

Consentimiento informado y hospitalización forzada en los TCA
Sanchez-Povedano, M.; Grau, Toni.; cañadas, M.; Del Castillo, M.; Turón V.
Fundación Instituto Trastornos Alimentarios (FITA)
Referencia: 428483603]

Resumen

Son conocidas las dificultades que tienen muchos profesionales para que sus pacientes con TCA acepten un ingreso hospitalario a pesar de ser informadas del riesgo y de la necesidad de esta hospitalización, en estas pacientes la capacidad para valorar los riesgos de su enfermedad y la necesidad de tomar medidas para atajar las más severas complicaciones en régimen hospitalario es mermada. La interpretación de la ley en los casos en que las personas enfermas de TCA deban ingresar no está suficientemente clara e ingresar a enfermo mediante una autorización judicial es un "Via Crucis" para muchas familias. En otras ocasiones una interpretación estricta del derecho a que el ingreso sea voluntario también puede interferir los ingresos hospitalarios.

La consideración, avalada por los marcadores clínico, de respuesta terapéutica y de seguimiento, ponen de manifiesto que la ausencia de conciencia de enfermedad, son un síntoma de la patología TCA y responsable de la negativa de muchas pacientes a ser tratadas y mucho menos ingresadas.

Se considera habitualmente que la falta de conciencia de enfermedad es por si misma un marcador de severidad y mal pronóstico, sin embargo una observación cuidadosa del curso de las pacientes que son ingresadas mediante una autorización judicial nos permite observar que no difiere esencialmente del de las pacientes que aceptaron el ingreso voluntariamente, con este propósito hemos comparado dos grupos de pacientes uno (A) que ingresó mediante una autorización judicial y otro (B) que lo hizo voluntariamente, fueron evaluados mediante los cuestionarios: EDI-2, SCL-90-R, BDI y ACTA.

Al ingreso y a los seis meses. El propósito de este trabajo es poner de manifiesto y demostrar que las pacientes que ingresan mediante la citada orden judicial no tienen peor pronóstico, que evolucionan de forma similar a las que lo hacen voluntariamente y por tanto reafirmarnos en que la ausencia de conciencia de enfermedad es un síntoma más de esta patología.

"Informed consent and forced hospitalization in the Eating Disorders (ED)"

Abstract

There are great difficulties for professionals to make their patients with ED accept the admission to hospital, despite being informed of the risks of their illness and the need for this admission.

These patients do not have the capacity to assume the risks of their disease and the need to solve the most severe complications during hospitalization.

The interpretation of the law in cases with patients suffering ED is not clear enough in our country. Admit a patient through a judicial authorization is a "Via Crucis" for many families.

In other occasions a strict interpretation of the legal right of a voluntary admission may also interfere with hospital treatment.

The consideration, backed by clinical markers of therapeutic outcome and follow-up show that the lack of awareness of the disease is a symptom of the ED and it is responsible for the refusal of many patients to be ambulatory

treated and, what is more, hospitalized.

It is believed that the lack of awareness of disease is by itself a marker of severity and poor prognosis, however the observation of the clinical course of patients who are admitted by a court authorization show that it does not differ essentially from that of patients who accepted admission voluntarily.

For this purpose we have compared two groups of patients: (A) 31 patients who went through a judicial authorization and (B) 31 patients who did so voluntarily. In both groups 90% were female with an average age of 22 years and a DS of 3.6 years, and they were diagnosed of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and EDNOS according Criteria DS-IV and ICD 10. they were evaluated with the questionnaires: EDI-2, SCL-90-R, BDI and ACTA, at their admission and at six months follow-up.

The purpose of this study is to demonstrate that patients admitted by court order do not have a worse prognosis, and that they progress in a similar way compared to those that do it voluntarily, and therefore reaffirm that the lack of awareness of disease is just one symptom of this disease that must be accepted as such and it should not interfere with the therapeutic process.

Introducción.

