros cualificados del personal. Un representante personal, si lo hay y si es relevante, deberá recibir una rápida notificación sobre cualquier restricción o reclusión compulsiva a la que fuera sometido el paciente”.

Principio nº 13, Derechos del paciente y condiciones en las instituciones psiquiátricas: (16).

1. Todo paciente de una institución psiquiátrica debe tener en particular el derecho a merecer el respeto en cuanto a:
  - a) Reconocimiento en todas partes como persona ante la ley.
  - b) Intimidad.

## 10.Anexos

- c) Libertad de comunicación que implica libertad para comunicarse con otras personas en el establecimiento, libertad para enviar y recibir comunicaciones privadas no censuradas, libertad para recibir en privado, visitas del asesor o del representante personal y en cualquier momento razonable, otras visitas, y libertad para acceder a los servicios postales y telefónicos y a los periódicos, radio y televisión.
  - d) Libertad de religión o credo
2. El ambiente y las condiciones de vida en los establecimientos de salud mental deben ser tan parecidos como sea posible a los de la vida normal de las personas de edad similar y, en particular, deben incluir:
- a) Instalaciones para actividades recreativas y de ocio.
  - b) Instalaciones para la educación.
  - c) Instalaciones para comprar o recibir productos de la vida cotidiana, de recreo y de comunicación.
  - d) Instalaciones y facilidades para usarlas a fin de alentar en el paciente a que realice una ocupación activa, adecuada a sus antecedentes sociales y culturales, y a fin de que se tomen medidas de rehabilitación vocacionales correspondientes para promover la reintegración en la comunidad. Esas medidas deben incluir una orientación vocacional, un entrenamiento vocacional y un servicio de búsqueda de trabajo para ayudar a los pacientes a conseguir o conservar un empleo en la comunidad.



## 10.Anexos

3. En ninguna circunstancia un paciente deberá hacer un trabajo obligatorio. Dentro de los límites compatibles con las necesidades del paciente y con los requerimientos de la administración institucional, un paciente podrá elegir el tipo de trabajo que desea realizar.
4. No debe explotarse la labor de un paciente en una institución psiquiátrica. Todo paciente tendrá el derecho de recibir la misma remuneración por cualquier trabajo que realice, como la que sería pagada por ese trabajo a un no-paciente, de acuerdo con la legislación o las costumbres internas. En cualquier caso, todo paciente tendrá el derecho de recibir una justa participación de cualquier remuneración que se pague al establecimiento de salud mental por el trabajo que el paciente haya realizado.

### Principio 14.- Recursos de las Instituciones Psiquiátricas:

1. Las instituciones psiquiátricas deberán tener acceso a los recursos del mismo nivel como cualquier otro establecimiento sanitario y, en particular, a:
  - a) Un personal médico cualificado y otros profesionales en número suficiente y con el espacio adecuado para proporcionar a cada paciente intimidad y un programa de terapia activa y adecuada.
  - b) Equipos de diagnóstico y terapia para cada paciente.
  - c) Cuidado profesional adecuado.
  - d) Tratamiento global regular y adecuado, incluso suministro de medicación.

## 10.Anexos

2. Todas las instituciones psiquiátricas deben ser inspeccionadas por autoridades competentes con la suficiente frecuencia para garantizar que las condiciones, trato y atención cumplan los presentes principios:

### Principio 15.- Principios de admisión:

1. Cuando una persona precisa tratamiento en una institución psiquiátrica se deberán hacer todos los esfuerzos posibles para evitar una admisión forzosa.
2. El acceso a una institución psiquiátrica debe ser administrado de la misma manera que un acceso a cualquier otro establecimiento por cualquier otra enfermedad.
3. Todo paciente que no haya sido admitido involuntariamente tendrá derecho a abandonar el establecimiento en cualquier momento, siempre que no se le apliquen los criterios sobre su retención como paciente involuntario, expuestos en el Principio 16; el paciente debe ser informado de ese derecho.

### Principio 16.- Admisión forzosa:

1. Una persona puede ser admitida en una institución psiquiátrica como paciente involuntario o, habiendo sido admitido voluntariamente como paciente, puede ser retenido involuntariamente en dicha institución si, y sólo si, un profesional de salud mental calificado y autorizado legalmente a este fin, determina, de acuerdo con el Principio 4 mencionado, que la persona padece una enfermedad mental y considera:

## 10.Anexos

- a) Que, debido a la enfermedad mental, hay una seria probabilidad de daño inmediato o inminente para esa persona o para terceros.
- b) Que en el caso de que una persona cuya enfermedad mental es grave y cuyo juicio está afectado, la no internación o retención de esa persona puede conducir con mucha probabilidad a un grave deterioro de su estado o impedir darle tratamiento apropiado, que sólo puede aplicársele internándola en una institución psiquiátrica mental de acuerdo con el principio de la alternativa menos restrictiva.

### Principio 17.- Órgano de control:

1. El órgano de control debe ser un órgano judicial u otro órgano independiente e imparcial, instituido por la legislación y funcionando de acuerdo con procedimientos establecidos por dicha legislación. Al formular sus decisiones, ese órgano recibirá la cooperación de uno o más profesionales de salud mental independientes y cualificados y tomará en cuenta sus consejos.
2. El órgano de control hará la revisión inicial, de la decisión de admitir o retener a una persona como paciente involuntario tan pronto como sea posible después de haber sido adoptada la decisión y la llevará a cabo conforme a procedimientos sencillos y expeditivos como lo especifica la legislación nacional.
3. El órgano de control revisará periódicamente los casos de pacientes involuntarios a intervalos razonables como lo especifica la legislación nacional.

