

Deliberando

El problema del alta médica en los internamientos por enfermedades mentales

Juan José Martínez Jambrina¹ y Diego Gracia²

¹ Psiquiatra, Director Salud Mental, Avilés, Asturias

² Presidente de la Fundación de Ciencias de la Salud

Introducción

El internamiento psiquiátrico de un enfermo mental es una medida terapéutica que se realiza por indicación médica en beneficio del paciente.

La mayoría de los internamientos son voluntarios sin que sea precisa la intervención judicial. El resto de internamientos psiquiátricos, involuntarios, urgentes o no consentidos, se regulan por la Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil (LEC) en su art. 763 que dice así:

Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico:

“El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a patria potestad o tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento. 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 24h, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación de dicha medida, que deberá efectuarse en el plazo máximo de 72h desde que el internamiento llegue a conocimiento del tribunal...". (763.1, LEC)

Veremos, desde un punto de vista práctico, los problemas que plantean los internamientos psiquiátricos. (Vega Vega C, Bañón González RM, Fajardo Agustín A, 2010)

Tipos de internamiento psiquiátrico

Como hemos visto, con la actual legislación y teniendo en cuenta el consentimiento del paciente, se consideran 2 tipos de internamientos psiquiátricos: a) voluntarios o consentidos y b) involuntarios o no consentidos.

Internamientos voluntarios o consentidos

Son, con mucha diferencia, los más frecuentes. Se establecen por contrato directo entre el paciente y el centro sanitario y que ambas partes pueden rescindir sin más. Es el que tiene lugar con el libre consentimiento del paciente, mentalmente competente, que pide que se le admita en un centro psiquiátrico o bien acepta y da su consentimiento a una propuesta de ingreso que le hace un psiquiatra.

El consentimiento al internamiento es verbal por regla general.

Es muy importante que el médico que realice un internamiento de este tipo tenga 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 (CP).

En este caso están la mayoría de los internamientos de tipo psiquiátrico que se realizan.

Si durante el internamiento voluntario el paciente tiene un empeoramiento que afecta la validez del consentimiento y solicita ser dado de alta, el médico que lo atiende debe, si considera que la falta de tratamiento conlleva el riesgo de ser gravemente perjudicial para su salud, transformarlo en involuntario y comunicarlo al juez.

Internamiento involuntario o no consentido

Se da en los casos en los que el paciente no tiene capacidad para otorgar un consentimiento válido, llevándose a cabo por decisión de otras personas distintas al enfermo mental. Está basado en criterios terapéuticos y está justificado cuando la desestabilización condiciona una situación de peligrabilidad evidente para el paciente o para los demás.

Competencia para decidir el internamiento

En cuanto al internamiento involuntario urgente, quien lo decide en primera instancia es el facultativo (art. 763.1 LEC), que tiene la “obligación” de hacerlo tras el correspondiente juicio clínico de adoptar la medida.

En relación con el internamiento involuntario ordinario, quien lo autoriza previamente es el juez del lugar donde reside el enfermo (art. 763.1 LEC).

Caso clínico

Motivo de ingreso el día 18/3/2019

Alteraciones conductuales con autolesiones.

Antecedentes

Mujer de 59 años, vecina de un pueblo de Asturias, donde vive con su hermana gemela. Soltera y sin hijos. Padres fallecidos. Regentó un kiosko y ahora está pensionada por enfermedad mental.

Alergias

Sin alergias medicamentosas conocidas.

Antecedentes familiares y personales

Sin interés

Antecedentes psiquiátricos y asistenciales

Hipercolesterolemia en tratamiento. No Diabetes Mellitus ni Hipertensión Arterial. No otros antecedentes médicos de interés. Seguimiento en su Centro de Salud Mental con diagnóstico de Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) donde realiza consultas frecuentes con su psiquiatra de referencia. Ha tenido antes tres ingresos en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica, el último en octubre de 2018.

Hábitos tóxicos

Niega hábitos tóxicos.

Medicación previa

Olanzapina 10 mg (1-1-0), Clomipramina 75 mg (2-0-2), Atorvastatina 20 mg (0-0-1).