Los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades multideterminadas que se manifiesta en tres vertientes psicopatológicas: la física, la psicológica y la conductual, Son evidentes las severas complicaciones físicas de estos transtornos: la malnutrición con gran adelgazamiento, los trastornos electrolíticos y las complicaciones médicas o quirúrgicas asociadas con grave riesgo de vida. Desde el punto de vista conductual las personas enfermas de TCA presentan conductas de alto de riesgo unas son específicas del trastorno como las autoagresiones y tentativas de suicidio y otras son generales como el abuso de sustancias ilegales o el alcohol a más de conductas normales que en estas personas pueden ser peligrosas por la impulsividad asociada como son la conducción imprudente o las relaciones sexuales de riesgo.

En último lugar y no por eso menos importante esta la vertiente psicológica, la clínica TCA se manifiesta en esta área con alteraciones cognitivas alteradas relativas a la dieta, el peso o la figura a la par que presentan estados emocionales alterados y relaciones interpersonales perturbadas. Pero lo que es muy importante y vamos a tratar aquí por sus consecuencias terapéuticas es la conciencia de enfermedad, la gran mayoría a través de la clínica que auto-observan y del consejo médico asumen la conciencia de estar enfermos y aceptan los tratamientos, en la salud mental esto es más complejo ya que hay pacientes que carecen d conciencia de enfermedad pero también de capacidad de juicio para valorar su estado, en el caso que nos ocupa, los TCA, la mayoría de las personas afectadas tienen una conciencia de su trastorno limitado o carecen totalmente de este auto-conocimiento, aunque el resto de su capacidad de juicio está conservado. Pueden ser pacientes en riesgo que precisan con carácter urgente un tratamiento en hospitalización aunque este no sea voluntario. La ausencia de conciencia de enfermedad forma parte de la sintomatología de los TCA, por lo que no es un acto de libre albedrío el rechazar el ingreso y el tratamiento. La experiencia muestra como pacientes que rechazaban el tratamiento y el ingreso al efectuarse este mediante una autorización judicial y mejorar consienten

voluntariamente la continuación del tratamiento en régimen hospitalario al "recuperar" la conciencia de que están enfermos.

En nuestro país los internamientos psiquiátricos de acuerdo con los derechos constitucionales se regula por las leyes ordinarias: Códigos de Ética Médica, Código Penal, Código Civil y Ley General de Sanidad.

La Constitución de 1978 (i) establece que nadie puede ser privado de libertad ni obligado a un de terminado tratamiento médico, salvo que por disposición legal, que respetará las garantías establecidas en los tratados y acuerdos firmados por España, entre otros el Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales.

Para poder recibir un tratamiento médico es necesario que se formalice el llamado "consentimiento informado", se trata de un documento en que el paciente acepta el tratamiento propuesto tras conocer la información relativa al tratamiento y sus alternativas (1) (2) El consentimiento es un acto indelegable no regulado completamente por el código civil. La falta de capacidad del paciente para dar el consentimiento o para entender la información es una situación infrecuente pero no así la negativa a tratarse que si es mas frecuente en los pacientes que sufren de un TCA, la ley permite que los profesionales puedan tratar a pacientes sin su consentimiento, tratamientos indispensables, si hay riesgo vital (3), es aconsejable aunque no indispensable la consulta a la familia. Este internamiento preciso por el riesgo del paciente deberá ser en régimen de internamiento (4) y está regulado por Ley Orgánica y con las garantías suficientes. El derecho a la libertad que garantiza la Constitución Española y avala el Convenio de Roma puede suspenderse a favor de la salud y para prevenir complicaciones físicas graves que comprometen la vida del paciente, en estos casos el trastorno deberá cumplir criterios diagnósticos y que el paciente no este en condiciones físicas o psicológicas para decidir con "libertad" por si mismo.

Habitualmente dan dos circunstancias: una es que el paciente este en fuera del dispositivo hospitalario, en ese caso es preciso solicitar primero la autorización judicial y después ingresarlo, la segunda opción es que el paciente esté ingresado o se le pueda ingresar, en esta segunda situación ya se puede actuar médicamente y hay 24 para solicitar la citada autorización.

El Tribunal autorizará o denegará y este ingreso forzado es susceptible de recurso de apelación, los facultativos están obligados a informar de la necesidad del tratamiento y de la forma de actuar.