## 10.Anexos

4. Un paciente involuntario puede solicitar al órgano de control que le den de alta o lo pasen al estado de paciente voluntario, a intervalos razonables como lo especifica la legislación nacional.
5. En cada revisión, el órgano de control considerará si los criterios de admisión forzosa expuestos siguen cumpliéndose y si no, el paciente será dado de alta como paciente involuntario.
6. Si en cualquier momento el profesional de la salud mental, responsable del caso reconoce que las condiciones para la retención de una persona como paciente involuntario ya no se cumplen, el profesional dará la orden de que se le dé de alta como paciente involuntario.
7. Un paciente o su representante personal o cualquier persona interesada, tendrá derecho a apelar ante una instancia más alta, la decisión de admitir al paciente o retenerlo.

### Principio 18.- Garantías de los procedimientos:

1. El paciente tendrá el derecho a elegir y designar a un asesor legal que lo represente en calidad de paciente, incluso para que lo represente en cualquier queja o apelación. Si el paciente no puede conseguir esos servicios, se le designará un asesor sin que el paciente deba pagar, en la medida en que carezca de los medios suficientes para hacerlo.
2. El paciente tendrá también derecho, si es necesario, a los servicios de un intérprete. Cuando esos servicios sean necesarios y el paciente no pueda hacerse cargo de ellos, se le facilitarán sin que el paciente

## 10. Anexos

tenga que retribuirlos, en la medida en que éste carezca de los medios suficientes para pagar.

3. El paciente y el asesor pueden requerir y presentar ante cualquier audiencia un informe independiente de salud mental y otros informes, ya sea orales o escritos y otras pruebas que sean pertinentes y aceptables.
4. Se le darán al paciente o al asesor del paciente, copias de los registros y de cualesquiera informes o documentos para ser presentados, con excepción de los casos en los que se determine que revelar al paciente ciertos datos ocasionaría un grave daño a su salud o pondría en peligro la seguridad de otras.
7. En toda decisión sobre si la audiencia o una parte de ella deba ser pública o privada y pueda tener difusión pública, deben merecer plena consideración los propios deseos del paciente, la necesidad de respetar su intimidad y la de otras personas y la necesidad de evitar graves daños a la salud del paciente o evitar que corra peligro la seguridad de terceros.
8. La decisión que surja de la audiencia y sus motivaciones deben expresarse por escrito. Se entregarán copias al paciente y a su representante personal y al asesor. Al decidir si la decisión será publicada en su totalidad o en parte, se tomarán en cuenta los propios deseos del paciente, la necesidad de respetar su vida privada y la de otras personas, el interés público en la administración abierta de la justicia y la necesidad de prevenir daños graves a la salud del paciente y de evitar poner en riesgo la seguridad de terceros.

## 10.Anexos

En esta misma disposición y en relación a los internamientos se dice lo siguiente:

Mecanismo automático de revisión periódica:

Descripción: En el caso de una decisión que afecta a la integridad (tratamiento) y/o la libertad (hospitalización) con un efecto de larga duración, debe haber un mecanismo automático de revisión periódica.

Componentes: El principio incluye los siguientes componentes:

1. Las revisiones deben realizarse automáticamente
2. Las revisiones deben realizarse a intervalos razonables de tiempo (Ej.: períodos de seis meses).
3. Las revisiones deben llevarse a cabo por un responsable calificado de decisiones que actúa en representación oficial.

Para promover este principio se sugieren las siguientes acciones:

1. Designar un órgano de revisión para llevar a cabo la revisión.
2. Solicitar a los miembros del órgano de revisión que vean a los pacientes y los casos de revisión a intervalos prefijados.
3. Autorizar a los pacientes a entrevistarse con el órgano de revisión (esto lo deben facilitar las autoridades sanitarias).
4. Requerir que el procedimiento de revisión tenga lugar a pleno en cada oportunidad, el órgano de revisión idealmente no debe estar formado por la(s) misma(s) persona(s) si se realiza más de una revisión automática en un caso dado y no debe ser influenciado indebidamente por sus decisiones previas.

## **10.Anexos**

5. Sancionar por incumplimiento a los miembros del órgano (aquellos que no llevan a cabo las tareas para las cuales han sido designados).

## Anexo 4

Componentes básicos de la Declaración de Hawai (1977) (Guías éticas para los psiquiatras de todo el mundo). Asamblea General de la World Pyschiatric Association (1977):

1. A todo paciente debe ofrecérsele la mejor terapéutica disponible, y tratarlo con la solicitud y respeto debidos a la dignidad de cualquier ser humano, respetando su autonomía sobre su vida y su salud. El psiquiatra es responsable del tratamiento administrado por los miembros de su equipo, a los que proporcionará formación y supervisión cualificada. Siempre que sea necesario, o el paciente lo solicite sobre bases razonables, el psiquiatra debe pedir la ayuda o la opinión de un colega más experimentado.
2. La relación terapéutica entre paciente y psiquiatra se funda en el mutuo acuerdo. Este requiere confianza, secreto profesional, franqueza, cooperación y responsabilidad mutua. Tal tipo de relación no puede establecerse con algunos pacientes gravemente enfermos. En ese caso, como en el del tratamiento de los niños, debe tomarse contacto con una persona cercana al paciente y aceptable para él. Siempre que se establezca una relación para fines distintos del terapéutico, por ejemplo en psiquiatría forense, debe explicarse concienzudamente su naturaleza a la persona involucrada.



