



Trabajo Fin de Grado

Ingresos involuntarios en psiquiatría: perfil clínico/epidemiológico y propuestas de mejora

*Compulsory admission in psychiatry:
clinical/epidemiological profile and suggestions for
improvement*

Autora

Beatrix Martínez Peralta

Tutor
Ricardo Campos Ródenas

Facultad de Medicina
Año 2018

ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
INTRODUCCIÓN	4
CONCEPTOS	4
CRITERIOS DE INGRESO	5
ASPECTOS PROBLEMÁTICOS	6
JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	7
METODOLOGÍA	7
TIPO DE ESTUDIO	7
MATERIAL Y METODOS	7
OBJETIVOS	9
RESULTADOS	9
DATOS DEMOGRÁFICOS	10
SITUACIÓN LABORAL/EDUCACIONAL	13
CARACTERÍSTICAS DEL INGRESO	15
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS	18
CONSUMO DE SUSTANCIAS	20
DISCUSIÓN	21
LIMITACIONES DEL ESTUDIO	21
COMPARACION DE RESULTADOS	22
PROPUESTAS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN MEDICA DE LOS PACIENTES	31
CONCLUSIONES	35
BIBLIOGRAFÍA	36

RESUMEN

Introducción: el ingreso involuntario es un proceso que engloba los casos en los que, siendo necesaria una intervención médica, el paciente no tiene capacidad para otorgar un consentimiento válido para autorizar su ingreso y, por tanto, se lleva a cabo sin el consentimiento del paciente. Está basado en criterios terapéuticos y está justificado cuando la desestabilización de la psicopatología del enfermo condiciona una situación de peligro evidente para el paciente o para los demás.

Objetivos: Estudio y descripción del perfil clínico-epidemiológico de los pacientes con ingreso involuntario durante el año 2017 en la Unidad de Hospitalización de Adultos del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Revisión de estudios previos relacionados.

Material y métodos: En este trabajo se realizó un estudio descriptivo retrospectivo. Se revisaron todos los ingresos que se produjeron en el año 2017 en la Unidad de Hospitalización de Adultos del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza), seleccionando los pacientes cuyo ingreso revistió características de involuntariedad. Tras obtener la muestra se realizó la base de datos con la información obtenida. Se realizó una búsqueda bibliográfica centrada en PubMed de la que se extrajeron 16 artículos para relacionar con nuestros resultados.

Resultados: La prevalencia de los ingresos involuntarios fue del 40,8%. Existe un número más elevado de ingresos involuntarios en hombres (57,4%) que en mujeres (42,6%). La media de edad de los pacientes fue de 45 años. La mayoría de los pacientes estaban solteros (56,8%); una minoría importante (19,8%) eran extranjeros. Un 54,93% de los pacientes vivía acompañado por familiares u otras personas. El desempleo fue la situación laboral más frecuente (33%). El motivo de ingreso más frecuente fueron las “Alteraciones de la conducta” (28,39%); como diagnóstico más frecuente estaba el grupo de “Episodio psicótico agudo” (19,75%), seguido muy de cerca del grupo “Esquizofrenia” (19,13%). La duración media del ingreso para estos pacientes fue de 20 días, significativamente mayor que la estancia media hospitalaria (13 días). La mayoría de los pacientes eran ya conocidos por ingresos previos en unidades psiquiátricas (64,19%). A pesar de que la mayoría de los pacientes acudían a sus consultas de seguimiento con psiquiatría (55,07%) se observó que el porcentaje de pacientes que presentaban una inadecuada adherencia al tratamiento farmacológico ascendía al 65,94%.

Conclusiones: El número total de ingresos involuntarios ha aumentado en varios países europeos, lo que implica que los pacientes con enfermedades mentales graves progresan con más frecuencia a etapas en las que se justifica un tratamiento coercitivo agudo. Está claro que esta es una tendencia indeseable que necesita de estudios que nos permitan conocer los factores que rodean a estos pacientes para poder actuar de un modo más temprano. Las diferencias entre países en las tasas de ingresos involuntarios parecen mostrar que las diferencias no solo radican en la clínica o gravedad de los síntomas sino también en aspectos sociales o legales.

Palabras clave: hospitalización psiquiátrica involuntaria, ingresos involuntarios, factores de riesgo y demográficos.

ABSTRACT

Introduction: involuntary admission applies to patients who don't have the capacity to authorize their admission, despite medical intervention is necessary, and it is finally carried out without the consent of the patient. It is based on therapeutic criteria and it is required when psychopathologic destabilization of the patient supposes a risk of harming himself or another person.

Objectives: Study and describe clinical and epidemiological aspects of patients who were involuntary admitted to our unit (Unit of Adult's Hospitalization of the Clinical University Hospital Lozano Blesa) during the year of 2017. Review of related previous studies.

Methods: A retrospective descriptive study was carried out. We include all the patients who required compulsory admission during 2017 in the Unit of Adults' Hospitalization of the Clinical University Hospital Lozano Blesa (Zaragoza) and their clinical history was reviewed to obtain the database. Statistical analyse was carried out to describe our results. We selected 16 related articles to compare our result (PubMed search).

Results: Prevalence of compulsory admission in our centre is 40,8%. Higher number of involuntary income is seen in men (57,4%) than in women (42,6%). Mean age of the patients was 45 years. Most of them were single (56,8%); 19,8% of the cases were foreigners; 54,93% of the patients lives with relatives or other persons. The unemployment is the most frequent labor situation (33%). "Behaviour disorders" was the most frequent cause of admission (28,39%); the most frequent diagnosis is "Psychotic Episode" (19,75%), followed very closely by the group "Schizophrenia" (19,13%). Mean hospitalization time was 20 days. Most of the patients were already known by previous income in psychiatric units (64,19%). Despite follow-up of most of patients by their psychiatrist (55,07%), an inadequate adherence to the pharmacological treatment was observed in 65,94% of the cases.

Conclusions: Involuntary admissions are increasing in several European countries, what means that severe mental illnesses evolve frequently to stages in which compulsive acute treatment is needed. This undesirable trend makes necessary the knowledge of the factors that surround these patients, to permit an earlier intervention. Differences among countries in rates of involuntary income seem to show that differences are present not only in clinical characteristics but also in social or legal aspects.

Keywords: involuntary psychiatric admission, compulsory admissions, risk factors and demographic.

• INTRODUCCIÓN

1. CONCEPTOS (1)

En primer lugar, diferenciaremos brevemente el ingreso “voluntario o consentido” del ingreso “involuntario, no consentido o compulsivo”.

El primero de ellos es el internamiento no judicial, que se establece por contrato directo entre el paciente y la institución médica. Tiene lugar con el libre consentimiento del paciente, mentalmente competente, que pide que se le admita en un hospital psiquiátrico o bien acepta y da su consentimiento a una propuesta de internamiento que le hace un psiquiatra.

El médico debe tener claro que el sujeto, a pesar de su enfermedad mental, está capacitado cognoscitiva y volitivamente para asumir la decisión del internamiento, puesto que si no es así o existe engaño, presión familiar, etc., tal consentimiento no es válido y el médico puede incurrir en el delito contra la libertad, recogido en el art. 163 del Código Penal: *“El particular que encerrare o detuviere a otro, privándole de su libertad será castigado con la pena de prisión de cuatro a seis años”*, puesto que es una privación de libertad.

Por otra parte, el internamiento involuntario englobaría los casos en los que el paciente no tiene capacidad para otorgar un consentimiento válido y, por tanto, se lleva a cabo por otras personas distintas al enfermo mental. Está basado en criterios terapéuticos y está justificado cuando la desestabilización condiciona una situación de peligrosidad evidente para el paciente o para los demás. Esta modalidad se divide a su vez en urgente y ordinario.

✓ Internamiento civil urgente (1,2)

Es el facultativo quien decide, en primera instancia, proceder al ingreso, con la obligación de comunicarlo al juez competente en el plazo de 24 horas, quien deberá ratificar o dejar sin efecto la decisión en las 72 horas siguientes. Si esto no fuese así, vencido el plazo, el paciente ha de ser puesto en libertad, lo cual no obsta para que el Juez autorice posteriormente el internamiento. Son los más frecuentes.

✓ Internamiento civil ordinario. (1)

Es la autoridad judicial quien autoriza el ingreso con carácter previo a éste, sin perjuicio de que posteriormente esta decisión venga confirmada por el criterio de un facultativo especialista mediante indicaciones terapéuticas reflejadas en informes médicos.

2. CRITERIOS DE INGRESO (1,2,3,4)

Tradicionalmente se han utilizado los siguientes criterios para ingresar a una persona involuntariamente:

- a) Indicación médica: síntomas psiquiátricos o que exista un diagnóstico psiquiátrico de trastorno mental grave descompensado que requiere tratamiento inmediato hospitalario. Recálquese la importancia de que el trastorno debe ser grave y estar descompensado.
- b) Carencia de autonomía: capacidad de juicio afectada. Su estado le hace imposible el ejercicio del derecho a estar informado, así como aceptar o rechazar las medidas que se le ponen, es decir, alteración de la capacidad para consentir el ingreso.
- c) Riesgo para el propio paciente o para terceros: como serían riesgo de autoagresividad, de heteroagresividad y pérdida o grave disminución de la autonomía personal.
Sin embargo, apelar a la existencia de un riesgo para terceros para justificar el internamiento, puede suponer una discriminación, ya que en el caso de una persona con conductas violentas o agresivas –no delictuales- pero que no padece trastorno psíquico no se aplica una medida privativa de libertad.
Es necesario pues un “plus” para justificar el ingreso de pacientes con trastornos psíquicos que constituyen un riesgo para terceros. Ese “plus” es el beneficio del afectado.
- d) La ausencia de este tratamiento conllevaría el riesgo de ser gravemente perjudicial para su salud: pronóstico inmediato para el paciente negativo si no se efectúa un tratamiento hospitalario.
- e) Imposibilidad de tratamiento ambulatorio, por abandono social, condiciones asistenciales, con peligro para la vida del paciente.

