

Hospitalización contra la voluntad en primeros episodios psicóticos: factores asociados

FIGUERIDO, J. L.; GUTIÉRREZ, M.*; MOSQUERA, E.; LALAGUNA, B. y GONZÁLEZ PINTO, A.

Servicio de Psiquiatría. Hospital Santiago Apóstol. Servicio Vasco de Salud-Osakidetza. Vitoria-Gasteiz. * Servicio de Psiquiatría. Hospital de Cruces. Baracaldo (Vizcaya).

Involuntary admission in first psychotic episodes: related factors

Resumen

Introducción: La mayoría de los ingresos involuntarios en las unidades de agudos corresponden a pacientes con trastornos psiquiátricos graves. El objetivo de este trabajo es determinar las características y factores asociados a los ingresos involuntarios de primeros episodios psicóticos no debidos a enfermedad médica.

Método: Se evalúan 61 primeros episodios psicóticos hospitalizados consecutivamente en una unidad de psiquiatría de un Hospital General. Se utilizó un protocolo que incluía la SCID, SCI-PANSS, criterios DSM-IV, historia clínica unificada, y las escalas PANSS y Phillips.

Resultados: Dos tercios de los pacientes ingresaron con autorización judicial de ingreso. De las variables estudiadas sólo se asoció significativamente con el ingreso involuntario la puntuación en la subescala positiva de la PANSS.

Conclusiones: Existe una alta proporción de ingresos involuntarios en pacientes con primer episodio psicótico. La involuntariedad de ingreso está en estrecha relación con la psicopatología, concretamente con los síntomas positivos.

Palabras clave: Psicosis. Psicopatología. Conciencia de enfermedad. Comorbilidad. Servicio de Urgencias.

Summary

Introduction: The great majority of involuntary admissions at acute hospital units are related to severe psychiatric diseases. The aim of this study is to determine which are the characteristics and associated factors in first psychotic episodes not due to medical illness.

Method: It had been evaluated, 61 first psychotic episodes hospitalised in a General Hospital Psychiatric Unit. It was used a protocol with the SCID, SCI-PANSS, DSM-IV criteria, unified clinical history, and PANSS, and Phillips scales.

Results: 67.2% of the patients were committed to the hospital. Only the PANNS positive subscale was significantly associated with the involuntary admission.

Conclusions: There is a high admission rate of involuntary inpatients with first psychotic episode. The involuntary admission is highly related to psychotic positive symptoms.

Key words: Psychosis. Psychopathology. Awareness of Illness. Insight. Comorbidity. Emergency Room Services.

Los pacientes considerados gravemente enfermos, o potencialmente agresivos, son a menudo hospitalizados de modo involuntario, y considerados susceptibles de recibir tratamiento de modo coercitivo (1), determinado, entre otros elementos, por la severidad del trastorno, ocupación de camas y personal disponible (2, 3). Este ingreso puede tener serias repercusiones no sólo sobre el futuro personal del paciente (4) sino también sobre el milieu del hospital (5), lo que nos debe hacer pensar siempre en elegir el método menos restrictivo posible (6).

Cabe recordar que el mero hecho de solicitar una autorización judicial de internamiento involuntario pone en marcha una cadena de acontecimientos legales de gran trascendencia para el paciente, ya que en base al artículo 211 de la ley 13/83 (7), cualquier internamiento

psiquiátrico debe significar el comienzo de los trámites de incapacitación (4). Sólo el conocimiento de los factores asociados al ingreso involuntario puede permitir modificar la atención psiquiátrica, a fin de evitar, en la medida que sea posible, este tipo de ingresos.

La finalidad del presente estudio es conocer la frecuencia de involuntariedad de ingreso en los primeros episodios psicóticos y analizar los factores asociados a los ingresos involuntarios.

MATERIAL Y MÉTODO

Se incluyeron en el estudio todos los pacientes diagnosticados de primer episodio psicótico –determinado por la presencia de delirios, alucinaciones, trastornos for-

TABLA I Características sociodemográficas

Variable	n	%
<i>Sexo</i>		
Hombre	44	70,90
Mujer	18	29,10
<i>Estado civil</i>		
Soltero	46	74,10
Casado	15	24,10
Otros	1	1,60
<i>Ocupación</i>		
Activo	26	41,90
Paro	7	11,20
Estudiante	19	30,60
Otros	10	16,10

males del pensamiento, y/o síntomas motores prominentes, en los distintos cuadros del DSM IV- (8) ingresados consecutivamente entre septiembre 1996 y marzo 1997 en el Servicio de Psiquiatría de un Hospital General.