## 10.Anexos

3. El psiquiatra debe informar al paciente de la naturaleza de su afección, del diagnóstico propuesto y de los procedimientos terapéuticos, incluyendo las posibles alternativas. Esta información debe ofrecerse de forma considerada, y dando al paciente oportunidad de elegir entre los métodos apropiados disponibles.
4. No debe realizarse ningún procedimiento ni administrarse ningún tratamiento contra el deseo del paciente o independientemente de él, a menos que el sujeto carezca de capacidad para expresar sus propios deseos, que debido a la enfermedad psiquiátrica no pueda ver lo que más le interesa, o que, por la misma razón, constituya una amenaza importante para otras personas. En estos casos, puede o debe administrarse tratamiento obligado, siempre que se haga en interés del paciente, pueda presumirse un consentimiento informado retroactivo al cabo de un período razonable de tiempo y, si es posible, se obtenga el consentimiento de alguna persona cercana al paciente.
5. Tan pronto como no tengan aplicación las condiciones expresadas más arriba para el tratamiento obligado, el paciente debe ser dado de alta, a menos que voluntariamente consienta en continuar el tratamiento. En estos casos de tratamiento o detención obligados, debe existir una institución neutral e independiente que regule la situación. Todo paciente debe ser informado de la existencia de tal institución, y se le permitirá que apele a ella, personalmente o por medio de un representante, sin interferencia por parte del personal hospitalario ni de ninguna otra persona.

## 10.Anexos

6. El psiquiatra nunca debe usar las posibilidades de la profesión para maltratar a individuos o grupos, y nunca debe permitir que sus prejuicios, sentimientos o deseos interfieran con el tratamiento. El psiquiatra no debe participar en el tratamiento psiquiátrico obligado de personas sin enfermedad psiquiátrica. Si el paciente o alguna otra persona solicita acciones contrarias a los principios éticos o científicos, el psiquiatra debe negarse a cooperar. Cuando, por cualquier razón, no pueda actuarse conforme a los deseos o el interés del paciente, se le debe informar.
7. Todo lo que el paciente diga al psiquiatra, y lo que éste haya anotado durante el examen o el tratamiento, debe considerarse confidencial, a menos que el paciente libere al psiquiatra del secreto profesional, o razones vitales de interés común o para un beneficio superior del propio paciente hagan imperativo el descubrirlo. Sin embargo, en estos casos debe informarse inmediatamente al paciente de que se ha roto el secreto.
8. Para aumentar y extender los conocimientos y métodos terapéuticos de la psiquiatría se requiere la participación de los pacientes. Sin embargo, debe obtenerse el consentimiento informado del paciente antes de presentarlo a una clase y, si es posible, también cuando se vaya a publicar su caso; y se tomarán todas las medidas razonables para preservar el anonimato y salvaguardar la reputación personal del sujeto. Al igual que en el acto terapéutico, en la investigación clínica debe ofrecerse el mejor tratamiento disponible a todos los sujetos. Su participación debe ser voluntaria, después de informarle en forma completa de los objetivos, procedimientos, riesgos e inconvenientes del

## **10.Anexos**

proyecto, y siempre debe existir una relación razonable entre los inconvenientes o riesgos y los beneficios calculados del estudio. En el caso de los niños y de otros pacientes que no pueden dar por si mismos el consentimiento informado, éste debe obtenerse de alguna persona cercana a ellos.

Todo paciente o sujeto de investigación es libre de retirarse, por cualquier razón y cualquier momento, de cualquier tratamiento voluntario o de cualquier programa de investigación o docencia en el que participe. Esta retirada, así como la negativa a participar en un programa, en ningún caso deben influir en los esfuerzos del psiquiatra para ayudar al paciente o sujeto. El psiquiatra debe detener cualquier programa de tratamiento, docencia o investigación, que a lo largo de su desarrollo resultase contrario a los principios de esta Declaración.

## Anexo 5

## HOJA DE REGISTRO INDIVIDUAL (H.R.I.)

## Servicio de Psiquiatría

## Unidad de Hospitalización

1. Fecha de Ingreso:

2. Fecha Alta:

=====

## 3. ZONA DE SALUD ADSCRITA:

- |                |                |                  |                  |                    |
|----------------|----------------|------------------|------------------|--------------------|
| 1. Ventorrillo | 2. Castrillón  | 3. Elviña        | 4. Betanzos      | 5. Cambre          |
| 6. Carballo I  | 7. H.V.Xunq.   | 8. H.Ab.y Lago   | 9. Neuropsiq.    | 10. No Área Coruña |
| 11. Otros      | 12. UAD Coruña | 13. UAD Carballo | 14. Vent/Oleiros |                    |

## 4. TIPO DE INTERVENCIÓN

- |              |              |              |              |               |
|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|
| 1. Ingreso   | 2. 1º Reing. | 3. 2º Reing. | 4. 3º Reing. | 5. 4º Reing.  |
| 6. 5º Reing. | 7. 6º Reing. | 8. 7º Reing. | 9. 8º Reing. | 10. 9º Reing. |
| 11. 10 o más |              |              |              |               |

5. EDAD: \_\_\_\_\_

6. SEXO:            V:(Varón)            H:(Hembra)

## 7. ESTADO CIVIL:

- |            |                            |          |                          |          |
|------------|----------------------------|----------|--------------------------|----------|
| 1. Soltero | 2. Casado o pareja estable | 3. Viudo | 4. Separado o divorciado | 5. Otros |
|------------|----------------------------|----------|--------------------------|----------|

8. NUCLEO DE RESIDENCIA:            R. Rural            U. Urbano

## 9. NIVEL EDUCACIONAL

- |               |                       |                            |                    |
|---------------|-----------------------|----------------------------|--------------------|
| 1. Analfabeto | 2. Sabe leer/escribir | 3. Educación especial      | 4. Primarios/EGB   |
| 5. FP         | 6. Bachiller/BUPE     | 7. Diplomado Universitario | 8. Licenciad.Univ. |

## 10. RECURSOS ECONÓMICOS:

- |            |                 |               |            |
|------------|-----------------|---------------|------------|
| 1. Ninguno | 2. Insuficiente | 3. Suficiente | 4. Elevado |
|------------|-----------------|---------------|------------|

11. NUMERO DE PERSONAS CON LAS QUE VIVE: \_\_\_\_\_

## 12. TIPO DE CONVIVENCIA:

- |                     |                   |               |                 |
|---------------------|-------------------|---------------|-----------------|
| 1. Solo             | 2. Con cónyuge    | 3. Con pareja | 4. Con padres   |
| 5. Sólo con padre   | 6. Sólo con madre | 7. Con hijos  | 8. Con hermanos |
| 9. Con otros famil. | A En Institución  | B. Otros      |                 |