En definitiva, no existen unos criterios claramente fijados para proceder al internamiento involuntario de una persona, dependiendo no sólo del cuadro psicopatológico de cada paciente, sino también de la situación socio-familiar y del contexto en el que se produzca el trastorno, lo que exige la evaluación de todo este conjunto de factores en cada caso. En cuanto a la clínica, en España, como en la mayoría de los países, los criterios clínicos para el internamiento son bastante amplios: delirios o alteraciones sensoperceptivas, alteraciones de la conducta por incumplimiento terapéutico, ideación o intentos suicidas, incapacidad para cuidar de sí mismos por ausencia de conciencia de enfermedad, heteroagresividad en pacientes con psicopatología de base, anorexia nerviosa, etc.

3. ASPECTOS PROBLEMÁTICOS

La libertad es un derecho fundamental que está recogido en el artículo 17 de la Constitución Española y en la Declaración Universal de Derechos Humanos. Dentro de la libertad de las personas está el derecho a decidir sobre si se someterán o no a un tratamiento médico, consagrado a través del principio del consentimiento informado. El Convenio de Oviedo sobre Derechos Humanos y Biomedicina y la Ley de Autonomía del paciente de 2002 consagran este derecho, pero en el campo de la psiquiatría, nos podemos encontrar con personas que, a consecuencia de su enfermedad, tienen disminuida su capacidad de decisión de forma temporal o permanente. Estas personas ¿pueden ser obligadas a seguir un tratamiento? y si es así, ¿qué condiciones tendría que cumplir este tratamiento involuntario para que fuera lo menos restrictivo y lo más beneficioso posible para el paciente? (5).

El número total de hospitalizaciones involuntarias ha aumentado en varios países europeos, en particular en Alemania, Francia, Inglaterra, Austria, Suecia y Finlandia, a lo largo de los años (6).

Estos desarrollos implican que los pacientes con enfermedades mentales graves progresan con más frecuencia a etapas en las que se justifica un tratamiento coercitivo agudo. Está claro que esta es una tendencia indeseable, que no solo lleva a una experiencia muy negativa para el paciente y una reducción de su autonomía, sino que también tiene un efecto negativo en el pronóstico de estos trastornos. Al intervenir en una etapa posterior de la descompensación, los episodios psicóticos tardan más en remitir, y la restauración del funcionamiento de la persona es menos óptima en comparación con la intervención temprana (6).

En la actualidad, el ingreso y el tratamiento involuntarios se han aceptado de un modo generalizado como una medida necesaria para tratar y proteger a los sujetos con trastornos mentales (3). Sin embargo, las detenciones psiquiátricas involuntarias siempre han sido un tema controvertido, no solo entre el medio médico, que pone énfasis en la necesidad de tratar a personas enfermas, sino también entre abogados, que están preocupados con el aspecto legislativo de tales acciones y las posibles demandas futuras de personas sometidas a tratamiento forzado. También por consideraciones éticas, ya que vulneran la autonomía, la libertad de voluntad y el derecho del individuo a decidir por sí mismo (7). En ocasiones es difícil encontrar un equilibrio que respete los derechos de los pacientes y la necesidad de cuidarlos (3).

Desde el punto de vista psiquiátrico, el primer problema que llama la atención es la respuesta a la pregunta de si una persona con trastorno mental es capaz de dar su

consentimiento, y si es así, valorar si el consentimiento es una declaración relevante de voluntad (7).

4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Las hospitalizaciones involuntarias suponen un porcentaje importante de los ingresos que ocurren en los servicios de psiquiatría y varios trabajos afirman que año tras año el número de ellos va aumentando. Son una realidad en la práctica clínica diaria con la que todos los profesionales de la salud tendremos que lidiar y es poco lo que conocemos sobre el tema. Por ello, el objetivo principal del presente trabajo es describir las características tanto clínicas como epidemiológicas de las personas que sufren un ingreso involuntario. Del mismo modo, se pretende analizar la problemática social/legal que suponen y comentar propuestas de planes de mejora para poder o bien reducir la incidencia de este tipo de ingresos o bien reducir el abanico de incertidumbre que los rodean.

• METODOLOGÍA

✓ Tipo de estudio:

Se trata de un estudio descriptivo de carácter retrospectivo. En él se han revisado todos los ingresos que se produjeron en el año 2017 en la Unidad de Hospitalización de Adultos del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza), seleccionando los pacientes cuyo ingreso revistió características de involuntariedad. Fueron seleccionados tanto los pacientes cuyo ingreso fue involuntario desde el principio como aquellos en lo que fue necesario tramitarlo durante el ingreso.

✓ Material y métodos

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica centrada en PubMed. Los principales criterios de búsqueda han sido “involuntary admissions” y “compulsory admission”, completado con “demographic” y “risk factors”. Así, utilizando la secuencia “((compulsory admission) OR involuntary admission) AND demographic” aparecen un total de 259 artículos, reduciéndose a 56 si restringimos a los últimos 5 años. Utilizando la combinación “((compulsory admission) OR involuntary admission) AND risk factors” se encontraron un total de 150 artículos relacionados, limitándose a 47, filtrando por los últimos 5 años. Además, se revisaron algunos artículos que servían de referencia para otros y algunos que eran ya conocidos y fueron indicados por mi tutor. De este modo se revisaron los artículos utilizando finalmente 16 para la realización de este trabajo.

Para seleccionar los pacientes que formaban la muestra y la posterior realización de la base de datos, se revisaron todos los informes de alta de aquellos pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización de Adultos en el año 2017.

Criterio de inclusión:

- Pacientes ingresados involuntariamente en la Unidad de Hospitalización de Adultos del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza)

Criterio de exclusión:

- Pacientes ingresados voluntariamente en la Unidad de Hospitalización de Adultos del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza)

Una vez obtenida la muestra, se recogió información de los informes de alta de los pacientes seleccionados sobre las siguientes variables a estudio:

1. Datos demográficos:

- Sexo.
- Edad.
- Estado civil.
- Nacionalidad.
- Apoyo familiar.

2. Situación laboral/Educacional:

- Situación laboral.
- Nivel de estudios.
- Incapacidad legal.

3. Características del ingreso:

- Motivo de ingreso.
- Diagnóstico final.
- Duración.
- Necesidad de contención.
- Estacionalidad.

4. Antecedentes psiquiátricos:

- Paciente conocido en red de salud mental.
- Asistencia ambulatoria.
- Adherencia al tratamiento.

5. Consumo de sustancias:

- Consumo actual de sustancias.
- Antecedentes de consumo.

✓ Objetivos

Los objetivos del estudio son:

- Definir las características clínico-epidemiológicas de los pacientes ingresados involuntariamente en la Unidad de Hospitalización de Adultos del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza) durante el año 2017.
- Comparar los resultados obtenidos con estudios previos de similares características.
- Comentar las propuestas de planes de mejoras para reducir los ingresos involuntarios.

• **RESULTADOS**

Se seleccionaron 162 pacientes que fueron ingresados en la Unidad de Hospitalización de Adultos durante el año 2017 cuyo ingreso fue involuntario, siendo esta la característica de inclusión.

Dado que durante ese año el número total de ingresos en la planta de Hospitalización de Psiquiatría supuso un total de 397 ingresos, el porcentaje de ingresos involuntarios supone un 40,8% de todos los ingresos que se produjeron a lo largo del año 2017.

En relación a las memorias de ingresos de años anteriores en esta planta vemos que:

- En 2014 el número total de ingresos fue de 393 y el número de ingresos involuntarios fue de 172, lo que nos deja una tasa del 43,7%.
- En 2015 el número total de ingresos fue de 431 y el número de ingresos involuntarios fue de 161, suponiendo una tasa de 37,3%.
- En 2016, el número total de ingresos fue de 416 y el número de ingresos involuntarios fue de 181, suponiendo un porcentaje de 43,5%.

A continuación, se exponen los resultados obtenidos según las distintas variables.

✓ DATOS DEMOGRAFICOS

En cuanto a la distribución por sexos existe un número más elevado de ingresos involuntarios en hombres (57,4%) con respecto al número de mujeres (42,6%).

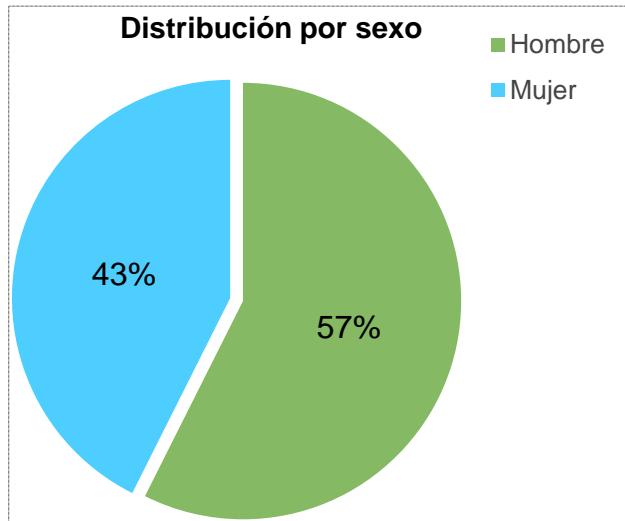


Figura 1. Distribución por sexo.

En relación a la edad encontramos que la edad media de los pacientes es de 44,69 años (≈45 años).

La media de edad en mujeres es de 46,99 años (≈47 años); la media de edad de hombres es de 43 años.

Para facilitar el análisis de esta variable los pacientes se han clasificado en tres rangos de edad; de 18 a 30 años, de 31 a 50 y mayores de 50 años.

Encontramos que en el primer rango tenemos un total de 41 pacientes lo que supone un 25,3% del total; en cuanto a la distribución por sexos en este rango de edad observamos que de los 41 pacientes 28 son hombres, lo que supone un 68,29% del total dentro de este rango, y 13 mujeres, suponiendo solamente el 31,7%.