El ordenamiento jurídico acepta la autonomía del menor y da validez jurídica (5) de acuerdo con su grado de madurez y su capacidad para dar el consentimiento informado (6) en el caso de no ser capaz, deberá prevalecer la voluntad de la familia aunque habitualmente se solicita autorización judicial de internamiento. Se debe tener en cuenta la opinión de los menores de 12 años sin que esta opinión sea vinculante y a partir de los 16 años el consentimiento debería ser prestado directamente excepto en los casos de riesgo físico o psicológico importante. Ante las aparentes contradicciones de los diferentes derechos que parecen estar en conflicto obliga a los profesionales a analizar, interpretar y buscar la mejor solución en cada caso consultando siempre a la autoridad judicial.

Es necesario informar y escuchar atentamente ambas partes para que entiendan la relación entre la salvaguarda de la salud y las medidas aconsejadas y solicitadas por el médico.

Uno de los síntomas mas característicos de los TCA y especialmente en la AN es la ausencia de conciencia de enfermedad, esta situación supone una falta de capacidad de juicio para evaluar los riesgo de la situación del paciente, el consentimiento y la aceptación del tratamiento están influidos por la psicopatología y son un síntoma de la enfermedad por tanto negarse al tratamiento no es un ejercicio de libertad avalado por

la Constitución (7), es la verbalización de la clínica incapacitante de la persona enferma.

En paciente adulto y en menor maduro con un TCA que no acepte el tratamiento y sea imprescindible hacerlo, deben utilizarse especialmente los cauces legales y judiciales previstos.

Podemos concluir con:

1. El internamiento por enfermedad mental es una medida terapéutica extraordinaria, pero no obsoleta.
3. El internamiento deberá limitarse al trastorno o enfermedad que lo ocasionó.
4. Es necesario el control judicial en los internamientos involuntarios.
5. El paciente debe tener la posibilidad de ser escuchado personalmente o representado para ser informado de las condiciones del internamiento.
6. Las decisiones judiciales que se adopten relativas al internamiento deben ser tomadas en breve plazo.
7. Las restricciones a la libertad personal del paciente deben limitarse a las que sean necesarias y vinculadas a la situación psicopatológica y el proceso terapéutico.
8. El ingreso deberá estar determinado por la necesidad clínica que establecerá que es el marco hospitalario el más adecuado e imprescindible para abordar un tratamiento efectivo. Ante esta decisión médica se establecen dos situaciones, o el paciente acepta voluntariamente el ingreso o lo rechaza en función de su nula conciencia de enfermedad y de su situación de riesgo.

Las decisiones que se tomen en relación al ingreso involuntario están basadas en los principios legales.

Muestra:

La muestra está formada por dos grupos, el grupo A: formado por 28 pacientes de más de 16 años que requirieron ingreso mediante autorización judicial, de ellos solo uno era varón, de una edad media 22 años con una DS de 3,6 el Todo el grupo cumplía criterios de Anorexia Nerviosa según el DSM-IV, Cumplían criterio para trastornos comórbidos únicamente el 22% (ansiedad 40%; depresión 35%; Abuso de sustancias el 12%, Trastorno Obsesivo-Compulsivo el 2%; otros 10%). Eran estudiantes el 31,8% y desocupados el 68,2%.

El 41% presentaban rasgos de personalidad anómalo y si no cumplían criterios diagnósticos para un genuino trastorno de la personalidad era por razones de edad de un grupo de ellos menores de 18 años, aún así el 27,2% tenía rasgos compatibles con la personalidad límite y el 4,5% con el histriónico y el esquizoide.

El grupo B estaba formado por 28 paciente que no requirió autorización judicial para ingresar, era similar en edad 24,6 con una DS de 2.8; el 24% presentaban trastornos comórbidos (43% ansiedad; 41% depresión y el 17% abuso de sustancias).

El 46% presentaban rasgos de personalidad anómalo y por la misma razón que el grupo A los rasgos de personalidad, el 31% tenía rasgos compatibles con la personalidad límite y el 17% con el histriónico, un 6% presentaban rasgos de personalidad obsesiva. Estudiantes el 27% y desocupadas el resto.