Historia actual

Paciente que acude a Urgencias acompañada por su hermana para ingreso programado derivada por psiquiatra de referencia. Refiere mala evolución en las últimas semanas con presencia diaria de autolesiones, sobre todo en la cara y en una pierna, donde se ha realizado quemaduras voluntariamente con una plancha. Describe estos actos como

compulsiones para aliviar pensamientos intrusivos. Además acudieron en las semanas previas a un psiquiatra privado que propuso ingreso para inicio de tratamiento con clozapina.

Exploración del estado mental

Al ingreso: Consciente, orientada en las tres esferas, colaboradora y abordable. Ánimo bajo. Apatía y anhedonia. Tendencia a la clinofilia. Sentimientos de minusvalía y autodepreciación. Ansiedad somática e ideica. Discurso espontáneo, fluido y coherente, centrado en su malestar. Ideas obsesivas intrusivas con conductas autolesivas asociadas que describe con fines ansiolíticos y también autolíticos. No alteraciones sensorio-perceptivas ni ideación delirante. No hay agresividad hacia otras personas. Apetito conservado. Sueño fragmentado. Su capacidad de juicio crítico está conservada.

Exploraciones complementarias:

Se le hace una RM cerebral 5 de abril de 2019: Se identifican pequeñas lesiones puntiformes sugestivas de leucoencefalopatía de pequeño vaso de probable origen vascular. Estructuras centroencefálicas normales. Presenta una atrofia corticosubcortical mínima y dos pequeños infartos lacunares.

El día 29 de abril de 2019 se le hace un EEG basal en reposo.

La Estimulación Lumínica Intermitente no provoca respuestas anormales.

Conclusión: Trazado que muestra lentificación difusa leve sin claros paroxismos ni asimetrías.

Informe clínico de alta. Evolución y comentarios

Los primeros días la paciente está consciente, orientada, colaboradora, muy correcta en el trato.

Hablamos acerca de sus autolesiones: "mándamelo la cabeza". Cuando indago dice que oye la voz de otra persona (no la suya propia) que le manda que se haga daño. Sentimientos de autodepreciación personal "ye más ese bolígrafo que tiene usted que yo, esa baldosa... yo tengo que sufrir y tener dolores".

Como ya se había planteado con su psiquiatra habitual, se le pauta clozapina y firma el consentimiento informado.

Se muestra angustiada y verbaliza sentimientos de autodepreciación personal con frecuencia. Efectuamos ascenso gradual de clozapina.

Con el paso de los días presenta un cuadro de difícil filiación con marcada desorientación y conductas ocupacionales por lo que se solicita interconsulta al servicio de neurología que descarta cuadro tipificable desde su especialidad tras la realización de estudios y pruebas complementarias (incluida RM, EEG y punción lumbar).

Las alteraciones conductuales se mantienen a pesar de alcanzar niveles terapéuticos de clozapina, por lo que ante la falta de respuesta se decide su suspensión gradual.

Mantiene periodos de desorientación y labilidad fluctuante presentando a lo largo de su ingreso algún episodio puntual de autoagresividad.

A día de la fecha la paciente se muestra algo más tranquila, consciente, parcialmente desorientada en tiempo, orientada en espacio y persona. Niega alteraciones sensorio-perceptivas y no parece interceptada. Refiere encontrarse mejor de ánimo que en días previos y no presenta ideación ni intencionalidad autolítica ni heteroagresiva.

En resumen

Paciente que presenta un cuadro de alteraciones conductuales de evolución tórpida en los últimos meses, con periodos de desorientación y tendencia al llanto, que oscilan a lo largo del día. Inicialmente diagnosticada de Trastorno Obsesivo Compulsivo (ingresó por autoagresiones del tipo autoinfligirse quemaduras con la plancha en casa, lesionarse los brazos con un rallador de limón), se planteó la existencia de un compromiso psicótico, motivo por el que se instauró tratamiento con clozapina, con escasa respuesta, sumándose un empeoramiento, con desorientación y conductas ocupacionales que hacían pensar en un compromiso orgánico, si bien las sucesivas exploraciones y pruebas complementarias solicitadas por neurología no arrojaron resultados reseñables. Desde el ingreso ha presentado algún episodio puntual de autoagresividad y no es descartable que pueda presentarlos en un futuro.