En el segundo grupo tenemos un total de 63 pacientes, lo que supone un 38,9% del total; en cuanto a la distribución por sexos dentro de este rango de edad observamos que de los 63 pacientes 35 son hombres, lo que supone un 55,5% del total dentro de este rango, y 28 mujeres, suponiendo un 44,5%.

Y, por último, dentro del tercer grupo aparecen un total de 58 pacientes, lo que supone un 35,8% del total; en cuanto a la distribución por sexos dentro de este rango de edad observamos que de los 58 pacientes 30 son hombres (51,7%) y 28 son mujeres (48,3%).

La clasificación conjunta por edad y sexo puede observarse en el siguiente gráfico:

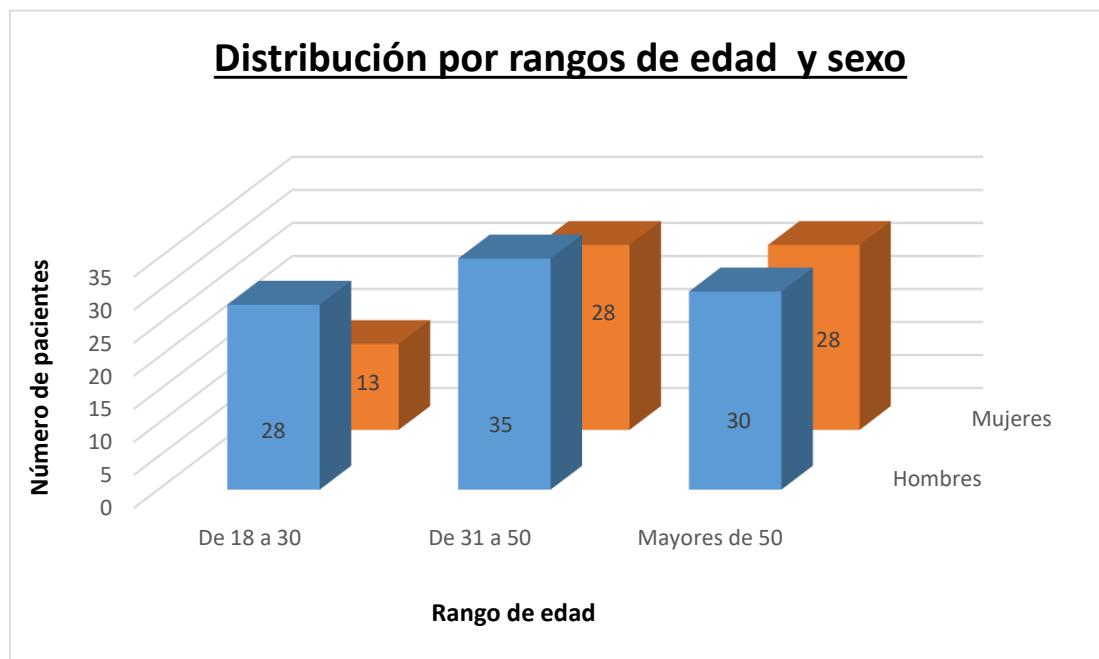


Figura 2. Distribución por rangos de edad y sexo.

En cuanto al estado civil se observa que la mayoría de pacientes se encuentran solteros con un total de 92 pacientes (56,8%), siendo la mayoría hombres (71,4%). En orden descendiente de frecuencia aparece en segundo lugar el grupo de casados que supone el 20,98% del total (n=34) con un porcentaje mayor de mujeres (61,76%). Después está el grupo de divorciados con un total de 24 personas (14,81%), siendo la mayoría también mujeres 58,33%. El último grupo es el de viudedad, siendo el 100% mujeres, suponiendo un 2,5% del total.

En ocho informes de alta no constaba el estado civil del sujeto por lo que se desconoce en un 4,93% del total.

Estado civil	Hombres	Mujeres	Total
Soltero	71,4%	28,3%	56,8%
Casado	38,23%	61,76%	20,98%
Divorciado	41,66%	58,33%	14,81%
Viudo	0%	100%	2,5%
No consta	50%	50%	4,93%

Tabla 1. Estado civil según sexo.

Respecto a la nacionalidad de los pacientes vemos que la mayoría de ellos son de nacionalidad española (n=130), suponiendo un 80,2% del total. El resto de pacientes se han agrupado según el continente, dado que todos ellos procedían de países distintos. Para exponerlo de un modo más visual se presentan en la siguiente tabla.

Nacionalidad	Total
Española	80,2%
Países europeos	7,4%
Países africanos	5%
Países sudamericanos	3,7%
Países asiáticos	2,5%
No consta	1,2%

Tabla 2. Nacionalidad.

Dada la dificultad de valorar la calidad del apoyo familiar que reciben los pacientes, hemos considerado apoyo familiar a si la persona vive en el domicilio sola o acompañada por otras personas. Se observa que un 54,93% de los pacientes vive acompañada por familiares u otras personas. Por el contrario, vemos que un 33,33% de ellos viven solos en sus domicilios. Del porcentaje restante un 8,02% están institucionalizados en residencias y un 1,23% en unidades de media/larga estancia. En un 2,46% no consta (n=4).

✓ SITUACION LABORAL/EDUCACIONAL

La mayoría de los pacientes ingresados se encuentran en situación de desempleo, suponiendo aproximadamente un 33% del total. Le sigue en orden de frecuencia el grupo de los jubilados, con un porcentaje del 17%. El grupo de las personas activas laboralmente supone un 12%, seguido por el de incapacidad laboral, que suma un 10%. El resto de grupos suponen un porcentaje pequeño de la muestra y pueden observarse en el siguiente gráfico.

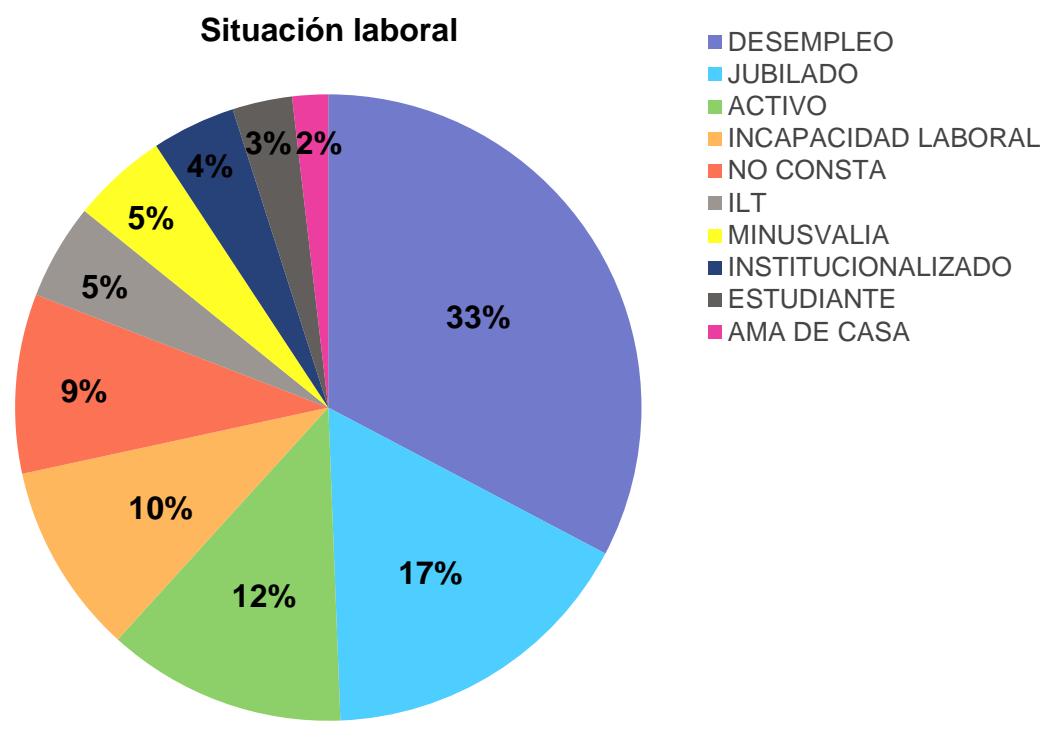


Figura 3. Situación laboral.

En relación al nivel de estudios en muchos de los informes de alta no consta el nivel de estudios del paciente (45,06%). Los siguientes grupos se exponen según los estudios que cada paciente realizó en relación con los estudios vigentes según su edad. De este modo encontramos que un 12% realizó estudios básicos, un 13% completó la ESO y un 0,6% cursó EGB. Estudios superiores supone un porcentaje del 10%, bachiller supone un 3,7% y FP un 7%. Un 9% solamente realizó educación primaria.

Nivel de estudios	Total
No consta	73
Básicos	20
ESO	21
Estudios superiores	16
Primaria	14
FP	11
Bachiller	6
EGB	1

Tabla 3. Nivel de estudios.

Respecto a la incapacidad legal la mayoría de los pacientes no presentan incapacidad (82,71%), lo que supone que en un 17,29% estaba presente.

✓ CARACTERÍSTICAS DEL INGRESO

En cuanto a los motivos de ingreso el mayor porcentaje entran dentro del grupo “Alteraciones de la conducta”, que supone un 28,39%. Le sigue en frecuencia “Descompensación psicopatológica” con un 22,22%. En tercer lugar “Alteración psicomotriz y/o heteroagresividad”, que supone el 15,43%. Por “Clínica psicótica” se ingresaron a un 9,87%, por “Alteraciones afectivas” a un 4,9%, por “Intento/ideación autolítica” un 4,32% y por “Alteración psiquiátrica sin especificar” un 2,46%. Por la gran variedad de motivos de ingreso, los que suponen un porcentaje mínimo se han agrupado en “Otros” y suponen un 12,34%.