Procedimiento

Ambos grupos eran de similares características: edad, sexo, psicopatología, diagnóstico y ocupación. Los dos grupos fueron evaluados al ingreso y a los seis meses mediante EDI-2, SCL-90-R, BDI y ACTA.

Se controlaron las constantes biológicas y se anotó la evolución del peso.

Los participantes fueron reclutados en una unidad especializada en trastornos de la conducta alimentaria. Sobre el grupo experimental pesaba una orden de ingreso forzoso. El grupo control firmó un contrato donde se especificaba la voluntariedad del

ingreso y el acuerdo con la normativa del mismo, así como del plan terapéutico. Ambos grupos firmaron un documento de consentimiento informado Para el análisis de datos se ha utilizado el paquete estadístico para Windows SPSS-11

Resultados

1/ EDI-2

Se realizaron para todas las subescalas un diseño factorial de un solo factor. A continuación se exponen las escalas en las que se observó un descenso significativamente mayor en el grupo experimental que en el control. Ambos grupos muestran puntuaciones por encima del umbral clínico excepto Obsesión por la delgadez en el grupo control y Bulimia en los dos grupos. Fig. 1 y Fig. 2.

EDI: Puntuación directa - Escala DT (Obsesión por la delgadez)

Orden	Media	N	Desv. típ.
SI	24,56	28	6,388
NO	18,63	28	6,833
Total	20,33	143	7,208

Figura 1.

Informe

EDI re-test 6 meses: Puntuación directa - Escala DT (Obsesión por la delgadez)

Orden	Media	N	Desv. típ.
SI	16,84	28	5,947
NO	15,13	28	5,530
Total	15,78	50	5,694

Figura 2.

Obsesión por la delgadez.

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Intercept	28419,221	1	28419,221	706,975	,000	,953
orden	203,005	1	203,005	5,050	,031	,126
Error	1406,941	35	40,198			

Figura 3



Figura 4.

En el momento del ingreso, las pacientes del grupo A obtienen puntuaciones significativamente superiores en esta escala [Figura 1]. En el conocimiento que, frecuentemente tienen estas pacientes de los programas de tratamiento, está implícito el hecho, de que dichos programas incorporan ineludiblemente un aumento ponderal. Un miedo más intenso a engordar, aumentaría la reticencia al ingreso voluntario.

Se observa que, a los seis meses de tratamiento [Figuras 2 y 3], las puntuaciones en esta subescala prácticamente se han igualado, obteniéndose para los dos grupos puntuaciones similares a personas sanas Fig. 4.

Desconfianza Interpersonal

EDI: Puntuación directa - Escala ID (Desconfianza interpersonal)

orden	Media	N	Desv. típ.
SI	18,52	28	4,134
NO	11,60	28	3,429
Total	15,06	56	3,780

Figura 5.

EDI re-test 6 meses: Puntuación directa - Escala ID (Desconfianza interpersonal)

Orden	Media	N	Desv. típ.
SI	4,58	19	3,437
NO	2,71	31	2,969
Total	3,42	50	3,252

Figura 6.

Tests of Between-Subjects Effects

Measure: invol

Transformed Variable: Average

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Intercept	11397,470	1	11397,470	397,756	,000	,919
orden	47,222	1	47,222	1,648	,008	,045
Error	1002,905	35	28,654			