## 13. SECTOR DE ACTIVIDAD:

- |  |                             |                          |
|--|-----------------------------|--------------------------|
| 1. Agricultura, Ganadería y Pesca        | 2. Servicios                | 3. Prof. Fuerzas Armadas |
| 4. Industrial, construcción y transporte | 5. Comerciales y vendedores | 6. Ama de casa           |
| 7. Sanidad                               | 8. Hostelería               | 9. Estudiante            |
| 10. Profesionales. y técnicos            |                             |                          |
| 11. Personal Serv. administrat.          | 12. Directivos y Gerentes   | 13. Otros                |

**14. SITUACION LABORAL:**

- |                           |                           |                             |
|---------------------------|---------------------------|-----------------------------|
| 1. Act. cuenta propia     | 2. Act. contrato temporal | 3. Act. contrato indefinido |
| 4. Act. trabajo temporada | 5. Paro subsidiario       | 6. Paro no subsidiario      |
| 7. I.L.T.                 | 8. I.L.P.                 | 9. Jubilado                 |
|                           |                           | 10. Sin relación laboral    |

**15. PROCEDENCIA:**

- |                        |                                |                       |
|------------------------|--------------------------------|-----------------------|
| 1. EAP/Médico cabecera | 2. Especialista(No Psiquiatra) | 3. Servicios Sociales |
| 4. Ventorrillo         | 5. Castrillón                  | 6. Elviña             |
| 7. Betanzos            | 8. Cambre                      |                       |
| 9. Carballo I          | 10. H.V.Xxunq.                 | 11. Abente y Lago     |
| 12. Neuropsiquiatría   |                                |                       |
| 13.No Area Coruña      | 14. I.S.M.                     | 15. Urg.J.Canalejo    |
| 16. U.P.I.E.           |                                |                       |
| 17.S.U.domiciliario    | 18. USM Infanto-Juvenil        | 19. Hospital de Día   |
| 20. Otros              | 21.UAD Coruña                  | 22. UAD Carballo      |
| 23.Vent/Oleiros        | 24.HDO Psq                     |                       |

**16. ANTECEDENTES PERSONALES PSIQUIÁTRICOS:**

- |                |            |                         |              |               |
|----------------|------------|-------------------------|--------------|---------------|
| 1. No          | 2. Varios  | 3. Neuróticos           | 4. Afectivos | 5. Psicóticos |
| 6. Alcohólicos | 7. Tóxicos | 8.Trast.de personalidad | 9. Otros     |               |

**17. ANTECEDENTES FAMILIARES PSIQUIATRICOS:**

- |                |            |                       |              |               |
|----------------|------------|-----------------------|--------------|---------------|
| 1. No          | 2. Varios  | 3. Neuróticos         | 4. Afectivos | 5. psicóticos |
| 6. Alcohólicos | 7. Tóxicos | 8. Trast.personalidad | 9. Otros     |               |

**18. ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS ASISTENCIALES:**

- |                |                 |                             |       |
|----------------|-----------------|-----------------------------|-------|
| 1. Ambulatorio | 2. Hospitalario | 3. Ambulatorio/Hospitalario | 4. No |
|----------------|-----------------|-----------------------------|-------|

**19. MOTIVO DE INGRESO:**

- |             |                  |                           |                      |
|-------------|------------------|---------------------------|----------------------|
| 1. Afectivo | 2. Ansioso       | 3. Delirante-alucinatorio | 4. Confus.-agitado   |
| 5. Tóxico   | 6. Funcionalidad | 7. Rol-relación           | 8.Riesgo tent. suic. |
|             |                  |                           | 9. Otros             |

**20. DIAGNOSTICO DEFINITIVO:**

- |                             |                            |                             |                        |
|-----------------------------|----------------------------|-----------------------------|------------------------|
| 1. T.esquizof.              | 2. T. paranoide            | 3. Otro T. Psicótico        | 4. T. afectivo         |
| 5. T.ansie                  | 6. T.somatoforme           | 7. T. disociativo           | 8. T. psicosexual      |
| 9. T. personalidad          |                            |                             |                        |
| A.T.ficticio                | B. T.impulsos              | C.T.adaptativo              | D. Dem.senil- presenil |
| E. T.M.org..sustan.         | F. Alcohol                 | G. Opiáceos                 | H.Otras drogas         |
| I. Diagnóstico diferido     | J. No patología            | K. R.mental                 |                        |
| L. T.déficit aten.          | M.Trast. conducta          | N. T. ansiedad              | O. T. cond.aliment.    |
| P. T. movim.estereotipados  | Q. Ot.trast.manif..físicas | R. Trast. pronfu.desarrollo |                        |
| S. T. específico desarrollo | T. Código V.               | U. otros                    |                        |

**21. DIAGNOSTICO CIE 10 DSMIV: .....****22. Modalidad de atención:**

- |                        |       |       |                             |       |       |
|------------------------|-------|-------|-----------------------------|-------|-------|
| 1. T. Farmacológico:   | 1. Si | 2. No | 5. Psicoterapia individual: | 1. Si | 2. No |
| 2. Psicoterapia grupo: | 1. Si | 2. No | 6. Terapia de familia:      | 1. Si | 2. No |
| 3. Socioterapia:       | 1. Si | 2. No | 7. Terapia ocupacional:     | 1. Si | 2. No |
| 8. Otros:              | 1. Si | 2. No |                             |       |       |

**23. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:**

- |                |                 |                  |
|----------------|-----------------|------------------|
| 1. Ansiolítico | 2. Neuroléptico | 3. Antidepresivo |
| 4. Hipnóticos  | 5. Asociaciones | 6. Otros         |