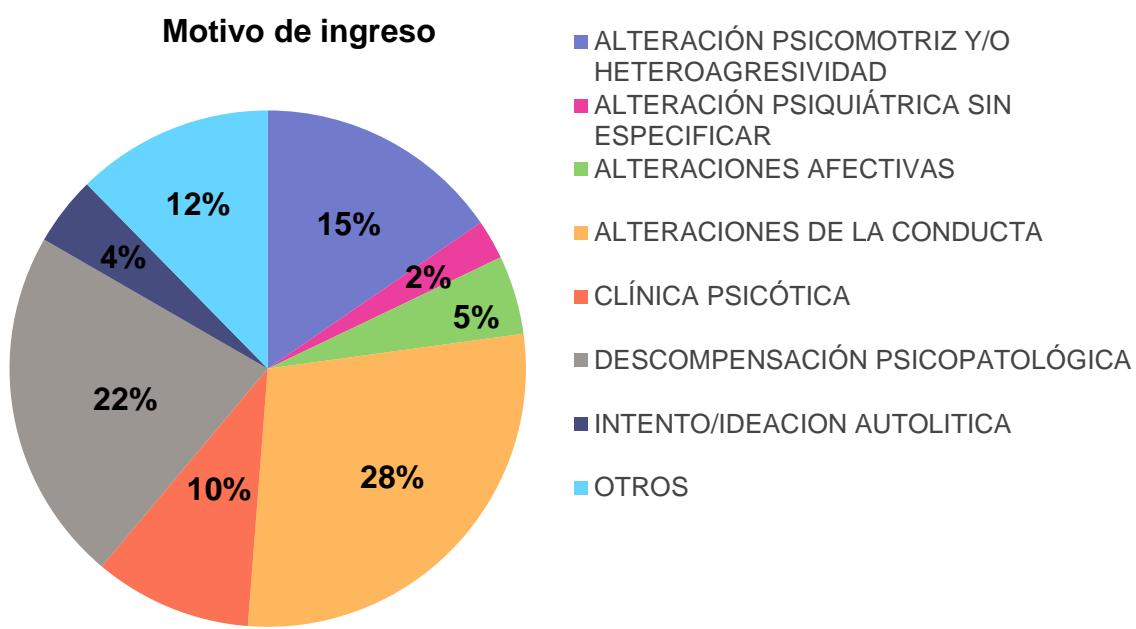


Figura 4. Motivo de ingreso.

Respecto al diagnóstico final el porcentaje más alto lo supone el grupo que recibió el diagnóstico de “Episodio psicótico agudo” con un total de 32 pacientes (19,75%), seguido muy de cerca por el grupo “Esquizofrenia” con un total de 31 pacientes (19,13%); el grupo de “Trastorno bipolar en fase maniaca” ocupa el tercer puesto en orden de frecuencia con un total de 18 pacientes (11,11%). “Depresión” con un total de 16 pacientes (9,87%) muy seguido del “Trastorno por ideas delirantes” con 15 pacientes (9,25%). El resto de diagnósticos suponen un porcentaje pequeño de la muestra y se resumen en la siguiente tabla.

Diagnóstico final	Total	Porcentaje
Trastorno de la personalidad	9	5,55%
Trastorno psicótico crónico	7	4,32%
Alteraciones conductuales	5	3,08%
Consumo perjudicial de tóxicos	5	3,08%
Trastorno bipolar fase mixta	4	2,46%
Trastorno bipolar fase depresiva	2	1,23%
Otros	18	11,11%

Tabla 4. Diagnóstico.

El grupo “Otros” está compuesto por diagnósticos que únicamente afectaron a una persona y por este motivo se han agrupado.

En lo que se refiere a la duración del ingreso de los pacientes hospitalizados nos encontramos con que la media es de 19,9 días (\approx 20 días). Apenas existen diferencias entre el tiempo de estancia media entre hombres y mujeres:

- Mujeres 21,76 días.
- Hombres 18,51 días.

Otro aspecto a tratar es la estacionalidad, es decir, en que meses del año los ingresos involuntarios ocurren con mayor o menor frecuencia. Vemos que el porcentaje más alto de ingresos involuntarios ocurre en el mes de noviembre. En segundo lugar, encontramos el mes de febrero, seguido muy de cerca de enero, diciembre y octubre.

Mes	Total	Ingresos	Porcentaje
		involuntarios	Involuntarios
Enero	33	16	48,48%
Febrero	34	18	52,94%
Marzo	37	15	40,54%
Abril	36	10	27,77%
Mayo	42	14	33,33%
Junio	33	10	30,30%
Julio	29	13	44,82%
Agosto	36	11	30,55%
Septiembre	30	11	36,66%
Octubre	25	12	48%
Noviembre	33	18	54,54%
Diciembre	29	14	48,27%

Tabla 5. Estacionalidad.

En cuanto a la necesidad de contención en estos pacientes en el momento del ingreso o durante el mismo observamos que en la gran mayoría no fue necesaria ningún tipo de contención, siendo un total de 109 pacientes (67,28%).

La contención puede ser de tipo mecánico o de tipo farmacológico, en 24 pacientes fue necesaria esta doble contención (14,81%).

Solo tres sujetos recibieron contención farmacología únicamente (1,85%); en 20 de los informes constaba que el sujeto había requerido contención mecánica como única medida de contención (12,34%).

Únicamente en 6 informes no consta si precisaron esta medida o no (3,7%).

✓ ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS

En lo referente a si el paciente era ya conocido o no por parte de la red de salud mental vemos que en la mayoría de los casos había historia de ingresos previos, suponiendo un 64,19% del total (n=104). Así, vemos que el segundo grupo en frecuencia estaba compuesto por pacientes que no habían precisado ingresos previos pero que eran conocidos por parte del sistema de salud mental, bien en centros de salud, consultas externas, urgencias o bien por psiquiatras privados, suponiendo un 20,98% del total (n=34). De este modo, el grupo compuesto por pacientes que nunca habían sido vistos por psiquiatría alcanza un total del 12,96% (n=21), siendo el grupo con menor representación. Mencionar que en 3 de los informes no había información acerca de este antecedente (1,85%).



Figura 5. Antecedentes psiquiátricos.

En cuanto a la valoración de la asistencia ambulatoria, dejaremos de lado las personas que no eran conocidas y que por tanto no podían llevar ningún tipo de control, así como a las personas en las que no constaba que fueran conocidas o no. Así vemos que de las personas conocidas (85,18%; n=138):

- En 62 casos se observó que no realizaban asistencia ambulatoria (44,93%).
- En 76 casos se observó que realizaban asistencia ambulatoria (55,07%).



Figura 6. Asistencia ambulatoria.

Respecto a la si los pacientes cumplían la toma de tratamiento prescrito por un psiquiatra volveremos a dejar fuera a las personas que no eran conocidas y a las personas en las que no constaba por el mismo motivo anteriormente mencionado. Teniendo esto en cuenta de un total de 138 personas vemos que:

- 91 personas presentaban inadecuada adherencia al tratamiento farmacológico (65,94%). Algunos de ellos a pesar de llevar buen seguimiento.
- 47 personas presentaban adecuada adherencia al tratamiento farmacológico (o no consta lo contrario en el informe de alta) (34,06%).

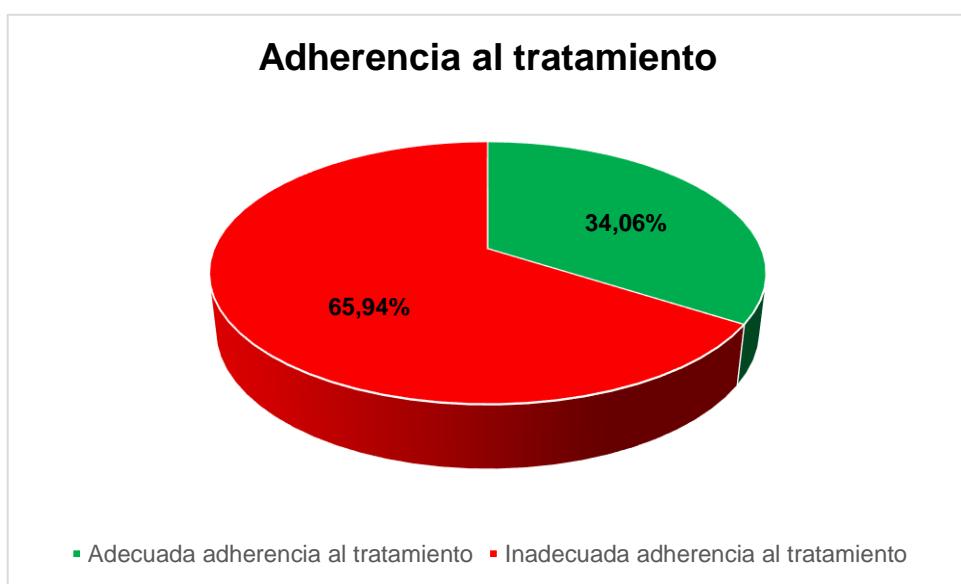


Figura 7. Adherencia al tratamiento.

✓ CONSUMO DE SUSTANCIAS

En primer lugar, valoraremos el consumo de tóxicos en el momento en que se produjo el ingreso. Podemos apreciar que un 44,44% de los ingresos no consumían sustancias. Teniendo en cuenta que en el 19,13% no constaba este dato en los informes de alta, se no queda un total de 36,43% que consumían diferentes sustancias, que quedan resumidas en la siguiente tabla:

Consumo de sustancias	Total	Porcentaje
No presentan	72	44,44%
No consta	31	19,13%
Consumo de tóxicos	18	11,11%
Cannabis	15	9,25%
Alcohol	12	7,4%
Cannabis y alcohol	10	6,17%
Cannabis y cocaína	4	2,46%

Tabla 6. Consumo actual de sustancias.

Sin embargo, en cuanto a los antecedentes de consumo podemos ver que únicamente en 24 pacientes (14,81%) no había antecedentes, lo que nos indica que hay un porcentaje importante que a pesar de no consumir drogas en el este ingreso sí que han mantenido contacto con ellas en algún momento.

En relación a este antecedente en un total de 68 informes de alta no consta este dato, lo que supone un porcentaje importante (41,9%).

Como cabe suponer, nos encontramos ante un total de 70 personas que presentan antecedentes de consumo de sustancias (43,2%).