El diagnóstico se hizo por dos de los psiquiatras incluidos en la investigación (JLF, AGP) utilizando la entrevista semiestructurada SCID (9).

No se admitieron pacientes con patología orgánica grave e inestable, cualquier tipo de trastorno mental debido a enfermedad médica, o diagnóstico de retraso mental.

Para la evaluación se empleó un protocolo elaborado expresamente para la investigación, y que incluía datos sociodemográficos, características de la enfermedad, ajuste premórbido sexual y social-personal determinados por la escala de Phillips (10) e historia familiar medida mediante el RDC familiar (RDC-FH) (11). La valoración de los síntomas positivos, negativos y psicopatología general fue realizada mediante la SCI de la PANSS (12) y la escala PANSS (13). Esta escala ha sido validada en nuestro medio (14). El uso/abuso de tóxicos se valoró en base a la entrevista SCID (9) y a las determinaciones de tóxicos en orina.

Los instrumentos de medida fueron utilizados por los dos evaluadores (AGP, JLF), que tuvieron un alto índice de concordancia (Kappa= 0,82).

Las asociaciones entre variables sociodemográficas, factores socioeconómicos características clínicas y voluntariedad de ingreso se determinaron mediante la Ji cuadrado para variables cualitativas y t-test para variables cuantitativas. Se realizó además una regresión logística buscando un modelo de variables relacionadas de forma independiente con la involuntariedad de ingreso.

El análisis estadístico se llevó a cabo mediante el paquete estadístico SPSS (15).

RESULTADOS

La edad media fue de 28,35 años, con un predominio de varones (70,9%), solteros (74,1%), en situación laboral activa (41,9%). El tiempo total de escolarización previa

TABLA II Características clínicas

Variable	n	%
<i>Diagnóstico ingreso</i>		
Trastorno psicótico breve	8	12,90
Trastorno esquizofreniforme	11	17,70
Tr. bipolar. Ep. maniaco único	13	20,90
Trastorno delirante	5	8,06
Tr. psicótico atípico/No especificado	2	3,20
Esquizofrenia	7	11,20
Trastorno psicótico por sustancias	16	25,80
<i>Consumo de sustancias</i>		
Ninguno	32	51,60
Cannabis	19	30,60
Anfetaminas	3	4,80
Opiáceos	1	1,60
Cocaína	0	0
Varios (alcohol + otros)	6	9,70
Benzodiazepinas	1	1,60
Alucinógenos	0	0

fue de 11,2 años. Un 40,3% de la muestra tenía antecedentes familiares de tratamiento psiquiátrico, y un 11,20% antecedentes de tentativa de suicidio previa. La puntuación obtenida refleja un buen ajuste premórbido, fue bajo tanto el sexual ($X=2,85$), como el social-personal ($X= 2,69$) (tablas I y II).

Respecto a la voluntariedad del ingreso un 67,7% de los pacientes ingresaron de modo involuntario. La única variable clínica asociada a la voluntariedad de ingreso es la puntuación en la subescala positiva de la PANSS (t-test= 2,89; P= 0,0054). En el modelo que se utilizó para la búsqueda de variables independientes asociadas a la involuntariedad del ingreso (tabla III), la puntuación de la subescala positiva de la PANSS continuó siendo la única variable asociada (t= 2,118; P= 0,039). En el resto de variables clínicas, sociodemográficas, ajuste premórbido y consumo de tóxicos no hubo diferencias significativas entre los pacientes psicóticos ingresados de forma voluntaria e involuntaria.