**24. VALORACION:**

- |                   |            |                |                  |
|-------------------|------------|----------------|------------------|
| 1. Remisión total | 2. Parcial | 3. Sin cambios | 4. Empeoramiento |
|-------------------|------------|----------------|------------------|

## 10.Anexos

### 25. DERIVACION:

- |                   |                    |                        |                     |               |
|-------------------|--------------------|------------------------|---------------------|---------------|
| 1. EAP/Médico AP. | 2. M.Esp.no PSQ    | 3. Servicios Sociales  | 4.Ventorrillo       |               |
| 5. Castrillón     | 6. Elviña          | 7. Betanzos            | 8. Cambre           | 9. Carballo I |
| 10. H.V.Xunq.     | 11.Abente y Lago   | 12. Neuropsiquiatría   | 13.No Area Coruña   |               |
| 14. I.S.M.        | 15.U.Reh.PSQ       | 16. USM Inf-Juvenil    | 17.U.Med./Larg est. |               |
| 18. H.domicilio   | 19.UAD Coruña      | 20. Tr.Intra-Hospital. | 21. H. Día          |               |
| 22.Otros          | 23. U.A.D.Carballo | 24.Vent./Oleiros       | <b>24.HDO Psq</b>   |               |

### 26. ALTA:

- |                           |               |           |          |
|---------------------------|---------------|-----------|----------|
| 1. Alta a petición Propia | 2. Derivación | 3. Exitus | 4. Otros |
|---------------------------|---------------|-----------|----------|

### 27: TIPO DE INGRESO:

- |               |                       |                        |                   |
|---------------|-----------------------|------------------------|-------------------|
| 1. Voluntario | 2. Aut.Judicial Prim. | 3. Aut.Judicial Secun. | 4. Orden Judicial |
|---------------|-----------------------|------------------------|-------------------|

### 28: PROGRAMA

- |                |           |          |
|----------------|-----------|----------|
| 1. Psiquiatría | 2. U.D.H. | 3. Otros |
|----------------|-----------|----------|

## **Anexo 6**

“PROTOCOLO XERAL SOBRE TRASLADOS E INGRESOS NON VOLUNTARIOS E URXENTES DE PERSOAS CON ENFERMIDADE OU TRASTORNO MENTAL EN GALICIA” ENTRE A CONSELLERÍA DE SANIDADE, A DELEGACIÓN DO GOBERNO EN GALICIA E A CONSELLERÍA DE XUSTIZA, INTERIOR E ADMINISTRACIÓN LOCAL”

### GUÍA DE ACTUACIÓN NO TRASLADO INVOLUNTARIO

#### **1. INTRODUCCIÓN**

É frecuente que o médico de urxencias sexa requirido para atender enfermos mentais que non colaboran na exploración e/ou non acceden a ser trasladados a un centro sanitario. É dicir, non prestan o seu consentimento á actuación médica.

Pero, ¿como se actuará nestes casos? trátase de proporcionarlle ao paciente a axuda médica que precisa respectando os dereitos civís. Debemos ter claro que o paciente ten un déficit grave da competencia para prestar o seu consentimento á asistencia sanitaria que require. Se coñecemos previamente a existencia dunha autorización xudicial para o ingreso do enfermo, a situación simplifícase notablemente.

## **2. CUESTIÓN XERAS ACERCA DOS INGRESOS INVOLUNTARIOS**

### **2.1. Quen pode ser internado “por razón de trastorno psíquico”**

Patoloxía psiquiátrica grave que implica risco para o paciente ou para terceiros na cal o facultativo considere que o paciente é incapaz para decidir.

### **2.2. Quen pode solicitar o internamento**

Cónxuxe ou quen se encontre nunha situación de feito asimilable (por analogía do art. 757). Ascendentes, descendentes, irmáns, etc. Calquera persoa pode poñer en coñecemento do Ministerio Fiscal feitos que poden ser determinantes de internamento.

### **2.3. Quen pode decidir o internamento**

O xuíz de Primeira Instancia.

34 Guía de actuación

### **2.4. Procedementos**

- Non urxente: a medida adóptaa o xuíz tras unha serie de trámites legais.
- Urxente: a medida adóptaa o médico que leva a cabo o ingresourxente. Débelle comunicar esta medida ao xuíz (prazo máximo de 24 horas). O tribunal, unha vez que teña coñecemento da noticia e nun máximo de 72 horas deberá ratificar o ingreso. Se denega a autorización para o ingreso, o paciente debe ser dado de alta hospitalaria inmediatamente.



### 2.5. Execución de internamento involuntario

O xuíz adoptará a súa decisión en forma de auto. No caso dunha orde xudicial o facultativo deberá proceder ao ingreso do paciente e non lle poderá dar a alta mentres non o autorice o xulgado.

No caso dunha autorización xudicial permíteselles aos facultativos decidir o ingreso do paciente aínda en contra da súa vontade. A pesar da existêncía dunha autorización xudicial os médicos poden non levar a cabo o ingreso se non o cren indicado. Nos ingresos por autorización xudicial o médico pode decidir o momento de cesamento do internamento, dando de alta o enfermo e comunicándollo inmediatamente ao xulgado competente. O 24 de febreiro do ano 2004 asinouse o “Protocolo xeral sobre traslados e ingresos non voluntarios e urxentes de persoas con enfermidade ou trastorno mental en Galicia” entre a Consellería de Sanidade, a Delegación do Goberno en Galicia e a Consellería de Xustiza, Interior e Administración Local”. Nel consensúase, entre as distintas administracións implicadas, o traslado involuntario urxente do paciente psiquiátrico.

### 3. GUÍA DE ACTUACIÓN

- Se coñecemos previamente a existencia dunha autorización xudicial para o ingreso do enfermo a situación simplifícase notablemente. Que probablemente non sexa competente para consentir o seu traslado e/ou ingreso é algo que de forma implícita se recolle na intervención xudicial. Ademais contarase e valorarase a presenza das forzas e corpos de seguridade.