Antecedente consumo	Total	Porcentaje
No presentan	24	14,81%
No consta	68	41,9%
Consumo de tóxicos	39	24%
Cannabis	10	6,17%
Alcohol	12	7,4%
Cannabis y alcohol	6	3,7%
Cannabis y cocaína	3	1,85%

Tabla 7. Antecedentes de consumo de sustancias.

• DISCUSIÓN

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Han sido varias las limitaciones encontradas durante la realización de este trabajo.

Con respecto a la recogida de datos y dado que el estudio se basa en los informes de alta realizados por los médicos, algunas de las variables que se pretendían analizar no aparecían de modo sistemático en todos ellos. Por ejemplo, el nivel de estudios de los pacientes no constaba en un porcentaje importante de informes de alta, ya que tal vez es un dato que puede ser menos relevante.

Por otro lado, son pocos los trabajos o artículos publicados en los que únicamente se realice un estudio descriptivo de las características clínico/epidemiológicas, siendo la mayor parte estudios de casos y controles entre ingresos voluntarios/involuntarios o cohortes de casos. Además, la mayoría de los resultados obtenidos son contradictorios. No se han encontrado artículos españoles que aborden este tema desde nuestra perspectiva, si bien existen acerca de los ingresos voluntarios en grupos específicos de pacientes como puede ser en los trastornos de la conducta alimentaria.

Se ha observado una clara necesidad de elaborar otros estudios que analicen y comparen tanto las características sociales y epidemiológicas de estos pacientes como sus necesidades y requerimientos, para poder así elaborar guías o protocolos clínicos

sobre el manejo de este colectivo no solo durante el proceso de hospitalización sino también en lo referente al plan al alta.

COMPARACIÓN DE RESULTADOS

Tras exponer los resultados obtenidos procederemos a compararlos con otros estudios previos similares o relacionados con este trabajo.

Se han revisado varios artículos relacionados con el internamiento involuntario y sus factores de riesgo. Se ha seleccionado la información más importante de todos ellos para aportar una idea general de la situación que existe en relación con este tipo de ingresos.

A continuación, se expondrán los datos más relevantes de cada uno de ellos y se relacionarán con los datos obtenidos en nuestro estudio. Para hacerlo de un modo más dinámico se irán citando los artículos y se realizará un breve comentario de su contenido.

En el artículo “Hospitalizaciones involuntarias en Italia: el impacto de la estacionalidad” (3) el objetivo principal del estudio fue evaluar la prevalencia de ingresos involuntarios durante un período de 24 meses en la Unidad de Pacientes Psiquiátricos del Hospital San Luigi Gonzaga, Orbassano. Ésta fue del 15,4% y los resultados se corresponden con los datos nacionales italianos. En los ensayos clínicos europeos y mundiales, la prevalencia de hospitalización involuntaria oscila entre el 3,2% y el 42%. En nuestro estudio la prevalencia de ingresos involuntarios fue del 40,8%.

La prevalencia y los criterios de ingresos involuntarios cambian ampliamente en diferentes países; algunas explicaciones posibles hacen referencia a las diferencias entre la organización de los servicios de salud mental, la cultura y la etnia, ética profesional y presiones sociales sobre los psiquiatras.

Como diagnóstico más frecuente el episodio maníaco o episodio psicótico debido a un trastorno delirante representaba la causa más común de ingreso involuntario. En segundo lugar, se encuentra el trastorno bipolar y trastornos relacionados, y la esquizofrenia y otras psicosis. Los datos obtenidos en nuestro estudio son similares a estos, ya que como diagnóstico más frecuente tenemos el grupo de “Episodio psicótico agudo” seguido muy de cerca por el grupo “Esquizofrenia”.

En tercer lugar, al analizar la distribución mensual de admisiones, observaron un aumento significativo de hospitalizaciones involuntarias durante los cambios de estación, en particular en primavera/verano con un pico en junio. En primavera/verano, las altas tasas de hospitalización por episodio maníaco (como motivo principal de ingreso involuntario) están bien establecidas, debido a un aumento en las horas totales

de sol y la duración de los días promedio mensuales. Otros estudios mostraron concordancia con estos hallazgos y observan una menor frecuencia de ingresos involuntarios por episodios maniacos en otoño. Estos datos no son comparables a los obtenidos en nuestro estudio ya que el mayor porcentaje de ingresos ocurrieron en el mes de noviembre, seguido por los meses de febrero y enero.

En cuarto lugar, la duración promedio de la hospitalización para este grupo de pacientes fue de $11,5 \pm 9,2$ días. En nuestro estudio la media en días de hospitalización fue de 20 días.

El segundo trabajo que analizaremos se trata del artículo titulado "Los Estudios de Ámsterdam de Psiquiatría Aguda I (ASAP-I); Un estudio de cohortes prospectivo de los factores determinantes y el resultado de las intervenciones de tratamiento coercitivo versus voluntario en un área metropolitana" (6). Los autores de este trabajo defienden los factores de riesgo que interactúan entre si aumentando el riesgo de hospitalizaciones involuntarias descritos por Klinkenberg. Los factores de riesgo que comentan son los que siguen.

Los trastornos mentales complejos, definidos como combinaciones de trastornos psicóticos, afectivos o de personalidad con adicción y / o problemas de conducta, se encuentran con mayor frecuencia en áreas urbanizadas y constituyen un desafío tanto para las instalaciones psiquiátricas, médicas generales, sociales y comunitarias de las ciudades más grandes. Es decir, se habla de que vivir en un medio urbano podría constituir un factor de riesgo.

Además, grupos culturales y socioeconómicos específicos como, por ejemplo, los inmigrantes muestran tasas de morbilidad que pueden ser sustancialmente elevadas en comparación con otras. Estos pacientes parecen estar desatendidos por el sistema de atención de salud mental, y con mayor frecuencia tienen su primer contacto con los trabajadores de salud mental a través de los servicios de emergencia. En nuestro estudio la población inmigrante supone un porcentaje importante (19,08%) a tener en cuenta.

Otro factor determinante es el apoyo social. Mayores niveles de apoyo social pueden reducir el riesgo de ingreso involuntario. La disponibilidad de apoyo social puede determinarse mediante variables tales como "vivir solo/acompañado", tener contacto familiar, pero también se puede definir mediante una medida aproximada, como el nivel de ingresos o la disponibilidad de recursos. Haciendo referencia a nuestra muestra la mayoría de nuestros pacientes vivían acompañados por familiares u otras personas.

Como cuarto factor, se definen las características del cuidado de la salud, o la "receptividad" del sistema de atención de la salud. Se habla de una "desinstitucionalización" que ha tenido lugar durante los últimos 20 años, donde la

atención de salud mental ha cambiado de un sistema basado en el hospital a una comunidad. Se ha argumentado una duración reducida del tratamiento hospitalario a expensas de reingresos más frecuentes.

El siguiente factor que determina el riesgo de ingreso es la adherencia al tratamiento del paciente. En psiquiatría, como en toda la medicina, la falta de adherencia al tratamiento es un problema importante con implicaciones muy importantes para la adecuada atención, pronóstico del paciente y también en términos económicos.

La demanda de servicios de emergencia psiquiátricos, que en muchas áreas funcionan como guardianes de la puerta de emergencia del sistema de salud mental, está aumentando. Aun así, la cantidad de estudios que han examinado estos desarrollos y las posibles consecuencias en términos de optimización de la entrega de servicios de salud en psiquiatría de emergencia es sorprendentemente pequeña. Además, los estudios existentes tienen importantes limitaciones metodológicas.

"Retenciones psiquiátricas involuntarias: la estructura de las hospitalizaciones en el ejemplo del Instituto de Psiquiatría y Neurología de Varsovia" (7) es el siguiente artículo que se va a comentar. El objetivo de la investigación fue determinar la estructura general de la admisión involuntaria de pacientes con trastornos mentales en el Instituto de Psiquiatría y Neurología de Varsovia, durante todo el año 2012.

Las hospitalizaciones psiquiátricas involuntarias constituyeron el 15.8% del total de hospitalizaciones al Instituto de Psiquiatría y Neurología en 2012. Esta prevalencia es similar a la comentada anteriormente en el estudio italiano y menor que la observada en nuestro estudio.

En 2012, 552 personas con trastornos mentales ingresaron en el Instituto de Psiquiatría y Neurología sin consentimiento y en caso de emergencia. Entre ellos se encontraban 292 mujeres (53%) y 260 hombres (47%). Estos datos son contrarios a la investigación nacional polaca (52% - hombres y 48% - mujeres) y contrarios a los descritos en nuestro estudio.

Entre los pacientes diagnosticados, la esquizofrenia paranoide fue la enfermedad más frecuente (43%), seguido de delirium tremens (7%) y trastornos bipolares (6%).

La estructura general de edad se distribuyó de la siguiente forma: el 4% de los pacientes perteneció al grupo de edad de entre 0 y 20 años; el 28% al grupo de 21-40 años; al de 41-60 años 24%; 21% al de 61-80 años y 22% al último grupo de 81-100 años. Es decir, que el mayor número estaba constituido por jóvenes entre 20 y 40 años de edad (28%).

Los resultados para los grupos de edad restantes se distribuyeron de manera similar y uniforme, con proporciones que oscilan entre 21 y 24%. Sin embargo, teniendo en cuenta la división dicotómica entre los pacientes menores de 40 años y mayores de 40 años, la proporción de este último grupo fue mucho mayor: 68%. Se han hecho

observaciones similares en la investigación nacional antes mencionada, donde dicho índice ascendió a tanto como 82%. En nuestro estudio el grupo mayormente representado era el de 31 a 50 años.

Como resultado de la investigación interna se ha indicado que la temporada ha tenido poca influencia en el número de este tipo de admisiones, contrariamente a lo comentado anteriormente.

Concluyen que les es difícil proporcionar una comparación relevante y precisa o un análisis más amplio de la investigación realizada, ya que cada estado regula los ingresos sin el consentimiento del paciente de manera diferente.

