



UNIVERSIDAD DE MURCIA
ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO
TESIS DOCTORAL

Criterios para el internamiento y hospitalización involuntaria
por situación de emergencia psiquiátrica

D. Noe Vizcarra Villegas

2024



UNIVERSIDAD DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

TESIS DOCTORAL

Criterios para el internamiento y hospitalización involuntaria
por situación de emergencia psiquiátrica

Autor: D. Noe Vizcarra Villegas

Director: D Eduardo Javier Osuna Carrillo de Albornoz



DE CLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD DE LA TESIS PRESENTADA PARA OBTENER EL TÍTULO DE DOCTOR Aprobado por la Comisión General de Doctorado el 19-10-2022

D./Dña. Noé Vizcarra Villegas

doctorando del Programa de Doctorado en Bioderecho: Bioética, Salud y Derechos Humanos.

de la Escuela Internacional de Doctorado de la Universidad Murcia, como autor/a de la tesis presentada para la obtención del título de Doctor y titulada:

Criterios para el internamiento y hospitalización involuntaria por situación de emergencia psiquiátrica

y dirigida por, D./Dña. Eduardo Javier Osuna Carrillo de Albornoz

D./Dña. [Redacted]

D./Dña. [Redacted]

DE CLARO QUE:

La tesis es una obra original que no infringe los derechos de propiedad intelectual ni los derechos de propiedad industrial u otros, de acuerdo con el ordenamiento jurídico vigente, en particular, la Ley de Propiedad Intelectual (R.D. legislativo 1/1996, de 12 de abril, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Propiedad Intelectual, modificado por la Ley 2/2019, de 1 de marzo, regularizando, aclarando y armonizando las disposiciones legales vigentes sobre la materia), en particular, las disposiciones referidas al derecho de cita, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones.

Si la tesis hubiera sido autorizada como tesis por compendio de publicaciones o incluyese 1 o 2 publicaciones (como prevé el artículo 29.8 del reglamento), declarar que cuenta con:

- La aceptación por escrito de los coautores de las publicaciones de que el doctorando las presente como parte de la tesis.
En su caso, la renuncia por escrito de los coautores no doctores de dichos trabajos a presentarlos como parte de otras tesis doctorales en la Universidad de Murcia o en cualquier otra universidad.

Del mismo modo, asumo ante la Universidad cualquier responsabilidad que pudiera derivarse de la autía o falta de originalidad del contenido de la tesis presentada, en caso de plagio, de conformidad con el ordenamiento jurídico vigente.

En Murcia, a 29 de Julio de 2024

Fdo.:

Handwritten signature of Noé Vizcarra Villegas

NOÉ VIZCARRA VILLEGAS
MEDICO PSIQUIATRA
CIMP: 42405 RME: 49156

Esta DECLARACION DE AUTORIA Y ORIGINALIDAD debe ser presentada en la primera página de la tesis presentada para la obtención del título de Doctor.

Table with 2 columns: Field (Responsable, Legitimación, Finalidad, Destinatarios, Derechos) and Content (Universidad de Murcia, Legitimación por la Universidad de Murcia, etc.)

**El paciente con su “Yo”,
puede pensar sentir o decir:
“Lo necesito como experto”, “Él debe saber”.
o lo mejor: “Él me comprende”.**

**El médico con su “Yo”,
piensa, siente o dice: “Es un hombre que sufre”.
“Es un caso”, o lo mejor:
“Es mi paciente”.**

Agradecimientos

En primera instancia y no puede ser de otra manera al Dr. Eduardo Osuna Carrillo de Albornoz, por su apoyo y dedicación como tutor y director, con la que me ha acompañado estos años, sus enseñanzas me mostraron el sendero y me dieron un horizonte para el desarrollo de la presente tesis.

Al Hospital “Víctor Larco Herrera” y sus autoridades por abrirme sus puertas, darme acceso y facilidades para la ejecución de la presente investigación.

A los médicos psiquiatras del Hospital “Víctor Larco Herrera” por su participación y colaboración desinteresada en brindarme toda la información, sobre sus conocimientos y experiencias respecto del internamiento involuntario de pacientes en situación de emergencia psiquiátrica.

A la Universidad de Murcia, por abrirme sus claustros y brindarme la oportunidad de cumplir un bello sueño, de desarrollar mi pasión por el derecho, la salud y los derechos humanos.

ABREVIATURAS

APA: Asociación Americana de Psiquiatría

CIE 10: Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS

DS: Decreto Supremo

ESSALUD: Seguro Social de Salud, Perú

HVLH: Hospital Víctor Larco Herrera, Lima, Perú

INS: Instituto Nacional de Salud, Perú

LSM: Ley de Salud Mental, Perú

MINSA: Ministerio de Salud, Perú

OEA: Organización de Estados Americanos

ONU: Organización de las Naciones Unidas

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

STC: Sentencia del Tribunal Constitucional, Perú

SUSALUD: Superintendencia Nacional de Salud, Perú

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	9
OBJETIVOS	13
Objetivo general	13
Objetivos específicos	13
ESTRUCTURA	14
PRIMERA PARTE	16
INTERNAMIENTO Y HOSPITALIZACIÓN INVOLUNTARIA DE PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL	16
CAPÍTULO I	17
RELACIÓN DEL MÉDICO CON PACIENTES CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL	17
CAPÍTULO II	29
CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL	29
2.1. Consentimiento Informado	29
2.2. Importancia de proporcionar información precisa, suficiente y comprensible al paciente:.....	36
2.3. Obligación de informar al paciente: ética y legal	41
2.4. Consentimiento informado en personas con problemas de salud mental	48
2.5. Condiciones psiquiátricas que afectan la emisión del consentimiento informado	54
2.5.1. Síndromes psicóticos	60
2.5.2. Trastornos del humor	64
2.5.3. Trastornos mentales orgánicos	66
2.5.4. Trastornos mentales y del comportamiento por consumo de sustancias psicoactivas.....	67
2.5.5. Trastornos de la conducta alimentaria	68
2.5.6. Trastornos de personalidad	69

CAPÍTULO III.....	70
INTERNAMIENTO Y HOSPITALIZACIÓN INVOLUNTARIA DE PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL	70
3.1. Internamiento y hospitalización involuntaria.....	70
3.2. Criterios y procedimientos legales para el internamiento y hospitalización involuntaria en América Latina y España	77
3.2.1. Organización de las Naciones Unidas (ONU)	77
3.2.2. México.....	79
3.2.3. Colombia	80
3.2.4. Chile.....	81
3.2.5. Argentina.....	82
3.2.6. Uruguay.....	83
3.2.7. Brasil	84
3.2.8. España	86
3.3. Sentencias del Tribunal Constitucional Peruano sobre internamiento involuntario de personas con problemas de salud mental.....	93
CAPÍTULO IV.....	110
EMERGENCIA Y URGENCIA PSIQUIÁTRICA.....	110
4.1. Concepto emergencia psiquiátrica	110
4.2. Diferencias entre crisis, urgencia y emergencia psiquiátrica.....	114
4.3. Objetivos de la atención de emergencia psiquiátrica	119
4.4. Características de la atención de emergencia psiquiátrica	121
4.5. Clasificación de las emergencias psiquiátricas	123
CAPITULO V.....	136
CRITERIOS CLÍNICOS PARA INTERNAMIENTOS Y HOSPITALIZACIONES INVOLUNTARIAS EN EMERGENCIAS PSIQUIÁTRICAS	136
5.1. Características clínicas de personas con problemas de salud mental internadas de forma involuntaria	136
5.2. Criterios clínicos para internamiento y hospitalizaciones involuntarias por situaciones de emergencia psiquiátrica.....	149
 SEGUNDA PARTE	 162
METODOLOGÍA Y RESULTADOS	162

ASPECTOS METODOLÓGICOS	162
Diseño metodológico.....	162
Procedimiento de recogida de datos	164
Procesamiento y análisis de datos	164
Aspectos éticos	165
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	166
Objetivo específico N° 01:	166
Describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes en los casos de internamiento involuntario por situación de emergencia psiquiátrica, en el Hospital “Víctor Larco Herrera”, Lima – Perú, durante el periodo de enero a diciembre 2022.....	166
Objetivo específico N° 02:	177
Determinar los criterios que han sido tenidos en cuenta por los médicos psiquiatras del Hospital “Víctor Larco Herrera”, para el internamiento y hospitalización involuntaria de pacientes en situación de emergencia psiquiátrica	177
Objetivo específico N° 03:	195
Determinar si los criterios utilizados por los médicos psiquiatras, para el internamiento y hospitalización involuntaria por situación de emergencia psiquiátrica, son conformes a los principios éticas y a las normas legales nacionales e internacionales que regulan esta situación.	195
CONCLUSIONES	211
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	214
ANEXOS	239

Dedicatoria

A mis hijos Daniel Alejandro y Sophía Danna

A mi esposa Ruth, por acompañarme y ayudarme a construir los sueños

A mis padres Isaura y Ladislao, mi hermano Fredy, pues ellos desde muy niño me enseñaron el camino de la verdad, el estudio, la superación, la disciplina, la perseverancia, la honestidad y la integridad

RESUMEN

Introducción: Según la OMS los problemas de salud mental constituyen graves problemas de salud pública y se encuentran en serio incremento. Para el manejo de estos problemas, un recurso terapéutico transitorio es el internamiento y la hospitalización psiquiátrica sin el consentimiento del paciente, lo cual implica la afectación del derecho fundamental a la libertad personal, por lo que es de vital importancia conocer cuáles son los criterios que consideran los médicos psiquiatras para restringir este derecho fundamental, especialmente si nos encontramos ante un grupo de personas vulnerables, máxime, si de acuerdo a la Convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad, las personas con discapacidad mental tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones que las demás personas en todos los aspectos de la vida.

Objetivos: Analizar los aspectos médicos y legales del ingreso y de la hospitalización involuntaria urgente por razones de trastorno psíquico en el Servicio de Emergencia del Hospital “Víctor Larco Herrera” de Lima – Perú, durante el año 2022. Los objetivos específicos son describir las características sociodemográficas, clínicas y circunstancias que motivaron el internamiento involuntario y analizar si los criterios que han sido tenidos en cuenta por los médicos psiquiatras para el internamiento y hospitalización involuntaria se adecúan a los principios éticos y a las normas legales que regulan esta situación.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio cuantitativo, observacional, transversal, analítico y retrospectivo. La población de nuestro estudio fue la totalidad de pacientes internados u hospitalizados en el Servicio de Emergencia del Hospital “Víctor Larco Herrera”, durante el año 2022 (n = 706), así como los médicos psiquiatras y médicos residentes de psiquiatría del citado Servicio (n = 30). Para el proceso de recogida de datos se analizaron las historias clínicas de los pacientes y se administró una encuesta a los médicos encargados del internamiento.

Resultados: El 61,76% de los pacientes internados son mujeres. Hay que destacar que en el 8.36% de los casos los pacientes eran menores de edad y en el 89.38% de las ocasiones los usuarios fueron internados y hospitalizados de forma involuntaria o sin su consentimiento. La etiología más frecuente es la esquizofrenia paranoide (33,14%), seguida del trastorno de la personalidad emocionalmente inestable (8,78%) y el trastorno bipolar, episodio actual maníaco con síntomas psicóticos (7,79%). El 52.30% de los pacientes tuvieron una permanencia hospitalaria de entre 4 a 10 días. Hay que destacar que el 5.10% de los internamiento y hospitalizaciones, no cuentan con consentimiento para el internamiento y la hospitalización otorgado por el propio paciente o su representante legal. En los pacientes con esquizofrenia los criterios utilizados para el internamiento son la violencia previa y/o antecedentes de conducta antisocial (16,67%) y la ideación violenta pasada o presente (16,67%).

Conclusiones: La hospitalización y el internamiento involuntario son medidas terapéuticas excepcionales. En la actualidad no existen criterios médicos unívocos y universales para cada tipo de trastorno mental, claramente establecidos para proceder el internamiento u hospitalización involuntaria. En nuestro estudio los criterios más utilizados fueron los criterios legales establecidos en la ley de salud mental peruana, y los menos valorados fueron los indicadores de peligro, pues según la legislación peruana el internamiento y la hospitalización se debe realizar sin discriminación atribuida a peligrosidad o a otros prejuicios propios de la estigmatización hacia las personas con problemas de salud mental.

Palabras clave: Urgencia psiquiátrica; Internamiento involuntario; Consentimiento informado; Relación médico paciente.

ABSTRACT

Introduction: According to the WHO, mental health problems constitute serious public health problems and are on the rise. For the management of these problems, a temporary therapeutic resource is psychiatric confinement and hospitalization without the patient's consent, which affects the fundamental right to personal freedom. For this reason, it is vitally important to know what criteria psychiatrists consider restricting this fundamental right, especially if we are dealing with a group of vulnerable people, and according to the International Convention on the Rights of Persons with Disabilities, people with mental disabilities have legal capacity on equal terms with other people in all aspects of life.

Aims: The general objective is to analyse the medicolegal aspects of urgent involuntary admission and hospitalization for reasons of mental disorder in the Emergency Service of the "Víctor Larco Herrera" Hospital in Lima – Peru, during the year 2022. The specific objectives are to describe the sociodemographic and clinical characteristics and the circumstances that led to involuntary confinement and to analyse whether the criteria that psychiatrists have considered for involuntary confinement and hospital admission comply with the ethical principles and legal regulations.

Material and methods: A quantitative, observational, cross-sectional, analytical and retrospective study has been carried out. The population of our study was the total of the patients admitted or hospitalized in the Emergency Department of the "Víctor Larco Herrera" Hospital, during the year 2022 (n = 706), as well as the psychiatrists (n = 30). For the data collection process, the patients' medical records were analysed, and a survey was administered to the doctors.

Results: 61.76% of the patients are women. It should be noted that in 8.36% of cases the patients were minors and in 89.38% of cases the users were admitted and hospitalized involuntarily or without their consent. The most frequent aetiology is paranoid schizophrenia (33.14%), followed by emotionally unstable personality disorder (8.78%) and bipolar disorder with psychotic symptoms

(7.79%). 52.30% of patients had a hospital stay of between 4 and 10 days. It should be noted that 5.10% of admissions and hospitalizations do not have consent for admission and hospitalization given by the patient themselves or their legal representative. In patients with schizophrenia, the criteria used for admission are previous violence and/or a history of antisocial behaviour (16.67%) and past or present violent ideation (16.67%).

Conclusions: Hospitalization and involuntary commitment are extraordinary therapeutic measures. Currently, there are no clear and universal medical criteria for each type of mental disorder, clearly established for involuntary confinement or hospitalization. In our study, the most used criteria were the legal criteria established in the Peruvian mental health law, and the least valued were the indicators of dangerousness. According to Peruvian legislation, confinement and hospitalization must be carried out without discrimination attributed to dangerousness or other prejudices inherent in the stigmatization of people with mental health problems.

Keywords: Psychiatric emergency; Involuntary commitment; Informed consent; Doctor-patient relationship.

INTRODUCCIÓN

La salud mental es un proceso dinámico de bienestar, que comprende, los problemas psicosociales que son las dificultades generadas por la alteración de la estructura y dinámica de las relaciones entre las personas o entre estas y su ambiente; así como los trastornos mentales y del comportamiento, que son las condiciones mórbidas que sobrevienen en una determinada persona, afectando en intensidades distintas y variables el funcionamiento de la mente y del comportamiento, el organismo, la personalidad y la interacción social, de forma transitoria o permanente¹.

Actualmente, a nivel mundial los problemas de salud mental constituyen uno de los retos más importante para la salud pública, ya que cada vez se encuentran en aumento, pues se calcula que uno de cada cuatro personas presentará problemas de salud mental a lo largo de su vida, asimismo, aproximadamente un millón de personas se quitan la vida cada año de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS); tal es así que, cada 40 segundos ocurre un suicidio, que representa en las personas de entre 15 a 29 años, la segunda causa de muerte, generando diversas repercusiones a nivel familiar, social y económico².

A fin de enfrentar este problema de salud pública global, según la OMS³, los sistemas de salud en todas partes del mundo deben realizar enormes desafíos para poder brindar atención y proteger los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental, en un marco donde los recursos sanitarios disponibles son finitos, no están distribuidos de manera equitativa y se usan de modo ineficiente, afectando de esta forma, el principio bioético de la justicia distributiva.

Igualmente, este organismo internacional señala que teniendo en cuenta que una de cada cuatro personas está o estará afectada por un padecimiento mental a lo largo de su vida, la red de servicios de salud deberá contar con instrumentos para su atención; y uno de ellos son los servicios de emergencias psiquiátricas, ya que la intervención oportuna y adecuada en las urgencias de salud mental resulta decisiva para definir la evolución del problema psicosocial o del trastorno mental y del

comportamiento; pues un abordaje adecuado y oportuno de la emergencia psiquiátrica que incluya aspectos de cuidado y de promoción de las personas, puede facilitar que la crisis resulte en una oportunidad para favorecer el bienestar emocional y las condiciones de vida preexistentes⁴.

En este momento el Perú cuenta con tres establecimientos de salud especializados en atención de problemas de salud mental, como son el Hospital “Hermilio Valdizán”, el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”, y el Hospital “Víctor Larco Herrera”; los mismos que se encuentran en la capital Lima, y que cuentan con servicios de emergencia de funcionamiento permanente para la atención de todo tipo de urgencias y emergencias psiquiátricas.

El Hospital “Víctor Larco Herrera” es un hospital especializado en la atención psiquiátrica y en la promoción de la salud mental, adscrito a la Dirección Redes Integradas de Salud Lima Centro, cuyo objetivo principal es la de lograr la recuperación de la salud mental y la rehabilitación de los deterioros, discapacidades y minusvalías de los pacientes, en condiciones de oportunidad, equidad, calidad y plena accesibilidad, en Consulta Externa, Salud Mental Comunitaria, Hospitalización y Emergencia.

El Servicio de Emergencia del Hospital “Víctor Larco Herrera”, es la unidad orgánica encargada de realizar tratamiento médico de emergencia proporcionando permanentemente la oportuna atención de salud, a todas las personas cuya vida o salud mental se encuentre en grave riesgo o severamente alterada; siendo sus objetivos principales la de proporcionar atenciones psiquiátricas de emergencia a toda persona que acuda en su demanda durante las 24 horas del día, así como de realizar la evaluación y tratamiento de pacientes en situación de emergencia o grave compromiso de la salud mental y de la vida, iniciando sus acciones desde el ámbito prehospitalario e integrado a las acciones hospitalarias, en estrecha coordinación y cooperación con el equipo multidisciplinario de la salud mental y en el ámbito de su competencia.

En el servicio de emergencia de este hospital, según la Oficina de Estadística e Informática y el Avance de Metas Físicas, en los años 2020, 2021 y 2022, los diez problemas de salud mental con mayor número de atenciones fueron:

N°	Diagnóstico	Código CIE 10	N° de casos		
			2020	2021	2022
1	Esquizofrenia	F20	1211	1535	1326
2	Trastornos de ansiedad	F41	1035	878	815
3	Trastornos específicos de la personalidad	F60	523	559	704
4	Episodio depresivo	F32	445	515	566
5	Trastorno afectivo bipolar	F31	419	473	505
6	Trastornos psicóticos agudos y transitorios	F23	372	157	152
7	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas	F19	218	249	274
8	Trastornos mentales debidos a lesión y disfunción cerebral	F06	145	250	208
9	Reacción al estrés grave y trastornos de adaptación	F43	148	137	144
10	Trastorno obsesivo - compulsivo	F42	134	150	150

Para proporcionar atenciones psiquiátricas a tal número de usuarios, el Servicio de Emergencia del Hospital “Víctor Larco Herrera”, cuenta con una moderna infraestructura y está ubicado en la Avenida El ejército N° 600, Magdalena del Mar, Lima, con acceso directo sobre la citada arteria. Para la hospitalización e internamiento este servicio cuenta con dos salas de observación, una sala para varones y otro para mujeres, cada uno con seis camas. Asimismo, el equipo de profesionales de salud mental está conformado por especialistas en psiquiatría, enfermería, psicología, servicio social, y otros, capacitados para realizar atenciones de emergencias psiquiátricas.

Varios de estos problemas de salud mental con mayor número de atenciones en el Servicio de Emergencia del Hospital “Víctor Larco Herrera”, pueden descompensarse y requerir un tratamiento hospitalario inmediato, además de evolucionar clínicamente con afectación de la voluntad, la capacidad, autonomía y la competencia, situación que afecta la toma de decisiones del paciente y la

comprensión de la información que se le otorga, así como, la capacidad de aceptar o rechazar las medidas terapéuticas que requieren, incluyendo la necesidad de internamiento y hospitalización.

Siendo así, se hace necesario realizar el ingreso del paciente en un establecimiento de salud para recibir atención especializada, sin previa aceptación expresa del paciente, por tratarse de una emergencia psiquiátrica, donde el médico especialista decide si se requiere o no el internamiento, debido a que la vida del paciente corre inminente peligro, y a fin de evitar secuelas invalidantes o consecuencias fatales así como para garantizar el derecho a la vida y la salud del usuario de servicio de salud; situación que afecta la facultad de las personas de autodeterminarse y adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de éstas y respetando la autonomía de los demás, expresado a través del principio de autonomía y el derecho fundamental a la libertad.

En Perú, el ingreso de un usuario de servicio de salud en un establecimiento de salud en estas circunstancias puede ejecutarse a través del internamiento involuntario, que es el proceso por el cual el paciente en una situación de emergencia psiquiátrica es ingresado a un establecimiento de salud para recibir atención inmediata y específica por un periodo no mayor de doce horas; o mediante la hospitalización involuntaria, que es el proceso por el cual el usuario de servicio de salud es ingresado a un establecimiento de salud para recibir cuidados necesarios con fines de diagnóstico o terapéuticos, que requieran permanencia y necesidad de soporte asistencial por más de doce horas⁵.

El internamiento y hospitalización psiquiátrica involuntaria, es decir, sin el consentimiento o contra la voluntad del paciente, es una cuestión muy controvertida, ya que afecta el derecho humano a la libertad, la dignidad y la autodeterminación; el internamiento y hospitalización psiquiátrica debe ser ante todo voluntaria, es decir, con el consentimiento del paciente, siendo el ingreso involuntario el último recurso para proteger la vida, la integridad física y psicológica del paciente o de otras personas, así como para evitar graves secuelas físicas o psíquicas; por lo que, una cuestión fundamental es determinar cuándo un médico puede optar por el internamiento y hospitalización involuntaria, donde los límites son difusos y existen

pocos elementos objetivos para tomar esta decisión; además, la literatura médica sobre los criterios de indicación y el impacto de la hospitalización involuntaria es escasa.

Generalmente los internamientos y hospitalizaciones involuntarias están relacionadas con urgencias psiquiátricas tales como la psicosis y la gravedad de la enfermedad, siendo los principales motivos la conducta suicida, la agitación psicomotriz y la agresividad, que suelen presentarse en diversos trastornos mentales, especialmente en la esquizofrenia, el trastorno bipolar, los episodios depresivos, el trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, la demencia, y los trastornos de conducta alimentaria.

Martins⁶ señala que en la esquizofrenia el comportamiento violento ha sido bastante estudiado por cuanto estos pacientes en ocasiones pueden cometer delitos contra las personas, como lesiones corporales y homicidio; igualmente, precisa que la violencia en estos pacientes está relacionada con los síntomas psicóticos positivos tales como las alucinaciones y las delusiones, y los actos se llevan a cabo en respuesta a delirios persecutorios y alucinaciones auditivas comandatorias e injuriantes. Además de la conducta violenta, otro motivo de ingreso involuntario en estos pacientes es el riesgo de suicidio, ya que en la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos aumentan entre 8 y 14 veces este riesgo. Por lo general, la involuntariedad del internamiento u hospitalización de los pacientes psicóticos están relacionadas con la ausencia de conciencia de enfermedad, la gravedad del cuadro, el riesgo inminente de daño a sí mismo o a los demás, la resistencia y la falta de adherencia al tratamiento, así como el deterioro de la capacidad para tomar decisiones por la presencia de síntomas psicóticos.

Asimismo, el propio Martins⁷ manifiesta que en los casos de trastorno bipolar el comportamiento violento también es un criterio de internamiento y hospitalización involuntario, ya que este síntoma suele ser mayor durante los episodios agudos, como la fase maníaca, otro criterio de internamiento y hospitalización involuntario es el riesgo de suicidio, que es mayor en la fase depresiva; también como consecuencia de la exaltación del estado de ánimo, síntomas psicóticos como ideas de grandeza, desinhibición social, puede ser necesaria la hospitalización involuntaria por riesgo de

agresividad, agitación psicomotriz, riesgo de daños físicos o materiales a sí mismo o a otros, exposición social y riesgo de suicidio; además, la manía suele comprometer el pensamiento crítico y la capacidad de decisión del paciente.

Por su parte, Chinchilla⁸ menciona que en la depresión el principal criterio de internamiento y hospitalización involuntaria es la conducta suicida, siendo mayor el riesgo de suicidio en aquellos que, además de manifestar ideación suicida, presentan síntomas psicóticos, ansiedad intensa, ataques de pánico, desesperanza grave y antecedentes de intentos de suicidio, consumo de alcohol e impulsividad. En esta situación, algunos criterios clínicos que son útiles para decidir la hospitalización o no del paciente, son por ejemplo, si el paciente utilizó un método violento, tomó precauciones para no ser descubierto o para no recibir ayuda, si expresa arrepentimiento por haber sobrevivido, si en la entrevista se observa que el paciente está psicótico, si aún persiste la ideación suicida, especialmente acompañada de planificación con alta letalidad; si tiene comportamiento impulsivo, agitación psicomotriz; y si se niega a recibir ayuda; otro aspecto clave para decidir la hospitalización o no es el apoyo social y familiar del paciente. El internamiento u hospitalización en estos casos protege al paciente reduciendo el riesgo de suicidio y permite iniciar rápidamente el tratamiento.

Según Arribas⁹ en los casos de demencias, los síntomas conductuales son comunes, pues estos pacientes, clínicamente, pueden mostrar cambios en el comportamiento social, deterioro de los valores éticos y morales, desinhibición, impulsividad, síntomas depresivos, agitación y agresividad, deterioro cognitivo y ausencia de crítica de la enfermedad que afecta seriamente la competencia para la toma de decisiones, por lo que el internamiento y hospitalización involuntaria, suelen ser necesarios.

Asimismo, en los casos de delirio la disminución del nivel de conciencia merma la capacidad de tomar decisiones, y dada la elevada morbilidad y mortalidad en este tipo de cuadros clínicos, por lo general los internamientos y hospitalizaciones son precisos y pueden realizarse sin el consentimiento del paciente.

Chinchilla¹⁰ señala que en los casos de trastornos de conducta alimentaria, entre los criterios clínicos para internamiento y hospitalización involuntario que suelen aceptarse se tiene a la respuesta deficiente al tratamiento ambulatorio, con pérdida de peso grave y rápida (IMC inferior a 14 kg/m²); riesgo de suicidio; y alteraciones clínicas graves como bradicardia (pulso inferior a 40 LPM), taquicardia (pulso superior a 110 LPM), deshidratación grave, hipotermia, hipotensión ortostática grave, hipo o hiperpotasemia u otros trastornos hidroelectrolíticos graves, arritmia cardíaca, insuficiencia renal, convulsiones y riesgo fetal.

Por otro lado, vale precisar que el rechazo al tratamiento, hospitalario o ambulatorio, es bastante común en los pacientes con trastorno de conducta alimentaria, y la evaluación de la competencia del paciente para decidir presenta ciertas peculiaridades, pues los pacientes con este tipo de trastornos suelen tener una cognición preservada y son capaces de realizar actividades sofisticadas sin especial dificultad. Sin embargo, la distorsión de la imagen corporal y la falta de crítica de su estado son aspectos centrales del diagnóstico; por lo tanto, estos individuos suelen ser competentes para tomar decisiones sobre todos los aspectos de su vida, excepto el peso corporal; por lo que existe un consenso razonable sobre el hecho de que la anorexia nerviosa puede alterar el juicio, pero no sobre la eficacia del tratamiento involuntario y la aceptabilidad de limitar la autonomía del paciente en estos casos.

Uribe¹¹ señala que, en los casos de trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, la heteroagresividad, la disminución del nivel de conciencia o riesgo inminente de muerte, la conducta suicida, suelen ser los criterios de internamiento y hospitalización involuntaria. Actualmente se entiende que los trastornos asociados a la drogodependencia están relacionados con un funcionamiento deficiente de los sistemas de recompensa cerebrales y de los procesos de evaluación, planificación y ejecución de conductas complejas; y en la práctica, pueden presentar cierta disfunción cognitiva, dificultad para regular las emociones e inhibir las conductas perjudiciales, y ser poco críticos con sus problemas con las drogas, por lo que los internamientos y hospitalizaciones también suelen ser ineludibles y pueden llevarse a cabo sin el consentimiento del paciente.

Igualmente, Uribe¹² menciona que entre los casos de trastornos de la personalidad, el trastorno de personalidad límite (TLP) merece especial atención, pues estos pacientes se caracterizan por presentar inestabilidad en las relaciones interpersonales, inestabilidad afectiva, vacío interior, autoimagen comprometida, impulsividad, conductas autolesivas y comúnmente suicidas; por lo que es relativamente frecuente considerar el internamiento y la hospitalización sin el consentimiento del paciente, debido a su comportamiento inestable y potencialmente peligroso (para sí mismos o para terceros); empero la decisión suele ser difícil debido a la inestabilidad del trastorno y al riesgo de reforzar el comportamiento histriónico.

Finalmente, cabe precisar que no existen criterios médicos unívocos y universales por cada tipo de trastorno mental y del comportamiento, claramente establecidos para proceder al internamiento y hospitalización involuntaria, por cuanto dependen no solo del cuadro psicopatológico de cada paciente, sino también de la situación sociofamiliar y del contexto en que se produzca el trastorno, y ello exige, invariablemente, la evaluación de ese conjunto de factores en cada caso en concreto.

JUSTIFICACIÓN

Una primera razón por lo que hemos elegido investigar este tema, y tal como hemos señalado en la parte introductoria de la presente tesis, es que a nivel mundial, según la OMS y la OPS, los trastornos que afectan a la salud mental constituyen graves problemas de salud pública y se encuentran en serio incremento; situación similar se vive en Perú, ya que, según la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud, MINSA¹³ el número de muertes por suicidio cada año va en aumento; situación que se ha vuelto más aguda con la pandemia y postpandemia por infección por el SARS-CoV-2, COVID - 19, pues ha ocasionado la reagudización de diversos trastornos de salud mental tales como la ansiedad, la depresión, los trastornos bipolares, el consumo de drogas y alcohol, etc.

Uno de los recursos terapéuticos, de carácter transitorio para cuidar a las personas con trastornos y problemas de salud mental, y facilitar su recuperación y reorganización, es el internamiento y la hospitalización, el mismo que está indicada cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones, como la terapia ambulatoria, la terapia familiar, o la comunitaria. En caso de que el usuario de servicio de salud no brinde su consentimiento para ser internado y se evalúe la existencia y persistencia de riesgo cierto e inminente para la vida y la salud del paciente, deberá procederse al internamiento involuntario, ya que el bien jurídico vida está por sobre el bien jurídico de la libertad.

Otra de las razones por las que es de vital importancia investigar sobre esta materia es que el internamiento y hospitalización psiquiátrica involuntaria, es decir, sin el consentimiento o contra la voluntad del paciente, es una cuestión muy controvertida, al implicar la afectación del derecho fundamental a la libertad personal y la autodeterminación, razón por la cual urge conocer cuáles son las razones y los criterios clínicos que consideran o deben considerar los médicos psiquiatras para restringir este derecho fundamental, especialmente si nos encontramos ante un grupo vulnerable de personas como lo son las personas con problemas de salud mental.

Al respecto, en Perú, ni en la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental¹⁴, ni en su reglamento se han establecido las condiciones, los diagnósticos, los signos, los síntomas, o los síndromes relacionados con problemas de salud mental, que constituyan emergencias psiquiátricas; como tampoco se han regulado con una norma técnica de salud los criterios clínicos por tipo de psicopatología, que deben valorar los psiquiatras para el internamiento y/o hospitalización involuntaria por situación de emergencia psiquiátrica, a pesar de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre el particular, pues según esta autoridad mundial de la salud, uno de los criterios para el internamiento y hospitalización involuntaria es que exista evidencia de un trastorno mental cuya gravedad esté especificada en la ley, siendo este criterio una de las cuestiones centrales de las legislaciones en salud mental, para lo cual se debe realizar un delineamiento detallado sobre las circunstancias en las que se consideran adecuados y necesarios los internamientos involuntarios, detallando los procedimientos idóneos para tal efecto, a fin de garantizar los derechos de las personas con problemas de salud mental.

Se debe tener presente que en el año 2008 entró en vigencia la Convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD)¹⁵, la cual marcó un hito en el paradigma de cómo se entendían los derechos de las personas con problemas de salud mental; pues el artículo 12° de esta Convención es trascendental, ya que reconoce que las personas con discapacidad mental tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones que las demás personas en todos los aspectos de la vida, poniendo así fin a un sistema en el cual las personas con discapacidad veían su capacidad jurídica restringida y se encontraban bajo tutela de terceros; por lo tanto, en el siglo XXI con la Convención, se reconoce la autonomía plena de las personas con discapacidad mental en el derecho internacional.

Por su parte, la OMS establece que el internamiento involuntario en un establecimiento de salud mental sólo se debe permitir si se cumple con determinados criterios que incluyen la existencia de un problema de salud mental especificada en la ley como grave, la presencia de un riesgo real de daño inmediato o inminente contra la propia persona y/o terceros, el deterioro de la condición psiquiátrica y clínica

del paciente por la falta de tratamiento; por un propósito terapéutico; y cuando el tratamiento sólo puede ser administrado en un establecimiento de salud mental¹⁶.

Cabe señalar que, si bien en la normativa nacional peruana se ha definido a la emergencia psiquiátrica como toda condición repentina e inesperada, asociada a un problema de salud mental, que requiere atención inmediata por poner en peligro inminente la vida y la salud, o que pueda generar secuelas invalidantes; sin embargo, no se ha precisado de forma detallada cuáles son esas condiciones, situaciones sanitarias graves, de aparición repentina e inesperada que ponen en peligro la vida y la salud de las personas con problemas de salud mental, ni tampoco se ha determinado qué condiciones clínicas pueden generar secuelas invalidantes físicas o psíquicas; por lo que la norma deja a potestad discrecional del médico determinar si una condición o situación clínica constituye o no una situación de emergencia psiquiátrica, lo cual genera riesgo de tomar decisiones subjetivas y arbitrarias, a pesar de que en situaciones similares la Autoridad Nacional de Salud (MINSa) ha establecido un listado de daños que constituyen emergencias según prioridad de atención en los servicios de emergencia, tal como se puede advertir en el Anexo N° 4 de la Norma Técnica N° 042-MINSa/DGSP-V.01, Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia¹⁷.

Por otro lado, en el Perú no se cuenta con estudios sobre las características sociodemográficas, características clínicas, antecedentes personales y familiares, problemas de salud mental y parientes que consienten el internamiento involuntario en casos de emergencia psiquiátrica; tampoco se cuenta con trabajos de investigación sobre los criterios clínicos que valoran los médicos psiquiatras para el internamiento y hospitalización involuntaria.

Por lo expuesto, al no contar el Perú con normas técnicas de salud, directivas sanitarias, guías de práctica clínica o documentos técnicos, aprobados por la Autoridad Nacional de Salud de conformidad con lo establecido en la Tercera Disposición Complementaria y Final del Decreto Supremo N° 007-2020-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley de Salud Mental¹⁸; donde estén establecidos los criterios clínicos que se deberán considerar para el internamiento y/o hospitalización involuntaria por situación de emergencia psiquiátrica, ni trabajos de investigación

sobre la materia, resulta de vital importancia conocer, cuáles son los criterios valorados por los médicos psiquiatras para el internamiento y/o hospitalización involuntaria por situación de emergencia psiquiátrica, a fin de determinar si estos criterios clínicos están relacionados con situaciones de emergencia psiquiátrica, así como para establecer si son conformes a las normas legales nacionales e internacionales vinculantes sobre la materia; conforme se precisa en los objetivos específicos, que pasamos a detallar a continuación.

OBJETIVOS

En función del planteamiento previamente comentado, los objetivos de la presente tesis doctoral son los siguientes:

Objetivo general

Analizar los aspectos médicos y legales del ingreso y de la hospitalización involuntaria urgente por razones de trastorno psíquico en el Servicio de Emergencia del Hospital “Víctor Larco Herrera” de Lima – Perú, durante el año 2022.

Objetivos específicos

Describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes en los casos de internamiento involuntario por situación de emergencia psiquiátrica, en el Hospital “Víctor Larco Herrera”, Lima – Perú, durante el periodo de enero a diciembre 2022.

Determinar los criterios que han sido tenidos en cuenta por los médicos psiquiatras del Hospital “Víctor Larco Herrera”, para el internamiento y hospitalización involuntaria de pacientes en situación de emergencia psiquiátrica.

Determinar si los criterios utilizados por los médicos psiquiatras, para el internamiento y hospitalización involuntaria por situación de emergencia psiquiátrica, son conformes a los principios éticos y a las normas legales nacionales e internacionales que regulan esta situación.

ESTRUCTURA

Este trabajo consta de una primera parte denominada “Internamiento y hospitalización involuntaria de personas con problemas de salud mental”, que contiene cinco capítulos. En el primero de ellos se expone sobre la relación del médico con el usuario de servicio de salud con problemas de salud mental; en este capítulo además se recogen algunas recomendaciones para una adecuada relación entre un profesional de la salud mental y las personas con trastornos mentales.