Planteamos posibilidad de mantener ingreso hospitalario si bien la paciente quiere irse y su hermana desea que pueda ser alta hospitalaria, solicitando firmar ella el alta voluntaria, y así lo verbaliza en reunión con jefe de área la semana pasada, comprometiéndose a supervisarla pues hoy inicia periodo vacacional.

Diagnóstico principal

Trastorno obsesivo (F42, CIE-10).

Tratamiento

Psicoterapia

Fármacos:

Amitriptilina 25 MG (0-0-2).

Perfenazina 8 MG (0-0-1/2).

Lorazepam 5 MG (1-1-1).

Clometiazol (0-0-1-1).

Cardyl 20 mg. (0-0-1).

Lormetazepam 2 MG, un comprimido si precisa por insomnio.
Olanzapina 10 mg: un comprimido si angustia intensa.

Abordaremos el conflicto ético suscitado por la petición de alta voluntaria por un familiar cercano del paciente que estaba clínicamente inestable.

Siguiendo el método deliberador estructurado por Diego Gracia (Gracia D, 2007)

Problema ético

¿Debe darse el alta médica a esta paciente?

Valores en conflicto

- En este caso, como en tantos otros en medicina, un valor en juego es la salud e integridad física de la paciente, que el profesional tiene la obligación de proteger y promover.
- Pero frente a este valor, hay otro que es la voluntad de la paciente de abandonar el hospital y retornar a su casa.

Cursos extremos de acción

- El primer curso extremo de acción consiste en optar por la protección de la vida y la integridad física de la paciente, incluso en contra de su expresa voluntad de abandonar el centro hospitalario.
- En el extremo opuesto está el curso de acción que consiste en atender en exclusiva al otro valor en juego, la voluntad expresada por la paciente y su acompañante de abandonar el hospital

Cursos intermedios

- Evaluar la capacidad de la paciente para tomar este tipo de decisión
- Identificar los soportes de atención domiciliaria que se le pueden ofrecer
- Identificar los apoyos familiares o de allegados con los que se puede contar y que pueden ayudar a cuidar a la paciente en su domicilio
- Contactar con el médico de familia para coordinar el soporte domiciliario con el equipo de salud
- Evaluar el apoyo de servicios sociales

Curso óptimo elegido

Dado que en estos momentos no podemos aseverar que el mantenimiento del ingreso hospitalario vaya a suponer necesariamente una mejoría en la evolución de la paciente y su manifiesto deseo, tanto de la paciente como de su familia de interrumpir la hospitalización, nos planteamos una modificación del plan terapéutico, promoviendo el alta

hospitalaria con supervisión familiar y seguimiento intensivo domiciliario por parte de psiquiatría. Se reitera a la hermana que tiene disponibilidad de recibir asistencia psiquiátrica 24 horas a través del servicio de urgencias en caso de alteración conductual que no pueda ser manejable en domicilio, con opción de reingreso hospitalario si así lo requiriera.

Recibirá visita domiciliaria por parte de Equipo de Intervención en Crisis desde mañana a las 11:30 horas.

Epicrisis

En los últimos años en nuestro país ha aumentado la frecuencia de los ingresos hospitalarios relacionados con intentos de suicidio. El tratamiento involuntario de los trastornos mentales siempre ha sido controvertido y este aspecto puede ser particularmente sensible en casos de conducta suicida. De ahí la necesidad de investigar las variables que diferencian a individuos ingresados de manera voluntaria e involuntaria en caso de conducta suicida en la práctica real.

Pese a la alta frecuencia con que se producen estas situaciones hay muy poca bibliografía al respecto. En un interesante artículo que firman Velázquez Navarrete E. y Rojas Gutiérrez L. (2019) administran la escala Mac Arthur para valoración de la competencia de tratamiento (MacCAT-T) en un grupo de pacientes (n = 73) con conducta suicida y diferentes tipos de ingreso (voluntario e involuntario). Se evaluó también la severidad de los síntomas depresivos, el nivel de ideación e intención suicida y el *insight*.

Los resultados muestran que las variables que mejor discriminan son la puntuación en la escala MacCAT-T y el nivel de *insight*. A pesar de que la mayoría de los casos fueron adecuadamente clasificados con relación a la competencia que presentaban, los resultados muestran discrepancias en la modalidad de ingreso.