En el artículo titulado “Determinantes de las hospitalizaciones involuntarias en un hospital psiquiátrico estatal: estudio de casos y controles” (8) se realizó un estudio de casos y controles en el hospital psiquiátrico estatal de Trivandrum, Kerala. Los casos fueron ingresos involuntarios, mientras que los controles fueron ingresos voluntarios. El estudio establece que varios factores de riesgo podrían conducir a hospitalizaciones involuntarias.

De nuevo vivir en un medio urbano aparece como factor de riesgo. Se descubrió que las personas que viven en áreas urbanas tienen un mayor número de este tipo de ingresos, ya que este entorno es un terreno fértil para culturas mixtas, inmigrantes (como describíamos anteriormente), desempleados y otros factores como menor tolerabilidad de la agresión y el desorden. Incluso dentro de estas zonas, las áreas más desfavorecidas socialmente como los barrios de tugurios, con mayores tasas de consumo de sustancias y condiciones socioeconómicas desfavorables podrían producir más ingresos psiquiátricos no consentidos.

Los sujetos de mayor edad tuvieron una representación ligeramente mayor en el grupo de ingresos involuntarios. Sin embargo, este hallazgo es contradictorio con otros estudios que muestran una tasa mayor de ingresos involuntarios en adultos más jóvenes.

Por otro lado, se encontró que había un mayor número de mujeres admitidas obligatoriamente en comparación con los hombres. De nuevo contrariamente a lo observado en nuestra muestra. Esto también se ha citado en varios estudios, pero los resultados son contradictorios.

La vida fuera del núcleo familiar o no poseer una casa propia se asociaron significativamente con las hospitalizaciones involuntarias. La falta de apoyo social, el historial de ingresos involuntarios previos, bajo nivel funcional y el cumplimiento de la medicación fueron las variables clínicas más importantes asociadas con la hospitalización obligatoria.

El antecedente de ingresos involuntarios previos fue un factor de riesgo importante para los ingresos involuntarios actuales, esto podría deberse a que un subgrupo de pacientes tiene ciertas características que conducen a ingresos involuntarios repetidos. Esta reincidencia ha sido observada en otros estudios. Por lo tanto, abordar los factores que conducen a la hospitalización obligatoria parece ser un paso importante para reducir la probabilidad de futuros ingresos involuntarios.

El estado laboral, el estado civil y el estatus socioeconómico no diferenciaron casos y controles a diferencia de otros estudios de ingresos involuntarios. Aunque tres cuartos de los casos y controles pertenecían a estratos socioeconómicos bajos, esto no fue un factor de riesgo.

Tampoco se encontró asociación entre el diagnóstico psiquiátrico y los ingresos involuntarios. A pesar de que varios estudios han citado un diagnóstico de esquizofrenia o trastorno bipolar como factor de riesgo, este estudio no encontró tales asociaciones.

El curso, el tipo y la duración de la enfermedad tampoco se asociaron con ingresos involuntarios.

Un tercio de los casos y controles tenían consumo de alcohol, cannabis u otras sustancias, pero esto no fue un factor determinante de la admisión obligatoria. De los pacientes de los que conocíamos este dato en nuestro trabajo vemos que la mayoría no consumían en el momento del ingreso, a pesar de que la gran mayoría tenía antecedentes de consumo en algún momento de su vida.

En el artículo “Factores cruciales que preceden al ingreso psiquiátrico involuntario: un estudio cualitativo de registro de pacientes” (9) se propusieron identificar los factores cruciales en el proceso de atención de la salud que precede a los ingresos involuntarios de pacientes psiquiátricos adultos. Se estudiaron los registros de los pacientes tratados por los equipos de tratamiento comunitario en dos instituciones de salud mental en el área metropolitana de Rotterdam, que cubren varias áreas urbanas y periféricas.

Se resalta la importancia del incremento en el número de ingresos involuntarios en varios países europeos.

La agresión y la reducción o cese de la medicación sin autorización fueron relevantes en la mayoría de los pacientes. Otros factores importantes fueron las transferencias a otros equipos de atención médica y eventos de la vida, como la muerte de un familiar cercano.

También se observó que la psicosis estaba presente en la mayoría de los pacientes y a menudo se acompañaba de una falta de conocimiento de la condición psiquiátrica.

Las barreras protectoras que fallaron fueron las siguientes: los profesionales de la salud no respondieron con la suficiente firmeza a los signos o al deficiente compromiso del

paciente, y no supervisaron suficiente la administración de medicamentos. Por ejemplo, en caso de citas perdidas y otros signos de evasión de atención, los profesionales hicieron llamadas telefónicas en lugar de visitas domiciliarias.

Se identificaron los factores de protección que se utilizaron para reducir el riesgo de internación obligatoria: la participación de familiares, invitándolos a participar en el proceso de tratamiento, ingresos voluntarios como estrategia preventiva, supervisión estricta de la administración de medicamentos por enfermeras y/o familiares, viviendas protegidas, apoyo de temas financieros y prevención de deudas, y aumento de la frecuencia y duración de los contactos de atención de salud mental.

En resumen, encontraron un patrón común de eventos que preceden a una admisión obligatoria: pacientes psicóticos y agresivos tanto verbal como físicamente, que dejan de tomar medicamentos debido a la falta de conocimiento y evitan el contacto con profesionales de la salud mental.

Declaran que, si bien las consideraciones sobre los derechos humanos y el aumento en las tasas de ingresos involuntarios indican la necesidad urgente de reducir las tasas de ingreso involuntario, ha habido poca investigación cualitativa sobre el proceso de atención de la salud mental que precede a la admisión obligatoria.

Concluyen que una mayor comprensión de los factores importantes en el proceso de atención de la salud que precede la admisión obligatoria podría ayudar a focalizar las intervenciones para reducir estas tasas de admisión en el futuro.

En el artículo titulado “Explorar y explicar la atención involuntaria: la relación entre el estado de ingreso psiquiátrico, el género y otras variables demográficas y clínicas” (10) se examinaron los factores demográficos y de diagnóstico asociados con el ingreso involuntario en un servicio general de psiquiatría para adultos en un área deprimida del norte de la ciudad de Dublín durante un período de 7 años (2008 a 2014 inclusive).

Durante el período de 7 años estudiado, hubo 1099 ingresos, de los cuales 944 (85.9%) fueron voluntarios y 155 (14.1%) fueron involuntarios. De nuevo observamos que la prevalencia es menor que en nuestra muestra.

El diagnóstico se relacionó significativamente con el estado de ingreso: más de un tercio (33.6%) de los ingresos por esquizofrenia fueron involuntarias en comparación con el 0.7% de los ingresos por trastornos alcohólicos. La esquizofrenia también tuvo la tasa de ingreso involuntario más alta.

La duración media del estado involuntario fue de 17 días y no se relacionó con el diagnóstico. Nuestro estudio difiere de este dato únicamente en 3 días.

Los hombres supusieron el 59.4% de los ingresos involuntarios y las mujeres el 40.6% (n = 63). Esto es consistente con los hallazgos que asocian el género masculino con el estado involuntario en la mayoría de los países estudiados (Estados Unidos, Nueva

Zelanda, Holanda, Noruega, Bélgica, Francia y Luxemburgo), incluido nuestro trabajo, pero contrasta con los hallazgos de otros países en los que el género femenino está asociado con estado involuntario (p. ej., Suiza, Brasil, China).

Las diferencias entre países en las tasas de diagnóstico de enfermedades graves en ambos géneros podrían ser relevantes. Por ejemplo, a diferencia de la mayoría de los países del mundo, la prevalencia de la esquizofrenia y el suicidio en China es mayor en las mujeres que en los hombres. Dado que tanto la esquizofrenia como el comportamiento suicida se asocian comúnmente con el ingreso involuntario, estos patrones epidemiológicos pueden explicar, al menos en parte, la asociación entre el género femenino y el ingreso involuntario en China.

También, es probable que estas diferencias entre países estén relacionadas con tradiciones legales diferentes y diferentes criterios para la admisión involuntaria en los países, posiblemente en relación con los diversos énfasis puestos en la "peligrosidad" como un criterio obligatorio para la hospitalización involuntaria. Esta "peligrosidad" puede distribuirse de manera desigual entre sexos, lo que contribuye a patrones diferenciales de admisión involuntaria entre sexos.

Este equilibrio entre el riesgo y los criterios clínicos merece un estudio más detallado.

Finalmente, los diferentes aspectos legales pueden afectar no solo el riesgo de internamiento involuntario, sino también el alcance y la naturaleza de la coacción involucrada en tal admisión: existe, por ejemplo, evidencia de que, al menos en Europa, se usan medidas coercitivas en un grupo sustancial de los pacientes admitidos involuntariamente y su uso dependen no solo del diagnóstico y la gravedad, sino también de otros factores en cada país, posiblemente reflejando las diferencias en las actitudes sociales y las tradiciones clínicas en todas las jurisdicciones. Estas diversas combinaciones de factores clínicos, epidemiológicos y legales y sus efectos sobre los patrones de ingreso involuntario a través de los géneros y las jurisdicciones merecen un estudio más a fondo sobre una base transnacional en el futuro.

En el estudio "Prevención de hospitalizaciones involuntarias: necesidades especiales para distintos grupos de pacientes" (11) se estudió una población de pacientes psiquiátricos hospitalizados en una zona de Alemania, durante los años 2004-2009.

Vuelve a aparecer la esquizofrenia como diagnóstico más frecuente, seguido por desórdenes afectivos, abuso de sustancias y demencia.

La duración media de la estancia fue de 24,84 días, en este caso, cuatro días mayor que la de nuestro estudio.

La mayor proporción de ingresos involuntarios fue en hombres de entre 22 y 30 años con diagnóstico de esquizofrenia, lo cual concuerda con los hallazgos de la literatura. Es probable que la esquizofrenia sea un diagnóstico que aún tiene servicios insuficientes

para el reconocimiento precoz y, por lo tanto, la esquizofrenia aparece en muchos casos con características psicopatológicas muy llamativas y, por lo tanto, puede conducir a una tasa más alta de ingresos de urgencia.