En el Capítulo II, se desarrollan generalidades en relación con la definición y concepto del consentimiento informado, la importancia de proporcionar información, los elementos del consentimiento informado, tales como: la capacidad, la voluntariedad, la información, y la comprensión. Asimismo, en esta parte se expone sobre la obligación ética y legal de informar al paciente con problema de salud mental, el consentimiento informado en personas con problemas de salud mental, así como las condiciones psiquiátricas que afectan la cumplimentación del consentimiento informado.

El Capítulo III, trata sobre el “Internamiento y hospitalización involuntaria de personas con problemas de salud mental”, por lo que se exponen, los criterios que propuso la OMS para una hospitalización involuntaria, tales como, la presencia de un trastorno mental, el riesgo grave de daño inmediato o inminente, la necesidad de tratamiento, el ingreso que debe incluir un propósito terapéutico, etc. Igualmente, en este capítulo se presentan los criterios y procedimientos legales para la hospitalización y/o internamiento involuntario en psiquiatría en España y América Latina, por lo que se recogen recomendaciones de la OEA, así como la normativa que regula este procedimiento en países como México, Colombia, Chile, Argentina, Brasil, España y Costa Rica. Además, en este capítulo, se exponen dos sentencias del Tribunal Constitucional peruano sobre internamiento involuntario de personas con problemas de salud mental.

En el Capítulo IV, se expone la “Emergencia psiquiátrica”, por lo que se desarrollan aspectos como: concepto emergencia psiquiátrica; diferencias entre crisis, urgencia

y emergencia psiquiátrica; objetivos de la atención de emergencia psiquiátrica; características de la atención de emergencia psiquiátrica; así como la clasificación de las emergencias psiquiátricas.

Por último, en el Capítulo V, de esta primera parte del trabajo, se desarrollan los criterios clínicos (médicos) para internamiento y hospitalización involuntaria de personas con problemas de salud mental en situación de emergencia psiquiátrica; para tal efecto, se inicia exponiendo sobre las características clínicas de personas con problemas de salud mental internadas de forma involuntaria; posteriormente se desarrollan los criterios clínicos que se deben considerar para internamiento y/o hospitalizaciones involuntarias, dadas por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos de la OEA, el Convenio de Oviedo, la OMS, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), así como los criterios señalados por diversos autores de la literatura médica psiquiátrica sobre la materia.

En la segunda parte de la presente tesis doctoral, se presentan y analizan los resultados del proceso de investigación ejecutada, dando a conocer las características sociodemográficas de personas internadas u hospitalizadas de forma involuntaria por situación de emergencia psiquiátrica en el Servicio de Emergencia del Hospital “Víctor Larco Herrera”; igualmente se recogen los criterios clínicos valorados por los médicos del Hospital “Víctor Larco Herrera” para el internamiento y/o hospitalización involuntaria de personas en situación de emergencia psiquiátrica, para cinco trastornos mentales más prevalentes; por último, se hace un análisis sobre la validez ética y legal, de los criterios empleados por los médicos psiquiatras del Hospital “Víctor Larco Herrera” para el internamiento y hospitalización involuntaria de personas con problemas de salud mental en situación de emergencia psiquiátrica.

PRIMERA PARTE

INTERNAMIENTO Y HOSPITALIZACIÓN INVOLUNTARIA DE PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

El internamiento y hospitalización involuntaria de una persona con problemas de salud mental, en establecimiento de salud es un tema bastante complejo, no solo por lo atípico de la relación médico-paciente, por no existir voluntad en una de las partes, sino los criterios clínicos y legales que tienen que tomarse en consideración de forma imperativa al momento de internar a una persona, ya que con este acto médico se estaría afectando, entre otros derechos, el derecho fundamental a la libertad de tránsito, libertad de expresión, derecho a la dignidad, de acceso a la información, etc., a fin de garantizar supuestamente el derecho a la vida, la salud, así como el derecho a la integridad física y psíquica.

En tal sentido, en el marco de desarrollo de los aspectos teóricos relacionados con los criterios clínicos y legales valorados por los médicos psiquiatras para realizar internamientos y hospitalizaciones involuntarias por situación de emergencia psiquiátrica del paciente, consideramos pertinente revisar los siguientes tópicos:

Capítulo I.- Relación del médico con pacientes con problemas de salud mental.

Capítulo II.- Consentimiento informado en personas con problemas de salud mental.

Capítulo III.- Internamiento y hospitalización involuntario de personas con problemas de salud mental.

Capítulo IV.- Emergencia psiquiátrica, y.

Capítulo V.- Criterios clínicos valorados para internamientos y hospitalizaciones involuntarios de personas con problemas de salud mental en situación de emergencia psiquiátrica.

CAPÍTULO I

RELACIÓN DEL MÉDICO CON PACIENTES CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

La relación médico-paciente (RMP) es una forma de las múltiples maneras en que dos o más personas naturales y/o natural y concebido pueden interrelacionarse, lo cual le permite al paciente satisfacer su deseo y necesidad de salud, y al médico cumplir con una de sus funciones sociales más importantes, de brindar asistencia sanitaria.

Sobre el particular, en la séptima edición del Manual de Ética del Colegio Americano de Médicos¹⁹, se señala que la relación médico-paciente implica obligaciones especiales para el médico de atender el interés del paciente debido al conocimiento especializado que posee, la naturaleza confidencial de esta relación, y al desequilibrio de poder entre el médico y su paciente; además precisa que el compromiso fundamental del médico siempre debe estar dirigido hacia el bienestar y lo que mejor convenga al paciente, independientemente de si el médico está previniendo o tratando una enfermedad o ayudando al paciente a lidiar con la enfermedad, la discapacidad o la muerte.

Según Osuna²⁰ la piedra angular del proceso asistencial es la relación médico-paciente, que puede considerarse como el encuentro que se establece entre un profesional o conjunto de profesionales de la salud y un usuario de servicio de salud, dentro de un contexto en el que convergen valores, concepciones y creencias sobre la salud y la enfermedad; asimismo Suárez²¹ menciona que el rol de la familia dentro de esta relación médico paciente, como participantes más o menos activos dependiendo de las circunstancias, es un elemento vital en el proceso de la prestación sanitaria, por lo que es importante su inclusión en el proceso de cuidado, ya que de ella depende en gran medida el apoyo económico, moral, físico, psicosocial y espiritual al paciente. Por lo tanto, si bien el protagonista de la relación clínica es el paciente, pero no es accesorio la participación del equipo de salud y de su entorno familiar,

generándose así un triángulo de comunicación, que cobra vital importancia, sobre todo en pacientes con problemas de salud mental.

Por su parte Noto²² precisa que la relación médico-paciente es un tipo de relación jurídica que tiene como objeto la prestación del servicio de salud, bien con fines preventivo promocionales o con fines asistenciales, tanto diagnósticos como terapéuticos; es por ello que Simón y Barrio²³ señalan que dentro de esta relación debe existir un reconocimiento mutuo tanto por parte del profesional de la salud como del paciente de que cada uno aporta elementos imprescindibles: el médico aportará los conocimientos científicos y su experiencia profesional; y el paciente, la vivencia de enfermar y sus propios valores personales; por lo que la relación médico-paciente debe desarrollarse en un marco de igualdad como personas, considerando las diferencias de sus protagonistas, en función del rol que juega cada uno de ellos, con la influencia de las diferentes formas de percibir la vida y los valores, por parte de cada uno de ellos.

Diego Gracia²⁴ menciona que la relación médico paciente es un vínculo tan antiguo como la propia medicina, y que esta relación constituye el eje del proceso asistencial, sin embargo, debido a que se desarrolla dentro de un contexto social, su planteamiento y ejecución ha ido evolucionando a lo largo del tiempo.

Por otro lado, cabe manifestar que con el surgimiento de la Bioética debido al desarrollo de la biotecnología en el ámbito de la salud, así como por los cambios culturales y jurídicos, supone un punto de inflexión a nivel de la relación médico-paciente con respecto a épocas antepasadas; ya que se establecen los cuatro principios básicos de la bioética que marcan la base de la relación asistencial y sirven para orientar la conducta de los protagonistas de la relación médico-paciente, siendo estos principios los siguientes: principio de beneficencia (“hacer el bien”, la obligación moral de actuar en beneficio de los demás), principio de justicia (equidad en la distribución de recursos médicos, de cargas, y beneficios), principio de no maleficencia (“primum non nocere” o “en primer lugar no hacer daño”), y el principio de autonomía que reconoce el derecho de la persona usuaria de servicio de salud de autodeterminarse, de autogobernarse, de elegir conforme a sus valores y creencias, ya que a través de este principio se expresa la libertad individual en la relación médico-paciente mediante el consentimiento informado²⁵.

En relación con el principio de beneficencia Osuna²⁶ señala que este principio ha sido el que ha dirigido la relación médico-paciente hasta hace unas décadas; ya que bajo esta prisma se desarrollaba un modelo paternalista de las prestaciones sanitarias, en la que la toma de decisiones le correspondía exclusivamente al profesional de la salud, con casi nula o escasa participación de la persona usuaria de servicio de salud, a pesar de que se buscaba su bienestar, lo cual constituía una relación asimétrica donde prevalecía la autoridad del médico como ser superior y único poseedor del conocimiento en la toma de decisiones; pero tal como lo precisa el propio Osuna, luego de la Segunda Guerra Mundial se reconocen los derechos humanos como fundamento de la democracia y se alcanza la emancipación del individuo, lo que en el ámbito de la salud se traduce en la instauración del principio ético de la autonomía como ejercicio legítimo de la disposición sobre el propio cuerpo que tiene todo individuo y que constituye el eslabón fundamental del derecho a la libertad, presente en el marco constitucional de los estados democráticos^{27,28}.

Asimismo, este investigador menciona que con el surgimiento de este nuevo modelo de relación médico-paciente en donde prima una actitud autonomista del usuario de servicio de salud se deja atrás el sistema vertical y autoritario de la relación clínica, evolucionando hacia una relación horizontal y democrática, donde se busca el bienestar del paciente otorgándole un mayor protagonismo, y dándole un rol activo para tomar decisiones pertinentes con relación a su vida y su salud²⁹.

En la actualidad, en virtud que se han producido cambios importantes a nivel global, destacando los avances médicos y biotecnológicos, el desarrollo exponencial de nuevas tecnologías de la información y comunicación y, por último, la transformación de determinados aspectos sociales, han generado cambios que influyen enormemente en la forma en la que se desarrollan los procesos asistenciales y concretamente la forma en que se relacionan el médico con su paciente.

Otro de los cambios a nivel global que afecta relación médico-paciente es la masificación y saturación de los sistemas y prestaciones de salud, lo cual representa uno de los principales problemas que afecta el adecuado funcionamiento de los sistemas sanitarios, pues según Richardson³⁰, Cha et al³¹, y Guttman et al³² esta

masificación del sistema conlleva consecuencias negativas, predominantemente en el ámbito de las emergencias y urgencias sanitarias, entre las que destacan un aumento del riesgo y la tasa de eventos adversos durante la atención, así como un incremento en la morbimortalidad de los usuarios de servicios de salud atendidos. Además, de acuerdo con McCarthy et al³³, Van Der Linden et al³⁴, Jeanmonod y Jeanmonod³⁵, y Savioli et al³⁶, el aumento de los tiempos de espera, así como el inicio tardío de los procesos terapéuticos en casos de urgencia y emergencia, tienen un impacto negativo en la calidad de la atención, la seguridad y la satisfacción de los pacientes.

Según Osuna³⁷ otro aspecto importante que afecta relación médico-paciente en la actualidad es la tendencia a la subespecialización cada vez mayor de los profesionales de la salud, por cuanto si bien la subespecialización conlleva a una atención especializada y de mayor calidad, pero a costa de perder la visión holística de la persona, ya que el profesional únicamente se centra en su campo de formación y experiencia, y con ello la relación médico-paciente puede verse deteriorada porque son muchos los especialistas involucrados en el cuidado de un mismo paciente, por lo que el profesional puede no llegar a conocerlo en profundidad, ni viceversa, y toda esta situación puede llevar a que el paciente no sienta una relación de confianza verdadera con ninguno de los profesionales que lo están tratando.

Si bien históricamente, la relación entre los médicos y los pacientes se ha basado casi exclusivamente en la atención personal y presencial, quedando reflejada la atención en forma de documentación escrita a mano; sin embargo, el desarrollo vertiginoso de las tecnologías de la información y comunicación, así como la aparición del Internet, ha cambiado drásticamente y ha revolucionado el acceso a la información de forma global, abriendo la posibilidad de una comunicación multimodal e interactiva y sobre todo libre de límites espaciales; además estas tecnologías permiten producir, reproducir, distribuir y utilizar información digitalizada en cualquier formato, lo que inevitablemente también tiene un impacto en la relación médico-paciente, por cuanto la información disponible es usada tanto por los usuarios de servicios de salud como por los profesionales de la salud para informarse.

Grosberg et al³⁸ mencionan que la masiva aparición de literatura médica, plataformas o blogs de salud, además de redes sociales y aplicaciones móviles enfocadas hacia temas de salud, hacen que los pacientes tengan a su disposición una cantidad desmedida de información. Los pacientes opinan que Internet es una forma útil de encontrar respuestas a los problemas de salud y que el uso frecuente de las redes sociales se asocia con una mayor conciencia y empoderamiento del paciente. Igualmente, Hood et al³⁹ y Mohammadi et al⁴⁰ han visto que las aplicaciones móviles permiten ayudar en el manejo de los problemas de salud, tanto a los usuarios de servicios de salud como a los profesionales de la salud. Además, en una revisión efectuada por Rukavina et al⁴¹ identificaron tres beneficios claves de las redes sociales en los procesos asistenciales, estos son: trabajo en red y colaboración profesional, educación y capacitación profesional, así como educación del paciente y promoción de la salud.

Sin embargo, si bien no hay duda sobre la utilidad y las innumerables posibilidades de acceso a la información que ofrece el desarrollo de las nuevas tecnologías, también es cierto que la disponibilidad ilimitada y su uso y abuso de este recurso entraña ciertos peligros e impacta de forma importante en el cuidado de la salud y la relación médico-paciente, pues según Osuna⁴² el principal inconveniente de este gran acceso a información médica es que la publicación en internet no está adecuadamente controlada ni regulada, en consecuencia los contenidos tampoco están revisados ni actualizados por expertos; por lo que se debe tener especial cuidado y también cierto conocimiento para saber qué tipo de contenido proviene de fuentes fiables y cuáles no; pues esto a nivel de la salud implica un riesgo evidente, por cuanto es necesario darse cuenta de que la información encontrada en la web no reemplaza en ningún caso el criterio del médico, sino que incluso cambia el tipo de relación con él.

En ese mismo sentido, Schwarz et al⁴³ mencionan que otro inconveniente del uso de las tecnologías de información y de la comunicación en salud, es que los profesionales de la salud pueden verse condicionados en su relación con el paciente al acudir este último a consulta con ideas preconcebidas encontradas en la web, que el facultativo en muchas ocasiones, al ser erróneas, debe saber gestionar o

reconducir; y recomiendan que es necesario que los médicos alienten a sus pacientes a utilizar fuentes fidedignas cuando vayan a llevar a cabo su propia investigación, siendo también deseable que los profesionales tengan un papel activo en el otorgamiento de la información en línea para mejorar la alfabetización en salud de la población.

Otro de los grandes aportes de las tecnologías de la información y de la comunicación en las prestaciones de servicios de salud es la telemedicina, definida según la OMS⁴⁴ como “la prestación de servicios de atención de la salud, donde la distancia es un factor crítico, por todos los profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y de la comunicación para el intercambio de información válida para el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades y lesiones, la investigación y la evaluación, todo en aras de avanzar en la salud de los individuos y sus comunidades”.

De acuerdo con Li et al⁴⁵ la telemedicina permite una distribución más justa, eficiente y equitativa de los limitados recursos sanitarios de las que se dispone, ya que permite la atención en áreas alejadas donde hay escasez de médicos y otros profesionales de la salud, reduce la necesidad de transporte y sus desafíos para muchos usuarios de servicios de salud, por cuanto muchas consultas se pueden resolver por esta vía, además de funcionar como conexión entre diferentes especialidades para dar respuesta a demandas que requieren una actuación multidisciplinaria, asimismo, los tiempos de espera pueden reducirse debido a la mayor capacidad y acceso a la atención para pacientes tanto con enfermedades crónicas como agudas; por último, estos investigadores destacan que la telemedicina no sustituye la atención presencial, sino que ambas deberían desarrollarse de forma complementaria.

Si bien la pandemia por COVID-19 ha generado una transformación y un progreso importante en el campo de la telemedicina, pero este modelo de atención sanitaria tampoco está libre de limitaciones y cuestionamientos sobre la naturaleza de la relación médico-paciente. Al respecto, Van Erkel et al⁴⁶ realizaron un estudio cualitativo para evaluar la percepción, tanto de los pacientes como de los profesionales de la salud, sobre la calidad de las atenciones telefónicas efectuadas

durante la pandemia, y concluyeron que tanto los pacientes como los profesionales de la salud advierten la necesidad de una atención personal y presencial,

coincidiendo, que en el futuro la atención sanitaria debería ser mixta y diferenciada, dejando la atención a través de la telemedicina para pacientes en condiciones estables o crónicas que ya tienen establecida una relación con su médico. Igualmente, Aliberti et al⁴⁷ en su investigación para conocer la opinión de los médicos de atención primaria de salud acerca del uso de la telemedicina en adultos mayores durante la pandemia, advierten que la atención presencial era preferible a la telemedicina y que esta podría servir como complemento, pero no como reemplazo de la atención personal y presencial.

En ese mismo sentido, Gómez et al⁴⁸ mencionan que la mayoría de los médicos expresan su preocupación por la falta de contacto y la reducción de la conexión personal que se produce con la telemedicina, así como la inseguridad ocasionada por ofrecer una atención sin realizar un examen físico al paciente; además, desde la perspectiva de los usuarios de servicios de salud, la satisfacción con las atenciones virtuales es más baja que con las atenciones presenciales, especialmente en lo que se refiere a la comunicación con el médico. Por su parte Villalobos y Calvanese⁴⁹ plantean que los cambios en la relación médico-paciente generados por la pandemia debe hacernos reflexionar acerca de si el uso que se está haciendo de los recursos tecnológicos está propiciando la despersonalización y desnaturalización de esta relación que es la piedra angular del proceso asistencial.

Recapitulando, como sabemos es harto conocido que en internet, las redes sociales y otros medios de comunicación abunda información errónea, falaz, engañosa o inexacta sobre la salud, por lo que los proveedores de servicios de salud deben prestar especial atención para identificar y abordar las ideas, pensamientos, sentimientos y creencias sobre la salud que no están respaldadas por la medicina basada en evidencias, por cuanto según Duffy et al⁵⁰ pueden afectar la motivación de los usuarios de servicios de salud para adherirse a la terapéutica indicada, a los estilos de vida más saludables y a medicamentos seguros y eficaces prescritos por las buenas prácticas médicas y las normas técnicas sanitarias. Asimismo, en caso de que las ideas, creencias y pensamientos sobre la salud, preconcebidas por el

paciente se basen en información errónea, inexacta o carecen de sustento científico, el profesional de la salud se ve obligado a tratar de desbaratar dichas ideas y creencias, lo que puede generar conflictos en la relación médico-paciente, sobre todo

si el paciente no está de acuerdo con la información o punto de vista del profesional de la salud. Una expresión de este conflicto es la solicitud por parte del usuario de servicio de salud de exámenes complementarios no indicados, lo cual ante la negativa del médico da lugar a un aumento en el número de reclamos, quejas y denuncias por parte de los pacientes, o en el caso que el médico lo acepte, inducen a la práctica de medicina defensiva positiva, a fin de evitar denuncias, quejas o reclamos infundados. Siendo estas ideas, creencias y pensamientos preconcebidos sobre la salud mental mayores que en otras áreas de la medicina.

Por último, en virtud de lo señalado en los párrafos precedentes y dado el contexto que vivimos es preciso traer a la memoria la Paradoja de Barsky⁵¹, enunciada en 1988, pero que desgraciadamente sigue muy vigente en el momento actual y dice así: *“a pesar de los indudables avances, técnicos (diagnósticos y terapéuticos), y de la mejoría de los indicadores objetivos de la salud, los usuarios de servicios médicos en los países desarrollados están cada vez más descontentos con la atención que reciben, al igual que los profesionales, en los que la frustración e insatisfacción por su trabajo ha llegado a adquirir caracteres epidémicos”*.

En Perú, la Ley de Salud Mental, define a los problemas de salud mental como aquellos problemas psicosociales conformados por las dificultades generadas por la alteración de la estructura y dinámica de las relaciones entre las personas o entre estas y su ambiente; así como los trastornos mentales y del comportamiento, siendo estas las condiciones mórbidas que sobrevienen en una determinada persona, afectando en intensidades variables el funcionamiento de la mente y del comportamiento, el organismo, la personalidad y la interacción social, en forma transitoria o permanente.

Dado que lamentablemente a los problemas de salud mental se da muy poca importancia, según Lázaro y Gracia⁵² la actitud de los médicos en relación con este tipo de paciente se manifiesta, con frecuencia, de dos formas, a saber: por una

parte, se subvalora a las personas que presentan este tipo de trastornos y muchas veces no se les toma en serio sus problemas de salud; por otra parte, se atienden sus problemas orgánicos, sin relacionarlos con las alteraciones psíquicas y sus causas.

Igualmente, la presión asistencial, el tiempo que requiere oír a un paciente de este tipo, el tiempo que implica utilizar la psicoterapia adecuada y el tener a mano la posibilidad de indicar medicamentos que puedan disminuir o eliminar síntomas, provoca con excesiva frecuencia, que estos pacientes sólo sean atendidos desde el punto de vista farmacológico y se les prive de un tratamiento sistémico, tales como la psicoterapia individual, familiar, laboral y grupal en general. Por lo tanto, no se atiende a este tipo de usuario de servicio de salud de forma integral, de manera tal que su situación de salud no termina de solucionarse.

Por otra parte, hay profesionales de la salud que cuando no llegan a un adecuado diagnóstico, les plantean a sus pacientes que lo que tienen es un problema de salud mental y los remiten al psiquiatra, al psicólogo o los dejan sin referencia, perdiendo interés en el caso. Usualmente se encuentran en esta situación cuando no existe una adecuada relación médico-paciente, como consecuencia de una pérdida de confianza, bien por parte del profesional, como del paciente. Además, es preciso comentar que los problemas de salud mental casi nunca son reconocidos como tales en las primeras fases de la sintomatología, pues los signos y síntomas conductuales de este tipo de pacientes tienden a ser explicados o normalizados haciendo referencia a circunstancias extenuantes o a las pruebas siempre equilibradoras de la conducta racional.

Por lo tanto, dado que las alteraciones psíquicas limitan y menoscaban la relación médico-paciente, y las características particulares de las personas con problemas de salud, la relación médico y usuario de servicio de salud también será particular y *sui generis*, por lo que Rodríguez⁵³, y Ramos⁵⁴ realizan algunas recomendaciones para una adecuada relación entre un profesional de la salud mental y una persona con problemas de salud mental, siendo estos los siguientes:

- 1) La palabra es el principal agente terapéutico con ellos, no se puede dejar de utilizar, no se debe cambiar por los medicamentos, estos hacen falta, pero es preciso combinarlos con la palabra, que es el instrumento imprescindible.
- 2) Se usará el lenguaje adecuado, en el momento oportuno, así estos pacientes no deambularán de profesional en profesional, mejorarán la calidad de su vida, se incorporarán satisfactoriamente a la vida útil y estarán agradecidos de aquel que logró su tranquilidad y bienestar.
- 3) A los pacientes que no requieren internamiento urgente, se les debe prescribir el tratamiento correspondiente, además de orientar a los familiares cómo administrarlo y cómo controlar al enfermo, así como a dónde dirigirse en caso de agravarse su estado. En el caso de que requiera un internamiento de urgencia en un hospital psiquiátrico, puede omitirse el suministro de medicamentos para transportarlos, sobre todo en pacientes adultos mayores.
- 4) El principal problema que debe resolver el personal médico, al prestar asistencia a un paciente con agitación psicomotriz hasta internarlo, consiste en garantizar su seguridad y la de quienes lo rodean.
- 5) El paciente que se hospitaliza debe alojarse en una habitación aislada, donde solo queden las personas que lo cuidan. Deben preverse los intentos de saltar por la ventana y escapar. No deben encontrar a su alcance objetos que puedan servir para agredir o auto agredirse.
- 6) Al ingresar al paciente a hospitalización, se deben revisar cuidadosamente sus pertenencias para que no lleve objetos peligrosos, debe conocer que lo van a internar, persuadiéndolo de su necesidad de acuerdo con las características del problema y de él mismo. La sala donde se ingrese no debe tener hacinamiento, debe haber silencio y mucha tranquilidad.
- 7) En hospitalización, todo el personal que lo asiste debe ser cortés, amable, ecuánime y hábil. La conducta debe ser equilibrada, atenta y humana, sin exceso de familiaridad.

- 8) Las personas que trabajan en hospitalización deben tener buena apariencia personal, si se tiene pacientes con agitación psicomotriz, no deben usar aros, anillos, collares que pueden ser arrancados; además es vital un estricto horario de vida, ya que este coadyuva a la normalización de la conducta de los enfermos y al restablecimiento del sueño, que debe ser de 8 a 10 horas.
- 9) El paciente tomará los medicamentos indicados por el médico, en presencia de la enfermera, ya que, hay pacientes que los evitan y otros que los acumulan para suicidarse.
- 10) Los pacientes que pueden pasear están en los talleres de terapia u otros locales, deben ser supervisados con cuidado, sin que se sientan vigilados, para evitar fugas o suicidios.
- 11) Los familiares y conocidos visitarán a los pacientes hospitalizados en determinados horarios y días de la semana, la misma que puede ser aumentada en cantidad de días y el tiempo de duración de la visita, con la autorización del médico; previamente, se informará a los familiares sobre el estado del paciente y los temas de conversación que pueden tratar con él, asimismo, durante las visitas, se evitarán las conversaciones desagradables y traumatizantes, así como de llevar objetos que puedan ser peligrosos.
- 12) El personal de servicio, de preferencia no debe transmitir directamente al paciente cartas, notas o recados.
- 13) El paciente deprimido generalmente es callado, inhibido, no pide nada, por lo que hay que ayudarlo, convencerle para que pasee; sin embargo, no hay que molestarlo, sí estimularlo sin presionar para que trabaje y participe de las actividades. No cansarlo con excesivas preguntas y observaciones.

- 14) El cuidado de los pacientes que se resiste a comer exige medidas especiales, en la negación a ingerir alimentos no hay necesidad de pasar inmediatamente a la alimentación artificial, si es posible, deben aclararse los motivos de la falta de apetito e intentar convencerlos para que coman o darles de comer con amabilidad y paciencia, sin realizar comentarios negativos al respecto; si alguien del personal o de sus familiares les inspira confianza, ellos deben alimentarlo.

- 15) A los pacientes con estupor y negativismo intenso se les puede dejar la comida junto a la cama y se vigila con discreción, ellos pueden ingerirlos cuando nadie los está mirando.

CAPÍTULO II

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

2.1. Consentimiento Informado

El concepto de consentimiento informado es uno de los mayores aportes del derecho a la medicina, pues tiene como fin el promover la autodeterminación del enfermo en el contexto de la relación médico-paciente, tal es así que Beauchamp & Childress⁵⁵, al definir la autonomía en el cuidado de la salud, se refieren al ejercicio de la libertad y de la agencia moral de cada individuo, por lo que el consentimiento informado constituye una de las actividades que proveen mayor información del proceso de la relación médico-paciente, sobre todo cuando el fin es conocer acerca de la comprensión del paciente sobre la información proporcionada por el equipo médico, y el respeto al criterio del mismo.

Siendo así, el concepto del consentimiento informado ha evolucionado a lo largo del tiempo y ha ido cambiando a medida que lo hacía a su vez la relación médico-paciente; por cuanto una vez volteado la página del modelo de relación paternalista, impulsado por el surgimiento y reconocimiento de los derechos de los usuarios de servicios de salud, el consentimiento informado es la piedra angular de la relación entre los profesionales de la salud y los usuarios de servicios de salud, asegurando con ello el derecho de la autonomía y la autodeterminación de la persona.

El carácter dinámico y multidimensional del consentimiento informado como término jurídico, médico, ético y médico legal, se refleja en las diversas formas de definirlo; de modo tal que, podemos encontrar tantas definiciones como autores que se han dedicado a investigar esta materia desde diversas perspectivas, puntos de vista, usando diferentes prismas, a partir de distintos elementos, de modo que se pueden señalar algunas definiciones que consideramos destacables.

Si nos apegamos a las definiciones sobre CI, nos tropezamos con la primera pregunta: ¿el paciente psiquiátrico es mentalmente competente y capaz de tomar una decisión sobre su tratamiento?, considerando por ejemplo que en el título “Toma de decisiones informada y consentimiento” de la séptima edición del Manual de Ética del Colegio Americano de Médicos⁵⁶ se define al consentimiento informado como la explicación a un paciente atento y mentalmente competente de la naturaleza de su enfermedad, así como del balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle su aprobación para ser sometido a esos procedimientos.

En España, el consentimiento informado se convirtió en un requisito legal en 1986 con la entrada en vigor de la Ley General de Sanidad que especificó los derechos de los usuarios de los servicios sanitarios. En relación con el requisito de la información, la Ley exigía a los profesionales de la salud que proporcionaran al paciente o a sus allegados, una información que consideraba “completa y continuada, verbal y escrita sobre su proceso”. Respecto al requisito del consentimiento, la ley exigía que este fuera por escrito para la realización de cualquier intervención.

Posteriormente, en 2002, se aprobó la Ley 41/2002, Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica (LBAP), regula en apartados distintos el derecho a la información y el consentimiento, donde en el artículo 3º se define al consentimiento informado como *“la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud”*. Asimismo, en el citado cuerpo normativo está regulado derecho a la información en los artículos 4º y 5º, y el consentimiento informado en los artículos 8 a 10; precisando que el derecho a la información sanitaria es un derecho autónomo, aunque una de sus funciones primordiales es dar elementos de juicio al usuario de servicio de salud para la toma de decisión, y que este este derecho tiene gran trascendencia al margen del consentimiento,

por eso debe diferenciarse la información previa al consentimiento y la información que se debe recibir durante toda la intervención médica, la llamada información terapéutica.

Esta Ley, además en su artículo 2°, consagra ciertos principios básicos, que resultan de especial importancia los apartados 2, 3 y 4, que a la letra señalan:

“2.- Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley.

3.- El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.

4.- Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito”.

En Perú, la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica de le Ministerio de Salud, define al consentimiento informado como la conformidad expresa del paciente o de su representante legal cuando el paciente está imposibilitado de hacerlo, con respecto a una atención médica, quirúrgica o algún otro procedimiento; en forma libre, voluntaria y consciente, después que el médico o profesional de salud competente que realizará el procedimiento le ha informado de la naturaleza de la atención, incluyendo los riesgos reales y potenciales, efectos colaterales y efectos adversos, así como los beneficios, lo cual debe ser registrado y firmado en un documento, por el paciente o su representante legal y el profesional responsable de la atención⁵⁷.

Igualmente, el Tribunal de Superintendencia Nacional de Salud peruano en el Acuerdo N° 006-2018⁵⁸, aprobado en la Sesión de Sala Plena N° 014 - 2018, de 23 de noviembre de 2018, define al consentimiento informado como un acuerdo entre el médico y el paciente para que el primero pueda intervenir sobre la salud del segundo, lo que supone que el paciente pueda entender su situación real, el procedimiento y/o intervención a realizar, los riesgos, las

consecuencias positivas y negativas que se pueden derivar y lo que podría sucederle en caso no se lleven a cabo; por lo que sólo si el paciente conoce todas estas circunstancias, podemos hablar de la existencia de un verdadero consentimiento informado entre las partes que intervienen en el acto médico.

En la doctrina peruana, Fernández Sessarego⁵⁹, manifiesta que el consentimiento informado es un derecho *sui generis* del paciente sobre su libertad constitutiva y su correspondiente ejercicio, su vida, su integridad psicosomática, su salud, su intimidad. Es una declaración de voluntad unilateral, donde todos o algunos de los derechos fundamentales del ser humano podrían verse afectados si el médico no cumpliera con el deber de informar al paciente sobre todo lo relacionado con su enfermedad y con el tratamiento propuesto para la recuperación o alivio de su salud, a fin de que este pueda adoptar una decisión libre, voluntaria y consciente sobre si acepta o no una intervención sobre su cuerpo; de ahí que, sólo a raíz de su “asentimiento”, puede el médico actuar sobre el cuerpo del enfermo.

Galán Cortes con una visión más compleja señala que es el proceso gradual que tiene lugar en el seno de la relación profesional de la salud y usuario de servicio de salud, en virtud de la cual el sujeto competente o capaz, recibe del profesional de la salud información en términos comprensibles, que le capacita para participar voluntaria, consciente y activamente en la adopción de decisiones respecto al diagnóstico y tratamiento de su problema de salud⁶⁰.

Además, precisa que es un presupuesto y elemento integrante de la “*lex artis*” por lo que constituye, por consiguiente, una exigencia de la “*lex artis*” para llevar a cabo el acto médico sea curativa o estético; por último, precisa que es un acto clínico, cuyo incumplimiento puede generar responsabilidad⁶¹.

El propio Galán Cortés⁶² menciona que el consentimiento informado está integrado dentro de la “*lex artis*” lo que lo convierte en un acto médico, cuyo incumplimiento puede generar responsabilidad cuando se producen los riesgos típicos o consecuencias de los que el paciente no ha sido informado; por lo tanto, los profesionales de la salud deben conocer que el consentimiento aparte de ser

un requerimiento ético y un derecho fundamental del paciente, constituye una obligación legal para el facultativo, debiendo proporcionar al paciente la información adecuada antes de realizar cualquier intervención que afecte a su integridad física o mental para que este pueda decidir si autoriza o no la intervención sanitaria, ejerciendo de esta forma su derecho a la autonomía y respeto de su voluntad.

Por su parte Osuna⁶³ en relación con el derecho a la información del usuario de servicio de salud señala que a pesar de que está vinculado, como requisito previo al otorgamiento del consentimiento informado, este es un derecho autónomo e independiente, por cuanto, no siempre y necesariamente la información solamente se proporciona previo a cualquier intervención diagnóstica o terapéutica, sino que en ocasiones la información asistencial es por sí misma necesaria para la mejor comprensión del diagnóstico y seguimiento por el paciente del tratamiento; por lo que para este investigador el derecho a ser informado se estructura no sólo desde la perspectiva de la necesidad de conocer como alternativa previa a otorgar un consentimiento para la actuación médica, sino desde la necesidad de asumir un papel activo en el seguimiento del proceso asistencial, y sobre todo, por el derecho que nace del concepto de persona que nos atribuye el derecho a conocer lo que nos afecta a nosotros mismos, y que se articula sobre los derechos de la personalidad; finalmente precisa que la información al paciente, es parte integrante de un nuevo modelo de relación clínica basado en un proceso interactivo y comunicativo, contribuye, como cualquier otra actuación en la actividad asistencial, a una mejora en los niveles de calidad en la práctica clínica.

Otra perspectiva elemental es lo que señala Domínguez⁶⁴ en que no cabe duda del estrecho ligamen que existe entre el derecho a la información y el consentimiento, puesto que el consentimiento no es válido si no va precedido de una adecuada información; por lo que la información y el consentimiento son dos conceptos indisolubles, ya que el primero es presupuesto del segundo.

Asimismo, Berro⁶⁵ menciona que el consentimiento informado es un imperativo médico, ético y legal, cuyo registro en la historia clínica es obligatorio, como un derecho de los pacientes; además señala que es un índice de la calidad asistencial, para cuya obtención no resulta imprescindible contar con formularios escritos, sugiriendo el modo procesal de obtención, que este se evidencie en registros evolutivos de la historia clínica.

Según Rego et al⁶⁶ el consentimiento informado presume la existencia de la capacidad de decisión, la voluntariedad, la comprensión, así como el otorgamiento de información adecuada. Por su parte Beauchamp⁶⁷ menciona que se entiende por consentimiento informado como un proceso continuo, deliberativo y comunicativo dentro de la relación médico- paciente, a través del cual se decide conjuntamente sobre una actuación que afecta a la salud del paciente.

Por su parte Noto⁶⁸ señala que el consentimiento informado es un proceso de diálogo que se establece entre el médico y el paciente, idealmente dentro de un clima de confianza, un lugar de encuentro de dos autonomías diferentes, la autonomía profesional de la salud que basándose en su competencia y experiencia es capaz de ayudar al paciente en la comprensión de su estado de salud, y la autonomía del paciente que en la relación de cuidados debe sentirse libre de afirmar su individualidad y su dimensión moral.

De acuerdo con Normahani et al⁶⁹ las habilidades de comunicación, como el uso de un lenguaje claro, simple y coherente, la creación de una buena relación médico-paciente, la generación de un diálogo y la escucha activa son algunas características básicas para el adecuado desarrollo del proceso de consentimiento, lo cual supone que el profesional de la salud, además de poseer conocimientos científicos y técnicos, debe saber comunicar y transmitir adecuadamente la información médica, asegurándose que los pacientes comprendan la situación en la que se encuentran para que puedan decidir de forma libre y voluntaria sobre el procedimiento diagnóstico o terapéutico que se le propone; pues para ello el paciente debe conocer todas las opciones de tratamiento con respecto a su problema de salud, así como entender tanto los

beneficios como los posibles riesgos y complicaciones de cada intervención propuesta, para que sea él mismo quien acepte o rechace lo que se le propone, una vez tenga toda la información clara y habiéndose explicado con diligencia debida.