DISCUSIÓN

En nuestro trabajo un 67,7% de los pacientes ingresaron de modo involuntario. El ingreso hospitalario pocas veces es visto con entusiasmo por parte de los pacientes (16), a pesar de que se acompañe de una mejoría de su estado de salud. La psiquiatría es la especialidad en la que se realizan un mayor número de ingresos en contra de la voluntad. En Inglaterra 27.100 personas fueron ingresadas en contra de la voluntad en hospitales psiquiátricos entre los años 1998 y 1999, habiéndose producido un gran incremento de esta modalidad de ingreso en los últimos años (3). En algunos hospitales generales ingleses los ingresos involuntarios alcanzan el 60%. Sin embargo no necesariamente el ingreso involuntario es vivido al alta de forma negativa por parte del paciente. Un estudio

TABLA III Asociación entre voluntariedad de ingreso y variables cuantitativas

T Test					
<i>Variables</i>	<i>t-test</i>	<i>P</i>	<i>Variables</i>	<i>t-test</i>	<i>P</i>
Edad	1,1254	0,2650	PANSS-P	2,8902	0,0054*
Años educación	-1,3024	0,1978	PANSS-N	-0,2238	0,8237
Ajuste sexual	-0,3728	0,7106	PANSS-PG	1,5471	0,1272
Ajuste social	-0,1472	0,8835			

Regresión logística

Grupo de referencia («0»): 20 (ingresos voluntarios). Grupo respuesta: («1»): 40 (ingresos involuntarios). Log Likelihood: -29,992.

<i>Variable</i>	<i>Estimación</i>	<i>T-Ratio</i>	<i>P</i>	<i>Odds Ratio</i>	<i>Máximo</i>	<i>Mínimo</i>
Constante	2,383	1,701	0,089	-	-	-
Sexo	-1,002	-1,294	0,196	0,367	1,675	0,080
Intentos de suicidio	0,182	0,152	0,879	1,199	12,492	0,115
Laboral o académ. activo	-1,667	-1,520	0,129	0,189	1,621	0,022
Fumador	0,628	0,844	0,398	1,874	8,044	0,436
Solteros	-0,970	-1,208	0,227	0,379	1,830	0,079
Ingresados	-0,263	-0,290	0,772	0,769	4,543	0,130
Usa droga	-1,029	-1,107	0,268	0,357	2,209	0,058
PANSS P ≥ 28	2,252	2,773	0,006	9,506	46,683	1,936

Log Likelihood of constants only model = LL(0) = -38,191. $2*[LL(N)-LL(0)] = 16,398$ with 8 DOF, Chi-Sq P-Value = 0,037. McFadden's Rho-squared = 0,215.

reciente muestra que el 52% de los pacientes que consideraron que no necesitaban ingresar, cambiaron de opinión al cabo del tiempo (16).

Destaca la asociación entre el ingreso involuntario y la puntuación obtenida en la subescala positiva de la PANSS. Los síntomas positivos son los que se controlan mejor con psicofármacos, y es claro que la hospitalización asegura el cumplimiento terapéutico (17). Además, el malestar percibido durante la hospitalización se asocia a algunos síntomas positivos como delirios (18), incluso en mayor medida que a la involuntariedad del ingreso. Debemos tener en cuenta que es posible que el tiempo de la psicosis sin tratamiento puede asociarse a una peor evolución a largo plazo (19), aunque hay resultados contradictorios al respecto (20).

Nuestros resultados están en consonancia con la «teoría del gracias a usted» de Alan A Stone (21), que vincula la necesidad del tratamiento con la falta de competencia para aceptarlo, y con las directrices para la legislación de la hospitalización psiquiátrica de adultos de la American Psychiatric Association (22). Stone (21) establece un procedimiento de cinco pasos, cada uno de los cuales constituye un requisito, siendo necesario dar los cinco pasos antes de realizar un ingreso contra la voluntad. El primero de ellos es el diagnóstico. Se cumple cuando adquiere un grado de severidad, fácilmente demostrable en un primer episodio psicótico en el que predominan los síntomas positivos (delirios, alucinaciones, gran excitación, hiperactividad).

Encontramos una alta incidencia de comorbilidad, en especial del consumo de cannabis y nicotina. Este con-

sumo de tóxicos, junto a la baja cumplimentación del tratamiento, y la conducta violenta, son los principales indicadores de ingreso involuntario (23), si bien en nuestro trabajo la asociación no ha sido significativa (salvo que consideremos el comportamiento agresivo dentro de los síntomas positivos).