- Se non ten autorización xudicial previa valorarase se o traslado é de carácter urxente.

- Se non o é, derivarase ao seu médico de cabeceira ou ao seu especialista de área.

## 10.Anexos

- Se o traslado é de carácter urxente, a primeira medida que hai que tomar é a contención psíquica (chamar o paciente polo seu nome e presentarnos, actuar sen présas, actitude firme e tranquilizadora, non falarlle en voz alta e agresiva, diminuír no posible o número de persoas presentes, intentar a comunicación verbal e escoitar o paciente con atención e axudalo a expresar os seus sentimentos, obviar as discusións baldías, etc).

- Se accede ao traslado, realizarase. En caso contrario intentarase sedación farmacolóxica voluntaria.

- Se colabora será trasladado ao hospital.

- Se non colabora procederase á contención física para o que solicitaremos o auxilio das forzas e corpos de seguridade (protocolizado por acordos institucionais). Unha vez suxeitado o paciente procederase a administrarlle tratamento farmacolóxico i.v. ou i.m.

Como alternativas propoñemos diferentes vías de administración e fármacos que dependerán de diversos factores como o grao de axitación, fármacos dispoñibles, manexo terapéutico, etc.

**Anexo 7**

## PROTOCOLO XERAL

ENTRE A CONSELLERÍA DE SANIDADE-SERVIZO GALEGO DE SAÚDE, A CONSELLERÍA DE PRESIDENCIA, ADMINISTRACIÓNS PÚBLICAS E XUSTIZA, O TRIBUNAL SUPERIOR DE XUSTIZA DE GALICIA E A DELEGACIÓN DO GOBERNO EN GALICIA EN MATERIA DE "TRASLADOS E INGRESOS NON VOLUNTARIOS E URXENTES DE PERSOAS CON ENFERMIDADE OU TRANSTORNO MENTAL"

Santiago de Compostela, a 17 de setembro de 2012

### REUNIDOS:

Dona Rocío Mosquera Álvarez, conselleira de Sanidade e presidenta do Servizo Galego de Saúde, actuando en nome e representación da consellería de Sanidade, no exercicio das competencias que ten atribuídas.

Don Alfonso Rueda Valenzuela, na súa condición de titular da consellería de Presidencia, Administracións Públicas e Xustiza, actuando en nome e representación da mesma.

Don Miguel Ángel Cadenas Sobreira, na súa condición de presidente do Tribunal Superior de Xustiza de Galicia, actuando en nome e representación do mesmo.

E don Samuel Jesús Juárez Casado, na súa condición de Delegado do Goberno en Galicia, actuando en nome e representación da Delegación do Goberno en Galicia.

### EXPOÑEN:

**Primeiro.-** O artigo 6.4 da Lei 30/1992, do 26 de novembro (modificada pola Lei 4/1999) sobre réxime xurídico das administracións públicas e do procedemento administrativo común, determina que se denominarán protocolos xerais, aqueles convenios que fixen o marco xeral e a metodoloxía para o desenvolvemento da colaboración nunha área de interrelación competencial ou nun asunto de mutuo interese.

**Segundo.-** O artigo 43 da Constitución Española reconece o dereito de todos os cidadáns á protección da saúde, encomendando aos poderes públicos a súa organización e tutela, a través de medidas preventivas e das prestacións e servizos necesarios, e encargándolles no seu artigo 49 a realización dunha política de previsión, tratamento, rehabilitación e integración, entre outros, dos diminuídos psíquicos, aos que se lles prestará a atención especializada que requiran, amparándoos para o goce dos dereitos que o título I outorga a todos os cidadáns.

A Lei 14/1986, do 25 de abril, xeral de sanidade, determina no seu artigo 20, (capítulo III do título I) a integración plena da saúde mental no sistema sanitario xeral, indicando que a atención aos problemas desta natureza realizarase no ámbito comunitario, potenciando os recursos asistenciais a nivel ambulatorio, os sistemas de hospitalización parcial e atención a domicilio, con redución ao máximo posible da necesidade de hospitalización. No mesmo artigo, recóllese que os servizos de saúde mental e atención psiquiátrica do

sistema sanitario xeral cubrirán, así mesmo, en coordinación cos servizos sociais, os aspectos de prevención primaria e a atención aos problemas psicosociais que acompañan á perda de saúde en xeral.

**Terceiro.-** O artigo 14.1 da Lei 8/2008, do 10 de xullo, de saúde de Galicia, establece que as persoas enfermas mentais, entre outras, en tanto que colectivo que debe ser obxecto de especial atención polas administracións sanitarias competentes, teñen dereito a actuacións e/ou programas sanitarios específicos e preferentes, que se executarán a través dos centros, servizos e establecementos do Sistema Público de Saúde de Galicia.

**Cuarto.-** Por outra banda, a Estratexia Sergas 2014 inclúe como unha das liñas estratéxicas – obxectivo 1, a atención a colectivos específicos que necesitan unha atención diferenciada (paciente ancián, nenos, muller e saúde mental), introducindo no sistema a sensibilidade ante as diferentes necesidades.

**Quinto.-** As partes inteviñentes son conscientes de que os trastornos e enfermidades mentais poden xerar problemas e esixir actuacións específicas e coordinadas que impliquen tanto á administración sanitaria coma a outras instancias da Administración e, por extensión, ao conxunto da sociedade.

Estes problemas e situacións poden comprometer significativamente a capacidade de decisión e discernimento da persoa, sendo precisa unha especial atención, resposta e coidado por parte das institucións implicadas, que deberán dispoñer dos mecanismos axeitados para que a atención ás persoas afectadas se desenvolva de xeito rápido e eficaz, optimizando os dispositivos e medios dispoñibles.