Concluyen los autores que a pesar de que esta situación puede deberse a errores en la interpretación de los criterios legales de internamiento involuntario o de la valoración de la competencia, es posible también que la complejidad de la conducta suicida haga necesario revisar los criterios clásicos de valoración de la capacidad para asegurar una base adecuada y de proponer instrumentos de valoración específicos para psiquiatras y médicos forenses.

Un ingreso voluntario se rige por la normativa general sin más. El problema puede surgir cuando un paciente ingresado voluntariamente (por razón de trastorno psíquico) pide el alta y los facultativos consideran que no está en condiciones de recibirla. En tal caso lo habitual es que quede ingresado involuntariamente por la vía del art. 763 de la LEC. Es decir, se produce la conversión del internamiento voluntario en internamiento involuntario usando la vía del internamiento de urgencia ya que el paciente ya está ingresado. Desde el momento en que se decide el cambio debe comunicarse en el plazo de 24 horas al Juzgado de Primera Instancia.

Asimismo, y en virtud de lo anteriormente expuesto, parece imprescindible dotar a los Servicios de Salud Mental de dispositivos de atención domiciliaria intensiva que puedan desplazarse y trabajar en el ámbito donde el paciente realiza su vida habitualmente, sobre todo, su domicilio.

Tanto los Equipos de Intervención en Crisis como los Equipos de Hospitalización domiciliaria suponen una excelente alternativa para llevar intervenciones terapéuticas que de otra forma solo sería posible realizar en régimen hospitalario y habitualmente de forma involuntaria.

La reducción de los ingresos involuntarios en régimen hospitalario es un parámetro importante en las guías de calidad en la asistencia psiquiátrica de la OMS. (WHO, 2019)

Los ingresos psiquiátricos hospitalarios suelen ser difíciles de sobrellevar. Tienen características diferenciales a los del resto del hospital y resultan inasumibles para muchos pacientes por distintas razones (Jones N, Gius BK, 2021). Y el domicilio del paciente es el lugar donde más se respetan los valores del paciente que entran en juego en la relación terapéutica, en este caso, su autonomía.

Es por ello que la aparición de dichos dispositivos clínicos, de carácter intensivo y móvil, resultan imprescindibles en un sistema de asistencia psiquiátrica moderno donde sea posible poner en marcha prestaciones de alta calidad sin poner en riesgo otros valores del paciente que, en ciertos estados psicóticos, carece de las habilidades pertinentes para cuidar de su salud o de su integridad física (Hoare F, Duffy RM, 2021).

Bibliografía

González Álvarez AM, Pérez Gómez L, García Martínez JA, Lago Machado E, Lanza Quintana E, Álvarez Alvargonzález N, Reyes Cortina MA, Rodríguez Turiel C, Martínez Jambrina JJ. (2021). COMUNICACIÓN ESCRITA: "Suicidios en Avilés. Equipo de Intervención en Crisis (EIC) y Protocolo de suicidio del Servicio de Salud del Principado de Asturias." Primer premio en Conducta Suicida. Congreso nacional Encuentros Nacionales en Psiquiatría: conducta suicida, (Sevilla, 2021).

Gracia D. (2007). Procedimientos de decisión en ética clínica, Ed. Triacastela.

Hoare F, Duffy RM (2021). The World Health Organization's Quality Rights materials for training, guidance and transformation: preventing coercion but marginalizing psychiatry. *Br J Psychiatry* 2021; 218: 240–2

Jones N, Gius BK, et al. (2021). Investigating the impact of involuntary psychiatric hospitalization on youth and young adult trust and help-seeking in pathways to care. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*[Epub ahead of print].

Vega Vega C. Bañón González RM; Fajardo Agustín A (2010). Internamientos psiquiátricos. Aspectos médico-legales. *Aten Primaria*. 2010; 42:176-82.

Velázquez Navarrete, E. y Gutiérrez Rojas, L.: “Competencia para decidir y tipo de internamiento en conducta suicida. De la teoría a la práctica”, *Revista Española de Medicina Legal*, núm. 4, 2019, pp. 136-142.

World Health Organization (2019). Quality Rights Materials for Training, Guidance and Transformation (<https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>).