En conclusión, podemos afirmar que existe una alta proporción de ingresos involuntarios en pacientes con primer episodio psicótico y que la involuntariedad de ingreso está en estrecha relación con la psicopatología, concretamente con la gravedad de los síntomas positivos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Catalano RA, MC Connell W. A time series test of the quarantine theory of involuntary commitment. *J Health Soc Behav* 1996;37:381-7.
2. Poulsen HD, Munk-Jorgensen P, Aggernaes KH. The use of involuntary commitment and other compulsory treatment in psychiatry. A study of registered compulsory treatment, physical restraint and the use of physical force (abstract). *Ugeskr Laeger* 1996;158:5303-7.
3. Farnham FR, James DV. Patients' attitudes to psychiatric hospital admission. *Lancet* 2000;355:594.
4. Cabrera Forneiro J, Fuertes Rocañin JC. La enfermedad Mental ante la Ley. Madrid: ELA; 1994.
5. Hoge SK, Appelbaum PS, Lawlor T, Beck JC, Litman R, Gree A, et al. A prospective, multicenter study of patients refusal of antipsychotic. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:949-56.

6. Etchells E, Sharpe G, Dykeman MJ, Meslin EM, Singer PA. Bioethics for clinicians: 4 voluntaries. *Can Med Assoc J* 1996;155:1083-6.
7. Código Civil. Pamplona: Aranzadi; 1997.
8. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 4ª edición. DSM IV. Barcelona: Masson; 1997.
9. First M, Spitzer R, Gibbon M, Williams JB. SCID-I. Structured clinical interview for DSM-IV axis 1 Disorders. American Psychiatric Press; 1997.
10. Harris JG. An abbreviated form of the Phillips rating scale of premorbid adjustment in schizophrenia. *J Abnorm Psychiat* 1975;84:129-37.
11. Endicott J, Andreasen NC, Spitzer RL. FH-RDC. Criterios diagnósticos de investigación. Historia familiar. Versión castellana por Humbert MS. Barcelona: Instituto de Medicina Psicológica.
12. Opler LA, Kay SR, Lindenmayer JP, Fiszbein A. Structured clinical interview for the positive and negative syndrome scale. Toronto: SCI-PANSS. Multi-Health Systems; 1992.
13. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987;13:261-76.
14. Peralta Martín V, Cuesta Zorita MJ. Validación de la escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1994;22:171-7.
15. Norusis MJ. SPSS/PC + v20. Base manual. Chicago: Spss Inc; 1988.
16. Gardner W, Lidz C, Hoge S, Monahan J, Eisenberg M, Bennett N, et al. Patients, revisions of their beliefs about the need for hospitalization. *Am J Psychiatry* 1999;156:1385-991.
17. Figuerido JL. Valor pronóstico de los síntomas positivos/negativos y trastornos del pensamiento en la esquizofrenia. Tesis Doctoral. Universidad del País Vasco; 1995.
18. Meyer H, Taiminen T, Vuori T, Aijala A, Helenius H. Posttraumatic stress disorder symptoms related to psychosis and acute involuntary hospitalization in schizophrenic and delusional patients. *J Nerv Ment Dis* 1999;187:343-52.
19. Kissling W, Fleischhacker WW, Helmchen H. *Pharmacopsychiatry* 1992;25:69-71.
20. Ho BC, Andreasen NC, Flaun M, Nopoulos P, Miller D. Untreated initial psychosis: its relation to quality of life and symptom remission in first-episode schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2000;157:808-15.
21. Beck JC, Golowka EA. A study of enforced treatment in relation to Stone's «Thank you» theory. *Behav Sci Law* 1988;6:559-66.
22. American Psychiatric Association. Guidelines for legislation on the psychiatric hospitalization of adults. En: *Issues in Forensic Psychiatric*. Washington: American Psychiatric Press; 1984. p. 53-4.
23. Torrey EF. Violent behavior by individuals with serious mental illness. *Hosp Community Psychiatry* 1994;45:653-62.

Correspondencia:
Juan Luis Figuerido Poulain
Servicio de Psiquiatría
Hospital Santiago Apóstol
Olaguibel, 29
01004 Vitoria-Gasteiz
E-mail: jfiguerido@sscc.osakidetza.net