Figura 7

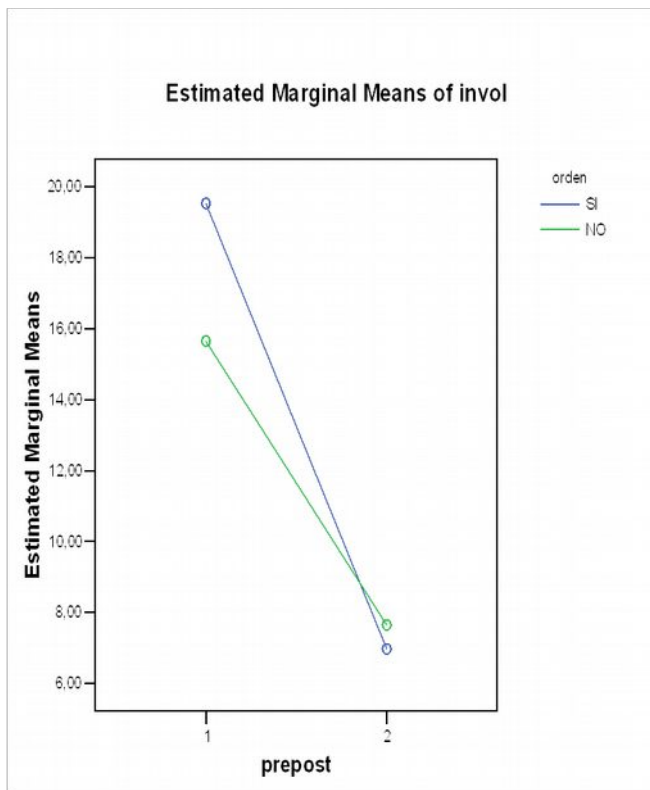


Figura 8

En el momento del ingreso, los pacientes del grupo xperimental A obtienen puntuaciones significativamente superiores[figura 5] para esta escala que el grupo control. Un mayor pensamiento suspicaz supone una menor confianza en la ayuda que pueden recibir de los distintos agentes sanitarios, a favor de la creencia de que toda acción que provenga de los demás es potencialmente dañina.

A los seis meses, el modelo predice un descenso a puntuaciones subclínicas de ambos grupos, sin que se encuentren diferencias significativas entre estos. [Figura 6,7 y 8]

Miedo a la madurez

	orden	Mean	Std. Deviation	N
EDI: Puntuación directa - Escala MF (Miedo a la madurez)	SI	25,00	2,314	28
	NO	24,10	3,360	28
	Total	24,55	2,831	56
EDI re-test 6 meses: Puntuación directa - Escala MF (Miedo a la madurez)	SI	13,81	3,132	28
	NO	13,62	3,626	28
	Total	13,715	3,379	56

Figura 9

Tests of Between-Subjects Effects

Measure: grupo

Transformed Variable: Average

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Intercept	27625,428	1	27625,428	82,060	,000	,651
orden	4,385	1	4,385	,013	,910	,000
Error	14812,485	44	336,647			

Figura 10

Figura 11

Al ingreso, el grupo experimental A obtiene puntuaciones significativamente superiores.[Figura 9] La escasa confianza en los propios recursos, el rechazo a la asunción de responsabilidades propias del mundo adulto, y por consiguiente, el temor a la separación del núcleo familiar, parecen ser características más asociadas al grupo con ingreso involuntario.

A los seis meses, ambos grupos igualan las puntuaciones por debajo del umbral clínico. [Figura 9,10 y 11]

ACTA

A ambos grupos se les aplicó el cuestionario de actitudes ante el cambio en los TCA (ACTA). El cuestionario ACTA elaborado y validado en nuestro medio (8) y mide el grado de motivación al cambio de las pacientes TCA.

Se realiza la prueba de X^2 para establecer la posible correlación entre tipo de ingreso y motivación al cambio al ingreso y a los seis meses.

Figura 12

		orden	Acta al ingreso
orden	Pearson Correlation	1	,244(*)
	Sig. (2-tailed)	.	,016
	N	28	28
Acta al ingreso	Pearson Correlation	,244(*)	1
	Sig. (2-tailed)	,016	.
	N	28	28

Figura 13

Al inicio del tratamiento, un porcentaje significativamente más elevado de pacientes del grupo de ingreso involuntario, B se situaron en la fase de Contemplación de Proschaska.[Figuras 12 y 13]

A los 6 meses la totalidad de las pacientes de este grupo B se situaron en la fase de cambio de acción sin que se apreciara diferencias significativas entre los dos grupos. [Figuras 14 y 15]