Ademais, estas medidas e dispositivos deben desenvolverse con máximo respecto para os dereitos fundamentais e tamén da súa atención e coidado no caso de enfermidade mental. Así, o artigo 14.2 da Lei 8/2008, do 10 de xullo, de saúde de Galicia establece que os enfermos mentais, ademais dos dereitos recoñecidos a todos os pacientes, nos ingresos forzosos ten dereito a que se reexamine periodicamente a necesidade do internamento, nos termos establecidos no artigo 763 da Lei de axuízamento civil.

**Sexto.-** Por todo o anterior, as institucións representadas e os órganos asinantes, obrando dentro do ámbito das súas respectivas competencias e funcións, e mediante o presente protocolo, manifestan a súa vontade de actuar coordinadamente na asistencia e protección das persoas que padezan un trastorno ou enfermidade mental, naquelas situacións en que sexa necesaria unha inmediata e urxente asistencia, de carácter involuntario – pola non concorrencia dun acto volitivo e consciente do enfermo, ou pola negativa deste a seren atendido- que garanta os seus dereitos así coma a súa seguridade e a de terceiras persoas que puidesen resultar afectadas, e ao mesmo tempo procure a efectividade e a calidade da asistencia proporcionada.

As partes maniféstanse conscientes da complexidade das actuacións a realizar, da delicadeza de la intervención en si mesma, da limitación do tempo para realizala, e da variedade de medios que ha de intervir nestes operativos, polo que se ten intentado poñer os medios para unha mellor coordinación institucional, de xeito tal que os recursos empregados consigan ou teñan como obxectivo primordial o benestar, a seguridade e atención da persoa que padece o trastorno ou a enfermidade mental, e da súa familia.

Por último, do mesmo xeito que noutros instrumentos desta índole, trátase de plasmar en normas útiles de conduta a experiencia acumulada, de normaliza-los procedementos e cauces existentes, posibilitando que cada unha das partes implicadas coñeza e poida

coordinarse coas outras, asegurando así un plantexamento global e completo que solucione as dificultades coñecidas e as que poidan xurdir.

Para a realización de todo o indicado, as institucións inteñentes sométense ao cumprimento das seguintes

#### CLÁUSULAS:

##### Primeira.- Ámbito:

Os criterios de actuación contidos neste protocolo xeral e o procedemento de actuación descrito no anexo do mesmo, aplicaranse aos traslados e internamentos non voluntarios urxentes de persoas con trastorno ou enfermidade mental que se produzan na Comunidade Autónoma de Galicia.

En calquera caso, a utilización dos mecanismos previstos neste protocolo xeral, non exclúe nin substitúe a ratificación xudicial aludida no artigo 14.2 b) da Lei 8/2008, do 10 de xullo, de saúde de Galicia, en relación co disposto no artigo 763 da Lei de axuízamento civil.

##### Segunda.- Obxecto:

Considerase "traslado e ingreso non voluntario urxente" aquel que, segundo criterio médico, resulte necesario realizar de inmediato para a atención dun paciente afectado por un trastorno ou enfermidade mental que altere a súa capacidade de discernimento, non se atope en condicións de outorgar o seu consentimento e/ou lle produza un efecto incapacitante.

##### Terceira.- Posta en marcha do dispositivo:

Actualmente, e dentro das súas posibilidades, o 061 centraliza as solicitudes de asistencia sanitaria urxente por patoloxía psiquiátrica realizada por calquera cidadán que se atope na Comunidade Autónoma. Os solicitantes poden ser os propios pacientes, familiares, sanitarios, forzas e corpos de seguridade e mesmo calquera cidadán que sospeite a presenza de dita patoloxía nun terceiro.

Ante estas demandas, poderán instar o traslado e ingreso non voluntario urxente previsto na cláusula anterior:

- a).- Os facultativos de Atención Primaria
- b).- O facultativo que asista ao paciente como responsable do seu tratamento e atención sanitaria.
- c).- Un facultativo de Urgencias Sanitarias de Galicia-061.

##### Cuarta.- Procedemento:

Cando a xuízo dos profesionais indicados anteriormente e segundo criterios médicos, unha persoa afectada por un trastorno ou enfermidade mental se atope nunha situación na que exista perigo ou grave risco para a súa saúde ou integridade física, ou para a de terceiras persoas, dito profesional instará o traslado e ingreso non voluntario urxente do afectado, de conformidade co seguinte procedemento:

no ámbito das súas competencias, procederán á entrada se aprecian a existencia de perigo inminente para a integridade do paciente, para a de terceiras persoas, ou para os bens.

3.- Cando se produza o traslado do paciente, se así o estima oportuno o facultativo que o insta, os corpos e forzas de seguridade do estado asistirán e apoiarán ao equipo sanitario no traxecto ata o centro hospitalario de referencia para garantir que se produce nas condicións de seguridade necesarias tanto para o paciente como para o equipo.

As forzas ou axentes actuantes daranlle conta á autoridade xudicial competente da intervención realizada.

**Sexta.- Financiamento:**

A formalización do presente protocolo non suporá desembolso económico específico para ningún dos asinantes. Cada parte asumirá o custo dos servizos que sexan da súa respectiva competencia e dos recursos necesarios para a aplicación dos mecanismos previstos neste documento.

**Sétima.- Comisión de Seguimento:**

Para verifica-lo axeitado funcionamento dos mecanismos establecidos, proceder ós axustes e correccións necesarias, e supervisar o desenvolvemento e interpretación do disposto no presente protocolo, constituirase unha Comisión de Seguimento integrada por:

- Un representante da consellería de Sanidade.
- Un representante da Fundación Urxencias Sanitarias de Galicia 061.
- Un representante do Tribunal Superior de Xustiza de Galicia.
- Un representante da consellería de Presidencia, Administracións Públicas e Xustiza.
- Un representante da Delegación do Goberno de Galicia.