Las personas casadas parecían mostrar un mayor riesgo para sufrir un ingreso involuntario. No se esperaba encontrar este hallazgo, sobre todo porque en general se cree que el entorno social estable es protector. Posiblemente, problemas adicionales que acompañan a una relación (por ejemplo, crisis marital, problemas en la educación de los hijos, muertes de parientes cercanos) pueden actuar como factores de estrés que pueden empeorar la enfermedad. Los hallazgos previos sobre la influencia del matrimonio en la prevención del ingreso involuntario se mezclan en la literatura, y aún no se han dilucidado satisfactoriamente.

El mayor número de ingresos de los pacientes tratados involuntariamente fue en julio, seguido de agosto y luego junio. Esta diferencia mostró una alta significación estadística. Es decir, es un hallazgo notable que las hospitalizaciones involuntarias ocurrieron durante los meses de verano. Los resultados de nuestro estudio no reflejan estas afirmaciones. Muchos autores han sugerido que este fenómeno esté relacionado con la posibilidad de que existan niveles más altos de dopamina durante los meses de verano debido a las temperaturas ambientales más altas. Otra explicación posible para este hallazgo relacionado con la temporada podría ser que los servicios psiquiátricos durante los meses de verano no están tan bien equipados como en otras temporadas, debido a la mayor cantidad de personal que toma vacaciones y, por lo tanto, a una reducción en los recursos. Es posible que se reduzca el acceso al sistema de apoyo de los pacientes, como la tutela, durante los meses de verano, en comparación con las otras estaciones. Esta sugerencia es altamente especulativa y requeriría la confirmación de estudios futuros que analicen más específicamente el efecto de la temporada en los ingresos involuntarios.

Sin embargo, en este estudio la nacionalidad no mostró un riesgo significativo relacionado con los ingresos involuntarios. Es importante señalar que los datos no proporcionaron información suficiente para identificar el estado migratorio, especialmente para aquellos que eran inmigrantes de segunda o tercera generación.

Debido a la limitación de los estudios retrospectivos con un grupo de datos restringido e inmejorable, estos hallazgos deben considerarse cuidadosamente. El riesgo de ingresos involuntarios para mujeres mayores con demencia y hombres más jóvenes con esquizofrenia conducen a la necesidad de una atención especial para estos grupos de personas.

La conclusión principal de estos hallazgos es la necesidad de fortalecer las ofertas de tratamiento ambulatorio, por ejemplo, servicios sociopsiquiátricos o custodia en casa

para el diagnóstico e intervención temprana. Otros estudios prospectivos son necesarios.

En el artículo “Apoyo social y riesgo de admisión obligatoria: parte IV del estudio de Ámsterdam de psiquiatría aguda” (12) se investigó de forma prospectiva una cohorte de pacientes que tuvieron una consulta psiquiátrica de urgencia en Ámsterdam. Buscaron determinar si el tamaño de la red social, la cantidad de apoyo social e interacción negativa informada por los pacientes predecían la admisión obligatoria de emergencia. Este artículo vuelve a mencionar el aumento de los ingresos psiquiátricos involuntarios en varios países europeos y señala la importancia de buscar oportunidades para frenarlos mediante el control de los factores de riesgo.

Tres son los hallazgos principales que surgieron de este estudio.

En primer lugar, de las variables de apoyo social, el hecho de vivir solo demostró ser el único predictor independiente de ingreso involuntario.

En segundo lugar, los pacientes que vivían solos demostraron tener una red social más pequeña. Sin embargo, se descubrió que el tamaño de la red no tiene un impacto independiente sobre el riesgo de admisión obligatoria.

Y, por último, un alto nivel de interacciones negativas informadas con otras personas también exacerbó el riesgo de admisión obligatoria, pero solo entre pacientes que vivían solos.

El hecho de que la situación doméstica sea un importante predictor de la admisión obligatoria de urgencia concuerda con hallazgos anteriores. Un estudio realizado en el Reino Unido mostró que vivir solo sin o con poco contacto con otras personas aumentaba la probabilidad de detención de emergencia.

No está claro cómo vivir solo, en combinación con el tamaño de la red social, influye en el riesgo de ingreso involuntario. Es posible que la presencia diaria de un compañero o familiar impida las crisis psiquiátricas. Un posible mediador del impacto de esta presencia puede ser la medida en que los miembros de la familia o la pareja ayudan al paciente a cumplir con su tratamiento y cumplir con la medicación prescrita. Esta hipótesis merece mayor investigación.

El artículo titulado “Atención voluntaria e involuntaria: estudio de tres años de estadísticas demográficas y de admisión diagnóstica en una unidad de psiquiatría para adultos de las zonas urbanas deprimidas” (13) es el último trabajo que vamos a comentar. Durante el período de tres años estudiado, hubo 446 ingresos, de los cuales 379 (85.0%) fueron voluntarios y 67 (15.0%) fueron involuntarios.

Las mujeres representaron 53.7% (n = 36) de las hospitalizaciones involuntarias.

El estado de empleo no estaba relacionado con el estado del ingreso.

El diagnóstico se relacionó significativamente con el estado de ingreso más de un tercio (37.5%) de las hospitalizaciones con esquizofrenia fueron involuntarias en comparación con el 1.4% de las hospitalizaciones con trastornos alcohólicos.

La mediana de la duración de un paciente involuntario fue de 28 días y tuvieron una estancia media más larga en comparación con los voluntarios. La duración no se relacionó con el diagnóstico.

Se ha relacionado el no ser dueño de una casa con los ingresos involuntarios (independientemente del diagnóstico), señalando la importancia de esta variable como factor de riesgo sociodemográfico para la detención. Webber y Huxley (2004), en Londres, por ejemplo, encontraron que el bajo nivel de apoyo social en particular se asociaba independientemente con el riesgo de ingreso involuntario, aunque también señalaban el papel de los servicios de salud mental en la determinación de estas tasas.

La asociación entre la privación socioeconómica y el aumento de la necesidad de salud mental se reconoció claramente en Irlanda en 2006, en "A Vision for Change". La política enfatiza que "los servicios de salud mental deben tener en cuenta los patrones de privación locales en la planificación y prestación de atención de salud mental" y "debido a la relación entre la enfermedad mental y la privación, especialmente las áreas necesitadas deben recibir un reconocimiento especial en la provisión de servicios". Guruswamy et al. (2008) ya han demostrado altos niveles de necesidad insatisfecha en el área de captación de este estudio, y la Inspección de Servicios de Salud Mental (2010) notó una escasez particular de recursos comunitarios en esta área.

Propuestas para mejorar la atención médica de los pacientes (3)

La Comisión Europea ha financiado el estudio EUNOMIA en 12 países europeos con el fin de desarrollar recomendaciones europeas para una buena práctica clínica en los ingresos hospitalarios involuntarios.

Se defiende que los equipos de salud mental comunitarios y hospitalarios deberían organizar reuniones periódicas, seminarios y grupos focales con la participación de los usuarios para tratar los aspectos más importantes de los principales trastornos mentales y los ingresos involuntarios. Esto puede garantizar la continuidad de la atención de los pacientes y debe conducir a la definición de un plan terapéutico compartido con los pacientes, cuidadores y profesionales. Se tendrán en cuenta las estrategias de manejo de conductas agresivas, el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales más frecuentes, aspectos legales y administrativos de los ingresos involuntarios, así como la comunicación específica, habilidades y estrategias para resolver problemas.

Desarrollo de cursos de capacitación para todos los profesionales involucrados, incluida la policía. Objetivo principal: mejorar el conocimiento de las características clínicas y

psicopatológicas de los principales trastornos mentales, los aspectos legales y administrativos del procedimiento para un ingreso involuntario, la mejora de las habilidades de comunicación, el manejo de posibles comportamientos agresivos en entornos de pacientes psiquiátricos.

Además, estos cursos deben resaltar la importancia de las diferencias de género, raciales, culturales, sociales y religiosas/espirituales, a fin de facilitar la mitigación de conductas violentas, y la participación de intermediarios culturales.

En cuanto a la relación con los usuarios y familiares, surgieron los siguientes aspectos:

- Necesidad de desarrollar iniciativas dirigidas a obtener el consentimiento del paciente para los tratamientos, evitar estancias hospitalarias excesivamente largas y transformar la admisión en voluntaria tan pronto como sea posible.
- La importancia de proporcionar a los familiares información sobre los motivos de ingreso y la duración presumible de la estadía, a menos que el paciente lo prohíba explícitamente. Si los pacientes han sido ingresados en el hospital debido a comportamientos agresivos contra sus familiares, los profesionales deben facilitar la relación entre los miembros de la familia a través de reuniones graduales y protegidas, enseñar habilidades de comunicación y usar técnicas psicoeducativas.
- La aplicación rutinaria de estrategias destinadas a promover la participación de los familiares. Las familias representan un recurso importante, que debería ser ayudado por la disponibilidad de grupos de apoyo y de intervención psicoeducativa para mejorar su conocimiento sobre los trastornos mentales y para reducir los niveles de carga y emoción expresada.

De acuerdo con las leyes existentes en los diferentes países y de conformidad con la Declaración de Helsinki y con el Convenio Europeo de Derechos Humanos, el equipo de EUNOMIA acordó que los usuarios deben ser tratados como cualquier otra persona.

En particular, se han informado los siguientes principios:

- La asistencia sanitaria a los pacientes debe respetar el principio de «alternativa menos restrictiva» y la relación entre pacientes y médicos debe basarse en el respeto recíproco.
- La protección de los derechos civiles de los usuarios y la libertad personal, que representa un logro fundamental de la psiquiatría;
- La protección contra la violencia física y psicológica y los engaños, según lo informado en la Recomendación de 1994 Nº 1235 sobre psiquiatría y derechos humanos de la Unión Europea, y ratificado en los principios básicos del Convenio de Oviedo, así como en las declaraciones más recientes de la Convención sobre

los derechos de las personas con discapacidad adoptadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas

Por otra parte, algunos autores defienden la implantación del Tratamiento Ambulatorio Involuntario (TAI) como una medida que podría reducir los ingresos involuntarios, pero los resultados son controvertidos y existen múltiples discrepancias al respecto.