En suma, en base a las definiciones y enunciados expuestos podemos señalar que el consentimiento informado es el pilar fundamental de la relación médico-paciente moderno, aquella donde prima la autonomía del paciente, su libertad y el respeto por sus derechos como a la vida, derecho a la salud, a la integridad física y mental, la intimidad, la libertad de conciencia, la libertad de expresión, etc.; por ello, el consentimiento informado es más que un acto formal de carácter documental, sino un proceso mediante el cual se garantiza, que después de haber recibido y comprendido toda la información necesaria y pertinente, el paciente expresa libre y voluntariamente su intención de que se efectúen procedimientos diagnósticos, tratamientos médicos o intervenciones quirúrgica. Por lo tanto, podemos concluir lo siguiente:

- 1) Se trata de un proceso que tiene lugar dentro de la relación médico – paciente.
- 2) Este proceso es eminentemente comunicacional, donde el profesional médico entrega determinada información al paciente, quien una vez comprendida y analizada, acepta o rechaza un determinado tratamiento clínico.
- 3) Forma parte del acto médico
- 4) Es parte integrante de la “*lex artis*” de las ciencias médicas.
- 5) Tiene un marcado carácter jurídico, dado que se relaciona directamente con derechos fundamentales de los pacientes, se enmarca en un acto de relevancia jurídica y su omisión puede acarrear responsabilidad médica (civil, penal y administrativa) para el profesional de la salud.
- 6) Requiere que sea prestado por el propio paciente o un representante habilitado legalmente para ello.
- 7) Debe ser prestado observando todas las formalidades establecidas que señala las normas legales sobre la materia.

2.2. Importancia de proporcionar información precisa, suficiente y comprensible al paciente:

Es indiscutible la relevancia que posee dar información precisa, suficiente y comprensible al paciente desde lo ético, bioético y legal, así como para las relaciones jurídicas; por lo cual es necesario una vez hacer referencia al Manual de Ética del Colegio Americano de Médicos⁷⁰, donde se establece que el médico debe proporcionar suficiente información para que el paciente pueda tomar una decisión informada sobre cómo proceder, debiendo el médico incluir en su evaluación la capacidad y la competencia del paciente; además precisa que el principio y la práctica del consentimiento informado se basa en que los pacientes planteen cuestiones y/o sus dudas cuando no están seguros de la información que reciben.

Por su parte, en Perú el Tribunal de la Superintendencia Nacional de Salud, Susalud, respecto de a la importancia de dar información precisa a los usuarios de servicios de salud, en el Acuerdo N° 006-2018⁷¹, señala que a fin de tener pacientes verdaderamente informados para que puedan ejercer su libertad de decisión, el Formato del Consentimiento Informado, obligatoriamente, debe incluir el registro en detalle de los riesgos potenciales y/o reales, efectos colaterales, efectos secundarios, efectos adversos y beneficios que con mayor frecuencia ocurren de acuerdo con el procedimiento y/o intervención médica a realizar, en términos sencillos y comprensibles.

Asimismo, en el citado Acuerdo se señala que, para cumplir con su finalidad, es decir pacientes informados para ejercer el derecho a la autodeterminación, el consentimiento informado debe reunir al menos cuatro requisitos, siendo estos los siguientes:

Capacidad: Es la aptitud del paciente o su representante para tomar decisiones, es decir capacidad de ejercicio.

Voluntariedad: Los sujetos deben decidir libremente someterse a un tratamiento o participar en un estudio sin que haya persuasión, manipulación ni coerción.

Información: Las opciones deben ser comprensibles y deben incluir el objetivo del tratamiento o del estudio, su procedimiento, los beneficios, así como los riesgos reales y potenciales.

Comprensión: Es la actitud del paciente de comprender la información proporcionada por el profesional de la salud.

En ese mismo sentido, Galán Cortes⁷² manifiesta que *“el médico debe informar al paciente de todas aquellas circunstancias que puedan incidir de forma razonable en la decisión a adoptar por el mismo, por lo que deberá informarle sobre la forma (medios) y el fin del tratamiento médico, señalándole el diagnóstico en su proceso, su pronóstico y las alternativas terapéuticas que existan, con sus riesgos y beneficios, así como la posibilidad, caso de ser conveniente, de llevar a efecto el tratamiento en otro centro sanitario más adecuado”*. Además, precisa que la información brindada al paciente para proporcionar el consentimiento informado debe de contar con una serie de características tales como: inteligible, veraz, apropiada y completa.

De otro lado, en relación con el contenido específico de la información que debe ser proporcionada al paciente y sus límites, el referido investigador Galán Cortés manifiesta que el médico debe informar al paciente todas aquellas circunstancias y procedimientos que son de importancia para la toma de decisiones por parte del paciente; siendo estos, entre otros, los siguientes:

- 1) Diagnóstico base del paciente;
- 2) Alternativas de tratamiento de la enfermedad;
- 3) Forma y medios de realización de procedimiento o acto médico;
- 4) Fines del procedimiento médico y sus incidencias;
- 5) Riesgos inminentes al procedimiento médico y posibles complicaciones de este;
- 6) Ventajas y desventajas de cada procedimiento;
- 7) Los medios con los cuales cuenta el centro hospitalario para la realización del procedimiento;
- 8) Necesidad del tratamiento y las consecuencias asociadas a la no realización de este;

- 9) Las posibilidades de ampliar o explicar nuevamente la información entregada por el médico al paciente;
- 10) La posibilidad de que el paciente reconsidere su decisión e incluso la revoque y;
- 11) En caso de ser centros médicos privados, el costo asociado al tratamiento.

Siendo que, para Galán Cortés, todas estas características, son las que determinan la validez del consentimiento informado, y en caso de que alguna de estas faltase, el consentimiento otorgado posee una invalidez absoluta, toda vez que no se ha proporcionado al paciente la información adecuada y necesaria para que pueda emitir su decisión libre y voluntaria.

Para Berro⁷³ el consentimiento informado es la regla o norma de la bioética que efectiviza el principio de autonomía del paciente, por lo tanto, tiene aspectos éticos, pero también legales, por lo que es un tema típicamente medicolegal. Además, precisa que una cosa es el consentimiento informado, que implica diálogo, información, relación personal, y otra cosa es la documentación o registro del consentimiento, expresión de asentimiento o no, que podrá quedar registrada en formulario o en la historia clínica, pero que conceptualmente no es el consentimiento en sí mismo.

El artículo 10° de la Ley 41/2002, Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica (LBAP), señala que el contenido de la información como requisito previo a la prestación del consentimiento escrito e incluye: 1) las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad, 2) los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente, 3) los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención, y 4) las contraindicaciones.

Osuna⁷⁴ menciona que independientemente de la forma en la que el consentimiento informado se ha de prestar, sea cual sea la forma legal establecida (verbal o escrita), es siempre aconsejable plasmar por escrito el

consentimiento prestado por el paciente, así como reflejar también por escrito en la historia clínica la información facilitada al paciente con carácter previo a la obtención de su consentimiento; lo cual sin duda redundará en una menor fuente de conflictos ante los tribunales y, en su caso, contribuirá a facilitar la labor probatoria que corresponde al médico⁷⁵.

Ahora bien, para Barquero y León⁷⁶ al momento de brindar la información idónea al paciente, el médico también debe considerar una serie de factores que pueden interferir en una adecuada comprensión de esta; dentro de ellos se distinguen los siguientes:

- **Factores subjetivos.** - Estos se refieren a las características propias del paciente, tales como: condición psíquica, edad, nivel cultural y educativo, situación familiar, social, religioso y profesional, entre otros factores que pueden influir en la comprensión adecuada del paciente del procedimiento médico por realizarse.
- **Factores objetivos.** - Estos versan sobre aquellos factores concernientes al procedimiento médico a realizarse, en los cuales se verá la urgencia o la necesidad del procedimiento, los riesgos y consecuencias del acto médico a practicar.

En España, en el artículo 5° de la Ley 41/2002 se establece claramente que el titular del derecho a la información es el usuario de servicio de salud, en tal sentido, la ley exige que el paciente debe ser informado de un modo adecuado y adaptado a sus habilidades de comprensión y que, en caso de incapacidad, esto debe hacerse a través de su representante legal. Igualmente, esta ley establece que, si el paciente lo permite de forma expresa, las personas cercanas al paciente que él designe también podrán recibir la información. Asimismo, en esta ley existen algunas limitaciones al derecho a la información, como son, la existencia de un estado de necesidad terapéutica, una situación de urgencia que no permite demoras, y la renuncia expresa a la recepción de la información por parte del titular del derecho.

Sobre la titularidad del derecho a la información, la nueva Ley 8/2021⁷⁷, ley que reforma la legislación civil y procesal que promueve el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica, declara que estas personas tienen plena capacidad jurídica en igualdad de condiciones que las demás personas en todos los aspectos de la vida; ello con el objeto de asegurar que se respeten los derechos, la voluntad y las preferencias de las personas con discapacidad, con lo cual se producido un trascendental cambio en la visión paternalista obsoleta, donde predominaba la sustitución en la toma de las decisiones de estas personas, llegando a una nueva realidad en la que la propia persona con discapacidad, como regla general, será la encargada de tomar sus propias decisiones.

Asimismo, según la Ley 41/2002, quién debe ser el responsable de comunicarle la información necesaria al usuario de servicio de salud en última instancia, es el profesional de la salud que asume el rol de “médico responsable”; en tal sentido, la Ley define al médico responsable como aquel que tiene a su cargo coordinar la información durante el proceso asistencial, dejando a salvo las obligaciones de otros profesionales que participan; además, esta ley establece que “todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no solo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente”. Cabe precisar que en la práctica clínica no siempre resulta fácil determinar quién asume el papel de médico responsable, pues la asistencia sanitaria muchas veces es llevada a cabo por un equipo de profesionales que intervienen en diferentes niveles asistenciales.

En relación con el momento en el que se debe informar al usuario de servicio de salud Raposo y Osuna⁷⁸ señalan que la información no representa un mero requisito que la ley exige para la obtención del consentimiento informado, sino que es un elemento autónomo, además de un verdadero derecho en sí mismo, y debe entenderse como un proceso continuado, presente y mantenido durante toda el proceso asistencial.

Sobre las características cualitativas y cuantitativas de la información, en el artículo 4.2°, la Ley 41/2002 señala que la información sanitaria debe ser verdadera, comunicada al usuario de servicio de salud de forma comprensible y adecuada a sus necesidades, de forma que le ayude a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad. A su vez, en el artículo 8°, esta ley establece que el consentimiento se debe obtener solamente tras recibir la información necesaria y cuando el paciente “haya valorado las opciones propias del caso”. Además, en este mismo artículo se establece que *“El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente”*.

En mérito a lo expuesto en los párrafos precedentes, y respondiendo a la pregunta: ¿Por qué es importante proporcionar información precisa, suficiente y comprensible a los usuarios de servicios de salud?, podemos señalar que el consentimiento informado constituye uno de los pilares fundamentales de la relación médico-paciente, que debe sostenerse en la confianza, de que el interés común de las partes es la recuperación de la salud, siendo este el objetivo de la práctica de la medicina; debiéndose, en consecuencia, de forma obligatoria y oportuna fomentar una cultura de auténtica información al paciente en todos los establecimientos de salud, sean públicos, privados o mixtos.

2.3. Obligación de informar al paciente: ética y legal

Como obligación ética:

Al respecto, en la Declaración de Principios del Código de Ética y Deontología del Código Médico del Perú se señala que la autonomía de la persona obliga moralmente al médico a solicitar su consentimiento informado y respetar su decisión; asimismo, en el artículo 55° del citado código se precisa que en pacientes que requieren procedimientos diagnósticos o terapéuticos que impliquen riesgos mayores que el mínimo, el médico debe solicitar

consentimiento informado por escrito, por medio del cual se comunica al paciente en qué consisten, así como las alternativas posibles, la probable duración, los límites de confidencialidad, la relación beneficio/riesgo y beneficio/costo del procedimiento.

Igualmente, en el artículo 10° del Código de Deontología Médica, de diciembre 2022, de la Organización Médica Colegial de España, se establecen las directrices sobre el consentimiento informado, estableciendo que la información al paciente no es un acto burocrático, sino una parte del acto médico, debiendo respetar la decisión del paciente de no ser informado, cuando este así lo exprese. Además, señala que el médico tiene el deber de evaluar la capacidad del paciente para comprender la información y tomar decisiones durante el proceso de consentimiento informado, para lo cual, el facultativo debe poner especial atención para que las personas con dificultades de comprensión participen en el proceso asistencial en la medida que su capacidad de decisión lo permita.

En el mismo sentido, en el artículo 38° del Código de Ética y Deontología del Colegio de Odontólogos del Perú se establece respecto del consentimiento informado que el cirujano-dentista está obligado a informar al paciente sobre el diagnóstico, pronóstico, tratamiento y manejo de su problema de salud, sin exagerar las probabilidades de éxito, asimismo, debe informar respecto de los riesgos y posibles complicaciones, secuelas o reacciones adversas de los mismos; finalmente señala que para realizar cualquier procedimiento o tratamiento, el cirujano-dentista está obligado a obtener por escrito el consentimiento informado del paciente, del familiar o tutor responsable en caso no estuviera capacitado para autorizar un acto odontológico.

Igualmente, el artículo 4° del Código de Ética y Deontología del Colegio de Tecnólogos Médicos del Perú, establece que el Tecnólogo Médico debe respetar y considerar durante el ejercicio de la profesión los principios bioéticos de autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia.

Finalmente, en el numeral 7) de la Declaración de Principios del Código de

Ética y Deontología del Colegio de Obstetras del Perú, se precisa que el o la obstetra debe respetar los principios fundamentales universalmente reconocidos de la bioética como la autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

Conforme se establece en los códigos de ética y deontología de los diferentes colegios profesionales, el principio de autonomía es el principio rector de toda prestación sanitaria, este principio, en un inicio fue consagrado como el principio de respeto a las personas, pero es en el Informe Belmont (1978) donde se traduce como principio de la autonomía.

El ejercicio de la autonomía por el paciente implica que los valores, deseos y preferencias de éste sean determinantes en la decisión que el profesional de la salud debe tomar es la autonomía es la capacidad de la persona para determinar el curso de su propia existencia, el poder de elegir por sí mismo, definiendo sin intervención de otro ni coacción alguna un proyecto de vida.

Por lo expuesto, claro está que de acuerdo a los códigos de ética y deontología, los profesionales de la salud están obligados a respetar el principio de autonomía del paciente, lo cual implica la obligación de estos de informarle adecuadamente de todas las implicaciones de la enfermedad, desde los tratamientos posibles hasta los riesgos inherentes y típicos a los procedimientos adoptados, a fin de obtener del paciente su debido consentimiento para el acto profesional a desarrollarse, por lo que su inobservancia constituye una infracción ética sancionada por el colegio profesional respectivo.

Como obligación legal:

Ahora bien, desde la perspectiva legal, el derecho al consentimiento informado es parte integrante del derecho a la vida, a la salud, a la integridad física y mental, a la autodeterminación, la intimidad, la libertad de conciencia, la libertad de expresión, etc., consagrado en numerosos instrumentos jurídicos nacionales e internacionales de derechos humanos; tal es el caso de la Constitución Política del Perú de 1993, donde en su artículo 65° se establece

lo siguiente: **“Artículo 65.-** *El Estado defiende el interés de los consumidores y usuarios. Para tal efecto garantiza el derecho a la información sobre los bienes y servicios que se encuentran a su disposición en el mercado. Asimismo, vela, en particular, por la salud y la seguridad de la población”.*

Si bien el artículo no hace mención de forma específica y clara al consentimiento informado, sin embargo, hace referencia al derecho a la información de los usuarios de los servicios, como es el caso de los usuarios de servicios de salud a fin de velar por la salud y seguridad de las personas, pues si lo trasladamos al contexto de la relación médico-paciente, se tiene que el usuario del servicio de salud sería el paciente, y lo que se pretende, según lo establecido en el citado artículo, es garantizar el ejercicio de su derecho a decidir de manera libre e informada sobre los aspectos referentes a su salud.

Igualmente, el Convenio de Oviedo⁷⁹, Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano, respecto de las aplicaciones de la Biología y Medicina, en su artículo 5° señala lo siguiente: **“Artículo 5.- Regla general.** *Una intervención en el ámbito de la sanidad sólo podrá efectuarse después que la persona afectada haya dado su libre e informado consentimiento. Dicha persona deberá recibir previamente una información adecuada acerca de la finalidad y la naturaleza de la intervención, así como sobre sus riesgos y consecuencias. En cualquier momento la persona afectada podrá retirar libremente su consentimiento”.*

Por otro lado, de manera más precisa y específica, la Ley 26842, Ley General de Salud peruano, en su artículo 4° prevé el consentimiento informado bajo los siguientes términos: **“Artículo 4.-** *Ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere o estuviere impedida de hacerlo. Se exceptúa de este requisito las intervenciones de emergencia (...).”.*

Otra norma de nuestro ordenamiento jurídico peruano que trata con detenimiento y extensión, sobre la materia es el Reglamento de la Ley N°

29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, donde en el artículo 24° se establece lo siguiente: **“Artículo 24°. - Derecho al consentimiento informado. - Toda persona tiene derecho a otorgar o negar su consentimiento, consignando su firma o huella digital, de forma informada, libre y voluntaria, sin admitirse, mecanismo alguno que distorsione o vicie su voluntad, por lo que de no cumplirse con estas condiciones se genera la nulidad del acto del consentimiento para el procedimiento o tratamiento de salud.**

El médico tratante o el investigador, según corresponda, es el responsable de llevar a cabo el proceso de consentimiento informado (...).”

Asimismo, en la Ley de Salud Mental peruano (LSM), Ley N° 30947, que fue reglamentada con Decreto Supremo 007-2020-SA, se busca alinear las regulaciones en salud mental a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), precisando sobre los derechos de las personas con problemas de salud mental en el artículo 9.7), lo siguiente: *“Otorgar su consentimiento informado, que implica la aceptación libre, sin persuasión indebida y otorgada por una persona con problemas de salud mental, o por sus representantes, según sea el caso, después de habersele proporcionado información precisa, suficiente y comprensible sobre el diagnóstico, tratamiento, medidas alternativas posibles y efectos secundarios y riesgos”.*

Por su parte, el Tribunal Constitucional peruano en la Sentencia N° 789/2021, Expediente N° 01004-2021-PHC/TC, de 24 de agosto de 2021; caso de don A.M.L.C, con diagnóstico de síndrome de Asperger, contra la Clínica Pinel, sostiene que cualquier internamiento u hospitalización debe ser consentido por el usuario de servicio de salud mental, y precisa en los fundamentos 9, 10 y 11, que la hospitalización será una medida excepcional, por el tiempo estrictamente necesario y revisable periódicamente, según lo dispuesto en el artículo 9 inciso 5 de la Ley de Salud Mental; por lo que en aplicación de la ley antes citada, será necesario que se garantice el derecho a dar el consentimiento informado, bajo los siguientes términos:

“9. Así (...) señala a la hospitalización como un recurso terapéutico de

carácter excepcional, revisable periódicamente, y que solo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos para la persona atendida que el resto de las intervenciones posibles. Se realiza por el tiempo estrictamente necesario y en el establecimiento de salud más cercano al domicilio del usuario.

10. (...) la Ley 30947, Ley de Salud Mental, establece incluso al consentimiento informado como un derecho que implica la aceptación libre, sin persuasión indebida y otorgada por una persona con problemas de salud mental, o por sus representantes, según sea el caso, después de habersele proporcionado información precisa, suficiente y comprensible sobre el diagnóstico, tratamiento, medidas alternativas posibles y efectos secundarios y riesgos.

11. Esta disposición, además, debe leerse en concordancia con lo que dispone el Decreto Legislativo 1384 (...) a fin de establecer el denominado sistema de apoyos y salvaguardias en la toma de decisiones para las personas con discapacidad (...). Toda persona mayor de dieciocho años, incluyendo a todas las personas con discapacidad, tiene plena capacidad de ejercicio independientemente de si usan o requieren apoyos para la manifestación de su voluntad”.

En España, en la Constitución Española de 1978 se consagra un Estado de Derecho donde la piedra angular es la dignidad de la persona humana, y se reconocen como derechos fundamentales el derecho a la igualdad en el artículo 14°, el derecho a la vida y la integridad física y moral en el artículo 15°, se garantiza el derecho a la protección de la salud en el artículo 43°, y se obliga a los poderes públicos de cautelar la defensa de los consumidores y usuarios protegiendo su seguridad, salud y legítimos intereses económicos en el artículo 51.1.

Producto de esta norma constitucional nace la Ley 14/1986, de 25 de abril, Ley General de Sanidad (LGS), que marcó un hito respecto al consentimiento informado, al ser la primera ley que trató la materia, hasta ese momento solo contemplada en normas de carácter reglamentario; en tal sentido cabe resaltar los apartados 5 y 6 del artículo 10° de la LGS, donde en el numeral 5 se

establecía que las personas tienen derecho a que se le dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso de diagnóstico, pronóstico y tratamiento; asimismo, en el numeral 6 del mismo artículo 10° mencionaba que las personas tenían derecho: A la libre elección entre las opciones que le presente el médico, siendo necesario consentimiento escrito previo para la realización de cualquier intervención, excepto en los siguientes casos: a) Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública, b) Cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso, el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegadas, y c) Cuando la urgencia no permita demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de muerte.

A partir de Ley General de Sanidad se creó todo un cuerpo jurisprudencial en torno al consentimiento informado, que constituye el antecedente de su actual regulación en la Ley 41/2002, de 14 noviembre, Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica (LBAP), donde en su artículo 2°, se consagran los principios básicos que orientan los criterios que deben tenerse en cuenta para interpretar los preceptos de esta ley, entre estos cabe destacar el título 2 que afirma que: *“Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley”*.

También resulta destacable el título 3 del mismo artículo, donde se establece que el paciente una vez que haya recibido la información adecuada tiene el derecho a decidir libremente entre las opciones clínicas disponibles. Otro principio es el enunciado en el título 4 y es el derecho del paciente para negarse al tratamiento, excepto en los casos que expresamente recoge la misma ley; finalmente, resulta fundamental el título 6 donde se establece la exigencia para los profesionales de la salud de no sólo realizar su actividad con corrección técnica, sino también con apego al cumplimiento de los deberes de información y documentación clínica, respetando las decisiones adoptadas libre y

voluntariamente por el paciente.

Resulta entonces, según las disposiciones legales nacionales e internacionales mencionadas, que el consentimiento informado es un acto médico legal obligatorio, en donde el usuario del servicio de salud o su representante legal, capaz y competente, declara expresa o tácitamente, en forma oportuna, libre, voluntaria y consciente, su aceptación de que se efectúen procedimientos de diagnóstico, procedimientos terapéuticos médicos o quirúrgicas, de investigación, de negativa a recibir o continuar un tratamiento, de cuidados paliativos y exploración con fines docentes; después que el profesional de salud competente que realizará el procedimiento sanitario haya informado sobre la naturaleza de la atención, incluyendo los riesgos reales y potenciales, efectos colaterales y efectos adversos, así como las consecuencias positivas y negativas que pueden derivar y lo que podría sucederle en caso no se lleven a cabo; a fin de garantizar el derecho a la vida, a la salud, a la integridad física y mental, la intimidad, la libertad de conciencia, la libertad de expresión, etc.

2.4. Consentimiento informado en personas con problemas de salud mental

Cuando se aborda el consentimiento informado en poblaciones vulnerables como las personas con problemas de salud mental es necesario remitirnos al reporte efectuado por la UNESCO en su 33ª Sesión General, en conjunto con el Comité Internacional de Bioética de 2005, apartado 2: "Consentimiento en diferentes categorías de personas que requieren una protección especial", donde se incluye a poblaciones potencialmente vulnerables, a los neonatos, los menores de edad, las personas con trastornos mentales o trastornos del aprendizaje, los ancianos con confusión y los pacientes en estado inconsciente.

La misma UNESCO hace referencia a los pacientes con enfermedad mental, en el artículo 93, y establece lo siguiente: *"Hasta ahora se ha aceptado y se practica que la condición psiquiátrica suele ser una razón para renunciar al consentimiento del paciente, aquel que no está en condición de juzgar cuál es su mejor interés. Se debe hacer notar, no obstante, que esto no significa que el paciente no pueda expresar su opinión y no se deba tomar en cuenta que esto*

puede ser negado. La situación debe juzgarse profesionalmente con la anuencia y su proporción y, en la medida de lo posible, considerar cuidadosamente las habilidades que el paciente manifieste. Esto es verdad para todos los pacientes agrupados en la categoría con falta de capacidad para dar su consentimiento”⁸⁰.

En el mismo reporte, el artículo 94 reconoce que la alteración mental tiene un amplio espectro para la toma de decisiones; en los casos graves, las personas con un estado psicótico grave se encuentran totalmente anuladas, y al mejorar clínicamente, estos mismos sujetos pueden consentir en una clara elección.

En Perú, con la Ley de Salud Mental (LSM), Ley N° 30947, que fue reglamentada por el Decreto Supremo 007-2020-SA, se buscó alinear las regulaciones en salud mental a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), precisando sobre los derechos de las personas con problemas de salud mental en el artículo 9.7, lo siguiente: *“Otorgar su consentimiento informado, que implica la aceptación libre, sin persuasión indebida y otorgada por una persona con problemas de salud mental, o por sus representantes, según sea el caso, después de habersele proporcionado información precisa, suficiente y comprensible sobre el diagnóstico, tratamiento, medidas alternativas posibles y efectos secundarios y riesgos”.*

Complementando lo anterior, el artículo 11.d) señala que *“El tratamiento e internamiento se realizan con el consentimiento informado, libre y voluntario del usuario, salvo en situaciones de emergencia”*, de esta manera, en situaciones de emergencia psiquiátrica está habilitado la posibilidad de internamiento sin consentimiento.

Asimismo, el reglamento de la LSM especificó esta regulación en dos niveles. Por un lado, define qué se entiende por emergencia psiquiátrica, así, el artículo 3.5 la define como *“Toda condición repentina e inesperada, asociada a un problema de salud mental, que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el(la) usuario(a)”*.

Por otro lado, en sus artículos 26 y 27, el reglamento distinguió entre el internamiento y la hospitalización. El internamiento se dará en situaciones de emergencia psiquiátrica y debe tener una duración máxima de 12 horas. Puede ser consentido, pero también podrá darse sin consentimiento. La hospitalización por su parte siempre será consentida y aplicará luego de cumplido el plazo máximo del internamiento, si es que la persona debe permanecer en el centro médico.

De lo anterior se desprende que la capacidad de decisión en psiquiatría no puede verse como un fenómeno del todo o nada, sino que es un continuum sujeto a variaciones a través del tiempo, y a variables personales; por lo que, a través de una evaluación clínica minuciosa se dará el diagnóstico de forma individual para determinar si un sujeto es capaz o no de emitir un consentimiento; pues el consentimiento informado transfiere la responsabilidad de la elección del tratamiento al paciente.

Ahora bien, según Johnston y Liddle⁸¹ los factores o situaciones clínicas que afectan directamente la toma de decisión son: el tipo de enfermedad mental, los síntomas y su severidad, la evolución del padecimiento; la escolaridad, las experiencias previas del sujeto, sus valores, religión y creencias, la personalidad y los mecanismos de defensa que utiliza; los factores sociales y culturales, e incluso el encuadre y el lugar en donde se evalúa al enfermo. Es evidente, dada la condición psicopatológica de la persona, que es alguien que requiere de una mayor atención, vigilancia y protección, por la facilidad de ser ignorada o de ser violados sus derechos, más que a otro tipo de pacientes. Si bien existe regulación explícita acerca de la información que debe ser proporcionada al enfermo; pero los individuos con problemas de salud mental son vulnerables a la coerción por problemas en su voluntariedad.

Por su parte Nishimura et al⁸² mencionan que la aceptación del tratamiento y las opciones ofrecidas por el médico se encontrarán apuntaladas en la evaluación del riesgo en el que está el paciente, y el beneficio del tratamiento por la presencia de ideas sobrevaloradas, paranoides o de daño, muerte, desesperanza o inutilidad; por lo que el consentimiento informado no puede ser

un acto de mero formalismo para proteger al enfermo, y darle las mejores opciones de tratamiento, sino que incluye la responsabilidad médica de detectar el entendimiento del sujeto, el riesgo en la toma de decisiones en la que pueden participar terceras personas, y su ascendencia, matizada por las variables socioculturales, y en el extremo, la vulnerabilidad que padece cualquier ser humano al momento de enfermar, y concluyen que el consentimiento informado es una herramienta en la que se promueven valores como la honestidad y la verdad de los participantes, y el respeto a la autonomía del sujeto.

En la práctica clínica hospitalaria en Perú, es frecuente observar que cuando un paciente rehúsa o difiere de las opciones de tratamiento ofrecidas por su médico tratante, el consentimiento informado escrito es un acto de mero formalismo de negativa al tratamiento, mas no existen registros en las historias clínicas de que el equipo médico se haya asegurado de que el paciente haya comprendido la información proporcionada por medio de una evaluación psiquiátrica de la capacidad de decisión para que pueda ser utilizada como un elemento dentro del campo legal.

Esta problemática es tan frecuente y se calcula que por lo menos entre el 3% y el 25% de las solicitudes de interconsulta al servicio de psiquiatría hospitalaria en los Estados Unidos de Norteamérica se refieren a preguntas acerca de la capacidad de decisión y de la competencia de los enfermos; por lo que es necesario privilegiar el actuar libre y la verdadera voluntad de la persona⁸³.

La capacidad de decisión, elemento fundamental del consentimiento informado, puede ser evaluada desde diferentes perspectivas, es así que Schneider y Bramstedt⁸⁴, de la Universidad de California, analizaron la diferencia que hay entre los psiquiatras y los bioeticistas para determinarla.

El psiquiatra, al examinar al paciente, busca condiciones clínicas y farmacológicas apoyándose generalmente en tres puntos: el Minimental State Examination (MMSE en inglés); en la posibilidad que tiene el paciente de dañarse a sí mismo y a otros; y si es capaz de manejar sus actividades diarias, como vestirse o comer (funcionalidad). El instrumento estandarizado para la

evaluación del estado mental como el Minimental State Examination (MMSE) es de gran utilidad para valorar de forma rápida la capacidad mental. Cuando no es posible determinar claramente la capacidad de decisión, se recomienda el uso de instrumentos estandarizados, como por ejemplo el Mac Arthur Competency Assessment Tool for Clinical Research (Mac CAT-C y su versión revisada MacCAT-CR)⁸⁵. En contraste, los bioeticistas buscan los valores y preferencias del sujeto basándose en la comprensión de su condición médica, el entendimiento del riesgo y beneficio de la intervención, y la expresión de sus deseos⁸⁶.

Cabe señalar que el diagnóstico psiquiátrico usualmente no suele estar claro en el momento del ingreso, pero debe inferirse claramente la existencia de un trastorno mental; por ejemplo, la naturaleza de los cuadros psicóticos (ya sean orgánicos, inducidos por fármacos, esquizofrénicos o afectivos) no siempre son evidentes, pero la afectación psiquiátrica puede inferirse de los delirios, las alucinaciones u otros síntomas. Por otra parte, el comportamiento problemático por sí solo no justifica la intervención psiquiátrica a menos que sea claramente atribuible a un trastorno mental. Además, la agresividad, por ejemplo, es un comportamiento complejo que la mayoría de las veces no tiene una causa psiquiátrica.

No todos los trastornos psiquiátricos, aunque sean psicóticos o graves, requieren tratamiento hospitalario, por lo tanto, la hospitalización involuntaria no está justificada cuando es posible el tratamiento en un entorno menos restrictivo, como un hospital de día o una clínica ambulatoria o comunitaria, es por ello que la OMS recomienda que la hospitalización psiquiátrica involuntaria solo se reserve para situaciones en las que exista riesgo cierto e inminente de daño para el paciente o para otras personas o en las que la falta de tratamiento de una enfermedad grave pueda provocar un empeoramiento significativo del estado del paciente o impedir que reciba el tratamiento adecuado.

Debemos entender por riesgo cierto a la existencia de situaciones y circunstancias graves que amenacen o causen perjuicio a la vida, la integridad física del propio paciente o de terceras personas, de bienes jurídicos propios o

ajenos, en totalidad o en parte. Asimismo, debemos comprender por riesgo inminente a aquellas situaciones o comportamientos negativos con altas probabilidades de suceder en un plazo perentorio muy corto. Ejemplos de estas situaciones son los siguientes:

- 1) Presencia de alucinaciones auditivas comandatorias que ordenan daño o amenazas.
- 2) Estado de desesperación con riesgo suicida tales como ideación suicida, plan concreto, conducta autolesiva.
- 3) Vivencias de desesperanza como por ejemplo ausencia de proyectos o planes futuros, deterioro o pérdida de vínculos afectivos, laborales y sociales.
- 4) Enfermedad terminal o crónica incapacitante.
- 5) Antecedentes de conducta autolesiva (son más graves cuanto más letal haya sido el método elegido y sus consecuencias, y cuanto más cercano en el tiempo a la consulta actual).
- 6) Incidentes significativos que puedan motivar la conducta de riesgo.

Por otro lado, la incapacidad de discernimiento puede ser total o parcial. La cuestión aquí es si el paciente es capaz de comprender sus síntomas, su enfermedad y las consecuencias de tratarse a sí mismo o no. Por ejemplo, un enfermo de trastorno delirante puede tener una gran capacidad cognitiva y ser capaz de trabajar a un alto nivel y, sin embargo, no tener juicio sobre la irrealidad de sus delirios.

En tal sentido, no existe una norma universalmente aceptada para evaluar la competencia decisoria y el proceso puede requerir una considerable pericia por parte del psiquiatra; algunos autores sugieren que la competencia decisoria requiere la capacidad de: a) comprender la información relevante; b) comprender la situación y sus consecuencias; c) razonar sobre las opciones de tratamiento; y d) comunicar una elección. Para ello, algunos autores ofrecen varios ejemplos de preguntas que pueden ayudar en la evaluación, tales como:

- 1) Cuénteme con sus propias palabras lo que le he dicho sobre el problema actual de su salud, el tratamiento recomendado, los posibles beneficios y

riesgos del tratamiento, los tratamientos alternativos y sus beneficios y riesgos, los riesgos y beneficios de no tratarlo;

- 2) ¿Cuál cree que es el problema de su salud?
- 3) ¿Cree que necesita algún tipo de tratamiento?
- 4) ¿Qué le puede aportar el tratamiento?
- 5) ¿Qué le hace pensar que el tratamiento tendrá este efecto?
- 6) ¿Qué cree que le ocurrirá si no se somete a tratamiento?
- 7) ¿Por qué cree que le he recomendado este tratamiento?
- 8) ¿cómo decidió aceptar o rechazar el tratamiento propuesto?
- 9) ¿Qué hace que la opción elegida sea mejor que la rechazada?

En suma, en pacientes psiquiátricos, debe prestarse especial atención a las funciones cognitivas (atención, memoria, pensamiento, inteligencia, juicio), así como otros aspectos que pueden interferir en la capacidad de decisión, como el humor y la percepción.

2.5. Condiciones psiquiátricas que afectan la emisión del consentimiento informado

Conforme habíamos expuesto líneas arriba, el padecimiento de un problema de salud mental y sus alteraciones psicopatológicas subyacentes fueron a lo largo de la historia motivo de examen de la capacidad jurídica, a fin de determinar, por ejemplo, si un paciente tiene plena capacidad para consentir su hospitalización o internamiento; por ello la expresión máxima de la necesidad de este examen es la que acaece cuando se recomienda el internamiento en establecimiento de salud mental y el usuario de servicio de salud rechaza o no tiene conciencia sobre la naturaleza de dicha prescripción terapéutica indicada por el facultativo.

Al respecto, Hafemeister y Sales⁸⁷ precisan que cuando se realiza el internamiento y hospitalización involuntaria de un usuario de servicio de salud con problemas de salud mental en un establecimiento de salud mental, convergen cuestiones de índole médica, ética, deontológica y jurídica. En tal sentido, Appelbaum y Grisso⁸⁸ mencionan que un prerrequisito ético,

deontológico y legal para un ingreso involuntario válido es la ausencia de capacidad por parte del usuario de servicio de salud para tomar decisiones derivada de una problema de salud mental; y que el ingreso no consentido debe ser una indicación terapéutica de carácter excepcional y solo si es estrictamente necesaria para la prevención de un riesgo o la consecución de un objetivo terapéutico necesario, ajustándose a lo dispuesto en la legislación vigente y en los principios éticos y deontológicos que regulan la metería⁸⁹.

Por lo tanto, la admisión de un usuario de servicio de salud a un establecimiento de salud mental sin su consentimiento o contra su voluntad precisa de la evaluación de la capacidad de obrar del usuario de servicio de salud, sustentado en un examen mental exhaustivo efectivo por parte de un psiquiatra mediante la descripción de los signos y síntomas psicopatológicos, explicitando el grado de presunción de la merma de la capacidad de obrar relativa al diagnóstico y al tratamiento e indicando las medidas terapéuticas necesarias, que debe incluir el tratamiento farmacológico y condiciones de aislamiento⁹⁰.

Sin embargo, son escasos los trabajos que han analizado las circunstancias clínicas que son tributarias de ingreso no consentido o contra su voluntad a un establecimiento de salud mental; igualmente son escasas las normas técnicas de salud, guías de práctica clínica, documentos técnicos y escalas e instrumentos psicométricos elaborados para evaluar la posible disminución de las habilidades psicolegales; por ello, en el momento actual los facultativos fundamentan la decisión de un posible internamiento involuntario en el análisis y exploración de los signos y síntomas psicopatológicos.