**Oitava.- Vixencia:**

O presente protocolo entrará en vigor na data da súa sinatura cunha duración inicial dun ano, prorrogándose por periodos anuais se non media denuncia expresa por calquera das partes.

**Novena.- Causas de resolución:**

Serán causas de resolución do presente protocolo:

- a).- O incumprimento total ou parcial dalgunha das súas cláusulas
- b).- A denuncia de calquera das partes, manifestada antes da expiración do prazo convindo ou das súas prórrogas.
- c).- A falla inxustificada de colaboración para o desenvolvemento dos dispositivos descritos no presente convenio.

## 10.Anexos

O presente protocolo deixa sen efecto o "Protocolo xeral entre a consellería de Sanidade, a Delegación do Goberno en Galicia e a consellería de Xustiza, Interior e Administración Local en materia de traslados e ingresos non voluntarios e urxentes de persoas con enfermidade ou trastorno mental", asinado en data 24 de febreiro de 2004.

E amosando as partes interviñentes a súa conformidade, asinan o presente protocolo e os seus anexos, en cuadruplicado exemplar, no lugar e data indicados no encabezamento.

Pola Consellería de Sanidade -  
Servizo Galego de Saúde,



Rocio Mosquera Álvarez

Pola consellería de Presidencia,  
Administracións Públicas e Xustiza,



Alfonso Rueda Valenzuela

Polo Tribunal Superior de Xustiza de  
Galicia,



Miguel Ángel Cadenas Sobreira

Pola Delegación do Goberno en Galicia,

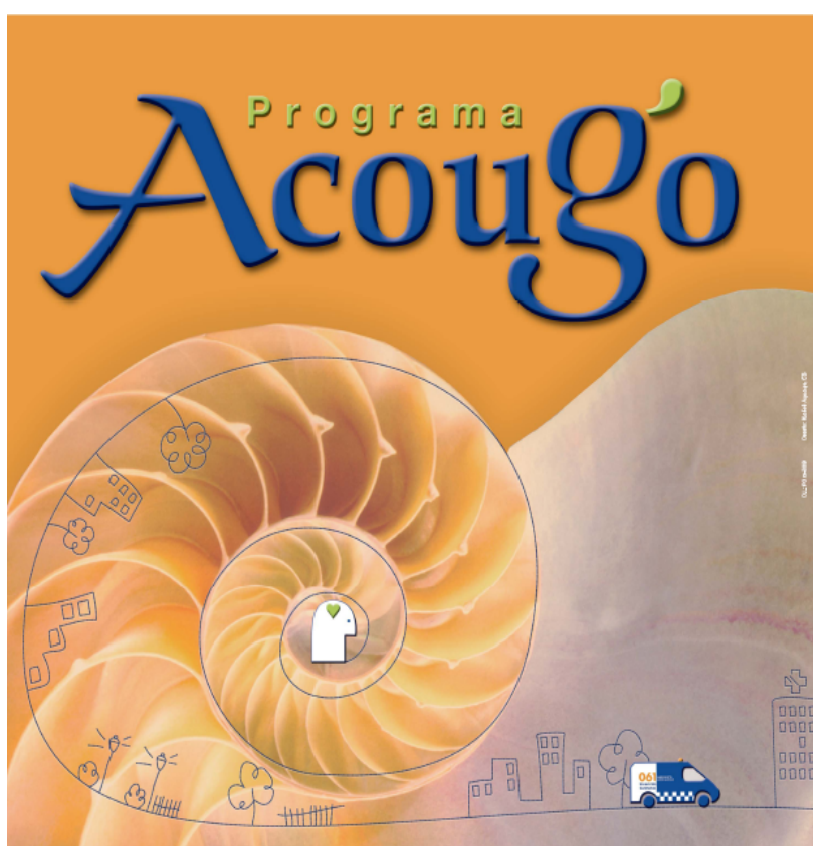


Samuel Juárez Casado



## Programa Acougo. Descripción

28/03/2012



Definición:

Programa diseñado por el 061 en colaboración con las Unidades de Psiquiatría, que tiene como instrumento básico el “Protocolo general para traslados e ingresos no voluntarios y urgentes de personas con enfermedad o trastorno mental” suscrito entre

## 10.Anexos

la Consellería de Sanidade, la Delegación del Gobierno en Galicia y la Consellería de Xusticia e Interior. Está encaminado a mejorar la rapidez de respuesta de los distintos intervinientes en la resolución de este tipo de crisis, asegurando la atención las 24 horas del día.

Los objetivos de este programa son:

- Acceso inmediato de las personas afectadas con los recursos asistenciales a través de la vía telefónica.
- Desarrollar un protocolo específico de intervención dirigido a los pacientes.
- Asegurar el traslado de pacientes en condiciones de seguridad, rapidez, y dignidad.
- Asegurar la conexión interniveles: Atención Primaria, Atención Especializada ambulatoria y hospitalaria conectando con los servicios de urgencia.
- Establecer un programa de adiestramiento y formación continuada específico para operadores y equipos de intervención del 061.
- Desarrollo de un programa informático de registro.
- Informar, asesorar y orientar a los pacientes, familiares, ciudadanos. Establecer un Programa de intervención con pacientes conocidos y atendidos por los servicios asistenciales que se encuentran en situación de riesgo o crisis. Establecer un programa de mejora continua.

Funcionamiento:

Este programa implementa la coordinación de recursos entre los distintos niveles asistenciales y de ser precisas otras instituciones, como Protección Civil, Autoridades Civiles, Administración de Justicia para asegurar la intervención inmediata, efectiva, segura y de calidad en el lugar de la crisis cuando un ciudadano alerta de una situación en la que se sospeche descompensación de una patología psiquiátrica crónica o el debut de un cuadro agudo.

Modificado: 13/12/2012



© Xunta de Galicia. Información mantida na internet por la Consellería de Sanidade - Servizo Galego de Saúde-+\*9