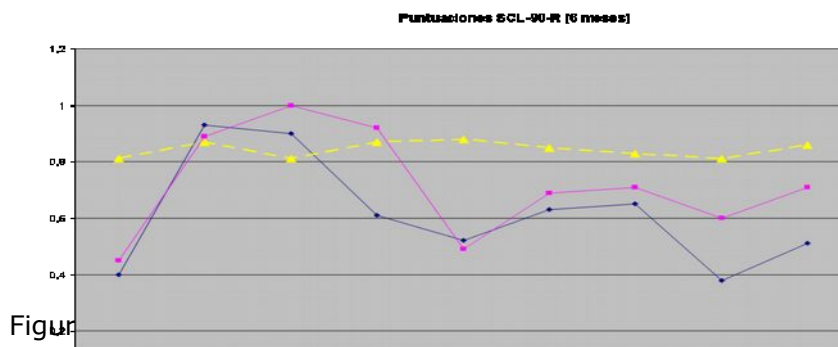
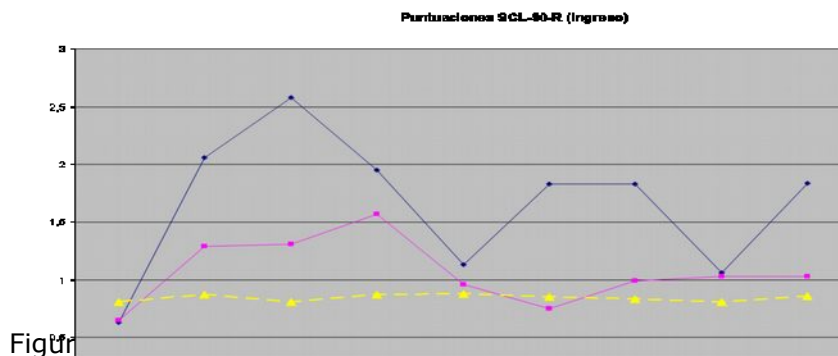
		tratamiento	Acta a los 6 meses- Introducir la fase con mayor puntuación
tratamiento	Pearson Correlation	1	,157
	Sig. (2-tailed)	.	,334
	N	28	28
Acta a los 6 meses- Introducir la fase con mayor puntuación	Pearson Correlation	,157	1
	Sig. (2-tailed)	,334	.
	N	28	28

* Figura 14

Figura 15

SCL-90-R

Se realizaron para todas las subescalas un diseño factorial de un solo factor. A continuación se exponen las escalas en las que se observó un descenso significativamente mayor en el grupo experimental A, que requirió orden judicial que en no la precisó el B.



Las puntuaciones descienden significativamente entre el ingreso y los seis meses. Todas las puntuaciones, excepto Obsesivo-compulsivo, Depresión, y Sensibilidad interpersonal se sitúan por debajo del umbral clínico. [Figuras 16 y 17]
El hecho de haber ingresado de forma involuntaria no afecta a este descenso en ninguna de las escalas.

Conclusiones

Podemos observar como el ingreso involuntario y efectuado mediante una orden judicial no es un factor de peor pronóstico y que la evolución de estas pacientes no es peor que el de las pacientes que aceptaron de buen grado el ingreso.

Debemos valorar la ausencia de conciencia de enfermedad, causa y raíz de la negación al ingreso, no una decisión libre y ejercicio de un derecho si no un síntoma de la enfermedad TCA.

Los resultados obtenidos nos hacen pensar en el ingreso involuntario como una buena estrategia para iniciar un tratamiento cuando el paciente se niega al ingreso. El temido "efecto traumático" que se atribuye a esta estrategia puede paliarse con un buen trabajo psicológico de aceptación y compromiso con su proceso de cambio.

Creemos que la normalización biológica, el entorno de la hospitalización y las intervenciones psicoterapéuticas son mas determinantes que el rechazo del tratamiento en una situación física crítica.

1. Artículo 10 del Código de Ética y Deontología Médica de la OMC. 1999
2. Artículo 4, 8 y 9 de la Ley 41/2002.
3. Artículo 9.2 Ley 41/2002
4. Artículo 9.4 del Código Ética y Deontología Médica de la OMC 1999.
5. Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor 1/1996 de 15 de Enero
6. Artículo 9.3.c. de la Ley 41/2002.
7. Artículo 17.1 de la Constitución Española de 6 de Diciembre. 1978.
8. Rodríguez-Cano, T; Beato-Fernández, L; Segura Escobar, E.: Influencia de la motivación en la evolución clínica de los trastornos del comportamiento alimentario. Actas Esp. Psiquiatr. 2006, 34, (4), 245-250.