Han sido varios los autores y profesionales de la salud mental que han recomendado la voluntariedad del ingreso, argumentando que implicaría una menor estigmatización del usuario de servicio de salud y la indicación terapéutica resultaría menos coercitiva y restrictiva⁹¹. En ese mismo sentido, existen autores que señalan que permitiría al usuario de servicio de salud reconocer el padecimiento de un problema de salud mental, la necesidad de ayuda terapéutica y respetaría la autonomía individual⁹².

Según Perlin⁹³ las razones en contra de un ingreso voluntario se fundamentan en la mayor posibilidad de abuso sobre los usuario de servicio de salud, la vulnerabilidad del usuario de servicio de salud a ser objeto de coerción o coacción, e incluso que el usuario de servicio de salud pudiese ser admitido bajo la amenaza de internamiento involuntario. Sin embargo, contrario a lo expuesto, como profesional de la salud mental debemos reafirmar que el ingreso involuntario médicamente, ética y jurídicamente tiene como único objetivo el de proteger a las personas que sufren problemas de salud mental tributarios de tratamiento y que presenten disminución de la capacidad de obrar, tal como lo manifiestan también Dyer y Bloch⁹⁴.

Una de las razones por la que se defendía el ingreso consentido era la posible confrontación entre el facultativo y el usuario de servicio de salud en el ingreso involuntario, argumentando que probablemente esto limitaría la alianza terapéutica y afectaría adversamente a la participación del usuario de servicio de salud en el tratamiento⁹⁵. En cambio, otras investigaciones confirmaron que los usuarios del servicio de salud mostraron una mejoría clínica significativa tras el internamiento involuntario y que la valoración que realizaron del mismo y el posterior tratamiento resultó positiva. Además, encontraron un alto porcentaje de usuario de servicio de salud que justificaron su ingreso involuntario, la necesidad inicial de tratamiento en el establecimiento de salud mental y los beneficios percibidos por el tratamiento⁹⁶.

Por otro lado, cabe destacar que algunas publicaciones hallaron un elevado porcentaje de usuarios del servicio de salud que ingresaron voluntariamente a pesar de no tener preservada la capacidad para consentir su internamiento, lo cual obliga a considerar la necesidad de una norma técnica de salud para estandarizar los procesos asistenciales⁹⁷, es por ello que el grupo de trabajo *Task Force*, constituido por la Asociación de Psiquiatría Americana (APA) en 1993, elaboró un informe que sugería un umbral bajo para la capacidad de consentir el ingreso a un establecimiento de salud mental. A partir de ese momento, fueron varios los intentos de elaborar instrumentos, escalas y cuestionarios que permitiesen evaluar la capacidad del usuario de servicio de salud para consentir el ingreso a un establecimiento de salud mental entre los que destaca el

*Competency Questionnaire (CQ)*ⁱ.

A fin de determinar si un paciente está en condiciones clínicas para emitir el consentimiento informado en la práctica psiquiátrica se ha enfocado al escrutinio de la capacidad de decisión para el consentimiento informado; en dicho contexto el problema surge en los casos límites, de leves a moderados, en donde las alteraciones no son perceptibles bajo una simple entrevista médica, y en los casos donde el paciente ha logrado compensar sus deficiencias. La duda puede surgir en situaciones que *per se* son inherentes a la condición humana, como la tristeza por la pérdida de un ser querido, que puede ser malinterpretada como depresión.

Sobre el particular, Weiss⁹⁸ describió cuatro factores que pueden afectar la voluntad en el paciente psiquiátrico:

- 1) El primero es el desarrollo mental o nivel de maduración neurológica expresada en el pensamiento lógico, la capacidad de abstracción y de discernimiento; como los niños, que aún no han desarrollado la capacidad interna para elegir una opción.
- 2) Factores relacionados entre la voluntariedad y la enfermedad mental. Hay síntomas como el bajo nivel de energía, los pensamientos negativos, la ambivalencia, las alteraciones en el ánimo y la percepción; las creencias bizarras, las ideas sobrevaloradas, las preocupaciones y la apatía.
- 3) Entorno sociocultural del enfermo. Es aquello que se desprende de su historia de vida, religión y el cómo se percibe la enfermedad. Algunos pacientes pierden la voluntad al depender física y psicológicamente de sus cuidadores o familiares.

ⁱ Billick y colaboradores en 1996 realizaron un estudio en el que trataron de categorizar a los pacientes en capaces e incapaces para consentir el ingreso mediante la elaboración de una prueba, el *Competency Questionnaire (CQ)*. Además, aplicaron otros instrumentos de evaluación clínica tales como la escala BPRS, WAIS-R sub-test vocabulario y MMSE; e identificaron correlaciones entre los distintos instrumentos de medida, con hallazgos estadísticamente significativos, que permitieron validar ese instrumento como medida de la capacidad para consentir tratamiento.

- 4) Factores externos y de presión. En este grupo se incluyen a los enfermos residentes de asilos, casas de cuidados u hospitalización.

Igualmente, Stieggelbout et al⁹⁹, han añadido otros factores que modifican transitoriamente la capacidad de decisión, como son la ansiedad, el dolor, la distracción, la habilidad para leer, y la complejidad de la información dada. Otras variables que limitan al sujeto en la comprensión de la información son el nivel académico, la fatiga, el cansancio, los medicamentos, eventos displacenteros recientes y el entorno socioambiental. Además, precisa que tanto los familiares como los pacientes generalmente muestran cierta predilección por el modelo paternalista de relación médico-paciente, pues consideran que el médico siempre hará una mejor elección.

Por otro lado, la corriente antipsiquiátrica ha especulado que la enfermedad mental es un mito; que la realidad es que el cerebro es el lugar donde se encuentra la consciencia, y la minuciosa exploración clínica y el conocimiento de los trastornos mentales dará la pauta de cuánto se ve afectada la capacidad de decisión y la voluntad, pues la emisión del consentimiento informado requiere de una conciencia clara, un nivel adecuado de entendimiento, la comprensión de los riesgos y las opciones del tratamiento, y lo más importante, ligado a un trastorno mental, el peligro de daño para sí mismo y para las personas que rodean al paciente. Además, han teorizado que la autoridad moral del psiquiatra se confunde a menudo con arbitrariedad, sobre todo en situaciones de alto riesgo, por la incapacidad del enfermo para comprender el cuidado o la protección que se le está brindando.

El tratamiento en condiciones de emergencia psiquiátrica debe orientarse a combatir la amenaza a la integridad del sujeto, apoyado siempre por la autorización de un familiar, y del psiquiatra lo que se espera es el respeto a la dignidad del paciente, procurando su bienestar, dado la imposibilidad en casos severos de llevar un verdadero consentimiento informado por la naturaleza misma de la enfermedad mental.

Por lo tanto, la polémica es fijar el límite de la vulnerabilidad, cómo y cuándo se deben llevar a cabo maniobras para la protección del individuo, por su falla en la capacidad para deliberar, y en qué momento será necesaria la participación de algún familiar o autoridad responsable, más aún si las condiciones clínicas que se van a explorar varían en tiempo y espacio, por lo que es indispensable para una adecuada emisión del consentimiento informado, valorar el juicio auto y heterocrítico, la capacidad de introspección para comprender la enfermedad, la voluntariedad, y revalorar al enfermo con un nuevo consentimiento informado cuando el paciente esté en mejores condiciones médicas.

Los pacientes que no tienen *insight*, que niegan su enfermedad y rechazan el tratamiento son generalmente sujetos con enfermedades severas o avanzadas. Los trastornos del estado de ánimo, como depresiones severas con ideas suicidas, los sentimientos de desesperanza e inutilidad y pesimismo pueden influir en la toma de decisiones. En el otro extremo están los pacientes con estados maníacos, que se caracterizan por un ánimo eufórico, expansivo, sentimientos excesivos de grandeza y poder; se muestran lúcidos para su trabajo y no tienen los temores o miedos habituales. Ese ánimo alegre, con excesivo sentimiento positivista por sí mismo, los coloca en una situación de vulnerabilidad y riesgo; por lo que, entre mayor sea la severidad del cuadro clínico, existe menos capacidad de introspección y poco entendimiento de lo que sería un consentimiento informado, e inclusive una intervención médica. Por otro lado, los pacientes con trastornos psicóticos generalmente presentan desorganización en el contenido de su pensamiento, como ideas delirantes de daño, referenciales y paranoides; otros casos se suman a alteraciones en la percepción, como alucinaciones auditivas o visuales; los que modifican su juicio de la realidad.

Por último, cabe precisar que son muy pocos los estudios centrados en el análisis de los signos y síntomas psicopatológicos, así como los síndromes psiquiátricos como criterios clínicos de ingreso involuntario, observando que era la experiencia clínica del psiquiatra y la valoración subjetiva del estado mental del usuario de servicio de salud lo que regía la indicación médica. A pesar de ello, se han recogido datos de las posibles alteraciones psicopatológicas y

síndromes psiquiátricos que cursan con reducción de la capacidad jurídica o de obrar, tales como:

2.5.1. Síndromes psicóticos

Morris y Heinssen¹⁰⁰ mencionan que este grupo diagnóstico es el predominante en los internamientos involuntarios y más frecuentemente relacionado con la disminución de la capacidad de consentirⁱⁱ, son pues trastornos que alteran el juicio de realidad, de forma transitoria o permanente, que pueden cursar con síntomas positivos tales como delirios y alucinaciones, con síntomas negativos como apatía, alogia, asocialidad, anhedonia, abulia o aplanamiento afectivo, con desorganización de la conducta o con deterioro cognitivo, conceptualizada como alteración de la memoria de trabajo. Estos signos y síntomas psicopatológicos son parte del cuadro clínico de diversos trastornos mentales tales como: la esquizofrenia, trastorno de ideas delirantes, trastornos psicótico agudo, trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo, trastorno psicótico inducido por sustancias psicoactivas, trastorno psicótico debido a otra enfermedades médicas e incluso trastorno afectivo con síntomas psicóticos.

Hoge et al¹⁰¹, así como Roesch y Zapf¹⁰², señalan que la presencia de síntomas positivos tales como los delirios y alucinaciones entre otros, no siempre se han correlacionado con la disminución de la capacidad de consentirⁱⁱⁱ; por su parte Capdevielle et al¹⁰³, mencionan que algunos usuarios

ⁱⁱ Morris y Heinssen en 2014 realizaron una publicación en la que revisaron las investigaciones más relevantes relacionadas con el proceso del consentimiento informado. Se centraron en el período prodrómico antes de la presentación de los síntomas francos de la psicosis, esencial para el desarrollo de estrategias para la detección precoz y la intervención temprana. Se señaló que en el proceso de solicitar el consentimiento informado de los individuos en riesgo elevado de desarrollar psicosis requería una comunicación reflexiva sobre el riesgo de la enfermedad y a menudo incluía la participación de miembros de la familia. Los estudios empíricos que evaluaron el razonamiento del riesgo y la capacidad de toma de decisiones en las personas con riesgo de psicosis sugirieron que la mayoría estaban en condiciones de riesgo para proporcionar adecuadamente consentimiento informado. Se consideró importante la mejora de herramientas y procedimientos.

ⁱⁱⁱ Hoge y colaboradores agruparon una muestra de trescientos sesenta y seis varones presuntos delincuentes en el estado de Virginia y Florida con diagnóstico de esquizofrenia, trastorno afectivo y otros diagnósticos psiquiátricos, siendo excluidos los usuarios de servicio de salud con diagnóstico de demencia y retraso mental. Fueron diversificados en dos grupos, los ingresados en una institución psiquiátrica forense para la recuperación de la capacidad y los que permanecieron en

del servicio de salud delirantes con buena conciencia de enfermedad se han encontrado en condiciones mentales de consentir, e incluso, de rechazar un tratamiento.

En base a estas conclusiones Rosenfeld y Wall, así como Rutledge et al, analizaron los criterios de severidad de los síntomas delirantes y su relación con probabilidad de reducir la capacidad de consentir, especialmente la habilidad de comprensión y razonamiento^{iv,v}; considerando que son indicadores de gravedad sintomática el grado de convicción delirante de la creencias falsas e incorregibles, no influenciado por medio de la lógica, con falta de conciencia y crítica de las mismas.

No está de más señalar que de todas maneras debe considerarse el contenido del pensamiento delirante, así pues, los delirios de persecución, los delirios autorreferenciales así como la ideas delusivas de perjuicio y daño,

instituciones penitenciarias. Se les aplicó varios instrumentos de medición psicopatológica, BPRS-A y WAIS-R, como variables independientes, e instrumentos de medición de la capacidad para ser juzgado (MacSAC-CD). Los resultados evidenciaron que no todos los usuarios de servicio de salud afectados de esquizofrenia presentaron merma de la capacidad de obrar, si bien obtuvieron puntuaciones más bajas en las habilidades de entendimiento, razonamiento y apreciación, en relación con otros grupos diagnósticos.

^{iv} En el estudio de Rosenfeld y Wall se evaluó a ciento ochenta y ocho acusados en prisión preventiva para la determinación de la capacidad para ser juzgados por un período de seis meses, desde el 01 de enero hasta el 30 de junio de 1996. El equipo evaluador estaba compuesto por ocho médicos de la Clínica Psiquiátrica Forense de Nueva York. Se exploró (a) el grado general de capacidad (en una escala de calificación de 0-10), (b) si eran capaces de entender los cargos que estaban en su contra y/o eran capaces de ayudar en su defensa, (c) la gravedad de posibles síntomas psiquiátricos, y (d) el diagnóstico clínico. Se demostró la importancia de síntomas de semiología psicótica como trastornos del pensamiento, creencias delirantes y desorientación, relevantes para la predicción de la determinación de la capacidad, incluso comparativamente con los síntomas afectivos o categorías de diagnóstico afectivo. Entre los acusados sin diagnóstico de trastorno psicótico, síntomas como la desorientación, manía o alucinaciones fueron buenos predictores de menoscabo de la capacidad. La desorientación y el funcionamiento intelectual general fue más estrechamente correlacionado con la capacidad de entender. Estos resultados demostraron la relevancia de centrar las evaluaciones clínicas en la gravedad de los síntomas y la relación precisa entre los síntomas y la capacidad, en lugar de centrarse en las propias categorías diagnósticas. No hubo asociación observada entre la capacidad y el diagnóstico de retraso mental o trastorno cognitivo.

^v El estudio de Rutledge et al (2008) tuvo como objetivo determinar si los instrumentos de evaluación de la capacidad para declarar y consentir eran independientes del estado mental y la función global en la psicosis. Se agrupó una muestra de ciento dos usuarios de servicio de salud forenses con diagnóstico de psicosis a los que se administró la MacCAT-T y MacCAT-FP, PANSS y GAF (Evaluación Global del Funcionamiento). Los resultados del estudio confirmaron la correlación entre la puntuación de las subescalas y total de la MacCAT-T y MacCAT-PF con la PANSS y GAF. Las puntuaciones de gravedad en psicosis, concretamente síntomas positivos tales como delirios y alucinaciones, se correlacionaron inversamente con las habilidades psicoleales.

caracterizadas por una notable convicción y extensión en distintas esferas de la persona con problema de salud mental, y con importante presión y notable respuesta afectiva, pueden inducir a un comportamiento heteroagresivo, generando con ello el riesgo o peligro para la vida, la salud e integridad física de los familiares y terceras personas, por lo que constituye un criterio de internamiento involuntario.

Por otro lado, también se debe valorar el contenido de las ideas delusivas de culpa, ideas delusivas de ruina y enfermedad, pues estos aumentan el riesgo o peligro para la vida, la salud e integridad física del propio paciente, ya que se manifiestan en forma de comportamientos autolesivos, las que se expresan en forma de conducta suicida y suicidio consumado. Jacobs et al¹⁰⁴, mencionan que en otras ocasiones los delirios de culpa, ruina y enfermedad cursan con retraimiento e inhibición psicomotriz, la misma que puede evolucionar con negligencia del autocuidado y desnutrición, así como con la disminución de la capacidad de obrar, concretamente la comprensión, y en menor grado razonamiento y apreciación; igualmente, estos autores señalan que tanto el consumo de sustancias psicoactivas como el humor maníaco pueden manifestarse en forma de un síndrome psicótico, y agravar la descompensación psicopatológica, así como aumentar la probabilidad del conducta heteroagresivo, y están vinculados con la disminución de las habilidades de razonamiento, apreciación y comprensión.

Cabe señalar que no todos los usuarios del servicio de salud con trastornos psicóticos crónicos presentan signos y síntomas positivos y negativos, ya que en ocasiones prevalecen los síntomas de deterioro cognitivo y de desorganización conductual. Al respecto, son varios los estudios^{105, 106, 107} en los que se objetivaron que la capacidad de consentir se encuentra correlacionada inversamente con las funciones cognoscitivas y desorganización conductual, que con la gravedad de la psicopatología

positiva^{vi}, ^{vii}.

De acuerdo con Grisso y Appelbaum¹⁰⁸ los dominios neuropsicológicos que están relacionados con la disminución de la capacidad de ejercicio fueron los relativos al aprendizaje, la memoria, la capacidad de abstracción y la flexibilidad cognitiva, vinculados preferentemente con la habilidad de comprensión y razonamiento. Asimismo, Koren et al¹⁰⁹, señalan que las alteraciones de la metacognición, en ausencia de signos y síntomas delusivos también disminuyen la capacidad de consentir, ya que ocasionan alteraciones en el conocimiento declarativo, entendiendo por éste el conocimiento que permite a las personas saber qué procesos cognitivos utilizan, y alteraciones en el conocimiento procedimental, descrito como la capacidad de la persona para controlar sus procesos cognitivos.

El diagnóstico que se manifiesta en forma de síndrome psicótico que más frecuentemente ha sido estudiado para valorar su capacidad de consentir es el de los usuario de servicio de salud con problemas de salud mental relacionados con esquizofrenia^{viii}; es así que en un estudio realizado por

^{vi} Wirshing y colaboradores (1998) realizaron un estudio para evaluar la capacidad de consentir participar en una investigación en una muestra de sujetos afectos de esquizofrenia (concretamente cuarenta y nueve) del centro médico West Los Ángeles Veterans Affairs. Elaboraron un riguroso consentimiento informado que aplicaron en dos tiempos separados por un período de siete días. Concluyeron que los sujetos diagnosticados de esquizofrenia eran capaces de entender y retener componentes críticos de la información del consentimiento informado.

^{vii} O'Leary y colaboradores (1995) realizaron un estudio con el objetivo de evaluar el deterioro heterogéneo de las funciones cognitivas en usuario de servicio de salud diagnosticados de esquizofrenia. Para ello tomaron una muestra de noventa hombres y cuarenta y cuatro mujeres con diagnóstico de esquizofrenia según DSM IV que fueron ingresados en el Centro de Investigación de Salud Mental de la Universidad de Iowa. Se procedió a la exploración psicopatológica mediante la escala SANS y SAPS durante el tiempo que los usuario de servicio de salud permanecieron establecimiento de salud mentalizados, además de instrumentos de medida neuropsicológica con la escala WAIS-R. Se analizó la correlación entre las tres dimensiones de semiología psicótica, síntomas positivos, negativos y desorganización. Se concluyó que los síntomas negativos, predominantemente, y síntomas de desorganización estaban asociados con la disfunción cognitiva, mientras que los síntomas positivos no pudieron ser vinculados con significación estadística.

^{viii} Moser y colaboradores (2002) evaluaron el grado en que individuos con diagnóstico de esquizofrenia, afectos de síntomas psiquiátricos y un funcionamiento cognitivo deteriorado, eran capaces de dar su consentimiento informado para participar en investigaciones, comparativamente con un grupo poblacional de usuario de servicio de salud con diagnóstico de VIH. Se procedió a la administración de varios instrumentos de evaluación neuropsiquiátrica y evaluación de la capacidad (MacCAT-CR). Se concluyó que la mayoría de los sujetos de ambos grupos de estudio, esquizofrenia (80%) y usuario de servicio de salud con VIH (96%), demostraron un adecuado entendimiento para proporcionar consentimiento para un hipotético estudio de investigación, si bien el grupo de esquizofrenia obtuvo un rendimiento más débil en la habilidad de

McEvoy et al¹¹⁰, identificaron que el 46 % de los usuarios de servicio de salud con diagnóstico de esquizofrenia (24 de 52) que ingresaron por episodios psicóticos agudos asociados con el incumplimiento del tratamiento necesitaron internamiento involuntario; y este grupo de usuarios de servicio de salud fueron considerados clínicamente más graves que aquellos que ingresaron voluntariamente, llegando a requerir internamientos y hospitalizaciones por periodos de tiempo más prolongados. Este mismo grupo de pacientes tenían el menor *insight*, es decir, menos conciencia de enfermedad y de necesitar tratamiento médico.

2.5.2. Trastornos del humor

Los trastornos del humor como el trastorno bipolar, trastorno depresivo, etc., también disminuyen la capacidad de consentir y por tanto son tributarios de ingreso involuntario. Los trastornos del humor se manifiestan en forma de tres tipos distintos de trastornos afectivos: aquellos donde predomina el ánimo depresivo, aquellos que cursan con exaltación del estado de humor, y por último los conocidos como trastornos mixtos.

En el caso de los trastornos depresivos, los principales síntomas son el ánimo depresivo, anhedonia, disminución de la energía, alteración del pensamiento, dificultades en la concentración, alteraciones del sueño y apetito, así como la conducta suicida, etc.¹¹¹. Los síntomas depresivos no han sido correlacionados con la disminución de la capacidad de obrar ni con las habilidades que la conforman^{ix}.

entendimiento y razonamiento. En el análisis intragrupo de usuarios de servicio de salud afectados de esquizofrenia, las habilidades cognitivas se encontraron fuertemente asociadas con la capacidad decisional.

^{ix} Jacobs y colaboradores (2008) analizaron las estructuras factoriales de la BPRS y la MacCAT-CA, cada una de las cuales en dos de sus versiones (BPRS 18 ítems con cuatro grupos factoriales definidos por Hedlund y Vieweg, y BPRS 24 ítems con cinco dimensiones factoriales; MacCAT-CA con la estructura factorial de tres subescalas extraídas por los propios autores y la MacCAT-CA con tres factores discretamente distintos definidos por Zapf, Skeen y Golding). Confirmaron la correlación entre los síntomas psiquiátricos, los subgrupos de síntomas y las habilidades relacionadas con la capacidad. Se confirmó correlación negativa entre el factor psicoticismo y las tres habilidades psicolegales. También concluyó que el factor retraimiento estaba firmemente correlacionado con la habilidad entendimiento y levemente con el razonamiento y apreciación. El factor depresión no se correlacionó con ninguna de las habilidades. En cambio, se evidenció la correlación

De acuerdo con Grunebaum et al¹¹², Bassett¹¹³, y Montemagni et al¹¹⁴, el principal criterio de internamiento y hospitalización no consentido en los trastornos depresivos es el riesgo de conducta suicida^x y la peligrosidad conductual, con posible impacto en la esfera social, personal, formativo y laboral. Asimismo, según Jacobs et al¹¹⁵, y “L’Agence Nationale d’accreditation et d’évaluation en Santé¹¹⁶”, otros criterios clínicos están relacionados con los factores de retraimiento, tales como el abandono de hábitos higiénico-dietéticos y negligencia del autocuidado, que derivan de la disminución grave de la habilidad de comprensión, y leve disminución de la habilidad de razonamiento y apreciación.

Según Schuepbach et al¹¹⁷, Jacobs et al¹¹⁸ y Palmer et al¹¹⁹, en los trastornos maníacos donde predomina un humor eufórico, exaltado, con pensamiento acelerado, fuga de ideas, delirios de grandeza, megalomanía, disforia, irritabilidad, distraibilidad e incluso agitación psicomotriz, están asociados con disminución de la habilidad de razonamiento, pero no con el criterio de comprensión y apreciación. Además, de acuerdo con Cassidy et al¹²⁰, y Bassett¹²¹ en casos de trastornos maníacos graves pueden producirse comportamientos de riesgo tales como el abuso de sustancias psicoactivas y las conductas suicidas.

Aschan et al¹²², y la “Federation Française de Psychiatrie”¹²³ mencionan que para una evaluación adecuada del riesgo suicida, deberían analizarse diversas variables que permitiesen una valoración diagnóstica, terapéutica y pronóstica, y que permita concluir la necesidad del internamiento y hospitalización no consentido; para lo cual deben considerarse factores de mal pronóstico como los antecedentes personales y familiares de comportamiento suicida, la impulsividad, la racionalización de la decisión, la ausencia de crítica de la ideación suicida, el aislamiento social y profesional,

significativa entre síntomas como la excitación, hiperactividad, tensión, distraibilidad y humor elevado con la habilidad razonamiento, pero no con la habilidad entendimiento y apreciación.

^x Según la Guía de Práctica Clínica en Conducta Suicida del Ministerio de Salud, Perú. La Conducta suicida es una condición clínica donde se presenta el desarrollo del pensamiento suicida, que puede llegar hasta la consumación del acto suicida.

la preparación para la actuación, factores precipitantes tales como factores vitales estresantes, disponibilidad de medio letal, sexo varón y edad superior a los 45 años.

No obstante, para una exhaustiva evaluación clínica del usuario de servicio de salud con conducta suicida, se recomienda el uso de las escalas para evaluación del riesgo suicida, entre los de mayor sensibilidad y especificidad, y validados para América Latina tenemos: la escala SAD PERSONS, la escala de desesperanza de Beck (BHS), la escala de ideación suicida de Beck (SSI), y la escala de severidad de la ideación suicida de Columbia (C-SSRS).

2.5.3. Trastornos mentales orgánicos

Los problemas de salud mental orgánicos también requieren de evaluación de la capacidad de autodeterminación. De acuerdo con la definición de demencia dada por la OMS: *“La demencia es un síndrome, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, caracterizado por el deterioro de la función cognitiva (es decir, la capacidad para procesar el pensamiento) más allá de lo que podría considerarse una consecuencia del envejecimiento normal. La demencia afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia no se ve afectada”*¹²⁴.

Pignon et al¹²⁵, mencionan que la capacidad de consentir podría estar obviamente perturbada y, por ende, sería necesario el internamiento y hospitalización involuntario en varias circunstancias. De acuerdo con Berg et al¹²⁶, y Dymek et al¹²⁷ la disminución de la capacidad de consentir el tratamiento en los usuario de servicio de salud con demencia es multifactorial y multidimensional.

De acuerdo con el *“Grupo Documento Sitges”*¹²⁸ y Earnst et al¹²⁹ los aspectos neurológicos y cognitivos que intervienen en la toma de decisiones son el nivel de conciencia, la percepción, las funciones cognitivas como la memoria, la atención, las gnosias, el lenguaje, la capacidad de cálculo, la orientación,

y las praxias; también las funciones ejecutivas tales como el razonamiento abstracto y motivación y autocontrol, el estado psicoafectivo, la ideación espontánea y la conciencia de enfermedad.

Moye y Marson¹³⁰, así como Dreer et al¹³¹ precisan que la alteración de estas funciones mentales afecta la capacidad de consentimiento de las personas con demencia, concretamente, la habilidad de comprensión, el razonamiento y la apreciación, que puede fluctuar en función de la persona y el momento evolutivo de la demencia.

Según el *“Collège de la Haute Autorité de Santé”*¹³², otras características clínicas que disminuyen la capacidad jurídica, y por las que el usuario de servicio de salud puede requerir el internamiento y hospitalización no consentido son las alteraciones psicopatológicas como delirios, estados depresivos, estados de ansiedad o cambios de los rasgos de personalidad más características de los estados prodrómicos de la demencia o las alteraciones conductuales, que en ocasiones se expresarían en forma de episodios de auto y heteroagresividad, llegando incluso a poner en peligro la vida y la salud del usuario de servicio de salud o de terceras personas.

2.5.4. Trastornos mentales y del comportamiento por consumo de sustancias psicoactivas

De acuerdo con Cottencin et al¹³³ en casos de trastornos mentales por consumo de sustancias psicoactivas existen circunstancias en las que se puede considerar la necesidad del ingreso no consentido, como por ejemplo en un contexto de diagnóstico de trastorno de dependencia, que cursa con abstinencia física, ideación suicida expresada en el contexto de intoxicación aguda o crónica por sustancias psicoactivas; o aquellos casos con potenciales conductas peligrosas para sí mismo o para otros¹³⁴.

Por otro lado, en virtud que el uso crónico de las sustancias psicoactivas a menudo generan trastornos psiquiátricos inducidos por estas sustancias, tales como: como trastornos psicóticos, trastornos depresivos, trastornos

maníacos, trastornos obsesivos - compulsivos, trastornos de ansiedad, entre otros; la APA¹³⁵ menciona que puede cursar con alteraciones psicopatológicas que disminuyan la capacidad de ejercicio del usuario de servicio de salud y, en consecuencia ser necesario el internamiento involuntario.

2.5.5. Trastornos de la conducta alimentaria

Según la APA, los cuadros clínicos más frecuentes de los trastornos de conducta alimentaria (TCA) y de la ingestión, son la bulimia y la anorexia nerviosas. En casos de anorexia nerviosa Roberts et al¹³⁶, y la “*L’Association française pour le développement des approches spécialisées des troubles du comportement alimentaire (AFDAS-TCA)*”¹³⁷ señalan que en este tipo de casos el usuario de servicio de salud puede presentar mayores riesgos para su salud física, no sólo por el hecho de la pérdida significativa de peso, así como los trastornos nutricionales vinculados, sino también por los trastornos cognoscitivos asociados, caracterizados principalmente por deterioro de la flexibilidad cognitiva y de las funciones ejecutivas. En casos graves, según Bauwens et al¹³⁸ y Holm et al¹³⁹ pueden evolucionar con disminución de la capacidad de consentir, por cuanto el deterioro cognitivo está asociado con la disminución de la capacidad de comprender y el razonamiento.

Jacinta et al¹⁴⁰ realizaron un estudio cualitativo para determinar las creencias y los valores relacionados con la capacidad de rechazar tratamiento en un grupo de pacientes con diagnóstico de anorexia nerviosa, mediante la aplicación de la MacCAT-T como instrumento de medida de evaluación de la capacidad para consentir; donde encontraron que estos usuarios del servicio de salud presentaban una actitud subestimada de la muerte y la minusvalía, modificaciones en el sentido de valores y la identidad personal que favorecían la renuncia al tratamiento y una considerable ambivalencia con respecto al tratamiento y la recuperación; por lo que recomiendan una evaluación exhaustiva y específica en las personas con diagnóstico de trastorno de conducta alimentaria y que esto debe incluir la evaluación de los valores y creencias.

2.5.6. Trastornos de personalidad

Los trastornos de la personalidad^{xi} pueden manifestarse por una intensa desregulación emocional, disfunción de las estrategias de autorregulación y autocontrol, consumo de sustancias psicoactivas, pensamientos distorsionados, alteraciones de la percepción, deficiencias en las competencias sociales, deficiencias empáticas y la desorganización del comportamiento; que pueden manifestarse con signos y síntomas de desinhibición, agitación psicomotriz, conducta suicida, etc.^{141, 142}.

Kinscherff¹⁴³, Howe¹⁴⁴, St. Germain y Hooley¹⁴⁵, mencionan que la necesidad de internamiento involuntario en casos de trastornos de personalidad es más frecuente en usuario de servicio de salud con diagnóstico de trastorno de personalidad límite (TLP) o inestable, y disocial de la personalidad; donde predominan las conductas autoagresivas y conductas suicidas en los casos de TLP, y conductas heteroagresivas en los casos de personalidad disocial.

^{xi} Según Sims se entiende por personalidad a la estabilidad dinámica de las emocionales, aptitudes intelectuales, caracteres fisiológicos, biológicos y morfológicos que conforman la originalidad del individuo, y que permiten adaptarse al contexto del medio donde vive, estudia, labora, socializa, etc.; en cambio, el diagnóstico de trastorno de personalidad se refiere a un estilo de vida, intercambios relacionales, reacciones afectivas y emocionales, que no permiten adaptarse a las sucesivas experiencias, positivas, neutrales o negativas dando lugar a sufrimiento y alteraciones del funcionamiento psicosocial.

CAPÍTULO III

INTERNAMIENTO Y HOSPITALIZACIÓN INVOLUNTARIA DE PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

3.1. Internamiento y hospitalización involuntaria

El internamiento y hospitalización de personas con problemas de salud mental sin su consentimiento o en contra de su voluntad plantea un problema en relación con la posible vulneración de los derechos humanos ya que la Declaración Universal de los Derechos Humanos proclama, en su artículo 3° que “Todo individuo tiene derecho (...) a la libertad y a la seguridad de su persona”, y en su artículo 6° señala que “Todo ser humano tiene derecho al reconocimiento de su personalidad jurídica”, por lo que el internamiento y hospitalización de personas con problemas de salud mental en contra de su voluntad, atenta contra su libertad y la toma por parte de otras personas las decisiones que le competen a él, como la aceptación de un régimen de tratamiento, se opone al ejercicio de sus derechos.

Es más, se presume que cuando un psiquiatra ordena un ingreso involuntario lo hace en busca de un bien mayor, al mal que le causa sufrimiento, al tratar de proteger la seguridad del propio paciente y de la sociedad. De hecho, estos ingresos se justifican, entre otros argumentos, por el mismo artículo 3° de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, al velar por la seguridad de la persona.

Sin embargo, desafortunadamente, por la gravedad del padecimiento en estos casos, los familiares y los médicos se ven obligados al uso de la fuerza, término con una connotación moral, pues pone de manifiesto la violación de la libre elección del tratamiento por el paciente¹⁴⁶, por ello para algunos investigadores en bioética, el internamiento involuntario es un claro ejemplo de un caso de fraude médico¹⁴⁷. La excepción sería los individuos que sufren de problemas

relacionados con las adicciones, en quienes se ha argumentado que nunca pierden la capacidad de decisión¹⁴⁸.

Los criterios que propuso la OMS¹⁴⁹ para una hospitalización involuntaria incluyen:

1) *Presencia de un trastorno mental:* Como requisito primero y principal, y común a toda la legislación de salud mental respetuosa de los derechos humanos que aborda la cuestión del ingreso involuntario, debe existir prueba de la presencia de un trastorno mental definido de acuerdo a estándares internacionalmente aceptados. Sin embargo, el tipo, la gravedad y el grado del trastorno mental que justifican el ingreso involuntario pueden variar en las diferentes jurisdicciones.

Por ejemplo, en algunos países sólo se permite el ingreso involuntario en caso de trastornos mentales específicos, como las enfermedades psicóticas; otros se refieren a “trastornos (o enfermedades) mentales severos”, mientras que otros emplean una definición más amplia de trastorno mental como criterio de justificación del ingreso involuntario. Una cuestión fundamental para la legislación nacional es la de determinar si algunos cuadros específicos deben ser incluidos o excluidos del ingreso involuntario; siendo los diagnósticos más controvertidos, el retraso mental, las adicciones, y los trastornos de la personalidad.

2) *Riesgo grave de daño inmediato o inminente y necesidad de tratamiento urgente:* Los dos criterios más frecuentemente utilizados - y probablemente también los más importantes - para autorizar el ingreso involuntario de personas con trastornos mentales son el “riesgo grave de daño inmediato o inminente” y la “necesidad de tratamiento”.

a) *Riesgo grave de daño inmediato o inminente.* - Este criterio puede ser aplicado en beneficio del paciente para prevenir daños contra sí mismo, o para la seguridad de terceros. La prevención del daño autoinfligido por la propia persona, o de daños contra las personas que la tienen a cargo, contra familiares y contra la sociedad en general es una obligación

importante del Estado, y por ello constituye un elemento crucial de la legislación.

b) *Necesidad de tratamiento*. - Este criterio, como el criterio acerca de la peligrosidad - seguridad, ha generado muchas controversias; pues diversas organizaciones y personas, incluyendo a usuarios de servicios de salud mental y grupos de usuarios, plantean objeciones contra este criterio.

3) *El ingreso debe incluir un propósito terapéutico:* Las personas sólo deben ser admitidas involuntariamente a una institución de salud mental si el ingreso tiene un propósito terapéutico; lo cual no significa necesariamente que se le debe prescribir psicofármacos, dado que pueden implementarse una amplia gama de abordajes rehabilitadores y psicoterapéuticos. La falta de éxito en el tratamiento no implica la falta de propósito terapéutico, y el ingreso involuntario puede justificarse si la persona recibe atención, aun cuando los tratamientos disponibles no puedan curar completamente el cuadro que presenta. Las personas que únicamente requieran de vigilancia no deben ser internadas en una institución psiquiátrica como pacientes involuntarios.

4) Además, se requiere de un certificado médico que acredite el estado mental.

Al respecto, Vega et al¹⁵⁰, así como las “Pautas de Actuación en Urgencias en el Centro de Salud Rural” del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, España, señalan que tradicionalmente entre los criterios que se han empleado para los internamientos y hospitalizaciones involuntarios de personas con problemas de salud mental, se tienen los siguientes:

1) Que exista una indicación médica: síntomas psiquiátricos o que exista un diagnóstico psiquiátrico de trastorno mental grave descompensado que requiere tratamiento hospitalario inmediato.

- 2) Que la situación psicopatológica impida al paciente la toma de decisión por sí mismo (su estado le hace imposible el ejercicio del derecho a estar informado, así como aceptar o rechazar las medidas médicas que se le proponen), es decir, alteración de la capacidad para consentir el ingreso.
- 3) Que el ingreso se efectúe en beneficio del paciente o para la protección de terceras personas, como serían riesgo de autoagresividad, riesgo de heteroagresividad, pérdida o grave disminución de la autonomía personal, con incapacidad para realizar las tareas de cuidado personal más necesarias.
- 4) 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.
- 5) Que exista imposibilidad de tratamiento ambulatorio por abandono social, condiciones asistenciales, con peligro para la vida del paciente.