En España destaca el estudio de Hernández et al. en el que se compara un grupo de 38 personas con TAI y otras 38 en ingreso involuntario. Los resultados señalan que, aunque hay una disminución del número de urgencias, de ingresos y de días de estancia hospitalaria en los 6 siguientes meses al inicio del TAI, esta mejoría no es significativamente mayor que en los resultados del grupo no sometido a TAI. La verdad es que en diversas comunidades autónomas de España se aplica el TAI, pese a que no hay una legislación específica. Otros estudios recogen la opinión de los implicados. Borum et al. evalúan a 306 personas con enfermedades mentales severas que iban a recibir TAI. Los resultados indican que los pacientes consideran que con el TAI es más probable que se tomen la medicación y tengan un mejor seguimiento de salud mental y una reducción de ingresos hospitalarios. Cuando Hernández et al. entrevistan a psiquiatras que aplican el TAI, a familiares de pacientes y a pacientes que lo han experimentado para saber qué opinión les merece, la conclusión es que ha sido beneficioso para el seguimiento del tratamiento y para la mejora en la salud (14).

Del mismo modo, planes de atención especializada para pacientes que ya hayan sufrido un ingreso involuntario serían útiles de cara a plantear estrategias de actuaciones futuras en caso de repetirse la situación. Éstas serían específicas para cada paciente, como pueden ser por ejemplo los documentos de voluntades anticipadas.

Los resultados de los estudios que se han llevado a cabo en muchos países intentando determinar los factores de riesgo de estos ingresos han sido contradictorios entre ellos o presentan limitaciones importantes a la hora de poder extrapolar los resultados a la población. Por tanto, se puede afirmar que poco sabemos de cómo actúan todos los factores anteriormente mencionados en cada uno de estos pacientes, ya que un mismo factor puede afectar de forma diferente a varias personas según la presencia o ausencia de segundos o terceros factores.

Una revisión crítica de los datos disponibles sobre el tratamiento involuntario en hospitales psiquiátricos en Europa revela enormes diferencias en las tasas de detención que necesitan una mayor explicación. Es probable que estas diferencias reflejen una variedad de factores que incluyen diferentes tradiciones de atención de salud mental, creencias y valores de los profesionales y leyes significativamente diferentes en varios países. Estas diferencias entre países complican la interpretación de las comparaciones

entre ellos en cuanto a las tasas de ingreso psiquiátrico. Incluso dentro del mismo país, puede haber diferencias significativas entre las instituciones psiquiátricas que están sujetas a las mismas leyes de salud mental. Esta variación puede ser atribuible a las diferencias en las prácticas de admisión o los perfiles clínicos y sociodemográficos de los pacientes que se presentan en diferentes hospitales (13,15).

Se necesita investigación para explorar más a fondo, observando una serie de factores que pueden mediar este riesgo, incluidos los factores relacionados con el paciente, la enfermedad, el entorno social y la naturaleza y el alcance de los servicios de atención de salud mental proporcionados (13).

El hecho de que, además, el número de ingresos este aumentado exige conocer estos factores ya que nos ayudaría en la toma de decisiones y en el manejo de estos pacientes del modo más beneficioso posible.

“Junto a la falta de evidencia y a los graves efectos adversos del aislamiento y la sujeción mecánica y a la falta de efectividad de los tratamientos médicos forzados en las psicosis, la coerción destruye la relación terapéutica y exacerba los sentimientos de pérdida de poder, sentido de autoeficacia y autoestima que la persona con sufrimiento psíquico experimenta desde el inicio de su proceso, lo que, a su vez, favorece la tristeza, la desesperanza y la paranoia. Si no somos capaces de dar respuesta al sufrimiento psíquico más que con la coerción, la persona afectada se encontrará sola ante sus dificultades y nos apartará de la posibilidad de caminar conjuntamente con ella” (16)

CONCLUSIONES

1. El número de ingresos involuntarios que tienen lugar en el Servicio de Psiquiatría de nuestro hospital supone una proporción significativa de pacientes sujetos a este tipo de internamiento (40,85%). Esta tasa parece permanecer estable en relación a los últimos 4 años.
2. Existe predominio del sexo masculino en los pacientes que presentan ingreso con características de involuntariedad; la edad media de los pacientes es de 45 años, no existiendo una diferencia sustancial entre sexos para esta variable; el mayor porcentaje se encontraban solteros en el momento del ingreso; una minoría importante eran extranjeros; la mayoría de los pacientes vivían con sus familias o acompañados por otras personas; la mayoría de los pacientes ingresados se encontraban en situación de desempleo en el momento del ingreso.
3. En relación a las características del ingreso el motivo del mismo que mayor frecuencia supuso fueron las “Alteraciones de la conducta”; el diagnóstico final más frecuente fue el grupo de “Episodio psicótico agudo”.
4. A pesar de que la mayor parte de los pacientes eran conocidos ya en las Unidades de Salud Mental, habiendo precisado la mayoría algún ingreso previo, un importante porcentaje no eran conocidos en la red de Salud Mental. A pesar de que el porcentaje de pacientes que asistían a su control ambulatorio era un poco mayor que el que no lo hacía se observó que en la mayoría de los casos se llevó una inadecuada adherencia al tratamiento farmacológico; Se observa que la mayoría de ingresos tienen antecedentes de consumo de sustancias. Este hecho no supone un porcentaje importante de diagnósticos principales, pero está presente en muchos de ellos como segundo diagnóstico.
5. Varios son los hallazgos que deben llamar nuestra atención:
 - El hecho de que exista una tasa de prevalencia entre países tan dispar;
 - El hecho de que, en general, se está observando que el número de ingresos involuntarios se encuentre en aumento.

Estos supuestos obligan a determinar los factores relacionados con este tipo de ingresos para poder establecer planes de actuación adecuados a las circunstancias de cada paciente.

6. Como propuesta, se podría desarrollar un estudio de las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes ingresados voluntariamente en el mismo año que este trabajo, para poder realizar un estudio comparativo entre los ingresos voluntarios e involuntarios. Esto permitirá comparar datos con otros estudios internacionales que podrían aportar más luz al tema que nos ocupa.

REFERENCIAS

1. Vega C, Bañón RM, Fajardo A. Internamientos psiquiátricos. Aspectos medicolegales. Aten Primaria. 2010;42(3):176-182.
2. Barrios LF. El ingreso psiquiátrico involuntario de carácter urgente: una revisión, tras la STC 141/2012, de 2 de julio. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2012; 32 (116), 829-847.
3. Aguglia A, Moncalvo M, Solia F, Maina G. Involuntary admissions in Italy: the impact of seasonality. Int J Psychiatry Clin Pract. 2016;20(4):232-8.
4. Fiorillo A, De Rosa C, Del Vecchio V, Jurjanz L, Schnall K, Onchev G et al. How to improve clinical practice on involuntary hospital admissions of psychiatric patients: Suggestions from the EUNOMIA study. Eur Psychiatry. 2011;26(4):201-7.
5. Gás B. Tratamiento ambulatorio involuntario en psiquiatría: una revisión desde la bioética. Rev. Bioética y Derecho [Internet]. 2013 [27 marzo 2018]. 29: 109-121. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S188658872013000300012
6. Van der Post L, Schoevers R, Koppelmans V, Visch I, Bernardt C, Mulder N et al. The Amsterdam Studies of Acute Psychiatry I (ASAP-I); A prospective cohort study of determinants and outcome of coercive versus voluntary treatment interventions in a metropolitan área. BMC Psychiatry. 2008; 8:35
7. Markiewicz I, Gardyńska-Ziemba E, Heitzman J. Involuntary psychiatric holds – the structure of admissions on the example of Institute of Psychiatry and Neurology in Warsaw. Psychiatr. Pol. 2016; 50(1): 7–18.
8. Indu NV, Vidhukumar K, Sarma PS. Determinants of compulsory admissions in a state psychiatric hospital—Case control study. Asian J. Psychiatry. 2016; Dec 9. pii: S1876-2018(16)30313-6. doi: 10.1016/j.ajp.2016.11.007.
9. De Jong MH, Oorschot M, Kamperman AM, Brussaard PE, Knijff EM, Van de Sande R et al. Crucial factors preceding compulsory psychiatric admission: a qualitative patient-record study. BMC Psychiatry. 2017;17(1):350.
10. Curley A, Agada E, Emechebe A, Anamdi C, Ng XT, Duffy R, et al. Exploring and explaining involuntary care: The relationship between psychiatric admission status, gender and other demographic and clinical variables. Int J Law Psychiatry. 2016;47:53-9.
11. Hoffmann K, Haussleiter I.S, Illes F, Jendreyschak J, Diehl A, Emons B et al. Preventing involuntary admissions: special needs for distinct patient groups. Ann Gen Psychiatry. 2017: 16:3.
12. Van der Post LF, Mulder CL, Peen J, Visch I, Dekker J, Beekman AT. Social Support and Risk of Compulsory Admission: Part IV of the Amsterdam Study of Acute Psychiatry. Psychiatr Serv. 2012;63(6):577-83.
13. Xiao Ting Ng, Brendan D. Kelly. Voluntary and involuntary care: Three-year study of demographic and diagnostic admission statistics at an inner-city adult psychiatry unit. Int J Law Psychiatry. 2012;35(4):317-26.
14. Ramos Pozón S. ¿Hay motivos para defender el tratamiento ambulatorio involuntario?. Psiq Biol. 2015;22(2):39–43.
15. Zinkler M, Priebe S. Detention of the mentally ill in Europe – a review. Acta Psychiatr Scand. 2002; 106: 3–8.
16. Beviá B, Girón M. Poder, estigma y coerción. Escenarios para una práctica no autoritaria en salud mental. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2017; 37(132): 321-329.