Igualmente, Shao et al¹⁵¹ precisan que las personas con problemas de salud mental sólo pueden ser internados en un lugar apropiado que albergue a pacientes de manera involuntaria, un ambiente restrictivo para los internamientos involuntarios pero los familiares y representantes legales están obligados a conocer las razones de un ingreso involuntario, y el paciente debe ser dado de alta en cuanto no reúna los criterios para un internamiento involuntario. El internamiento es por 72 horas y el diagnóstico debe realizarse por lo menos por dos psiquiatras más y un médico de guardia, y claramente se debe sustentar la situación de emergencia (revalorar al paciente para conocer el estado mental). Quedan prohibidos los procedimientos de psicocirugía, experimentales, participación en proyectos de investigación, a menos de que la familia esté de acuerdo en participar.

Asimismo, Agarwal¹⁵² señala que el ejercicio de la psiquiatría en este siglo ha tomado un rumbo diferente, resultado de los avances de la psicofarmacología, el modelo de autoritarismo que prevalecía daba para actuar con cierta

“inmunidad” tanto ante el enfermo como ante sus familiares y los mismos médicos. El modelo se modificó al reducir la falta de conciencia de la enfermedad, que podría durar meses o años, a días. En la actualidad, la dificultad para la toma de decisiones puede durar días, y el paciente ahora se encuentra más informado, por lo que hoy día el problema radica en trazar los límites de qué es lo socialmente aceptado o la “normalidad” mental de un sujeto; y considera que el confinamiento debe ser lo más breve posible, y una vez que el paciente comprenda su situación, debe ser motivado para recibir el tratamiento.

A nivel mundial existen consensos acerca de la protección legal para el internamiento involuntario. Una de estas es el del Comité de Ministros del Consejo Europeo aprobado en 1996, conocido como Convención en los Derechos Humanos y la Biomedicina, en cuyo artículo 3° se refiere a los tipos de internamientos, y los clasifican en tres tipos:

- 1) Internamiento por necesidad: el interés es por la protección de terceras personas;
- 2) Internamiento por rescate de vida: cuando el enfermo se encuentra en grave riesgo;
- 3) Internamiento del paciente incompetente, que son los sujetos que padecen de enfermedad mental y son incapaces de tomar una decisión autónoma¹⁵³.

Por su parte Gardner et al¹⁵⁴ exploraron las creencias relacionadas con el internamiento involuntario, donde más de la mitad de los pacientes de su muestra tras seis semanas de su alta habían juzgado no necesitar la hospitalización, aunque reconocieron que pudo haber sido benéfica para controlar su estado mental, y el 61% dijo no necesitarla, y concluyen que la teoría de Alan Wertheimer acerca de “gracias doctor por hospitalizarme” no es tan cierta, y genera aversión a la hospitalización involuntaria.

De lo expuesto en los párrafos precedentes se desprenden consideraciones importantes para el ejercicio de la psiquiatría y el consentimiento informado, puesto que es necesario que el médico psiquiatra tenga un amplio conocimiento clínico de la enfermedad y de su evolución; además de apoyarse siempre con la

información de un tercero para evaluar los riesgos y los eventuales contratiempos que pudieran surgir a lo largo de la enfermedad, ya que el pensamiento alterado no anula la capacidad jurídica de una persona.

Asimismo, en contraparte, las fluctuaciones observadas en algunas enfermedades mentales han generado problemas medicolegales a los médicos, que al realizar una intervención de aislamiento han sido acusados de privación ilegal de la libertad, cuando no se ha informado el carácter de hospitalización involuntaria con todos los detalles que la ley exige.

Respecto del internamiento en situaciones de emergencia psiquiátrica, la Organización Mundial de la Salud¹⁵⁵, señala que existen situaciones inevitables en las que será necesario recurrir al ingreso involuntario urgente y al tratamiento involuntario urgente, por ejemplo, en casos que involucran a pacientes suicidas activos o a pacientes con trastornos mentales agudos y con tendencia a la violencia o agresividad. En estas situaciones, puede no ser posible o razonable esperar el cumplimiento de los procedimientos sustantivos para el ingreso y el tratamiento involuntario; en dicho marco las legislaciones nacionales deben establecer disposiciones para enfrentar dichos tratamientos de emergencia con suficientes garantías.

Asimismo, la OMS precisa que la legislación debe definir en qué consiste una emergencia, y señala que, en la mayoría de las jurisdicciones, una situación de emergencia es una situación en la que existe un riesgo inmediato e inminente para la salud y seguridad de la persona en cuestión o de otros. Para que una situación pueda ser considerada una emergencia, debe demostrarse que el tiempo requerido para cumplir con los procedimientos sustantivos provocaría un retraso considerable y tendría como consecuencia un daño a la persona involucrada o a otras. En tales situaciones, la legislación puede permitir el ingreso involuntario inmediato en un hospital y el tratamiento involuntario inmediato basados sobre una evaluación llevada a cabo por un profesional médico cualificado y por otro profesional de la salud mental acreditado que se desempeñe dentro del ámbito de su práctica.

Además, establece que el ingreso y el tratamiento de emergencia no debe prolongarse, sino que sólo debe permitirse por un período corto de tiempo. Durante este período, si se hace aparente que la persona requiere la extensión de la atención involuntaria, debe cumplirse con los procedimientos sustantivos para el ingreso o para el tratamiento involuntarios. En muchos países, el ingreso o el tratamiento de emergencia no está permitido más allá de las 72 horas, dado que este plazo proporciona tiempo suficiente para cumplir con todos los requerimientos de los procedimientos sustantivos relativos al ingreso y tratamiento involuntarios. El tratamiento de emergencia no debe incluir la terapia electroconvulsiva (TEC), neurolépticos de depósito y tratamientos irreversibles como la psicocirugía o la esterilización.

En relación con el procedimiento para el ingreso y el tratamiento involuntario en situaciones de emergencia psiquiátrica la Organización Mundial de la Salud, establece que el paciente debe ser examinado por un profesional cualificado para determinar si se está en presencia de una emergencia. En particular, el profesional debe poder justificar la admisión involuntaria, dada la naturaleza de la emergencia. Cuando la persona es admitida para tratamiento a una institución acreditada de salud mental, el tratamiento debe ser administrado de acuerdo con el plan de tratamiento elaborado y supervisado por un profesional médico o de salud mental calificado (que, idealmente, debe ser diferente del profesional que autorice el ingreso y el tratamiento).

Asimismo, precisa que, si la persona requiere de hospitalización o tratamiento involuntario más allá del plazo de emergencia prescrito, es necesario iniciar y completar los procedimientos para tal ingreso y tratamiento dentro de un período temporal determinado. Si el paciente no reúne las condiciones para el ingreso o tratamiento involuntarios, o si no se cumple con los procedimientos para retener o tratar al paciente como paciente involuntario, la persona debe ser externada inmediatamente después de finalizada la emergencia. Los pacientes internados que no reúnen las condiciones para el ingreso o tratamiento involuntarios después de un ingreso de emergencia, pero que aún pueden obtener provecho del tratamiento, deben ser considerados usuarios voluntarios y sólo pueden ser tratados si prestan su consentimiento informado.

Finalmente, recomienda que, si una persona es dada de alta de un internamiento involuntario de emergencia y no se autoriza su ingreso o tratamiento involuntarios, sería inapropiado volver a ejercer inmediatamente facultades de emergencia para readmitirla, salvo que se presente un cambio sustantivo en la naturaleza de la emergencia que requiera el empleo de tales facultades de emergencia. El propósito de esta disposición es prevenir el uso indebido de las facultades de emergencia para prolongar indefinidamente el internamiento o el tratamiento involuntarios. Los miembros de la familia del paciente o sus representantes deben ser informados inmediatamente del empleo de facultades de emergencia. Y deben tener derecho a apelar la decisión de ingreso o tratamiento de emergencia ante un tribunal de salud mental, órgano de revisión y corte.

3.2. Criterios y procedimientos legales para el internamiento y hospitalización involuntaria en América Latina y España

3.2.1. Organización de las Naciones Unidas (ONU)

La ONU mediante Resolución N° 46/119, de 17 de diciembre de 1991, adoptó los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y el mejoramiento de la atención de salud mental, donde en el principio 16 se ha establecido los criterios y procedimientos para el internamiento y hospitalización involuntaria en psiquiatría, y señala textualmente lo siguiente:

“Principio 16

Admisión involuntaria

1. Una persona sólo podrá ser admitida como paciente involuntario en una institución psiquiátrica o ser retenida como paciente involuntario en una institución psiquiátrica a la que ya hubiera sido admitida como paciente voluntario cuando un médico calificado y autorizado por ley a esos efectos determine, de conformidad con el principio 4 supra, que esa persona padece una enfermedad mental y considere:

- a) Que debido a esa enfermedad mental existe un riesgo grave de daño inmediato o inminente para esa persona o para terceros; o
- b) Que, en el caso de una persona cuya enfermedad mental sea grave y cuya capacidad de juicio esté afectada, el hecho de que no se la admita o retenga puede llevar a un deterioro considerable de su condición o impedir que se le proporcione un tratamiento adecuado que sólo puede aplicarse si se admite al paciente en una institución psiquiátrica de conformidad con el principio de la opción menos restrictiva.

En el caso a que se refiere el apartado b) del presente párrafo, se debe consultar en lo posible a un segundo profesional de salud mental, independiente del primero. De realizarse esa consulta, la admisión o la retención involuntaria no tendrá lugar a menos que el segundo profesional convenga en ello.

2. Inicialmente la admisión o la retención involuntaria se hará por un período breve determinado por la legislación nacional, con fines de observación y tratamiento preliminar del paciente, mientras el órgano de revisión considera la admisión o retención. Los motivos para la admisión o retención se comunicarán sin demora al paciente y la admisión o retención misma, así como sus motivos, se comunicarán también sin tardanza y en detalle al órgano de revisión, al representante personal del paciente, cuando sea el caso, y, salvo que el paciente se oponga a ello, a sus familiares.

3. Una institución psiquiátrica sólo podrá admitir pacientes involuntarios cuando haya sido facultada a ese efecto por la autoridad competente prescrita por la legislación nacional”¹⁵⁶.

Conforme se desprende del texto de la norma, este principio incluye la presencia concurrente de varios factores. En primer lugar, la enfermedad debe ser “grave” (es decir, se trata de una cuestión de definición); en segundo término, debe probarse que su “capacidad de juicio está afectada” (es decir, se trata de una cuestión de discernimiento); y, en tercer lugar, debe haber evidencia razonable para temer que, de no ser admitida, la condición de la

persona sufrirá un grave deterioro o se verá privada de la administración del tratamiento apropiado (es decir, la cuestión de la predicción del tratamiento).

3.2.2. México

En la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, Norma para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 04 de septiembre de 2015, se establecen los criterios de operación y organización de las actividades de los establecimientos que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico psiquiátrica; donde en el numeral 5.6.2 se regulan los aspectos procedimentales relacionados con el internamiento involuntario, estableciendo textualmente lo siguiente:

“5.6.2 Ingreso Involuntario. Requiere, un diagnóstico psicológico, neurológico, psiquiátrico y de aquellas especialidades médicas necesarias, según la condición clínica de la persona usuaria. El diagnóstico deberá acompañarse de un informe del área de trabajo social, el cual deberá estar avalado por los análisis y estudios conforme a sus síntomas y la solicitud de un familiar responsable, tutor/a o representante legal, todos por escrito.

En caso de urgencia, la persona usuaria puede ingresar por indicación escrita de las y los especialistas antes referidos, requiriéndose la firma del familiar responsable que está de acuerdo con el internamiento quien está obligada dar aviso al Ministerio Público y a su representante y, dentro de los 15 días hábiles posteriores al ingreso del paciente, será evaluado por el equipo de salud mental del establecimiento para la atención médica, siendo el médico psiquiatra quien valorará la pertinencia de continuar con el tratamiento hospitalario o ambulatorio, en cuanto las condiciones de la persona usuaria lo permitan, ser informado de su situación de internamiento involuntario para que, en su caso, otorgue su consentimiento libre e informado y su condición cambie a la de ingreso voluntario”¹⁵⁷.

3.2.3. Colombia

En Colombia en la Ley N° 1306, Ley para la Protección de Personas con Discapacidad Mental y Régimen de Representación Legal de Incapaces Emancipados, publicado el 05 de junio de 2009, se dispone que las personas con discapacidad mental absoluta gozan de libertad, a menos que su internamiento por causa de su discapacidad sea imprescindible para la salud y terapia del paciente o por tranquilidad y seguridad ciudadana; prescribiendo taxativamente lo siguiente:

“Artículo 21. Internamiento psiquiátrico de Urgencia: Los pacientes con discapacidad mental absoluta solamente podrán internarse en clínicas o establecimientos especializados, por urgencia calificada por el médico tratante o un perito del organismo designado por el Gobierno Nacional para el efecto o del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

El director de la clínica o establecimiento deberá poner en conocimiento del Instituto de Bienestar Familiar, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, el ingreso del paciente internado de urgencia, relacionando los datos sobre identidad del paciente, estado clínico y terapia adoptada.

Parágrafo: El internamiento de urgencia no podrá prolongarse por más de dos (2) meses, a menos que el Juez lo autorice de conformidad con el artículo siguiente”¹⁵⁸.

Conforme se desprende del texto normativo, la ley colombiana señala que el internamiento psiquiátrico de urgencia procede para pacientes con discapacidad mental absoluta, para lo cual la urgencia debe ser calificada por el médico tratante o un perito del organismo designado por el Gobierno Nacional para el efecto o del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Asimismo, precisa que el internamiento debe ser puesto en conocimiento del Instituto de Bienestar Familiar, dentro de los 5 días hábiles siguientes al ingreso, por el director del establecimiento de salud.

3.2.4. Chile

En Chile, los criterios y procedimientos para el internamiento y hospitalización involuntaria en psiquiatría se encuentran regulados en la Ley N° 2133, Ley del Reconocimiento y Protección de los Derechos de las Personas en la Atención de Salud Mental¹⁵⁹, publicado el 11 de mayo de 2021; donde se precisa que la hospitalización psiquiátrica es una medida terapéutica excepcional y esencialmente transitoria, que sólo se justifica si garantiza un mayor aporte y beneficios terapéuticos en comparación con el resto de las intervenciones posibles y restringida al tiempo estrictamente necesario.

Asimismo, en el artículo 13° de la referida norma se regula la hospitalización psiquiátrica involuntaria, donde se señala que sólo procederá cuando no sea posible un tratamiento ambulatorio para la atención de un problema de salud mental y exista una situación real de riesgo cierto e inminente para la vida o la integridad de la persona o de terceros. Seguidamente establece que de ningún modo la hospitalización psiquiátrica involuntaria puede deberse a la condición de discapacidad de la persona.

Además, precisa que para que proceda la hospitalización psiquiátrica involuntaria, se requiere que se cumplan copulativamente las siguientes condiciones, que deberán constar en la historia clínica:

- 1) Una prescripción que recomiende la hospitalización, suscrita por dos profesionales de distintas disciplinas, que cuenten con las competencias específicas requeridas, uno de los cuales siempre deberá ser un médico, de preferencia psiquiatra. Los profesionales no podrán tener con la persona una relación de parentesco ni interés de algún tipo.
- 2) La inexistencia de una alternativa menos restrictiva y más eficaz para el tratamiento del paciente o la protección de terceros.
- 3) Un informe acerca de las acciones de salud implementadas previamente, si las hubiere.
- 4) Que tenga una finalidad exclusivamente terapéutica.

- 5) Que se señale expresamente el plazo de la hospitalización involuntaria y el tratamiento a seguir. La hospitalización involuntaria deberá ser por el menor tiempo posible y de ningún modo indefinida, y deberá realizarse en unidades de hospitalización destinadas al tratamiento intensivo de personas con enfermedad mental. En el caso que no existan dichas unidades en el territorio correspondiente al domicilio del paciente, éste podrá ser derivado a otro establecimiento hospitalario de la red pública de salud, más cercano a su domicilio, que cuente con la disponibilidad para realizar el tratamiento intensivo, en conformidad con lo establecido en un reglamento emitido por el Ministerio de Salud.
- 6) Informar a la autoridad sanitaria competente y a algún pariente o representante de la persona, respecto de la hospitalización involuntaria, en la forma que el reglamento lo determine.

3.2.5. Argentina

En Argentina, en el artículo 20° de la Ley N° 26.657, Ley Nacional de Salud Mental, se regula el internamiento y hospitalización involuntaria, y prescribe que la hospitalización involuntaria es un recurso terapéutico excepcional en caso que no sea posible el abordaje ambulatorio; y precisa que procede solo cuando a criterio del equipo de salud media una situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, así como la concurrencia de ciertos requisitos legales; tal como se aprecia a continuación:

“Artículo 20.- La internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediere situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. Para que proceda la internación involuntaria, además de los requisitos comunes a toda internación, debe hacerse constar:

a) Dictamen profesional del servicio asistencial que realice la internación. Se debe determinar la situación de riesgo cierto e inminente a que hace referencia el primer párrafo de este artículo, con la firma de dos profesionales de

diferentes disciplinas, que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales deberá ser psicólogo o médico psiquiatra.

b) Ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento.

c) Informe acerca de las instancias previas implementadas si las hubiera”¹⁶⁰.

Además, la citada norma señala que el internamiento involuntario debe notificarse en un plazo de 10 horas al juez competente y al órgano de revisión, debiendo agregarse a las 48 horas como máximo todas las constancias previstas en el artículo 20°.

El órgano de revisión fue creado mediante Ley N° 26.657, Ley para la Protección de la Salud Mental en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa, con el objeto de proteger los derechos humanos de los usuarios de servicios de salud mental; estando entre sus funciones la de supervisar de oficio o por denuncia las condiciones de internamiento por razones de salud mental en el ámbito público y privado, así como, evaluar que los internamientos involuntarios estén debidamente justificados y ajustados al tiempo necesario.

Finalmente, la ley permite que el juez ordene el internamiento y hospitalización involuntaria cuando cumplidos los requisitos del artículo 20 ya vistos, el servicio de salud responsable se niegue a realizarla.

3.2.6. Uruguay

En Uruguay, en agosto de 2017, se promulgó la Ley N° 19529, Ley de Salud Mental, donde en el artículo 30° se estableció las condiciones clínicas que debe presentarse para la hospitalización involuntaria en situaciones de urgencia psiquiátrica, señalando textualmente lo siguiente:

“Artículo 30 (Hospitalización involuntaria) *La persona sólo podrá ser hospitalizada involuntariamente o retenida en un prestador en el que ya hubiera sido admitida como usuaria voluntaria, cuando:*

- A) *Exista riesgo inminente de vida para la persona o para terceros.*
- B) *Esté afectada su capacidad de juicio, y el hecho de no hospitalizarla pueda llevar a un deterioro considerable de su condición o impedir que se le proporcione un tratamiento adecuado que sólo pueda aplicarse mediante la hospitalización”.*

Asimismo, en el artículo 31° de la citada ley se establecen los mecanismos procesales que debe seguirse y cumplirse para la hospitalización involuntaria en situaciones de urgencia psiquiátrica, precisando sobre el particular, lo siguiente:

“Artículo 31° (Formalidades para hospitalización involuntaria) *La hospitalización involuntaria de una persona con trastorno mental sólo podrá tener fines terapéuticos y se ajustará a las siguientes formalidades:*

A) Declaración firmada por el familiar más cercano, allegado o representante legal si lo hubiera, solicitando su hospitalización y expresando su conformidad con la misma. Si no hubiera familiar, allegado ni representante legal, o habiéndolos se negarán a consentir la hospitalización y se dieran los supuestos del artículo 30 de la presente ley, se podrá realizar cumpliendo únicamente con el dictamen profesional a que refiere el literal siguiente del presente artículo.

B) Dictamen profesional del servicio de salud que realice la hospitalización, determinando la existencia de los supuestos establecidos en el artículo 30 de la presente ley, firmado por dos profesionales médicos que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales deberá ser especialista en psiquiatría.

C) Informe sobre las instancias previas implementadas, si las hubiere”.

3.2.7. Brasil

En Brasil los procedimientos legales y administrativos para las hospitalizaciones psiquiátricas, están regulados por la Ley N° 10.216, de abril de 2001, que prevé la protección y los derechos de las personas con trastornos mentales y reorienta el modelo de atención a la salud mental.

Entre los principios de esta ley se encuentra el reconocimiento del individuo con trastorno mental como ciudadano y, por tanto, titular de derechos civiles que deben ser respetados, por lo que la hospitalización sin el consentimiento del paciente sólo puede producirse en casos de pérdida de autonomía por enfermedad mental (o riesgo inminente de muerte), en consecuencia la noción de competencia mental para tomar una decisión se convierte en un elemento clínico fundamental para decidir la hospitalización involuntaria. Además, el artículo 4° establece que la hospitalización sólo puede llevarse a cabo si los recursos extrahospitalarios resultan insuficientes.

Por otro lado, el artículo 6° de esta ley establece que la hospitalización sólo se llevará a cabo previo informe médico que justifique esta conducta; y se identifican tres tipos de hospitalizaciones:

- Hospitalización voluntaria: la que se produce con el consentimiento del usuario;
- Hospitalización involuntaria: la que se produce sin el consentimiento del usuario y a petición de un tercero; y
- Hospitalización obligatoria: la determinada por los tribunales.

Asimismo, el artículo 7° norma la hospitalización voluntaria y exige que el paciente manifieste por escrito su acuerdo con la hospitalización, y precisa que la hospitalización voluntaria finaliza por petición escrita del paciente o por alta determinada por el médico.

En el artículo 8° de esta ley se establece que la hospitalización involuntaria sólo puede llevarse a cabo con un informe médico, aunque lo ideal es que se requiera la firma y el acuerdo de un familiar; además este artículo menciona que el médico puede decidir la hospitalización involuntaria de un paciente cuando no haya ningún familiar o tutor legal en ese momento o en situaciones en las que exista un riesgo inminente para sí mismo o para los demás. La finalización de este tipo de hospitalización puede producirse a petición escrita de los familiares o tutores legales, o por el médico responsable del tratamiento del paciente. También según el artículo 8°, todas las hospitalizaciones

involuntarias deben comunicarse al Ministerio Público en un plazo de 72 horas, así como el alta de este tipo de hospitalizaciones, mediante el formulario de hospitalización involuntaria y alta.

Cabe precisar que la norma brasileña admite que pueden producirse cambios durante la hospitalización. Por ejemplo, un paciente puede ser ingresado voluntariamente y, en el transcurso de la hospitalización, el ingreso puede convertirse en involuntario si el estado clínico no permite darle el alta. Finalmente, el artículo 9° se refiere a la hospitalización obligatoria, que es ordenada por el juez competente, quien tendrá en cuenta las condiciones de seguridad del establecimiento, en cuanto a la salvaguarda del paciente, de los demás internos y del personal.

3.2.8. España

A nivel estatal en España, en la actualidad la regulación del internamiento involuntario se encuentra en el artículo 763°, “Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico”, de la Ley 1/2000, de 7 de enero de 2000, Ley de Enjuiciamiento Civil¹⁶¹; en ella se establece que el internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela requerirá autorización judicial, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento.

Asimismo, la citada ley señala que la autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia fuera necesaria la inmediata adopción de la medida. En este caso, el responsable del centro en que se hubiere producido el internamiento deberá dar cuenta de éste al tribunal competente lo antes posible y en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas, a fin de que se proceda a la ratificación de dicha medida, que deberá efectuarse en el plazo máximo de setenta y dos horas desde que el internamiento llegue a conocimiento del tribunal; siendo competente para la ratificación de la medida, en casos de internamientos urgentes, el tribunal del lugar en que radique el centro donde se haya producido el internamiento.

Igualmente, establece que antes de conceder la autorización o de ratificar el internamiento que ya se ha efectuado, el tribunal oír a la persona afectada por la decisión, al Ministerio Fiscal y a cualquier otra persona cuya comparecencia estime conveniente o le sea solicitada por el afectado por la medida. Además, y sin perjuicio de que se pueda practicar cualquier otra prueba que estime relevante para el caso, el tribunal deberá examinar por sí mismo a la persona de cuyo internamiento se trate y oír el dictamen de un facultativo por él designado; y precisa que la decisión que el tribunal adopte en relación con el internamiento será susceptible de recurso de apelación.

Por último, establece que en la misma resolución que acuerde el internamiento se expresará la obligación de los facultativos que atiendan a la persona internada de informar periódicamente al tribunal sobre la necesidad de mantener la medida sin perjuicio de los demás informes que el tribunal pueda requerir cuando lo crea pertinente. Los informes periódicos serán emitidos cada seis meses, a no ser que el tribunal, atendida la naturaleza del trastorno que motivó el internamiento, señale un plazo inferior. Recibidos los referidos informes, el tribunal resolverá lo procedente sobre la continuación o no del internamiento. Sin perjuicio de ello, cuando los médicos que atienden a la persona internada consideren que no es necesario mantener el internamiento, darán el alta al enfermo, y lo comunicarán inmediatamente al tribunal competente.

Conforme se desprende del tenor literal de la norma, en casos de urgencia psiquiátrica el médico puede adoptar la medida terapéutica inmediata de internamiento involuntario, sin necesidad previa de autorización judicial, lo cual no exime de una posterior ratificación de la medida dentro de los plazos establecidos por la norma; sin embargo, la norma no precisa cuando un trastorno psíquico se encuentra en situación de urgencia psiquiátrica y es tributario de internamiento involuntario, ni señala los criterios que el médico debe considerar, para la toma de decisión de internamiento involuntario, tampoco existe referencia alguna sobre los tratamientos médicos a los que puede ser sometida la persona internada.

Cabe señalar sobre esta norma que, mediante Sentencia del Tribunal Constitucional 132/2010, de 2 de diciembre 2010, fue declarado la inconstitucionalidad de los incisos iniciales de los párrafos primero y segundo del citado artículo, al no tener el rango normativo de Ley Orgánica necesario para regular el derecho fundamental a la libertad; empero el Tribunal Constitucional Español no cuestiona el contenido de la regulación del internamiento involuntario, sino que insta al legislador a que regule esta materia por Ley Orgánica y sin que la declaración de inconstitucionalidad suponga la nulidad de los incisos afectados, permitiendo que estos incisos continúen vigentes hasta que sean sustituidos por otros preceptos con rango de Ley Orgánica.

Otra norma que es preciso citar sobre la materia, es la Ley 8/2021, ley mediante el cual se reformó la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica, donde los temas relacionados a internamientos y tratamientos involuntarios no han sido incluidos en la reforma aprobada, por lo que se mantiene la regulación que consta en el artículo 763° y siguientes de la Ley de Enjuiciamiento Civil y en la Ley de Autonomía del Paciente.

Por otro lado, en la Región de Murcia, respecto del internamiento involuntario se dispone del “Protocolo de coordinación de actuaciones para los traslados e ingresos de personas que padecen enfermedad mental”¹⁶², que contiene las pautas de actuación para el manejo de los traslados e ingresos de personas con trastornos mentales que se produzcan en esta región. Este protocolo de actuación señala que se considera ingreso involuntario urgente aquel que a criterio del médico resulta necesario realizar de inmediato la atención a la persona con enfermedad mental que tiene alterada su capacidad de discernimiento, no está en condiciones de consentir o es menor de edad o incapacitado.

Asimismo, señala que el médico del servicio de Atención Primaria o del Servicio de Urgencias, Urgencias Ambulatorias o cualquier otro facultativo que aprecie la necesidad de un traslado o ingreso involuntario urgente debe

ordenarlo por sí, sin precisar para ello autorización judicial alguna. El ingreso se producirá en la Unidad de Psiquiatría del Hospital del Servicio Murciano de Salud o en el Centro Médico público o privado que indique el médico.

Además, precisa que posterior al ingreso involuntario urgente, el médico responsable cuidará de que se comunique de inmediato al Decanato de los Juzgados o al Juzgado de Primera Instancia, si solo hubiere uno, del lugar donde radique el centro de internamiento mediante fax, sin perjuicio de remitir la comunicación ordinaria; en todo caso, debe asegurarse que el Juzgado recibe la comunicación del internamiento, dentro de las 24 horas siguientes a producirse.

Tal como se puede apreciar, en el “Protocolo de coordinación de actuaciones para los traslados e ingresos de personas que padecen enfermedad mental”, se señala que el ingreso involuntario urgente es aquel que a criterio del médico resulta necesario para realizar la atención inmediata, sin desarrollar, entre otros, el concepto de urgencia psiquiátrica, urgencias tributarias de internamiento involuntario, criterios que el médico debe considerar para ordenar el internamiento involuntario, tampoco recoge los procedimientos y tratamientos médicos a los que puede ser intervenida la persona internada.

En relación con la regulación del internamiento psiquiátrico involuntario en España, Vega et al¹⁶³ realizaron una revisión sobre el marco normativo que regula los internamientos psiquiátricos, así como los aspectos medicolegales que plantea este procedimiento, y abordan, desde una perspectiva bastante práctica, sencilla y esquemática, los problemas de carácter legal que plantea este tipo de internamiento; en tal sentido, en base a la legislación vigente y teniendo en cuenta el consentimiento del usuario de servicio de salud, en España se tiene dos tipos de internamientos psiquiátricos: a) voluntarios o consentidos, y b) involuntarios, no consentidos o compulsivos; y estos a su vez se pueden subdividir en internamientos penales, e internamientos civiles; además entre estos últimos podemos distinguir en internamientos urgentes y ordinarios.

El internamiento civil urgente, es la modalidad en la que es el médico quien decide el ingreso del paciente con consentimiento del representante del paciente, con la obligación de comunicarlo en el plazo de 24 horas al juez competente, quien deberá ratificar o dejar sin efecto la decisión del facultativo dentro de las 72 horas siguientes de comunicado el ingreso, esto se efectúa en amparo del artículo 763.1° de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Por otro lado, el internamiento civil ordinario se caracteriza porque es la autoridad judicial quien autoriza el ingreso, sin perjuicio de que posteriormente esta decisión puede ser ratificada por un médico, porque el paciente cuenta con criterios para tal indicación terapéutica.

Por último, en base a lo establecido en el artículo 763° de la Ley 1/2000, Ley de Enjuiciamiento Civil, Vega et al¹⁶⁴ sugieren un flujograma (Figura 1) para el control periódico del internamiento involuntario por enfermedad psíquica, a fin de garantizar los derechos de estas personas; la misma que recogemos a continuación:

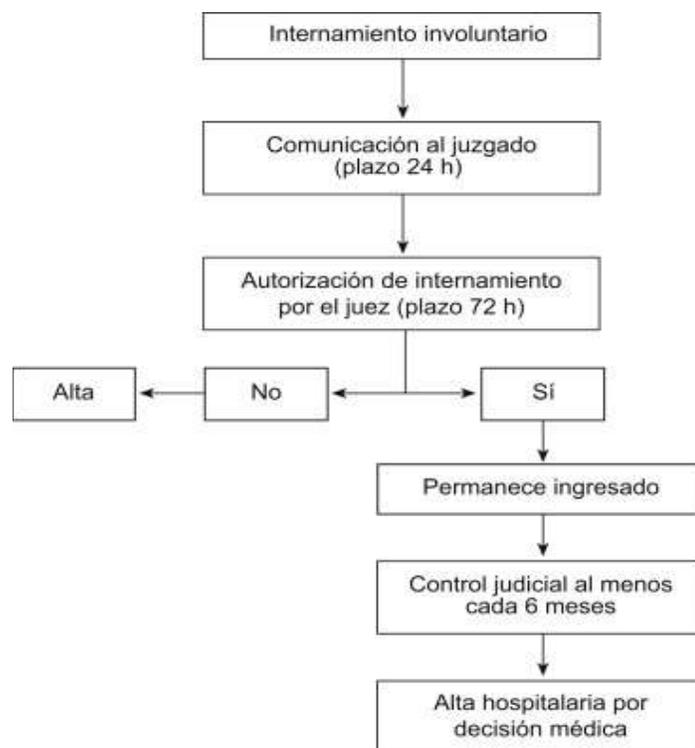


Figura N° 1: Flujograma sugerido por Vega et al para el control periódico del internamiento involuntario por enfermedad psíquica.

Igualmente, Barrios¹⁶⁵ señala sobre la regulación de los internamientos psiquiátricos en España, que actualmente existen importantes déficits sobre esta materia, y que el déficit en la regulación de los internamientos psiquiátricos civiles ha sido crónico en la historia jurídica española, llegando hasta nuestros días y que incomprensiblemente, incluso en la actual etapa constitucional las sucesivas reformas legislativas han desconocido las recomendaciones dadas por el Tribunal Constitucional en sus sentencias 131/2010 y 132/2010.

Dado el contenido de los textos normativos que regulan el internamiento psiquiátrico involuntario en España y a nivel internacional, así como el contexto epidemiológico de los problemas de salud mental es vital exponer lo que manifiesta Calcedo¹⁶⁶ respecto de una interpretación de que siempre hay que respetar la voluntad, los deseos y las preferencias de la persona con discapacidad, algo que está muy bien como planteamiento general; pero en casos concretos como: cuando se atiende estando de guardia a un paciente con una depresión grave con riesgo de suicidio, y que debido a un delirio no quiere ingresar; un paciente con un trastorno bipolar en un episodio maníaco, que está derrochando sus ahorros de toda la vida; una persona con anorexia grave, con alteraciones electrolíticas que implican un alto riesgo de una arritmia mortal, y rechaza recibir tratamiento por la negación de su enfermedad; o un paciente diagnosticado de esquizofrenia que presenta una recaída con alucinaciones, y tiene un delirio en el que cree que le persiguen y le quieren hacer daño, y en su delirio quiere defenderse agrediendo a los que cree que son sus agresores; puede ser necesario de una hospitalización involuntaria.

Asimismo, Calcedo menciona que hay algunas alternativas a la hospitalización involuntaria como los hospitales de día, unidades abiertas, la hospitalización a domicilio, los centros de rehabilitación psicosocial, etc. pero en los trastornos mentales graves hay situaciones de crisis en las que la única solución es la hospitalización involuntaria; por último manifiesta que a nadie le gusta la tarea desagradable de tener que ingresar a alguien en contra de su voluntad por trastorno mental grave, ni siquiera a médicos de otras

especialidades que legalmente también pueden ocuparse de esta función; por lo que debe haber leyes con unas reglas de juego claras, y si se considera prohibir la hospitalización involuntaria, se debe señalar también claramente cuáles son las alternativas, para conocer de lo que son responsables, y de lo que no son responsables.

3.3. Sentencias del Tribunal Constitucional Peruano sobre internamiento involuntario de personas con problemas de salud mental

En Perú, en los últimos años el Tribunal Constitucional ha emitido dos sentencias relacionadas con el internamiento involuntario de personas con problemas de salud mental; siendo estas las siguientes:

- 1) Sentencia N° 476/2020, Expediente N° 05048-2016-PA/TC, de 18 de agosto de 2020; caso de J. E. S. C., con diagnóstico esquizofrenia paranoide - hebefrénica y su manejo terapéutico, contra el Seguro Social de Salud- EsSalud.
- 2) Sentencia N° 789/2021, Expediente N° 01004-2021-PHC/TC, de 24 de agosto de 2021; caso de don A.M.L.C., con diagnóstico de síndrome de Asperger, contra la Clínica Pinel SRL.

A continuación, expondremos y analizaremos las sentencias a la luz de la normativa nacional e internacional con respecto al internamiento y la hospitalización involuntaria de las personas con discapacidad psicosocial.

Sentencia N° 476/2020, Expediente N.° 05048-2016-PA/TC, de 18 de agosto de 2020; Caso de J. E. S. C., con diagnóstico esquizofrenia paranoide - hebefrénica y su manejo terapéutico, contra el Seguro Social de Salud- EsSalud¹⁶⁷.

Este caso es la sentencia del Pleno del Tribunal Constitucional de 18 de agosto de 2020, sobre lo obrante en el Expediente N° 05048-2016-PA/TC, la cual es declarada fundada en parte. Esta sentencia nace a partir de un recurso de agravio constitucional presentado por el representante legal de doña Odilia Yolanda Cayatopa Vda. De Salgado, contra la resolución de 30 de marzo de 2016 expedida por la Segunda Sala Civil de la Corte Superior de Justicia de Lambayeque; cuyo resumen es el siguiente:

El 2 de julio de 2015, doña Odila Yolanda Cayatopa Vda. de Salgado, en calidad de curadora y madre de J. E. S. C., interpuso demanda de amparo contra el Seguro Social de Salud (EsSalud), con el objeto de que se declare la nulidad de la orden de alta médica, de 12 de junio de 2015, expedida por el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo - Red Asistencial de Lambayeque de EsSalud; y solicitó que se ordene la inmediata referencia al Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Crónicos (CRIPC) Hospital I Huariaca, u otro análogo; ello a efectos de que se le otorgue una atención especializada hasta su restablecimiento integral; esto es, no solo con terapia farmacológica, sino también con psicoterapia, terapia ocupacional y recreativa.

La recurrente manifestaba que su hija sufría de esquizofrenia hebefrénica crónica desde los 16 años y que como consecuencia de que EsSalud solamente le ha brindado terapia farmacológica ambulatoria e internamientos hospitalarios esporádicos por crisis en los más de veinte años que ha pasado, su enfermedad se ha tornado crónica y grave, sin que se haya logrado su restablecimiento. Agrega que su hija fue hospitalizada el 26 de agosto de 2014 y que, paralelamente solicitó a EsSalud, mediante cartas de fechas 23 de setiembre y 21 de octubre de 2014, que sea trasladada por emergencia al Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Crónicos (CRIPC) Hospital I Huariaca, sin que hasta la fecha se haga efectivo ni le hayan dado respuesta.

Finalmente, manifestaba que, en lugar de ser trasladada, su hija fue retenida en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga hasta que fue dada de alta el 12 de junio de 2015; y que dicho hospital no constituye un servicio especializado para pacientes mentales crónicos, sino solo para pacientes nuevos, agudos, reagudizados y descompensados, por lo que, luego de que su hija es compensada en sus momentos de crisis, la devuelven a su casa.

En esta sentencia el Tribunal en los fundamentos 42 y subsecuentes, señala como hechos, lo siguiente:

“42. (...) En principio, se debe considerar que J. E. S. C. fue diagnosticada de esquizofrenia hebefrénica desde que tenía 16 años de edad, y con

incapacidad total y permanente para el trabajo desde el año 1999 (cuando contaba con 22 años). Desde entonces ha estado recibiendo tratamiento ambulatorio y, en algunas ocasiones, ha sido hospitalizada, por crisis generadas debido a la esquizofrenia que padece. Ello significa que la demandada nunca le ha negado el acceso a la atención médica, por lo menos, de manera ambulatoria.

43. Su última hospitalización debido a "conducta inadecuada, insomnio, agresividad y coprolalia" fue el 26 de agosto de 2014. Su médico psiquiatra tratante, don Juan José Jesús Venegas, le dio el alta formal el 20 de setiembre de 2014, esto es, casi 30 días después de hospitalizada; sin embargo, se mantuvo hospitalizada debido a que sus familiares no se habrían hecho presentes. Permaneció en dicha situación durante casi un año, hasta que su alta materialmente se efectivizó el 12 de junio del 2015, cuando la fiscal de la Primera Fiscalía Penal de Prevención del Delito del Distrito Judicial de Lambayeque se constituyó al hospital emplazado a pedido de sus funcionarios para llevarla a su domicilio, sentando las actas fiscales correspondientes.

44. Mientras J. E. S. C. se encontraba hospitalizada, su madre, así como doña Odila Amarilis Salgado Cayatopa, quien sería la curadora del hermano de J. E. S. C., solicitaron, entre setiembre y octubre de 2014, que ambos hermanos sean trasladados al Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Crónicos de Huariaca en la ciudad de Pasco. El hospital de Chiclayo nunca les dio una respuesta formal. Pese a ello, se advierte que el médico psiquiatra solicitó su referencia (traslado) al centro de salud citado a través del Hospital Nacional Guillermo Almenara de la ciudad de Lima. Sin embargo, este último observó hasta en tres oportunidades los pedidos indicando que el cuadro médico podría ser tratado en el hospital de Chiclayo. Cabe precisar que los pedidos de traslado se realizaron bajo el diagnóstico de esquizofrenia paranoide y no esquizofrenia hebefrénica”.

Por otro lado, en relación a la variación en el diagnóstico médico de J. E. S. C., de esquizofrenia hebefrénica a esquizofrenia paranoide, sin que con relación al diagnóstico de esquizofrenia paranoide exista algún informe médico, sea de su médico psiquiatra tratante o de alguna junta médica que sustente dicha variación

y realice el nuevo diagnóstico, tanto más si las terapias y tratamientos que ha recibido durante más de 20 años se habrían basado en el diagnóstico de esquizofrenia hebefrénica; el Tribunal haciendo referencia al Informe de la Asociación Psiquiátrica Peruana sobre el Trastorno Esquizofrénico y del Informe del Ministerio de Salud 416-2018-DSAME-DGIESP/MINSA, de 29 de mayo de 2018, señala que la esquizofrenia paranoide se presenta cuando en la sintomatología predominan ideas delirantes y alucinaciones, mientras que la hebefrénica se presenta cuando en la sintomatología predomina el pensamiento y la conducta desorganizada; por lo que bajo dichos conceptos, adicionalmente precisa lo siguiente:

“49. Así pues, si dependiendo del tipo de esquizofrenia de que se trate, la sintomatología varía, no puede descartarse que, si quiera en alguna medida, el tratamiento también requiera ser diverso. Esta conclusión se refuerza si se tiene en cuenta que el Ministerio de Salud señaló que la necesidad de un tratamiento ambulatorio o internamiento dependerá también de "la singular situación existencial que cada persona".

Asimismo, en relación al motivo por el cual se dio el orden de alta médica en junio de 2015, el Tribunal Constitucional manifiesta que tampoco existe una justificación suficientemente precisa, pues tanto del informe médico de alta así como de la epicrisis, se desprende que ella se debió a que la evolución durante su estancia hospitalaria fue “mejoría”; sin embargo, en el acta fiscal de fecha 22 de junio de 2015, se señala que el alta médica se dio debido a que los hermanos no podían permanecer más de 30 días en el espacio en el que se encontraban, por estar destinado a pacientes con cuadros agudos y no crónicos.

Además, el Tribunal en el fundamento 53 de la sentencia precisa que por un lado, existe información que denotaría una cierta mejora en la situación de J. E. S. C.; pero, de otro lado, el hospital emplazado solicitaba que sea trasladada al Hospital de Huariaca, por requerir una terapia especializada de reinserción social; en tal sentido, el tribunal señala que en este caso existen dudas razonables acerca de si la alta médica se encontraba fundamentado en la

efectiva mejoría de la paciente, o en razones de incapacidad técnica o de déficit logístico del hospital, ajenas a la situación médica de la paciente.

Así también, el Tribunal estableció que en este caso, EsSalud no tuvo en cuenta la Ley N° 29889, que estuvo vigente durante los hechos (entre agosto de 2014 a junio de 2015), y que parcialmente ya había incorporado el modelo social de discapacidad, al disponer el modelo de atención comunitaria (artículo 11°, apartado a); la atención preferentemente de manera ambulatoria, dentro del entorno familiar, comunitario y social (artículo 11°, apartado b); el internamiento como una situación excepcional, solo cuando aporte mayores beneficios para el paciente y por el tiempo estrictamente necesario (artículo 11°, apartado c); y el consentimiento informado, libre y voluntario del usuario, salvo en situaciones de emergencia (artículo 11, apartado d).

Sobre el particular, recordemos que en el artículo 12° de la CDPD se reconoció el derecho a la igual capacidad jurídica (capacidad de ejercicio) de las personas con discapacidad, esto motivó a que en el 2018 se modifique el Código Civil peruano, eliminando las restricciones a la capacidad jurídica por discapacidad y suprimiendo el análisis del “discernimiento” al momento de evaluar la competencia de una persona para tomar una decisión. De esta manera, actualmente toda persona con discapacidad (también las personas con discapacidad psicosocial, como personas con esquizofrenia) son plenos sujetos de derecho y pueden manifestar su voluntad en relación con diversos actos jurídicos, como el consentimiento informado.

Sin embargo, el Tribunal Constitucional en su fundamento 38, establece una serie de requisitos que debe cumplir la persona con discapacidad para estar en capacidad de brindar consentimiento. Así, el tribunal establece que esta tenga, cuando menos episódicamente, la suficiente madurez intelectual, poder de reflexión y sentido de responsabilidad para decidir por sí misma el mejor tratamiento a seguir, incluyendo la decisión sobre la hospitalización o la atención ambulatoria, a menos que exista alguna situación de emergencia psiquiátrica o que se encuentre en un estado delirante, psicótico, paranoide, etc., de manera altamente prolongada o permanente.

Por las razones señaladas en los párrafos precedentes, el Tribunal Constitucional peruano considera que en el caso de J. E. S. C., EsSalud no ha actuado con la debida diligencia, con lo cual, ha vulnerado su derecho fundamental a la salud mental; por ello, dispuso que en un plazo no mayor a 30 días hábiles contados a partir de notificada la sentencia, una Junta Médica emita un diagnóstico médico concluyente sobre el tipo de esquizofrenia que padecía J. E. S. C., así como el pronóstico y las alternativas de tratamiento, precisando que en dicho análisis, se deberán considerar los "determinantes de la salud", esto es, aquellos factores que mejoran o amenazan el estado de salud mental de la persona.

Asimismo, con relación al modelo de atención en salud mental, señala que EsSalud deberá considerar el modelo social de discapacidad que incluye, entre otros, la excepcionalidad de la hospitalización de la persona con discapacidad mental; debiendo en dicha excepcionalidad, no solamente considerar el diagnóstico médico, sino también el modelo de atención comunitaria, además de otros factores como el peligro para la seguridad e integridad de sí misma, su familia o terceros (situación de agresividad o violencia) y la situación del entorno familiar en todos sus aspectos (económico y social), para esto último se debe contar con el apoyo de profesionales de trabajo social de EsSalud.

Sobre este último, tal como podemos apreciar el Tribunal Constitucional peruano, establece en su fundamento 39 una serie de criterios adicionales que deben tenerse en cuenta al momento de decidir si corresponde o no la hospitalización de una persona con discapacidad psicosocial. Estos criterios son: i) el diagnóstico médico; ii) la necesidad garantizar la seguridad e integridad de la persona y de terceros (de acuerdo con la intensidad y recurrencia de muestras de agresividad y violencia); iii) las características del entorno familiar (incluyendo el aspecto económico y social); y iv) la expresión de voluntad de la persona con discapacidad mental.

Desde nuestro punto de vista son varios los problemas que generan los criterios establecidos por el tribunal para el internamiento involuntario; el problema más

visible es que está habilitando más supuestos de internamiento que los dispuestos por la Ley de Salud Mental y su Reglamento (emergencia psiquiátrica o mandato judicial). Además, el Tribunal está poniendo como cuarto criterio la voluntad de la persona con discapacidad, cuando de acuerdo las normas señaladas esto es lo que debe prevalecer como regla. Sin embargo, si nos adentramos en el análisis de los requisitos los problemas continúan. En relación con el requisito del diagnóstico, es claro que este no debería ser tomado en cuenta puesto que las restricciones a la capacidad jurídica no pueden darse sobre la base del *status* de la discapacidad, tal como lo ha señalado el Comité de Personas con Discapacidad en su Observación General 1. En relación con el segundo requisito, el Tribunal abre la puerta a la figura de la “peligrosidad” de las personas con discapacidad psicosocial. Esto no solo estigmatiza a las personas con problemas de salud mental, sino que traslada al profesional de la salud la decisión de restringir la libertad sobre la base del riesgo u ocurrencia de un ilícito, decisión que en todo caso debería estar en manos de un(a) juez(a). En relación con las características del entorno familiar, el Tribunal pasa por alto que la responsabilidad de eliminar las barreras que limitan la inclusión a las personas con discapacidad son responsabilidad del Estado, no de la familia de las personas con discapacidad y mucho menos de las propias personas. En ese sentido, si la persona con discapacidad tiene un problema de vivienda (su familia no quiere convivir con ella), la solución no puede ser nunca restringirle la libertad en un centro de salud.

Finalmente, el Tribunal respecto el análisis de la determinación del tratamiento médico a establecer para J. E. S. C., señala que EsSalud deberá incluir atención especializada integral (diagnóstico diferencial, tratamiento psicofarmacológico especializado y psicoterapias), además de rehabilitación psicosocial y reinserción social, conforme a lo recomendado la Asociación Psiquiátrica Peruana, al incluir en todo tratamiento, las cuatro piedras angulares, esto es, tratamiento psicofarmacológico, psicoeducación, rehabilitación psicosocial y psicoterapia familiar.

Sentencia N° 789/2021, Expediente N° 01004-2021-PHC/TC, de 24 de agosto de 2021; Caso de don A.M.L.C. con diagnóstico de síndrome de Asperger, contra la Clínica Pinel SRL¹⁶⁸.

El pasado 08 de septiembre del 2021 el Tribunal Constitucional peruano emitió la sentencia N°01004-2021-PHC/TC, en la que resuelve a favor de una persona con síndrome de Asperger por haber sido internada en una clínica privada sin su consentimiento.

Este fue un proceso de hábeas corpus interpuesto por María Rocío Cano, a favor de su hijo A.M.L.C, quien padece de síndrome de Asperger, en contra de la resolución expedida por la Primera Sala Penal para Procesos con Reos en Cárcel de la Corte Superior de Justicia de Lima, que declaró infundada la demanda de habeas corpus.

En la demanda dirigida contra la Clínica Pinel SRL y a Walter Ricardo Linares Arenaza (padre del paciente), la recurrente señaló que se habían vulnerado los derechos a la libertad e integridad física de su hijo, ya que el 15 de marzo de 2018 el usuario de servicio de salud, a la edad de 26 años, fue internado sin su consentimiento, y que la clínica donde encuentra internado le impide salir, pese a que el favorecido cuenta con plena capacidad jurídica al no existir sentencia que lo declare interdicto. Asimismo, argumentó que su hijo sufre tratos crueles, pues se encuentra amarrado, inyectado y sedado contra su voluntad por parte de personal de la clínica.

Ante dichas acusaciones, el representante legal de la Clínica contestó la demanda alegando que el favorecido fue internado en la clínica por su padre en compañía de un médico psiquiatra, quién ordenó su internamiento. También mencionó que no se le realiza ningún tipo de maltrato a su hijo ni a los demás pacientes, ya que eso va en contra de su política interna. Por último, señaló que, si la recurrente desea retirar a su hijo de esta, debe solicitar a la administración el alta médica, lo cual resulta imposible por su estado clínico, y que, si insiste, deberá suscribir los documentos en los que conste que se responsabilizará por

la prosecución de su tratamiento y por daños que este le pudiera causar por el retiro de la clínica.

Por otro lado, el representante legal de Walter Linares contestó la demanda alegando que el internamiento del favorecido en la clínica demandada es lícito conforme a lo previsto por el artículo 4° de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, y no fue necesario el consentimiento de la demandante ante la situación de emergencia psiquiátrica en que se encontraba.

Con dicha información, el Vigésimo Octavo Juzgado Especializado en lo Penal de Lima declaró infundada la demanda, por considerar que el favorecido fue internado porque, según el informe del psiquiatra, debe continuar con su tratamiento farmacológico, psicoterapéutico y debe contar con personal de enfermería para que lo supervise de forma constante por los brotes de agresividad que presenta. A su turno, la Segunda Sala Especializada en lo Penal con Reos en Cárcel de la Corte Superior de Justicia de Lima confirmó la apelada por similares consideraciones.

Es así como la recurrente interpone el recurso constitucional solicitando, entre otros, que se ordene la invalidez del internamiento involuntario de don A.M.L.C. realizado en la Clínica Pinel SRL y que libere de forma inmediata a A.M.L.C. sin la exigencia de los requisitos adicionales, debido a que su internamiento fue inválido. De manera específica, la recurrente solicitó lo siguiente:

“(i) Que se ordene la invalidez del internamiento involuntario del favorecido realizado por la Clínica Pinel SRL;

(ii) Que se ordene a la clínica demandada liberar de forma inmediata al favorecido, sin la exigencia de los requisitos adicionales en razón de que su internamiento fue inválido;

(iii) Que se ordene a la clínica demandada la entrega del historial médico completo del favorecido; y,

(iv) Que se declare que la clínica demandada y los médicos tratantes del favorecido cometieron tratos crueles en perjuicio de su integridad. Alega la vulneración de los derechos a la libertad personal y a la integridad física”.

El Tribunal Constitucional peruano analizó el caso y determinó que sí hubo vulneración al derecho constitucional de la libertad individual de personas con discapacidad, sosteniendo que a la fecha en que ocurrieron los hechos, aún se encontraba vigente la Ley 29889, que modificaba la Ley General de Salud vigente en ese entonces, cuyo artículo 16° de su reglamento establecía la necesidad del consentimiento informado para un internamiento; señalando textualmente lo siguiente:

“16. Al respecto, se debe tener en cuenta en primer lugar que, a la fecha en la que el favorecido fue internado en la Clínica Pinel SRL (15 de marzo de 2018), el marco normativo dedicado a las situaciones de internamiento de personas con discapacidad mental en nuestro país se encontraba regulado esencialmente por la Ley 26842, Ley General de Salud; la Ley 29889, que modificó el artículo 11 de la Ley 26842; el Decreto Supremo 033-2015-SA que aprobó el Reglamento de la Ley 29889, la Ley 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud; la Ley 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad y su Reglamento aprobado mediante el Decreto Supremo 002-2014-MIMP.

(...)

18. Sin embargo, en el caso de autos no se aprecia que se haya llevado a cabo un análisis de las alternativas al tratamiento intramural y, mucho menos, que se haya buscado y respetado la manifestación de voluntad de don A.M.L.C. sobre quien, además, no pesaba ninguna sentencia de interdicción que le nombrase algún curador que tomase las decisiones en su lugar (lo que si podía haber ocurrido dado el ordenamiento jurídico vigente en marzo del 2018).

19. La ausencia de consentimiento se puede apreciar, además, del Acta de fecha 6 de diciembre de 2019 (fojas 107) en la que consta la evaluación del médico psiquiatra del Instituto de Medicina Legal de Lima en la que don A.M.L.C. manifestó que no había prestado su consentimiento para estar internado y que deseaba irse de la clínica.

(...)

21. El Reglamento de la otrora Ley 29889, aprobado por Decreto Supremo 033-2015 - SA, regulaba en su artículo 16 lo relativo al consentimiento

informado. De manera específica, el literal c) establecía que para el caso de la “emergencia psiquiátrica”, si es que la persona no se encontraba en capacidad de discernir, su familiar directo podría firmar los documentos de autorización para el internamiento u hospitalización. También se establecía que, ante la imposibilidad de que dicho consentimiento sea prestado por un familiar directo, se debía comunicar a la fiscalía de turno correspondiente la necesidad del internamiento u hospitalización o del procedimiento, para que la autoridad expida los documentos de autorización pertinentes. Por su parte, el artículo 3, numeral 5, del mismo reglamento definía el concepto de “emergencia psiquiátrica” como la “alteración mental que pone en riesgo la integridad del paciente y/o de terceros, determinada por el médico evaluador.

Por último, el Tribunal Constitucional peruano, precisa sobre el particular, lo siguiente:

“22. Tal y como se puede apreciar, la normativa vigente al 15 marzo del 2018 (fecha en la que don A.M.L.C. fue internado en la Clínica Pinel SRL) establecía una condición para aplicar un internamiento con prescindencia del consentimiento de la persona en una situación de emergencia psiquiátrica: no encontrarse en capacidad de discernir. Esta condición de falta de capacidad de discernimiento, según la normativa vigente en aquella fecha, se determinaba judicialmente a través de lo que se conocía como interdicción en donde se nombraba a una persona como curadora de la persona con discapacidad mental para que la sustituya en la toma de decisiones (un paradigma que ciertamente ya ha sido superado en la actualidad por el Decreto Legislativo 1384)”.

Es importante precisar que actualmente el Reglamento de la otrora Ley 29889, aprobado por Decreto Supremo 033-2015 - SA, está derogada y en su lugar se encuentra vigente la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental, que regula el consentimiento informado de las personas con discapacidad. Asimismo, se encuentra vigente el Decreto Legislativo 1384 la cual modifica diversos artículos del Código Civil y el Código Procesal Civil, y elimina la figura de la interdicción y la curatela para personas con discapacidad, estableciendo que todas las

personas mayores de 18 años, con discapacidad o no, tienen plena capacidad de ejercicio en igualdad de condiciones con las demás y en todos los aspectos de la vida, independientemente de si usan o requieren de ajustes razonables o apoyos para la manifestación de su voluntad.

Es en base a estos criterios que el Tribunal peruano decidió declarar fundada la demanda, constatándose la vulneración del derecho a la libertad individual y personal, en tanto el señor A.M.L.C. no manifestó su voluntad de ser internado en la Clínica mencionada; en consecuencia, el Colegiado ordenó su inmediata libertad; bajo los siguientes términos:

“24.- En consecuencia, este Tribunal considera que, a la luz de los hechos expuestos y de las circunstancias que rodean al presente caso, el internamiento de don A.M.L.C. en la Clínica Pinel SRL constituye una vulneración de su derecho a la libertad individual en la medida que el procedimiento para su internamiento se llevó a cabo sin cumplirse los parámetros exigidos por la legislación vigente en aquella fecha.

25. En vista que don A.M.L.C. no está sujeto a ninguna medida de interdicción (lo que ciertamente no sería posible actualmente) ni tampoco cuenta con apoyos establecidos al amparo del Decreto Legislativo 1384, según la información con que dispone este Tribunal, corresponde ordenar que se restablezca la libertad del favorecido y que se garantice la continuación de un tratamiento médico ambulatorio bajo los parámetros que exige el modelo de atención comunitaria de la salud mental.

26. Asimismo, para efectos de los procedimientos y tratamientos médicos que sean necesarios, en lo sucesivo deberá tenerse en cuenta las disposiciones contenidas en la Ley 30947, Ley de Salud Mental y su reglamento, con especial énfasis en lo referido al consentimiento informado. Para tal fin, el juez de ejecución del presente proceso de habeas corpus además deberá informar a don A.M.L.C. sobre la posibilidad que tiene, bajo las modificaciones normativas actuales, de contar con apoyos y salvaguardias para la toma de decisiones según lo establece el Decreto Legislativo 1384 si así lo desea”.

La particularidad de esta sentencia es que el Tribunal Constitucional peruano declara por primera vez la vulneración del derecho a la libertad personal de una persona con discapacidad por un internamiento involuntario dentro de un centro de salud privado. Antes de esta sentencia, en el caso de Guillén Domínguez, el máximo intérprete de la Constitución resolvió en igual sentido por la privación de libertad de una persona con discapacidad, pero dentro de su hogar. Si bien con este caso el Tribunal Constitucional proporciona un importante aporte en el análisis respecto del consentimiento de la persona con discapacidad para determinar el carácter de “involuntario” del internamiento, resulta pertinente anotar algunos temas aún pendientes a propósito de la sentencia.

Tengamos presente que el modelo social de la discapacidad, consagrado en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), distingue entre deficiencias y la discapacidad misma. Esta última es producto de la convergencia entre las mencionadas deficiencias (sensoriales, mentales, físicas o intelectuales) y las barreras sociales (del entorno y actitudinales) lo cual impide el pleno ejercicio de sus derechos en igualdad de condiciones. A partir de esta aproximación desde el enfoque de derechos humanos, la discapacidad no es una característica intrínseca de las personas, sino que es producto de una sociedad pensada para un prototipo de persona que excluye a aquellas que no calzan en dicho estándar.

En relación al internamiento involuntario, tal como habíamos señalado líneas arriba, según la Ley de Salud Mental, existen solamente dos supuestos excepcionales en los que una persona con discapacidad podría ser internada u hospitalizada sin su consentimiento: i) en casos de emergencia psiquiátricas en las que la persona no pueda proporcionar su consentimiento y ii) por mandato judicial; por lo que salvo estos dos supuestos, cualquier internamiento u hospitalización debe ser consentido por el usuario de servicio de salud. En este caso el Tribunal Constitucional en los fundamentos 9, 10 y 11, reconoce que la hospitalización será una medida excepcional, por el tiempo estrictamente necesario y revisable periódicamente, según lo dispuesto en el artículo 9° inciso 5 de la Ley de Salud Mental. Para estos casos, como señala el Tribunal, en

aplicación de la ley antes citada, será necesario que se garantice el derecho a dar el consentimiento informado. Esto bajo los siguientes términos:

“9. Así, con respecto a medidas como la hospitalización en el marco de este modelo de atención de la salud mental, el artículo 27, numeral 1, de esta nueva ley señala a la hospitalización como un “recurso terapéutico de carácter excepcional, revisable periódicamente, y que solo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos para la persona atendida que el resto de las intervenciones posibles. Se realiza por el tiempo estrictamente necesario y en el establecimiento de salud más cercano al domicilio del usuario”.

10. Sin embargo, junto con lo señalado anteriormente, se debe recalcar que en el modelo de atención comunitaria resulta fundamental el concepto de consentimiento informado que debe brindar la propia persona en el contexto de los tratamientos médicos. El artículo 9, inciso 7, de la Ley 30947, Ley de Salud Mental, establece incluso al consentimiento informado como un derecho “que implica la aceptación libre, sin persuasión indebida y otorgada por una persona con problemas de salud mental, o por sus representantes, según sea el caso, después de habersele proporcionado información precisa, suficiente y comprensible sobre el diagnóstico, tratamiento, medidas alternativas posibles y efectos secundarios y riesgos.

11. Esta disposición, además, debe leerse en concordancia con lo que dispone el Decreto Legislativo 1384 y su reglamento que introducen una serie de modificaciones al Código Civil, al Código Procesal Civil y al Decreto Legislativo del Notariado a fin de establecer el denominado sistema de apoyos y salvaguardias en la toma de decisiones para las personas con discapacidad. Resulta crucial, en este punto, recordar que el referido decreto legislativo ha modificado el artículo 42 del Código Civil para establecer que toda persona mayor de dieciocho años, incluyendo a todas las personas con discapacidad, tiene plena capacidad de ejercicio independientemente de si usan o requieren apoyos para la manifestación de su voluntad”.

Dado que el Tribunal Constitucional es el máximo intérprete de la Constitución, el aporte de esta sentencia es precisamente que refuerza los lineamientos para

entender el consentimiento informado en cumplimiento de la Ley de Salud Mental, pues señala que este consentimiento debe ser libre y voluntario, y debe otorgarse después de “habérsele proporcionado información precisa, suficiente y comprensible sobre el diagnóstico, tratamiento, medidas alternativas posibles y efectos secundarios y riesgos”. En tal sentido, se deberán realizar los mejores esfuerzos para brindar información clara y entendible a la persona con problema de salud mental para que sea ella quien decida ser hospitalizada en caso de que su situación médica lo requiera, esto último, en ejercicio de su capacidad jurídica, garantizando la igualdad de condiciones y su ejercicio sin discriminación alguna.

Otro elemento que es importante analizar es la supuesta agresividad y peligrosidad de las personas con problemas de salud mental que justificarían los internamientos involuntarios, al respecto el Tribunal Constitucional en el fundamento 12 recuerda lo señalado en el caso Yolanda Cayotupa Vda. de Salgado con relación a los elementos a tomar en cuenta para decidir si el caso requiere hospitalización o no. Destaca en el fundamento 39 de dicha sentencia que estos son: (i) el diagnóstico médico, (ii) la necesidad de garantizar la seguridad e integridad del propio usuario y la de terceros (de acuerdo a la intensidad y recurrencia de agresividad y violencia), (iii) las características del entorno familiar incluyendo la valoración del aspecto económico y social, y (iv) la expresión de voluntad de la persona con discapacidad.

Sin embargo, el Tribunal lejos de enmendar el aspecto relativo a la seguridad e integridad de terceros relacionadas con la intensidad de agresividad y violencia de la persona, recuerda lo señalado en el caso Yolanda Cayatopa Vda. de Salgado los aspectos que deben tenerse en cuenta para decidir si el caso requiere hospitalización o no, siendo uno de ellos, el de la necesidad de garantizar la seguridad e integridad del propio usuario y la de terceros (de acuerdo a la intensidad y recurrencia de agresividad y violencia); a pesar que el Reglamento de la Ley de Salud Mental establece que “los servicios de internamiento y hospitalización se realizan sin discriminación atribuida a peligrosidad o a otros prejuicios propios de la estigmatización hacia las personas con problemas de salud mental”.

Igualmente, el tribunal hace referencia sobre otro criterio a tomar en cuenta para decidir si el caso requiere hospitalización o no, esto es sobre las características del entorno familiar incluyendo la valoración del aspecto económico y social; precisando sobre el particular lo siguiente:

“13. Sin embargo, sobre lo antes expuesto, se debe precisar que la situación económica de una familia no puede ser tomada como un factor determinante al momento de considerar si es que una persona con discapacidad debe, como medida excepcional, ser tratada a través de una medida de internamiento. En todo caso, podría ser un factor más a tomarse en cuenta, pero no ser un factor determinante. De lo contrario, podría correrse el riesgo que las personas con discapacidad que provienen de familias de escasos recursos se vean condenadas, en todos los casos, a ser internadas u hospitalizadas por su situación económica”.

Finalmente, en esta sentencia el Tribunal Constitucional, hace alusión también al rol de la familia como garante del derecho a la salud de las personas con problemas de salud mental, señalando que es necesario instar a la familia a poner su voluntad, su bienestar y su salud en el centro de todas sus actuaciones; bajo los siguientes términos:

“28. Además, tal y como lo hizo en las sentencias recaídas en los Expedientes 02480- 2008-PA/TC y 05048-2016-PA/TC, este Tribunal debe recordar la importancia del papel que desempeña la familia que, en el presente caso, debe asumir una posición de garante en beneficio de la salud mental de don A.M.L.C. Sobre el particular, este colegiado no puede pasar por alto que esta no es la primera vez que se judicializa un caso relacionado con la salud y la libertad de don A.M.L.C. En efecto, en el Expediente 03597-2017-PHC/TC este colegiado resolvió una demanda de habeas corpus interpuesta también por la madre del favorecido y, aunque en aquella ocasión el objeto de la demanda era distinto a la del caso de autos, no deja de llamar la atención que en aquella oportunidad se alegaran hechos vinculados con la condición de salud de don A.M.L.C. Este Tribunal considera que todas estas situaciones no hacen más que poner en vilo la

tranquilidad y el bienestar que el favorecido requiere. Por lo tanto, es necesario instar a la familia, y en general a quienes rodean a don A.M.L.C., a poner su voluntad, su bienestar y su salud (tanto física como mental) en el centro de todas sus actuaciones”.

En suma, esta sentencia es un avance importante en la jurisprudencia constitucional peruana, pues aborda la vulneración del derecho a la libertad personal de una persona con discapacidad psicosocial debido a un internamiento involuntario dentro de un centro de salud privado. Este caso, además le permite al Tribunal Constitucional reiterar la obligación del Estado peruano de desinstitucionalizar progresivamente el tratamiento y manejo de las personas con problemas de salud mental, a fin de proteger sus derechos humanos desde un enfoque social de la discapacidad.

Asimismo, el Tribunal Constitucional opta por enmendar el factor de la situación socioeconómica de la persona con discapacidad para determinar entre su hospitalización o la atención comunitaria, más no hace lo mismo con el factor de análisis de la “seguridad e integridad de terceros”. En concreto, el Tribunal Constitucional peruano mantiene la idea de que se necesita evaluar el riesgo que supone la persona con problemas de salud mental para si o para terceros al momento de decidir si debe ser internada o no; por lo que esta posición reforzaría los estereotipos peyorativos, discriminativos y estigmatizantes de las personas con este tipo de problemas de salud y resulta incompatible con la Ley de Salud Mental y su Reglamento, que más bien hacen referencia a una situación concreta de salud en la persona y la obligación de realizar el internamiento y hospitalización sin discriminación atribuida a la peligrosidad u otros prejuicios.

CAPÍTULO IV

EMERGENCIA Y URGENCIA PSIQUIÁTRICA

4.1. Concepto emergencia psiquiátrica

En medicina la emergencia está bastante bien definida por el riesgo para la vida, la salud o la necesidad de actuar rápidamente para evitar graves secuelas. Sin embargo, en psiquiatría su definición es más imprecisa, amplia y hasta vaga, pues si bien el riesgo vital existe, tanto para el paciente como para terceros, es más corriente actuar para evitar el sufrimiento psíquico, la angustia y la perturbación conductual que generalmente la acompaña.

Munizza et al¹⁶⁹ señalan que las urgencias o emergencias psiquiátricas pueden definirse como cualquier alteración de naturaleza psiquiátrica en la que se produzcan cambios en el estado mental, con el resultado de un riesgo presente y significativo de muerte o lesiones graves para el paciente o para terceros, que requiera una intervención terapéutica inmediata. Las definiciones de urgencias psiquiátricas también sugieren la presencia de una alteración urgente y grave de la conducta, el afecto o el pensamiento, así como afrontamiento desadaptativo. Munizza et al además precisan que si bien se discuten términos afines como urgencia, emergencia y crisis; sus diferencias son sólo académicas, pues carecen de aplicabilidad práctica en psiquiatría.

Asimismo, Rotondo et al¹⁷⁰ definen a la emergencia psiquiátrica como la situación en la que el trastorno del pensamiento, del afecto o de la conducta son en tal grado disruptivos, que el paciente mismo, la familia o la sociedad, consideran que requiere atención inmediata; la misma que puede presentarse en condiciones que:

- a) Sean manifestaciones de una alteración psicológica aguda, tales como ansiedad, pánico, depresión y trastornos de adaptación.

- b) Impliquen riesgo de daño personal o interpersonal, como agresión suicidio u homicidio.
- c) Evidencien un comportamiento profundamente desorganizado, como en psicosis y delirio.

Además, Rotondo et al sostienen que en la aproximación a la emergencia psiquiátrica debe considerarse cuatro elementos:

- a) El paciente, con su cuadro clínico, que requerirá de estudio cuidadoso, exámenes pertinentes y el tratamiento necesario.
- b) El ambiente humano circundante, que debe ser evaluado en su influencia para la acción procedente.
- c) El ambiente físico, que debe ser examinado por el médico para identificar peligros o facilidades potenciales.
- d) El médico que, como experto, habrá de resolver la urgencia. Su competencia profesional y personalidad jugarán un papel decisivo.

Por su parte, Uribe¹⁷¹ manifiesta que una emergencia o urgencia psiquiátrica es una condición aguda o crónica que requiere una intervención psiquiátrica y señala como ejemplos, entre otros, al intento de suicidio, el abuso de sustancias, la psicosis, la conducta agresiva, la crisis de angustia (ataques de pánico), el trastorno de estrés agudo o trastorno de estrés postraumático; para la atención de estos pacientes se requieren médicos psiquiatras, enfermeras, psicólogos, trabajadoras sociales. Además, precisa que el paciente puede buscar atención en un servicio de urgencias psiquiátricas en forma voluntaria, referido por un especialista o en forma involuntaria.

Para otra aproximación al concepto de emergencia psiquiátrica, podemos tener en cuenta los elementos que la definen, así Sánchez¹⁷² la considera como una situación en la que el trastorno del pensamiento, del afecto o de la conducta son en tal grado disruptivos que el paciente mismo, la familia o la sociedad consideran que requiere atención inmediata; siendo que las expresiones de esta circunstancia pueden ser diversas y corresponder a las manifestaciones de una alteración psicológica aguda (como en el caso de la ansiedad, el pánico, la

depresión o el trastorno adaptativo), a situaciones que impliquen riesgo de daño personal o interpersonal (auto o hetero agresión) o a circunstancias que evidencian un comportamiento profundamente desorganizado como en el caso de las psicosis.

Asimismo, De la Torre¹⁷³ considera una emergencia a cualquier alteración emocional o de la conducta que puede producir daños a terceros o a sí mismos, por lo cual requiere de una intervención rápida y eficaz por parte del médico, que deberá estar dirigida a aliviar la situación inmediata; así la emergencia psiquiátrica representa un duro desafío, ya que, por lo general se presenta de manera súbita y esto implica un límite de tiempo para la respuesta de su atención y a la vez una gran expectativa tanto para el enfermo y su familia como para el equipo asistencial.

Por su parte, Chinchilla¹⁷⁴ sostiene que la emergencia psiquiátrica sería toda aquella situación o estado clínico variado que en un momento determinado genera una demanda de atención y resolución asistencial psiquiátrica inmediata, bien venga vehiculizada por el paciente, la familia los amigos, otros especialistas de la propia emergencia, las instituciones sociales, una orden judicial, etc.

Tomando referencia a este autor, es absolutamente pertinente destacar algunas de las diferencias existentes entre las urgencias psiquiátricas y las médico-quirúrgicas, ya que, en estas últimas, en general tienen implícitos peligros o riesgos inminentes por enfermedad, accidente o catástrofe. Sin embargo, se añadirían a estos riesgos los propios que el paciente psiquiátrico puede adjuntar por sus trastornos conductuales secundarios a sus dificultades de adaptación o intolerancia al medio. La creencia, no obstante, es que la urgencia psiquiátrica tiene menos repercusión o exigencias de inmediatez que la urgencia médica. Quizás esto está en relación con lo que tantas veces se ha hecho referencia en la práctica diaria: que la urgencia psiquiátrica es más urgencia cuanto menos psiquiátrica es, es decir, cuanta más urgencia médica, menos urgencia psiquiátrica.

En las emergencias psiquiátricas (en realidad en toda emergencia médica) se necesita una atención y actuación inmediata con fines mixtos: diagnósticos y terapéuticos, sin olvidar que esta premura en demanda y actuación conlleva a veces conflictos con los enfermos, familiares u otros profesionales, que requieren en ocasiones gran habilidad y tacto para no empeorar las cosas.

Desde la perspectiva legal, en el Reglamento de la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental, aprobado mediante Decreto Supremo N° 007-2020-SA se establece que la emergencia psiquiátrica es toda condición repentina e inesperada, asociada a un problema de salud mental, que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el(la) usuario(a) de servicio de salud.

En los Lineamientos para la Atención de la Urgencia en Salud Mental de la Republica de Argentina¹⁷⁵ se señala que una emergencia en salud mental es toda situación transitoria que irrumpe y altera las funciones psíquicas, el desempeño habitual y que supone un alto nivel de padecimiento, de tal manera que la persona, el entorno y el personal sanitario, consideran que requiere atención médica inmediata, ya que implica una crisis que puede tener causas orgánicas, psíquicas o sociales, y constituye una ruptura del equilibrio vital^{xii}. Además, en el citado lineamiento se precisa que una emergencia es un emergente del estado de malestar, no es un acontecimiento aislado sino parte del proceso de salud-enfermedad, en el que la persona debe ser asistida de manera integral (bio-psico-social) en el ámbito sociosanitario y requiere de un seguimiento para evitar la recurrencia.

^{xii} Criterios para evaluar potencial daño para sí mismo u otras personas:

- Presencia de alucinaciones que ordenan daño o amenazas.
- Estado de desesperación con riesgo suicida: ideación suicida, plan concreto, actos de autoagresión.
- Vivencias de desesperanza: ausencia de proyectos o planes futuros, deterioro o pérdida de vínculos afectivos/laborales/sociales.
- Enfermedad terminal o crónica incapacitante.
- Episodios autolesivos previos (son ponderados más gravemente cuanto más letal haya sido el método elegido y sus consecuencias y cuanto más cercanos en el tiempo a la consulta actual)
- Incidentes significativos que puedan motivar la conducta de riesgo.

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (APA)¹⁷⁶ una urgencia psiquiátrica es una alteración aguda del pensamiento, estado de ánimo, comportamiento o relaciones sociales que requiere de una intervención inmediata según lo define el paciente, la familia o la comunidad.

Finalmente, la Organización Mundial de la Salud¹⁷⁷ precisa que la legislación de cada país debe definir en qué consiste una emergencia, y señala que, en la mayoría de las jurisdicciones, una situación de emergencia es una situación en la que existe un riesgo inmediato e inminente^{xiii} para la salud y seguridad de la persona en cuestión o de otros. Para que una situación pueda ser considerada como una emergencia, debe demostrarse que el tiempo requerido para cumplir con los procedimientos sustantivos provocaría un retraso considerable y tendría como consecuencia un daño a la persona involucrada o a otras. En tales situaciones, la legislación puede permitir el ingreso involuntario inmediato en un hospital y/o el tratamiento involuntario inmediato basados sobre una evaluación llevada a cabo por un profesional médico cualificado y/o por otro profesional de la salud mental acreditado que se desempeñe dentro del ámbito de su práctica.

4.2. Diferencias entre crisis, urgencia y emergencia psiquiátrica

Si bien, Munizza et al¹⁷⁸, Rotondo et al¹⁷⁹, y Uribe¹⁸⁰ no diferencian crisis, urgencia y emergencia psiquiátrica, y señalan que sus diferencias son sólo académicas, que carecen de aplicabilidad práctica en psiquiatría; sin embargo, Escobar¹⁸¹ sí denota diferencias entre estos, y define a la emergencia como cualquier necesidad mórbida que, dadas ciertas condiciones, requiere intervención médica inmediata; aquí, el peso del proceso psicopatológico es evidente, de tal modo que el papel del médico es decisivo. Por el contrario, en la urgencia, a pesar de recurrir apresuradamente al contacto médico, éste aprecia que son factores psicosociales, culturales o económicos los que facilitan o provocan la necesidad, siendo en consecuencia prioritario la orientación

^{xiii} Riesgo cierto e inminente: Se debe entender por riesgo cierto a la existencia de circunstancias graves que amenacen o causen perjuicio a la vida, la integridad física de sí mismo o de otras personas, de bienes propios o ajenos, en totalidad o en parte.

Se entiende por inminente a aquellas situaciones y/o conductas negativas con altas probabilidades de suceder en un plazo perentorio.

psicológica, el manejo ambiental, la ayuda social, etc., más que la intervención médica.

En cuanto a la crisis, este es un término que alude a un período de cambios adaptativos, adecuados o no ante obstáculos inhabituales, como los desastres por ejemplo, en donde se recomienda un proceso conocido como la intervención en crisis mediante primeros auxilios psicológicos. De este modo se entenderá que en ocasiones la culminación de una patología de la crisis termine, según el factor desencadenante, en una urgencia o una emergencia. Ahora bien, sabemos lo difícil que es para las personas identificar una necesidad real; así encontraremos dramáticos casos en donde la gente no reconoce lo urgente y otros donde el propio especialista descartará participar dado el carácter no urgente de la demanda. Ejemplo del primer caso es la consulta de una familia con su hijo adolescente, quién desde hace varios meses muestra un cambio de comportamiento, aislándose, descuidándose en sus intereses habituales y solo recientemente aprecia que podría estar enfermo cuando comienza a decir incoherencias y tornarse violento. Por el contrario, consulta no urgente es la de un adicto que acude para conseguir benzodiazepinas.

Otro aspecto que considerar en la conceptualización de lo urgente es el tiempo de espera. Desde ese punto de vista se distinguen necesidades que no pueden esperar, que son las verdaderas emergencias y las postergables que también se las denomina falsas emergencias. De cualquier modo, se entiende que al momento del triaje es cuando se clarifica la calificación de una petición de ayuda. A su vez, la calificación implica una competencia técnica, un criterio conceptual y al menos un profesional preparado para la primera intervención.

Al respecto, Escobar a fin de facilitar la tarea asistencial propone algunas condiciones que ayudan a definir la emergencia.

1) Alteraciones de la psicomotricidad

Transitan desde la hipo a la hiperactividad posibilitando riesgo vital para sí mismo o terceros. A decir verdad, para muchos las más serias y verdaderas urgencias estarían incluidas casi en su totalidad en este grupo.

2) Cambios recientes del comportamiento

Pensamos en pacientes que, en relación con un evento reciente, por ejemplo, evento aflictivo o conflictivo, enfermedad intercurrente, etc., presentan una intensificación o aparición de una conducta mórbida que amenaza el habitual funcionamiento del individuo.

3) Consulta espontánea de ayuda psicológica

Puesto que existe bastante interés en solicitar apoyo psicológico urgente, creemos que una evaluación previa del psiquiatra es necesaria, por lo que en ocasiones puede el médico de urgencia cumplir ese papel¹⁸².

Por su parte, Megias - Lizancos et al¹⁸³ señalan que tradicionalmente, el término "crisis" se ha empleado en salud mental y psiquiatría en situaciones muy diversas: por ejemplo, la crisis histérica descrita por Charcot, la crisis epiléptica o la trivial "crisis de nervios". No obstante, la significación que hoy se le confiere al término "crisis" es muy distinta a la de antaño. Se emplea este término, para dar cuenta de los cambios que le sobrevienen al individuo. La vulnerabilidad psicológica de éste y su facilidad para sufrir alteraciones psiquiátricas han aumentado considerablemente en los últimos años.

Por lo general, cuando un sujeto se encuentra en una situación de crisis, suele estar asustado y/o preocupado por el trastorno emocional y con desorganización conductual, la cual puede considerarse como una respuesta normal a una circunstancia anormal.

Se interpreta como una reacción individual al encuentro de obstáculos que aparecen como insuperables y que bloquean un propósito en la vida de un individuo entendido así, los individuos diagnosticados como neuróticos o psicóticos también tienen, han tenido o tendrán crisis en la vida. Es decir, el término "crisis" igualmente está presente en estas categorías diagnósticas. La crisis no indica necesariamente psicopatología o anormalidad; es más, se suele contemplar como positiva: un concepto orientado hacia el crecimiento y la salud, en lugar de hacia una enfermedad o afección.

Según Lipkin y Cohen¹⁸⁴ la crisis es toda situación en la que se rompe el equilibrio normal de la vida y para la que no sirven las técnicas de resolución de problemas anteriormente utilizadas. Las crisis se producen a lo largo del “proceso de vivir” como parte ineludible del proceso de crecimiento humano. Existen diferentes tipos de crisis: sin embargo, la crisis de maduración suele ser la más frecuente. Normalmente, sobreviene cuando se contempla un problema como insoluble porque no pueda ser controlado o superado por los mecanismos habituales (aun utilizando técnicas de resolución de problemas) y la persona se siente desbordada. Tras su fracaso para hallar una solución, probablemente se mostrará tensa, ansiosa o deprimida. En la desesperación, quizás desarrolle dolencias somáticas, adopte una conducta regresiva o, incluso, se retraiga de la realidad hacia un mundo imaginario en un intento de alejarse del problema.

“La crisis es una experiencia subjetiva” manifiesta Gordon¹⁸⁵ y agrega que algunas personas soportan el embate de una fuerte tensión sin consecuencias aparentemente anormales, mientras que otras se derrumban ante un estrés, en apariencia, leve. Sea cual fuere su origen, una crisis amenaza con agotar los recursos psicológicos de una persona. La mayoría de las crisis tienen una limitación en el tiempo y suelen resolverse naturalmente. Sin embargo, otras veces el problema satura las habituales estrategias de resolución de problemas de la persona, produciendo una sensación de desamparo y desorganización, y a menudo es en este momento cuando se solicita ayuda psiquiátrica, bien por el propio individuo como por su médico de atención primaria.

La emergencia se define, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), como la aparición fortuita en cualquier lugar o actividad de un problema de etiología diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto o su familia. Por su parte, la Asociación Médica Americana sostiene que la emergencia es toda aquella condición que, en opinión del enfermo, su familia o quien quiera que asuma la responsabilidad de la demanda, requiere una asistencia inmediata. Las características comunes de las situaciones de emergencia son su carácter imprevisto, su localización variable y fortuita, su diversa etiología, desigual gravedad, la subjetividad en su definición y la necesidad de respuesta inmediata.

Barbudo y Chinchilla¹⁸⁶ sostienen por su parte que la urgencia psiquiátrica podría definirse como aquel problema psiquiátrico que provoca un aumento de ansiedad tal, en algunas persona, que le hace solicitar ayuda inmediata. Pero es oportuno recordar que no toda crisis va a derivar en urgencia y que toda urgencia, probablemente, es a la vez la expresión de una crisis previa. No obstante, por ejemplo, una reacción extrapiramidal a la medicación antipsicótica puede llegar a ser una emergencia (síndrome neuroléptico maligno), pero no necesariamente una crisis. Es decir, hay urgencias que no son crisis, por lo que nos aventuraríamos a aseverar que la crisis rara vez se presenta como urgencia. Por otro lado, una emergencia es aquella situación urgente que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de algún órgano. La emergencia encerraría un carácter de mayor gravedad y sin posibilidades de demora en la atención médica al estar comprometida la vida o la estabilidad hemodinámica y/o funcional de la persona, que da lugar a grandes posibilidades de daño permanente y/o irreversible e, incluso, la muerte del paciente; por lo tanto, es un suceso repentino que exige tomar medidas inmediatas para minimizar sus consecuencias.

Con frecuencia, se mezclan los conceptos “crisis”, “urgencia”, “emergencia”, “desastre” y “catástrofe”, diferenciándose por su magnitud; sin embargo, pueden establecerse similitudes y delimitaciones. Es evidente que no puede significar lo mismo sufrir las consecuencias de una catástrofe o desastre natural que sufrir un accidente de tráfico, pero en estos casos podemos citar algunas características comunes que presentan ambas situaciones: son demandas que requieren una atención inmediata, en tanto que situaciones emergentes; son accidentales, por tanto, pueden causar sorpresa, desestabilización, estupor, pánico, etc.; y, en ambos casos, se produce una situación de peligro inmediato para la vida o la integridad psicofísica de la persona.

Las personas que son víctimas en situaciones de emergencia plantean diversas dificultades; sobre todo, un gran desconcierto, tanto en ellas como en su entorno, así como una situación de crisis que disminuye su capacidad de acción; y, por otra parte, factores como la edad, el nivel cultural, la situación de la familia y el

entorno económico y laboral son variables que influyen decisivamente en la recuperación y posterior inserción de estas personas.

Los “desastres” son alteraciones intensas en personas, bienes, servicios y ambiente causadas por un suceso natural o generados por el hombre, que excede la capacidad de respuesta de la comunidad afectada. Son acontecimientos que requieren para su resolución una mayor infraestructura por la excesiva magnitud del suceso. Se habla de desastre cuando el número de heridos o de damnificados y los costos económicos que se derivan suponen una alarma en la población. Este tipo de sucesos implican la pérdida o la amenaza de la vida o de bienes materiales y provocan consecuencias adversas para los supervivientes.

A las “catástrofes” también se las ha denominado “desastres masivos”; en estas situaciones, las consecuencias destructivas están más extendidas, afectan a un mayor número de personas y a bienes materiales y, por lo tanto, suponen un gran esfuerzo y coordinación por parte de las instituciones públicas y/o privadas que se dedican al auxilio y protección de los sujetos afectados de todo un territorio (Servicios de protección civil, cuerpos y fuerzas de seguridad, servicios sanitarios, voluntariado, etc.). Los desastres y las catástrofes son acontecimientos que requieren respuestas rápidas, por lo que todas son “situaciones de urgencia”, con diferentes tipos de demandas a cubrir.

Los profesionales de la salud siempre han tenido y tienen un papel primordial en cualquiera de las situaciones antes relatadas. La aplicación del método científico en la prestación de los cuidados en situaciones de urgencia y de emergencia es lo que denota el trabajo del profesional de la salud y lo tilda de entereza y solidez individual, aun entendiéndolo como parte del proceso asistencial que se lleva a cabo bajo el esquema del trabajo en equipo, del que son una parte fundamental.

4.3. Objetivos de la atención de emergencia psiquiátrica

La atención de una emergencia psiquiátrica tiene como objetivos, entre otros, el resolver los problemas de salud mental más inmediatas, determinar los factores

desencadenantes del problema de salud mental, intervenir para prevenir recaídas, así como de vincular al paciente y su familia con el equipo de salud donde se continuará la atención psiquiátrica.

Sobre el particular, Munizza et al¹⁸⁷, sostienen que la asistencia a situaciones de urgencia y emergencia psiquiátrica debe cumplir objetivos prioritarios, tales como:

- 1) Estabilización del cuadro (objetivo control de síntomas)
- 2) Reconocimiento de patologías y alteraciones orgánicas (que pueden haber causado las alteraciones mentales)
- 3) Establecimiento de hipótesis diagnósticas
- 4) Derivación para atención continuada

Además, el citado autor señala que el lugar para atender las urgencias y emergencias psiquiátricas debe ofrecer seguridad, estructura física adecuada, ausencia de objetos potencialmente peligrosos, adecuación de estímulos sensoriales, sistema de alarma, disponibilidad de medicamentos y equipos de contención, servicio de seguridad, y acceso a servicios de diagnóstico y otros especialistas.

Por su parte, Escobar¹⁸⁸ manifiesta que conocer lo que hay que hacer en cualquier actividad, permite ahorrar tiempo y energía, administrar los recursos y facilitar el adiestramiento. Para tal efecto ha propuesto, al menos, tres objetivos principales:

- a) Resolver la necesidad más inmediata

A pesar de que frecuentemente la atención es en contra de la voluntad del paciente, y por lo tanto bastante tensa y dramática, se debe dedicar todo el esfuerzo para determinar y dar atención a la necesidad más inmediata.

- b) Prevenir la recaída

Una vez resuelta la emergencia, corresponde intervenir en todos los aspectos posibles para evitar recidivas y recaídas. Sin perjuicio de la fuente

etiopatogénica más influyente, es conocido el rol que juega la adhesión al tratamiento, las exigencias excesivas y la negativa influencia de terceros.

- c) Vincular al paciente y su familia con el equipo de salud que corresponda
Al terminar la intervención, luego de informar el estado y el tratamiento se reforzará la necesidad de acudir al sitio donde se continuará la atención.

4.4. Características de la atención de emergencia psiquiátrica

Las atenciones de las emergencias psiquiátricas tienen una serie de características singulares y particulares relacionadas, por ejemplo, con la voluntariedad, ya que en ocasiones los pacientes son traídos involuntariamente o no quieren ser tratados; con aspectos sociales, pues con frecuencia hay problemática social asociada o, incluso, alarma social; con temas de información limitada o parcial, así como diagnóstico basado en la entrevista y observación.

Al respecto, Escobar¹⁸⁹ menciona que, en cualquier tipo de urgencia, el equipo médico se ve sometido a una ansiedad por la exigencia de resolver rápida y eficientemente el problema. Slaby¹⁹⁰ describió una serie de condiciones que influyen especialmente en la generación de ansiedad en urgencia psiquiátrica y que distinguiremos según su origen.

- a) Generadas desde el paciente

Acá comentaremos solo algunos aspectos de las condiciones más frecuentes

- La violencia

Probablemente es la condición que más corrientemente caracteriza a la urgencia psiquiátrica, sin perjuicio que también se presente en otros lugares. La manifestación de la agresividad va desde amenazas verbales, el daño a los objetos y personas hasta el homicidio consumado. Cuando se estudia quiénes, en el medio hospitalario, son las víctimas de la violencia, se aprecia que influye el lugar de trabajo. En efecto, los psiquiatras, los psicólogos y las asistentes sociales son los más afectados en la atención ambulatoria, mientras que las enfermeras

y el personal paramédico lo son en las dependencias de pacientes hospitalizados.

Sin perjuicio de que las mujeres perciban mayor vulnerabilidad, se ha comprobado que el género no influye en la elección de la víctima. De acuerdo con una revisión de Tardiff¹⁹¹ la sala de urgencia es el sitio más corriente de aparición de hechos violentos y son los profesionales más jóvenes, especialmente los que están en formación, los más atacados.

- El riesgo de suicidio

Los médicos de urgencia temen equivocarse en no descubrir al paciente con verdadera intención de acabar con su vida. No obstante, los variados indicadores de riesgo siguen teniendo esta condición un factor de riesgo que hay que aceptar. Eso es especialmente cierto en los enfermos distímicos y fronterizos.

En la emergencia se viven al menos dos situaciones complicadas, a saber: la necesidad de ubicar a los enfermos de alto riesgo para darles la mayor protección; y, por otra parte, aclarar con la familia que los enfermos de bajo riesgo, que no son internados, pueden más adelante, cometer suicidio.

- La poca o nula cooperación de los pacientes

Sabemos que en psiquiatría hay enfermos que no cooperan. Algunos se disimulan mostrándose reticentes, otros opositores y los más complejos francamente negativistas. De cualquier modo, corresponde controlar las propias emociones, realizar una evaluación adecuada al caso y precisar el síndrome clínico.

b) Generadas desde los familiares

Hay parientes que se confunden ante el comportamiento del enfermo, mostrándose temerosos ariscos, irritados e incluso amenazantes. Otros son incapaces de informar adecuadamente.

c) Generados desde la sociedad

Persiste el rechazo hacia los enfermos mentales. La familia y las autoridades esperan que los pacientes sean internados por cualquier motivo y permanezcan hospitalizados el mayor tiempo posible. Al mismo tiempo los recursos disponibles son escasos, lo que facilita el abandono de los tratamientos y la aparición de los enfermos repetidores.

d) Provenientes del lugar de trabajo

Condiciones de trabajo como la excesiva e imprevisible demanda, la escasez de camas, el recambio de los enfermos en las salas, los cambios en el ciclo sueño vigilia, el constante esfuerzo emocional, pueden llevar al agotamiento y/o desinterés por un trabajo comprometido.

e) Surgidas desde los miembros del equipo

La dificultad para mantener un alto espíritu de trabajo con la consiguiente aparición de relajación de las normas se ha vinculado a la carencia de líderes, a conflictivas relaciones entre sus miembros, a la rotación por trabajos mejor remunerados, incomprensiones de autoridades superiores, etc.

4.5. Clasificación de las emergencias psiquiátricas

Dada la heterogeneidad clínica de presentaciones de emergencias psiquiátricas, para una adecuada gestión asistencial de estas emergencias, es necesario clasificarlos a fin de priorizar las atenciones de los problemas de salud mental de urgencia, los cuales pueden ayudar a orientar la demanda de consultantes a los distintos componentes de la red de urgencia; para lo cual es necesario realizar un adecuado triaje al momento de la admisión del usuario de servicio de salud, para mejorar y aumentar la efectividad de las intervenciones.

Respecto de la clasificación de emergencias psiquiátricas, Rubio et al¹⁹², sostienen que el método adecuado para ello es el triaje, que implica “priorizar”, “clasificar”, “seleccionar” o “filtrar” desde una perspectiva de la clínica de las emergencias; la misma que comprende distintas conductas orientadas a tamizar

según necesidades clínicas, posibilidades de abordaje y de eficacia de las intervenciones, así como organizar los recursos (materiales y humanos) en los contextos de urgencias para alcanzar la mayor eficiencia posible.

Asimismo, Gómez¹⁹³ menciona que el proceso de clasificación puede realizarse en contexto hospitalario o extrahospitalario. Ambos contextos tienen la misma y vital importancia, se complementan y sinergizan en los casos de sistemas sanitarios con diversos niveles de atención.

De acuerdo con Rubio et al¹⁹⁴, los principios que sustentan este procedimiento son los siguientes:

- 1) Que el paciente reciba el nivel y calidad de atención que el cuadro clínico necesita, y a su vez que los recursos del hospital sean usados de manera eficiente y equitativa.
- 2) Favorecer el principio bioético de justicia clínica: eficiencia clínica dirigida a la atención apropiada en el tiempo justo.
- 3) Facilitar la continuidad de la evaluación y tratamiento del sujeto.
- 4) Estimular la confianza, comodidad e información por parte del paciente y sus familiares.
- 5) Evitar que la demanda generada bloquee el acceso a la asistencia.
- 6) Promover la eficiencia en la organización, aplicando recursos en tiempo adecuado, proveyendo información, previendo y planificando propósitos, contando con medios de evaluación y control, así como apoyo al staff.

Por lo cual, el sistema de triaje se enfoca en evaluar las prioridades de atención en función de las posibilidades de supervivencia, de acuerdo con las necesidades terapéuticas y recursos disponibles en dicho lugar de atención; siendo este proceso crucial, puesto que no todos los centros asistenciales son iguales ni tienen los mismos recursos médicos o humanos, por lo cual, cada centro asistencial deberá tener o adaptar un triaje para lograr la mayor eficiencia y eficacia posible, según su categoría y capacidad resolutoria autorizada. Asimismo, el triaje privilegia en primer lugar, aquellos cuadros que puedan generar complicaciones o daños irreversibles, que amenacen la vida o que puedan ser disminuidos o sorteados. Es decir, se trata de que no se retrase la

atención de los pacientes que podrían empeorar su pronóstico por la demora, pero vale destacar que el retraso en la atención no está relacionada o implicada en que, el diagnóstico final no pueda ser grave (por ejemplo, los casos de pacientes oncológicos con signos vitales estables pueden ser clasificados en niveles de atención no inmediata). Por lo tanto, el triaje evalúa el riesgo inmediato de muerte o de generación de complicaciones asociadas con la espera.

Si bien el triaje fue generado e implementado frente a escenarios de demanda masiva secundaria a catástrofes, guerras o urgencias múltiples, muchos grupos de trabajo lo han aplicado y lo utilizan en contextos de guardia, que por el aumento en la demanda no pueda ser respondida, por cuestiones de infraestructura o de los recursos humanos o materiales.

Ahora bien, la aplicación del triaje en patologías mentales se fundamenta no sólo en el tiempo de respuesta, sino también los recursos con los que cuenta un establecimiento de salud mental para atenderlas. Asimismo, su uso en salud mental tiene la particularidad de poder realizar los diagnósticos diferenciales “orgánicos” que requieren materiales (laboratorio, imágenes) para un correcto abordaje del paciente en tanto sujeto biopsicosocial, y los no orgánicos; en tal sentido, el desafío es categorizar las diferencias reales en la urgencia del paciente de las particularidades provenientes de la cultura o la política sanitaria.

Existen una gran variedad de escalas para clasificar y priorizar la atención de las emergencias psiquiátricas, así, por ejemplo, en Perú en el Hospital Víctor Larco Herrera, se emplea la clasificación de daños que constituyen emergencias según prioridad de atención en los servicios de emergencia, propuesta por la Autoridad Nacional de Salud (MINSA) en el Anexo N° 4 de la Norma Técnica N° 042-MINSA/DGSP-V.01, Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia¹⁹⁵; estos daños en el servicio de emergencia se clasifican de acuerdo con la prioridad de atención:

- 1) Prioridad I: Gravedad súbita extrema.
- 2) Prioridad II: Urgencia mayor.
- 3) Prioridad III: Urgencia menor.

4) Prioridad IV: Patología aguda común.

Prioridad I

Pacientes con alteración súbita y crítica del estado de salud, en riesgo inminente de muerte y que requieren atención inmediata en la Sala de Reanimación - Shock Trauma; tales como:

- Suicidio frustrado
- Intento suicida
- Crisis de agitación psicomotriz con conducta agresiva

Prioridad II

Pacientes portadores de cuadro súbito, agudo con riesgo de muerte o complicaciones serias, cuya atención debe realizarse en un tiempo de espera no mayor o igual de 10 minutos desde su ingreso, serán atendidos en Tópico ó Consultorios de Emergencia; dentro de estos tenemos:

- Síndrome de abstinencia de drogas y alcohol
- Pacientes con ideación suicida
- Pacientes con crisis de ansiedad
- Pacientes con reagudización de cuadro psicótico, sin conducta suicida ni agitación psicomotriz
- Cuadro de demencia con conducta psicótica

Prioridad III

Paciente que no presentan riesgo de muerte ni secuelas invalidantes. Merece atención en el Tópico ó Consultorio de Emergencia, teniendo prioridad la atención de casos I y II; como, por ejemplo:

- Signos y síntomas de depresión
- Crisis de ansiedad disociativas
- Pacientes con neurosis de ansiedad
- Pacientes con reagudización de sus síntomas, pero aun sin conducta psicótica

Prioridad IV

Pacientes sin compromiso de las funciones vitales ni riesgo de complicación

inmediata que puede ser atendido en consulta externa o consultorios descentralizados.

Igualmente, por ejemplo, en Argentina, se tiene la escala de Triage en Guardia de Salud Mental, enmarcado en la Ley 26657/10, Ley de Salud Mental, y en el concepto de riesgo, basado en factores biopsicosociales con el objetivo de homogeneizar las intervenciones con la mayor efectividad, y de calidad posible; cuyo detalle se muestra en la figura N° 2 siguiente:

Triage en Guardia de Salud Mental					
Nivel	Tiempo abordaje	Riesgo	Motivo de consulta	Presentación clínica	Modalidad de abordaje
1	Inmediata	Cierto e inminente para sí y terceros (↑↑ condición riesgosa y ↑↑ vulnerabilidad)	Episodio Psicótico Agudo, Trastornos conductuales asociados con consumo de sustancias psicoactivas.	Comportamiento violento, conductas de autodestrucción o autolesión realizadas, agitación extrema y comportamiento extraño.	Internación involuntaria. EIDESM. Diseño de plan farmacológico de ingreso y en caso de necesidad contención mecánica según protocolo HEPTA/GCABA
2	10 minutos	Inminente para sí y terceros (↑ condición riesgosa y ↑ vulnerabilidad)	Episodio Psicótico Agudo / Ideación suicida, Comorbilidad con consumo de sustancias.	Enfermedad psiquiátrica descompensada, sin agitación, pero con riesgo, agresividad verbal o amenaza de agresión física, alteraciones sensorceptivas o del pensamiento que no condicionan su conducta, ideación suicida o de autolesión.	EIDESM. Internación involuntaria. Diseño de plan farmacológico de ingreso y en caso de necesidad contención mecánica según protocolo HEPTA/GCABA.
3	30 minutos	Cierto (condición riesgosa o vulnerabilidad)	Ideas de muerte, sintomatología depresiva.	Alteraciones del comportamiento moderadas y/o angustia severa. Angustia moderada, conducta introspectiva, comprensión ambivalente del tratamiento. Comportamiento perturbado, pero no es violento y permanece cooperativo. Vulnerabilidad social. Baja capacidad para reflexionar sobre la problemática en que se encuentra. <i>Bajo insight.</i>	EIDESM. Internación voluntaria, involuntaria en función según antecedentes y/o diagnóstico de base o controles por guardia diarios (cada 24 horas) y derivación a CCEE u otro efector de forma efectiva.
4	60 minutos	Sin riesgo	Evaluación y control	Angustia leve. Sin agitación ni agresividad,	EIDESM. (evaluación interdisciplinaria por

Triage en Guardia de Salud Mental					
Nivel	Tiempo abordaje	Riesgo	Motivo de consulta	Presentación clínica	Modalidad de abordaje
			periódico por Guardia	irritabilidad cooperador. Ideas de muerte sin riesgo. Vulnerabilidad social. Moderada capacidad para reflexionar sobre la problemática en que se encuentra. Moderado <i>insight</i>	equipo de salud mental). Control por Guardia de forma ambulatoria cada 72 horas. Derivación a CCEE u otro efector de forma efectiva.
5	120 minutos	Sin riesgo	Administrativo. Evaluación y control periódico por Guardia.	Paciente estable, sin alteraciones, consulta por cuestiones administrativas o para evaluación y continuación de tratamiento por guardia hasta sustanciar ingreso por CCEE. Alta capacidad para reflexionar sobre su problema de salud. Alto <i>insight</i> .	EIDESM. Control ambulatorio por Guardia cada 72 horas. Derivación a CCEE u otro efector o modalidad de intervención clínica de forma efectiva según cuadro.

Figura N° 2: Escala de triaje en guardia de Salud Mental según Ley de Salud Mental de Argentina.

Cabe manifestar que parece bastante importante y útil la implementación del modelo de triaje argentino para el contexto de la emergencia psiquiátrica que contemple factores bio-psico-sociales enmarcados en su legislación vigente, principalmente con la evaluación de la variable riesgo del paciente.

Por su parte, Escobar¹⁹⁶ propone 4 niveles (C1 a C4) en función a las prioridades de atención, sin considerar el tiempo, la modalidad de abordaje, ni el concepto de riesgo, siendo esta propuesta la que se aprecia en la figura N° 3 a continuación:

Determinación de prioridades para atención de personas con problemas de salud mental que consultan en servicios de urgencia	
C1	Intento de suicidio con compromiso vital inmediato Víctima de violencia con compromiso vital inmediato
C2	Intento de suicidio grave sin compromiso vital inmediato Víctima de violencia grave sin compromiso vital inmediato Síndrome de privación complejo

Determinación de prioridades para atención de personas con problemas de salud mental que consultan en servicios de urgencia	
	Agitación psicomotriz Estupor catatónico
C3	Intoxicación alcohólica o drogas Psicosis descompensada sin agitación psicomotriz Crisis de pánico Crisis de angustia grave Intento de suicidio sin compromisos vital Víctima de violencia con repercusión emoción al grave.
C4	Gesto suicida Crisis de angustia leve o moderado Insomnio Víctima de violencia con repercusión emocional leve o moderada

Figura N° 3: Niveles de prioridades para atención de personas con problemas de salud mental en servicios de urgencia, propuesto por Escobar.

Pero también se dispone de escalas bastante conocidas y reconocidas en el mundo, como, por ejemplo, la CEDT & AS (*Canadian Emergency Department Triage & Acuity Scale*), que presenta 5 niveles, dentro de los cuales se plantea criterios de salud mental en cuatro de ellos. El contenido de los niveles define motivo de consulta psiquiátricos, su presentación clínica y la modalidad de abordaje sugerida; todo en función a rangos máximo de tiempos de atención especificados; conforme se puede apreciar en la figura N° 4 siguiente:

Nivel	Motivo de consulta	Presentación clínica	Modalidad de abordaje
1	Inmediato (no presentarían)	---	---
2	Dentro de 15 minutos Psicosis aguda / Agitación extrema	Cuadros endógenos o exógenos relacionados con causas metabólicas y toxicológicas u otras etiologías orgánicas pueden explicar los síntomas	Intervención rápida incluso con uso de psicofármacos y/o contención física
3	Dentro de 30 minutos Psicosis aguda y/o paciente suicida	Problema psiquiátrico, sin agitación efectiva pero incertidumbre en cuanto a la peligrosidad para sí o terceros. Signos vitales normales. Comportamiento puede estar perturbado pero el paciente no es violento y permanece cooperativo.	Medio ambiente seguro y empático y una evaluación en cuanto al riesgo de intoxicación.
4	Dentro de 60 minutos Ideas suicidas / Depresión	Expresan ideas suicidas y pueden haber expresado, pero sin agitación. Signos vitales normales. El riesgo suicida y posibilidad de intoxicación voluntaria son difíciles de identificar; pacientes deben ser acompañados por persona responsable y reevaluados periódicamente.	Personal tratante debe ser empático y, en la medida de lo posible, acompañar al paciente en un lugar tranquilo y seguro.
5	Dentro de los 120 minutos Problemas psiquiátricos	Cuadro puede parecer menor o insignificante, pero estos pacientes pueden también sentirse frustrados por falta de servicios de salud adaptados o falta de opciones alternativas.	Personal receptivo y sensible a aspectos socioeconómicos y culturales que permitirá evaluar nivel de cuidados requeridos y grado de peligrosidad.

Figura N° 4: CEDT & AS (*Canadian Emergency Department Triage & Acuity Scale*).

Igualmente, se tiene el MTS (*Manchester Triage System*), que plantea 5 niveles de atención con tiempos de atención en minutos acorde con cada nivel y gravedad las cuales incluyen criterios de Salud Mental como escenarios de motivo de consulta; cuyo detalle se muestra en la figura N° 5 siguiente:

Nivel	Tiempo de atención	Motivo de consulta
		Autolesión (deliberada) Comportamiento extraño Sobredosis y envenenamiento
1	Inmediata	Mecanismo de lesión determinante (heridas penetrantes, lesiones de alta energía). Riesgo de dañar a otros o a uno mismo. Nivel de letalidad grave.
2	Dentro de los 10 minutos	Historia de incidente significativo (caída desde altura, vehículo, etc.). Traumatismo craneal. Signos/síntomas neurológicos recientes. Riesgo de volver a autolesionarse.
3	Dentro de los 60 minutos	Riesgo de volver a autolesionarse. Historia de sobredosis/envenenamiento. Historia de inconsciencia. Historia psiquiátrica previa significativa.
4	Dentro de los 120 minutos	Angustia acusada. Historia psiquiátrica previa significativa. Angustia acusada.
5	Dentro de los 240 minutos	Amenaza sin comprobación del acto por pruebas bioquímicas.

Figura N° 5: Escala MTS (*Manchester Triage System*).

Asimismo, el SET (Sistema Español de Triage) Modelo Andorrano, que propone 5 niveles de atención clínica donde define los niveles en categorías sintomáticas relacionadas con salud mental sólo en 4, ya que el nivel con menos riesgo no corresponde a patologías mentales; este sistema acorta los tiempos de atención para cada nivel y es utilizado por médicos, enfermeros y bomberos; cuyo desarrollo podemos apreciar en la figura N° 6 siguiente:

Nivel	Tiempo de atención	Motivo de consulta
1	Inmediato	Agitación y violencia extrema (situación de peligro para el paciente y su entorno)
2	Dentro de 7 minutos	Agresividad y agitación en paciente con intento de autólisis. Agresividad y agitación en paciente con brote psicótico agudo. Agresividad y agitación en paciente con alteración no conocida
3	Dentro de 30 minutos	Intento de autólisis sin agitación ni violencia, pero mala tolerancia psicológica. Brote psiquiátrico agudo sin agitación ni nerviosismo. Paciente con alteración psiquiátrica no conocida sin agresividad ni nerviosismo. Paciente con alteración psiquiátrica conocida y mala tolerancia psicológica
4	Dentro de 45 minutos	Alteración psiquiátrica conocida y mala tolerancia psicológica
5	Dentro de 60 minutos	No define

Figura N° 6: Escala SET (Sistema Español de Triage) Modelo Andorrano.

Además, tenemos a la ATS (Australian Triage Scale), que propone 5 categorías de atención en función al tiempo y modalidad de abordaje (agente de salud) relacionado con el motivo y presentación de alteraciones psiquiátricas, que se muestra en la figura N° 7; así como la adaptación de la ATS, la AMHTS (Australian Mental Health Triage Scale), que fue diseñada por el Victorian Emergency Department Mental Health, que se presenta en la figura N° 8.

Cabe precisar que esta adaptación es exclusiva para pacientes con problemas de salud mental e incluye, además del tiempo y modalidad de abordaje, el concepto de riesgo para los 3 niveles más agudos con especificación de cuadros de presentación típica e incluye su proceso de atención.

Nivel	Tiempo y modalidad de abordaje	Alteraciones del comportamiento o psiquiátricas
1	Atención inmediata por parte de médico y enfermería	Desorden severo del comportamiento con amenaza inmediata de violencia extrema
2	Atención inmediata por parte de enfermería y del médico dentro de los 10 minutos	Violento o agresivo, amenaza inmediata para sí o terceros, requiere o antecedentes de contención mecánica o farmacológica, agitación o agresividad severa
3	Atención por parte de médico y enfermería dentro de los 30 minutos	Muy angustiado, riesgo de daño para sí, psicosis aguda o desórdenes graves del pensamiento, crisis circunstancial, daño deliberado hacia uno mismo, agitado/retraído, potencialmente agresivo
4	Atención por parte de médico y enfermería dentro de los 60 minutos	Problema de salud mental semi-urgente, ningún riesgo inmediato de daño para sí o terceros, bajo observación
5	Atención por parte de médico y enfermería dentro de los 120 minutos	Paciente conocido con síntomas crónicos, crisis social, paciente clínicamente asintomático

Figura N° 7: Escala ATS (*Australian Triage Scale*).

Nivel	Tiempo y modalidad de abordaje	Riesgo	Presentación típica
1	Atención inmediata por parte de médico y enfermería	Riesgo importante de daño para sí y terceros.	Comportamiento violento, posesión observada de armas, ideas de autodestrucción, agitación extrema y comportamiento extraño y/o desorientado.
2	Atención inmediata por parte de enfermería y del médico en 10 minutos	Riesgo probable de daño para sí y/o terceros, y/o paciente con contención física y/o alteraciones del comportamiento severas	Agitación extrema, agresividad física y verbal, confuso, incapaz de cooperar, alteraciones sensorceptivas o del pensamiento, paranoia, requiere contención, existe riesgo elevado de tentativa de suicidio, existe amenaza divulgada de evasión del tratamiento.
3	Atención por parte de médico y enfermería en 30 minutos	Riesgo posible de daño a sí o terceros, y/o pacientes con alteraciones del comportamiento moderadas y/o angustia severa.	Angustia, agitación, conducta introspectiva, comprensión ambivalente del tratamiento.
4	Atención por parte de médico y enfermería en 60 minutos	Angustia moderada.	Ninguna agitación, paciente irritable sin agresividad, cooperador, cuenta historia coherente.
5	Atención por parte de médico y enfermería en más de 120 minutos	Ningún peligro de daño para sí mismo y/o terceros y/o ninguna señal de ansiedad aguda y/o ninguna alteración del comportamiento.	Cooperador, comunicativo y capaz de seguir plan de tratamiento, capaz de discutir sobre su comportamiento, obediente con las instrucciones recibidas.

Figura N° 8: Escala AMHTS (*Australian Mental Health Triage Scale*), diseñada por el *Victorian Emergency Department Mental Health*.

Tal y como podemos observar, sólo dos modelos, tanto la MTS y la ATSMH, categorizan y miden el riesgo, concepto que es de vital importancia para muchos constructos legales en la urgencia que determinará conductas a seguir en el caso de la voluntariedad o no de la posible internación.

También es importante destacar que sólo uno de los modelos, el AMHTS, fue adaptado para pacientes con problemas de salud mental; pues si bien el MTS y el SET Modelo Andorrano mencionan cuadros psiquiátricos pero focalizados el motivo de consulta y no en el riesgo que este cuadro pueda conllevar. En el caso del CEDT&AS además del motivo de consulta de causa psiquiátrica menciona las presentaciones clínicas y tipología de abordaje en cada caso, lo cual confiere una mirada más global y heterogénea del problema de salud mental, pero sin la valoración del riesgo vital.

Cabe precisar que, si bien los modelos de triaje no pueden ser generales y aplicables a todas las instituciones, sino que deberán tener lineamientos que cada institución debe adoptar en función a los recursos humanos y materiales con los que cuente, así como su categoría y capacidad resolutive; sin embargo, los modelos de intervenciones de gestión clínica permiten una mayor uniformidad, criterio y homogeneidad en la respuesta institucional, así como de sistematizar los procesos de atención con el objeto de mejorar la calidad de las atenciones en función a la presentación clínica del caso y los recursos médico disponibles.

Por otro lado, igual de importante resulta exponer las críticas que existen sobre la clasificación en psiquiatría, por ejemplo, Braunstein¹⁹⁷ señala que la psiquiatría es la única rama de la medicina que tiene vergüenza de no usar la palabra "enfermedad" para definir de lo que se ocupa, y por eso llama a sus afecciones como "trastornos", un eufemismo que traduce el vocablo inglés "desórdenes". ¿Qué "orden" es el que se desordena cuando alguien es distinto de cómo se espera? ¿Qué saber autoriza al médico para "clasificar" a los seres humanos entendiendo que padecen de "trastornos de personalidad", que son anormales o peligrosos y que requieren de "tratamientos"?

Además el citado autor señala que queda claro que esa estrategia del lenguaje, de aspecto "científico", es una maniobra que forma parte de un proyecto de "medicalización" de la sociedad, de "psiquiatrización" de la vida, de atribución de un mercado al sufrimiento y a una profesión que intenta manejar el malestar en la cultura con medicamentos producidos por las compañías farmacéuticas y con

marbetes diagnósticos que descalifican a quienes los reciben pero que permiten la mutua comprensión entre los administradores.

Finalmente, Braunstein hace una crítica al “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales” (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5), redactado por especialistas de la Asociación Psiquiátrica de Estados Unidos; manifestando que este es un "manual estadístico y diagnóstico" con el que se pretende "unificar" y "digitalizar" los diagnósticos para servir a los fines de la industria, el Estado y las compañías de seguros. Clasificar en psiquiatría exhibe y discute la última expresión de esa ominosa empresa de encasillar "anomalías" que no se llegan a entender para encargar a la medicina el cuidado de las "normas" y el "orden", dejando al derecho la relación con las "reglas" y la "ley".

Si bien Braunstein hace una crítica razonable a la clasificación de las nosologías psiquiátricas, seguramente bajo la prisma de la teoría o enfoque psicoanalítico; sin embargo, la clasificación de los problemas de salud mental contenidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V, publicado en mayo de 2013) de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría (APA) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 11, publicado en junio 2018) de la Organización Mundial de Salud, nos permite a los profesionales de la salud mental afrontar tres problemas elementales, cuales son: i) Distinguir un diagnóstico psiquiátrico de otro, para que los médicos puedan ofrecer un tratamiento más eficaz; ii) Proporcionar un lenguaje común a todos los profesionales de la salud y no solamente a los de salud mental; y iii) Explorar las causas aún desconocidas de muchos problemas de salud mental.

Por último, cabe señalar que, si bien en la normativa nacional peruana se ha definido a la emergencia psiquiátrica como toda condición repentina e inesperada, asociada a un problema de salud mental, que requiere atención inmediata por poner en peligro inminente la vida y la salud, o que pueda generar secuelas invalidantes; sin embargo, no se ha precisado de forma detallada cuáles son esas condiciones, situaciones sanitarias de aparición repentina e inesperada que ponen en peligro la vida y la salud de las personas con

problemas de salud mental; ni tampoco se ha determinado qué condiciones clínicas pueden generar secuelas invalidantes física o psíquicas; por lo que la norma deja a potestad discrecional del médico determinar si una condición o situación clínica constituye o no una situación de emergencia psiquiátrica, lo cual genera riesgo de toma decisiones subjetivas y arbitrarias; a pesar que en situaciones similares la Autoridad Nacional de Salud (MINSa) ha establecido un listado de daños que constituyen emergencias según prioridad de atención en los servicios de emergencia, tal como se puede advertir en la Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia.

CAPITULO V

CRITERIOS CLÍNICOS PARA INTERNAMIENTOS Y HOSPITALIZACIONES INVOLUNTARIAS EN EMERGENCIAS PSIQUIÁTRICAS

5.1. Características clínicas de personas con problemas de salud mental internadas de forma involuntaria

El internamiento involuntario de personas con problemas de salud mental es considerado como un recurso más dentro de la estrategia terapéutica, la misma que debe ser de carácter transitorio, lo más breve posible, con el fin de cuidar a la persona y facilitar la reorganización de los aspectos de su vida que se hayan visto gravemente alterados en la emergencia psiquiátrica. Está indicada cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social y cuando brinde cuidados y atención que no estén garantizados por fuera de la institución al momento de la evaluación.

Esta estrategia terapéutica debe darse en caso de que la persona no brinde su consentimiento para ser internada y se evalúe la persistencia de riesgo cierto e inminente^{xiv}, teniendo en cuenta que el bien superior es cuidar la vida por encima del bien de la libertad. Asimismo, este debe ser el resultado de una evaluación actual situacional, realizada por un equipo interdisciplinario, cuyo fundamento no puede reducirse exclusivamente a un diagnóstico clínico.

Sobre las características clínicas de personas con problemas de salud mental internadas de forma involuntaria, Jiang et al¹⁹⁸ realizaron un estudio que tuvo como objetivo examinar la implementación de los nuevos criterios de riesgo para el ingreso involuntario, según lo definido por la nueva Ley de Salud Mental, en

^{xiv} Se debe entender por riesgo cierto a la existencia de circunstancias graves que amenacen o causen perjuicio a la vida, la integridad física de sí mismo o de otras personas, de bienes propios o ajenos, en totalidad o en parte.

Se entiende por inminente a aquellas situaciones y/o conductas negativas con altas probabilidades de suceder en un plazo perentorio.

los principales hospitales psiquiátricos de China, bajo la jurisdicción del Ministerio de Salud; para lo cual seleccionaron 32 hospitales psiquiátricos, un hospital en cada ciudad capital de la mayoría de las provincias, excepto Beijing (3 seleccionados) y la provincia de Anhui (2 seleccionados); se incluyeron en el estudio todos los pacientes psiquiátricos ingresados involuntariamente que fueron dados de alta del 25 al 27 de diciembre de 2017.

A fin de alcanzar los objetivos planteados, los datos demográficos y clínicos de los pacientes, incluidas las puntuaciones de la Evaluación Global del Funcionamiento (GAF), así como las razones de admisión, fueron recuperados de los registros médicos por el personal de investigación, al igual que si las razones para la admisión involuntaria cumplía con los criterios de riesgo definidos por la nueva Ley de Salud Mental; por lo que, si las razones de admisión incluyen un ataque a otros y/o a ellos mismos, o ponen en peligro la seguridad pública o una agresión impulsiva, se consideraría que el caso ha cumplido con los criterios de riesgo definidos por la nueva Ley de Salud Mental.

Como resultados se advirtieron los siguientes datos: En total, hubo 871 pacientes hospitalizados ingresados involuntariamente durante el período de estudio y se recopilaron datos válidos de 814 de los pacientes hospitalizados ingresados involuntariamente. Entre los 814 pacientes hospitalizados, 369 pacientes hospitalizados el 45,3% cumplieron con los criterios de riesgo definidos por la nueva Ley de Salud Mental. Asimismo, entre estos 369 pacientes, se describió que 85 tenían riesgo de suicidio o autolesión, 310 tenían riesgo de dañar a otros y 26 tenían ambos. Entre el resto de los pacientes ingresados involuntariamente, 353 pacientes ingresaron por síntomas psicóticos, 222 por síntomas del estado de ánimo, 36 por ajuste de medicación, 92 por mala capacidad de autocuidado y 258 por múltiples razones.

Conforme se desprende de los resultados señalados, estos muestran que la tasa de implementación de los criterios de riesgo establecidos en la nueva Ley de Salud Mental en general fue baja, ya que solo el 45,3% de las admisiones involuntarias cumplieron con los criterios de riesgo definidos por la ley, lo cual

denotaría que los derechos civiles de algunos pacientes podrían haber sido afectados.

En otra investigación, Marty et al¹⁹⁹ mediante estudio descriptivo y exploratorio que tenía como objetivo investigar el proceso que conduce al internamiento involuntario en el Hospital Universitario de Psiquiatría de Zúrich, Suiza, evaluaron 1,242 disposiciones médicas de internamiento involuntario, realizados por 109 médicos que habían referido pacientes para internamiento involuntario en el periodo de los 12 meses (octubre de 2016 a septiembre de 2017), de los cuales, 5 eran médicos residentes de psiquiatría, 42 médicos especialistas en psiquiatría, 21 residentes de medicina interna, 29 médicos especialistas en medicina interna, y 12 médicos residentes y especialistas de otras especialidades, asimismo, estos participantes cumplieron un cuestionario estructurado donde las preguntas consistían sobre la experiencia sobre manejo de situaciones de emergencias psiquiátricas, así como sobre las características clínicas de las situaciones de emergencias psiquiátricas que conducían al internamiento involuntario; habiéndose advertido lo siguiente:

- Los principales especialistas médicos implicados en internamientos involuntarios eran psiquiatras y especialistas en medicina interna, menos del 10% de los participantes tenían otras especialidades. Los internistas formaron el mayor grupo de participantes en el estudio, seguidos de los psiquiatras. En cuanto a la experiencia profesional, más de una cuarta parte de los participantes eran todavía residentes, mientras que casi la mitad de ellos tenía más de dos décadas de experiencia clínica. La proporción de residentes de psiquiatría era mucho menor y los pocos residentes de psiquiatría tenían mucha más experiencia clínica (en años) en comparación con otros médicos residentes participantes.
- Al examinar los motivos del internamiento involuntario, casi el 90% de los médicos mencionaron la protección contra el peligro para sí mismos, en 58% para resolver la situación de emergencia actual, en 55% para tratar el trastorno psiquiátrico, en 47% la protección contra el peligro para los demás, el 31% el alivio del entorno social, el 25% la mejorar la condición

social de la vivienda, el 19% para cuidar al paciente, el 12% para resolver un diagnóstico poco claro, y en el 4% el tratamiento obligatorio contra las drogas.

Por su parte, Oliva et al²⁰⁰ realizaron otro estudio que tuvo como objetivo evaluar si los datos recogidos durante la admisión obligatoria eran suficientes para determinar el estado clínico real, de acuerdo con los criterios exigidos por la ley italiana sobre la materia, así como comparar los pacientes que se sometieron a una admisión obligatoria debido a trastornos clínicos psiquiátricos o debido a otras condiciones, en términos de género, edad, lugar de nacimiento, duración de la estancia, trastorno comórbido por uso de alcohol u otras sustancias, admisiones obligatorias anteriores y contacto previo con los servicios de salud mental.

Al respecto, cabe precisar que, según la reforma de la salud mental italiana, efectuada mediante Ley N° 180, los pacientes psiquiátricos tienen derecho a ser tratados igual que los pacientes con cualquier otro trastorno; por lo tanto, en la práctica psiquiátrica diaria, su enfermedad debe gestionarse utilizando únicamente tratamientos voluntarios. Sin embargo, en caso de especial urgencia clínica, la hospitalización puede aplicarse de forma obligatoria para mejorar el resultado del tratamiento y la recuperación funcional; en dicho marco, con la ley de creación del Servicio Nacional de Salud Italiano, Ley N° 833, se estableció que una admisión obligatoria en Italia necesita una evaluación clínica inicial por parte de cualquier médico, y posteriormente por un médico del Servicio Nacional de Salud Italiano, que debe confirmar la presencia de los tres criterios siguientes:

- a) Que el paciente presente alteraciones mentales que requieran una intervención terapéutica urgente;
- b) Que el paciente no acepte el tratamiento; y
- c) Que no existan condiciones que permitan a los médicos tomar otras medidas terapéuticas oportunas y adecuadas fuera de las que se consiguen en un hospital.

A fin de alcanzar los objetivos planteados, Oliva et al obtuvieron información de 2,870 personas que fueron admitidos obligatoriamente entre enero 2006 a

diciembre 2013, consultando el registro oficial de la Oficina de Tratamiento Obligatorio de Turín, Italia; encontraron lo siguiente: de 302 casos que representaban el 10,5% de las admisiones obligatorias, en 113 casos (3,9%) se debieron a diagnósticos psiquiátricos desconocidos, y en 189 casos (6,6%) a agitación psicomotriz. Entre los trastornos psiquiátricos más frecuentes que dieron lugar a admisiones obligatorias fueron la esquizofrenia con 729 casos (25,4%), el trastorno psicótico breve con 627 pacientes (21,8%), el episodio de trastorno bipolar en 396 casos (13,8%), trastorno delirante agudo con 292 casos (10,2%) y el trastorno de la personalidad con 237 pacientes (8,3%). A estos diagnósticos les siguieron la agitación psicomotriz y los diagnósticos no especificados, que alcanzaron una mayor prevalencia que el resto de los trastornos psiquiátricos del DSM-IV-TR, como por ejemplo el trastorno depresivo mayor, el trastorno por consumo de alcohol, el retraso mental, el delirio, el trastorno por consumo de drogas, la demencia vascular y la anorexia nerviosa.

Igualmente, De Jong et al²⁰¹ realizaron un estudio que tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo asociados con el ingreso o internamiento involuntario de los pacientes psiquiátricos adultos. Este estudio fue de carácter retrospectivo de casos múltiples y se basó en el análisis estructurado y detallado de las historias clínicas de 22 pacientes tratados por los equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario Flexible (FACT), en dos instituciones de salud mental, Yulius y Bavo Europoort del área metropolitana de Rotterdam.

Así, De Jong et al identificaron numerosos factores de riesgo que precedieron al ingreso o internamiento involuntario de los pacientes psiquiátricos adultos, que se clasificaron en cuatro categorías, cuyo detalle se precisa a continuación:

En primer lugar, se identificaron los actos y eventos como la agresión y la reducción o el cese no autorizado de la medicación que fueron relevantes en la mayoría de los pacientes; además algunos pacientes mostraron autodescuido, lo que provocó graves problemas médicos, como una pérdida de peso grave o infecciones, así como los traslados a otros equipos sanitarios y acontecimientos vitales como la muerte de un familiar cercano.

En segundo lugar, identificaron diversas condiciones de los pacientes, como la psicosis y la evitación de la atención a la salud mental que caracterizaban a casi todos los pacientes, y a menudo iban acompañadas de una falta de comprensión de la condición psiquiátrica. Otras condiciones relevantes halladas en esta categoría fueron el pensamiento paranoide o los delirios, el abuso de sustancias, los efectos secundarios de la medicación, los síntomas maníacos, el suicidio, los antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos, las alucinaciones imperativas, la polifarmacia y la discapacidad intelectual.

En tercer lugar, hallaron fallas en las barreras de protección de los pacientes, entre las cuales identificaron las siguientes: los profesionales sanitarios no respondían con suficiente asertividad a las señales o al escaso compromiso de servicio por parte del paciente, y no supervisaban suficientemente la administración de la medicación. Por ejemplo, en caso de ausencia de citas y otros signos de evasión de la atención, los profesionales hacían llamadas telefónicas en lugar de visitas a domicilio. Si un paciente no respondía a una llamada telefónica inmediatamente, el profesional tendía a esperar un día o más en lugar de desplazarse al domicilio del paciente y llamar a la puerta. Asimismo, en lugar de buscar el contacto de forma proactiva, se limitaban a responder a las señales de los familiares implicados. Otros factores relevantes en esta categoría fueron la lentitud o la falta de claridad en los procedimientos judiciales, la falta de claridad en el diagnóstico, la insuficiencia de información por parte de los profesionales sanitarios en los historiales de los pacientes y un sistema de apoyo social limitado.

Por último, y en cuarto lugar, identificaron los factores de protección que se utilizaron para reducir el riesgo de internamiento involuntario, como la implicación de los miembros de la familia, invitándoles a participar en el proceso de tratamiento, los ingresos voluntarios como estrategia preventiva, la supervisión estricta de la administración de la medicación por parte de las enfermeras y/o los miembros de la familia, la vivienda protegida, el apoyo en los asuntos financieros y la prevención de la deuda, y el aumento de la frecuencia y la duración de los contactos de la atención de salud mental.

Estos factores cruciales para admisión obligatoria, identificados en el estudio en cuestión, clasificados según categorías, se resume en la figura N° 9 siguiente:



Figura N° 9: Factores de riesgo para admisión obligatoria identificados por De Jong et al.

En resumen, encontraron un patrón común de acontecimientos que preceden a un internamiento involuntario. Estos incluyen entre otros, pacientes psicóticos y agresivos verbal o físicamente, que dejan de tomar la medicación debido a la falta de conciencia de enfermedad y evitan el contacto con los profesionales de la salud mental; y que estos profesionales podrían haber estado más atentos y asertivos con respecto a las señales mostradas por estos pacientes por la tendencia de los pacientes a evitar la atención, también podrían haber estado más atentos los familiares de los pacientes.

Por último, otro estudio que es preciso destacar es el realizado por O'Callaghan et al²⁰², que tuvo como objetivo evaluar la utilidad de la Lista de Comprobación de Tratamiento Obligatorio (CTC), desarrollada y descrita por Brissos et al²⁰³, en Portugal, en una jurisdicción diferente (Irlanda) y determinar las relaciones, si las hay, entre la necesidad objetiva de tratamiento involuntario (medido con el CTC) y el estado de admisión legal, así como varios parámetros clínicos (como los síntomas y el *insight*), entre los pacientes psiquiátricos adultos en Irlanda.

A fin de alcanzar los objetivos planteados se incluyeron pacientes internos de psiquiatría, tanto voluntarios como involuntarios, mayores de edad (mayor de 18 años), hospitalizados en las unidades de psiquiatría aguda del Hospital Universitario de Tallaght o el Hospital Connolly, dos hospitales con base en áreas urbanas y suburbanas de Dublín, Irlanda, durante un período de 30 meses (septiembre de 2017 a febrero 2020).

Para evaluar la necesidad de tratamiento psiquiátrico involuntario, se utilizó la Lista de Comprobación de Tratamiento Obligatorio (CTC), que comprende 25 ítems identificados como relevantes para el tratamiento involuntario, con cuatro grupos de ítems: legales, de peligro, históricos y cognitivos; y que se trata de una evaluación orientada a la psicometría de la necesidad de tratamiento psiquiátrico obligatorio que ha demostrado ser adecuada para su uso en el entorno de urgencias, en la sala de hospitalización o en las consultas externas.

El grupo legal del CTC evalúa los factores que comúnmente deben estar presentes por ley para validar la detención: trastorno mental grave; peligro inminente o a corto plazo; ausencia de tratamiento, que puede dar lugar a un deterioro significativo; negativa a someterse al tratamiento médico necesario, pero falta de discernimiento necesaria para evaluar el significado y las implicaciones del no consentimiento; y creación de peligro para los derechos legalmente protegidos de valor relevante.

El grupo de peligro del CTC evalúa los factores comúnmente mencionados en la literatura como asociados con situaciones peligrosas, lo que conduce al riesgo de violencia, como los antecedentes de violencia, los comportamientos antisociales, la impulsividad, los rasgos de personalidad antisocial y las cogniciones antisociales se incluyen debido a su valor predictivo de la violencia.

Asimismo, el grupo histórico del CTC aborda las pruebas anteriores de incumplimiento del tratamiento y de fracaso de la supervisión, así como el abuso de sustancias (debido a su asociación con el comportamiento violento). Por último, el grupo cognitivo del CTC aborda los factores cognitivos que pueden interferir en la capacidad de un paciente para decidir sobre el tratamiento,

incluyendo la perspicacia, la comprensión de la información, los síntomas psicóticos y el impacto conductual y afectivo de la sintomatología, debido a la importancia de todos estos factores en la toma de decisiones sobre la atención involuntaria.

Para valorar, cada elemento del CTC se registra como "ausente" (0), "posible" (1) o "presente" (2); siendo que, como resultado, las puntuaciones totales del CTC oscilan entre 0 a 50, cuyo detalle se muestra en el cuadro siguiente. Una puntuación más alta indica una mayor probabilidad de que el paciente necesite y se beneficie de un tratamiento psiquiátrico involuntario. En el estudio original portugués, la puntuación de corte total óptima del CTC de 23,5 (sobre 50) tenía una sensibilidad del 75% y una especificidad del 93,6% para detectar el tratamiento obligatorio. Los elementos de este instrumento podemos apreciar en el figura N° 10 siguiente:

N°	Crterios	Ausente	Posible	Presente	No conocida
Criterios de supuestos jurídicos					
1	Anomalía psiquiátrica grave (Trastorno Mental Grave)	0	1	2	-
2	Peligro inminente o a corto plazo	0	1	2	-
3	La ausencia de tratamiento puede empeorar notablemente el estado clínico	0	1	2	-
4	Ausencia de capacidad de discernimiento para evaluar las implicaciones de la negativa al tratamiento	0	1	2	-
5	Negativa a someterse al tratamiento médico necesario	0	1	2	-
6	Ha creado peligro para los derechos legalmente protegidos	0	1	2	-
Criterios de indicadores de peligro					
7	Violencia previa y/o antecedentes de conducta antisocial	0	1	2	-
8	Ideación violenta pasada o presente	0	1	2	-
9	Impulsividad	0	1	2	-
10	Trastorno de personalidad del grupo B	0	1	2	-
11	Falta de apoyo social	0	1	2	-
12	Patrón de personalidad antisocial	0	1	2	-
13	Cogniciones antisociales	0	1	2	-
Criterios de antecedentes clínico-históricos					
14	Ingresos previos en tratamiento obligatorio	0	1	2	-
15	Fuga actual o anterior de la hospitalización	0	1	2	-
16	Incumplimiento del plan de tratamiento	0	1	2	-
17	Problemas de uso de sustancias	0	1	2	-

N°	Criterios	Ausente	Posible	Presente	No conocida
Criterios de ítems clínico-cognitivos					
18	Síntomas psicóticos presentes	0	1	2	-
19	No reconoce que tiene un trastorno mental grave	0	1	2	-
20	No atribuye los síntomas al trastorno mental	0	1	2	-
21	No reconoce la necesidad de tratamiento	0	1	2	-
22	Falta de perspicacia hacia el comportamiento inadecuado y disruptivo	0	1	2	-
23	No comprende completamente la información transmitida	0	1	2	-
24	No aceptación o aceptación no convincente del plan de tratamiento	0	1	2	-
25	Impacto conductual y emocional de la Sintomatología.	0	1	2	-
Puntaje total					

Figura N° 10: Lista de Verificación de Tratamiento Obligatorio (CTC) desarrollado por Brissos et al.

Los resultados obtenidos por O'Callaghan et al²⁰⁴, fueron los siguientes:

La muestra del estudio incluyó a 107 pacientes adultos hospitalizados en psiquiatría, de los cuales 29 (27,1%) tuvieron un estatus legal involuntario durante todo o parte de su tiempo en el hospital, 59 pacientes (55,1%) eran hombres y 48 (44,9%) eran mujeres. Casi dos tercios de los pacientes no estaban casados (N = 69; 54,5%); el 17 (15,9%) estaban separados o divorciados; en 15 (14%) estaban casados, y el 06 (5,6%) eran viudos. La mayoría estaban desempleados (N = 79; 73,8%) y habían nacido en Irlanda (N = 89; 83,2%). Estas proporciones no diferían entre los dos centros hospitalarios, es decir, el Hospital Connolly (N = 76; 71,0%) y el Hospital Universitario Tallaght (N = 31; 29,0%). La edad media era de 43,3 años.

En el momento de la evaluación, la duración de la estancia hospitalaria tenía una mediana de 11 días, no se encontraron diferencias significativas en la duración de la estancia entre los dos lugares del estudio. Los diagnósticos más frecuentes fueron los trastornos afectivos (N = 50; 46,7%), seguidos de la esquizofrenia y trastornos relacionados (N = 20; 27,1%), los trastornos del comportamiento y de la personalidad (N = 12; 11,2%), los trastornos por consumo de sustancias (N = 9; 8,4%) y las neurosis (N = 7; 6,5%).

Asimismo, O'Callaghan et al, encontraron que las puntuaciones totales más altas del CTC se asocian de forma significativa e independiente con internamientos involuntarios, con más síntomas positivos de esquizofrenia y con una edad más joven. Según los autores esta asociación con la esquizofrenia no es sorprendente, ya que estudios anteriores de ingresos involuntarios en una población irlandesa han demostrado que los trastornos del grupo de la esquizofrenia son los diagnósticos más comunes entre los pacientes con internamientos involuntarios; sin embargo, según los citados autores en estudios anteriores en una población irlandesa no han mostrado diferencias entre los pacientes voluntarios e involuntarios en términos de edad, por lo que recomiendan que sería importante estudiar más a fondo si los factores medidos dentro del CTC están desproporcionadamente asociados con una edad más joven.

Además, precisan que si bien en el estudio original desarrollado por Brissos et al²⁰⁵, en Portugal, el CTC identificó una puntuación de corte óptima de 23,5, que detectó el tratamiento obligatorio con una sensibilidad del 75% y una especificidad del 93,6%; pero en su muestra y entorno (Irlanda), la puntuación de corte óptima fue de 16,5, que detectó el tratamiento obligatorio con una sensibilidad del 82,8% y una especificidad del 69,2%; ya que los pacientes por encima de estos puntos de corte (23,5 y 16,5) tenían menos *insight*, peores alianzas terapéuticas y más síntomas positivos de esquizofrenia.

Por otro lado, O'Callaghan et al, realizaron un análisis comparativo de sus hallazgos con otros estudios anteriores y de otras jurisdicciones, y señalan al respecto que el CTC se diseñó para evaluar la necesidad de tratamiento psiquiátrico obligatorio y se evaluó inicialmente en un entorno portugués, con pacientes ingresados en virtud de la Ley de Salud Mental portuguesa (Ley 36/98); pero teniendo en cuenta que las legislaciones y las tasas de tratamiento involuntario varían entre jurisdicciones, advierten que las características de los sistemas legislativos parecen no estar relacionadas con las tasas de hospitalización involuntaria; lo cual es importante porque la literatura sobre la evaluación objetiva de necesidad de internamiento involuntario es muy limitada.

Asimismo, señalan que el CTC pone un énfasis considerable en el riesgo aparente de violencia, pero es notable que este riesgo no se asocia consistentemente con el internamiento involuntario en toda la literatura publicada, ya que Tuohimaki et al²⁰⁶, en un estudio de 1,543 ingresos en tres hospitales psiquiátricos universitarios finlandeses descubrieron que una amenaza pública no desempeñaba un papel crucial en el internamiento involuntario; pues según la Ley de Salud Mental Finlandesa (1990/1116), las condiciones previas para el ingreso hospitalario psiquiátrico obligatorio son que el individuo sufra una enfermedad mental o, si es menor de 18 años, un trastorno mental grave que requiera tratamiento, ya que si no se trata, el trastorno psiquiátrico empeorará y/o supondrá una amenaza para la salud o la seguridad del propio individuo y/o una amenaza para la salud o la seguridad de los demás, y todos los demás servicios de salud mental son inaplicables o inadecuados. En este estudio, los pacientes predominantemente masculinos que fueron admitidos bajo el criterio de "potencialmente perjudicial para los demás" no fueron tratados con más frecuencia con medidas coercitivas y su duración de la estancia fue similar a la de los pacientes internados por otros motivos.

Por lo que, O'Callaghan et al, señalan que sus hallazgos tienden a apoyar este estudio, ya que la subescala de peligro del CTC fue la única subescala que no difirió entre los pacientes voluntarios e involuntarios, pues según la legislación irlandesa, el peligro para uno mismo o para los demás puede formar parte de los criterios para el ingreso involuntario, pero, al igual que en la Ley de Salud Mental Finlandesa, no es obligatorio; por cuanto en Irlanda, un paciente para ser internado involuntariamente necesita tener "una enfermedad mental, una demencia severa o una discapacidad cuando, a) a causa de la enfermedad, la discapacidad o la demencia, exista una grave probabilidad de que el interesado se cause un daño inmediato y grave a sí mismo o a otras personas; o b) i) a causa de la gravedad de la enfermedad, la discapacidad o la demencia el juicio de la persona en cuestión está tan deteriorado que el hecho de no admitirla en un centro autorizado podría provocar un grave deterioro de su estado o impediría la administración de un tratamiento adecuado que sólo podría administrarse mediante dicha admisión, y ii) la recepción, la detención y el tratamiento de la persona en cuestión en un centro autorizado podría beneficiar o aliviar la

condición de esa persona en forma importante" (Ley de Salud Mental, 2001; Sección 3).

En Portugal, los criterios para la admisión y el tratamiento involuntario son que una persona sufra un trastorno mental grave y, en virtud de esta condición, represente un peligro para sí misma, o para otros, y se niegue a someterse al tratamiento médico necesario; o que una persona sufra un trastorno mental grave y carezca de la capacidad necesaria para evaluar el significado y las implicaciones del consentimiento y la ausencia de tratamiento podría suponer un deterioro significativo de su condición (Ley 36/98).

Asimismo, los autores precisan que los diferentes criterios de internamiento involuntario en los Estados miembros de la Unión Europea son notables, ya que el criterio de peligrosidad es obligatorio en Austria, Bélgica, Francia, Alemania, Luxemburgo y los Países Bajos; el criterio de peligrosidad o la necesidad de tratamiento están presentes en Dinamarca, Finlandia, Grecia, Irlanda, Portugal y el Reino Unido, y la necesidad de tratamiento sólo sin referencia al criterio de peligrosidad en Italia, España y Suecia; por lo que la falta de un criterio de peligrosidad obligatorio puede afectar a la puntuación global de peligrosidad y a la relevancia de esta sección dentro del CTC, lo que indica la posible modificación necesaria en las distintas jurisdicciones.

Por último, O'Callaghan et al, concluyeron que es esencial que los clínicos traten de ser objetivos a la hora de proporcionar tratamiento obligatorio a los pacientes para limitar la privación de libertad a aquellos casos en los que esté claramente justificada, objetividad que puede ser difícil de lograr, y las herramientas que pretenden apoyar este proceso de toma de decisiones, como la Lista de Comprobación de Tratamiento Obligatorio (CTC).

5.2. Criterios clínicos para internamiento y hospitalizaciones involuntarias por situaciones de emergencia psiquiátrica.

En cuanto a los criterios clínicos para efectuar internamientos y hospitalizaciones involuntarias por situaciones de emergencia psiquiátrica, no existen unos criterios claramente fijados para proceder al internamiento psiquiátrico de una persona, por cuanto dependen no solo del cuadro psicopatológico de cada paciente, sino también de la situación sociofamiliar y del contexto en que se produzca el trastorno, y ello exige, invariablemente, la evaluación de ese conjunto de factores en cada caso en concreto.

La Organización Mundial de la Salud (OMS)²⁰⁷ señala que los internamientos y hospitalizaciones involuntarias por situaciones de emergencia psiquiátrica, son temas controvertidos en el área de la salud mental, dado que afectan el derecho a la libertad personal y el derecho a elegir, y presentan el riesgo de abuso por razones políticas, sociales y de otro tipo. También precisa que este tipo de procedimientos puede coadyuvar a evitar daños contra la propia persona o contra terceros, y ayudar a algunas personas a satisfacer su derecho a la salud, con el que, debido a su trastorno mental, no han logrado afrontar voluntariamente; por lo que de acuerdo a esta autoridad mundial de la salud, los internamientos involuntarios sólo se debe permitir si todos los criterios que se detallan a continuación se cumplen y el paciente se niega a ser admitido voluntariamente:

- 1) Existe evidencia de un trastorno mental cuya gravedad está especificada en la ley;
- 2) Existe un riesgo grave de daño inmediato o inminente contra sí mismo o contra terceros, o de deterioro de la condición del paciente si no se le proporciona tratamiento;
- 3) El ingreso incluye un propósito terapéutico, y;
- 4) El tratamiento sólo puede ser proporcionado si se da el ingreso a una institución de salud mental.

Por su parte la Asociación Americana de Psiquiatría (APA)²⁰⁸ en el Documento de Referencia sobre el Internamiento Involuntario en Régimen Ambulatorio y los Programas Conexos de Tratamiento Ambulatorio Asistido, señala que una persona sería elegible para un internamiento involuntario si presenta los siguientes criterios:

- 1) La persona sufre un trastorno mental grave (por ejemplo, una enfermedad, dolencia u otra condición que: a.- afecte sustancialmente al pensamiento, la percepción de la realidad, el proceso emocional o el juicio de la persona, o b.- afecte sustancialmente a la conducta, tal como se manifiesta en un comportamiento perturbado reciente;
- 2) A la vista del historial de tratamiento de la persona, ésta necesita ahora un tratamiento para evitar una recaída o un deterioro grave que, previsiblemente, haría que la persona se convirtiera en un peligro para sí misma o para los demás o que fuera sustancialmente incapaz de cuidar de sí misma en un futuro previsible y/o que cumpliera los criterios de internamiento en un futuro previsible;
- 3) Como resultado del trastorno mental de la persona, es poco probable que busque o se adhiera voluntariamente al tratamiento necesario;
- 4) La persona ha sido hospitalizada o ingresada en un centro de crisis para el tratamiento de un trastorno mental grave en los dos años anteriores y no ha seguido en más de una ocasión el tratamiento prescrito tras el alta;
- 5) Se ha preparado un plan de tratamiento aceptable que incluye las condiciones específicas a las que se espera que se adhiera el paciente, junto con un plan detallado para revisar el estado médico del paciente y para controlar su cumplimiento de las condiciones de tratamiento requeridas;
- 6) Hay una perspectiva razonable de que el trastorno del paciente responderá al tratamiento propuesto en el plan de tratamiento si el paciente se adhiere a los requisitos de tratamiento especificados en la orden del tribunal;

- 7) El médico o el centro de tratamiento que se encargará del tratamiento del paciente en virtud de la orden de internamiento ha acordado aceptar al paciente y ha refrendado el plan de tratamiento.

Asimismo, el citado organismo precisa que el objetivo principal del internamiento involuntario es facilitar el tratamiento eficaz de las personas con enfermedades mentales antes de que su estado se deteriore hasta el punto de que recaigan y no puedan vivir con seguridad en la comunidad, y precisa que la mejor manera de alcanzar este objetivo es mediante un tratamiento adecuado para evitar un deterioro mental o emocional importante que probablemente provocaría un daño grave al paciente o a los demás.

Igualmente, en el Breviario de Urgencias Psiquiátricas de Chinchilla²⁰⁹ se recomienda que se puede internar a un paciente con problemas de salud mental, sin su consentimiento, cuando presenta por gravedad del cuadro, dificultades o urgencias terapéuticas, diagnóstico diferencial, atipicidades, riesgos, no conciencia de enfermedad, intervención en crisis, para una resolución más rápida del cuadro, según los cuadros nosológicos, la disponibilidad de camas o de soportes, a veces se hace por medicina defensiva positiva, etc.; siendo los criterios clínicos según los cuadros psicopatológicos, los siguientes:

- 1) **En el caso de las esquizofrenias.** Se ingresará por reactivaciones severas, resistencias, dificultades terapéuticas, formas catatónicas, atipicidades, diagnóstico diferencial, efectos secundarios del tratamiento, como síndrome neuroléptico maligno, discinesia tardía, etc.
- 2) **En el caso de trastornos del humor.** Se ingresará a muchos pacientes melancólicos, sobre todo a los involutivos, con síndrome de Cotard, con cuadros pseudodemenciales, con distimias graves, pacientes con alto riesgo suicida, con todas o casi todas las manías, con comorbilidad orgánica que dificulte los tratamientos habituales seriamente, etc.

- 3) **En el caso de histerias, cuadros conversivos y disociativos.** La mayoría de las veces, en personalidades histéricas muy inmanejables, para diagnóstico diferencial con organicidad (ejm. tumores frontales).
- 4) **En el caso de demencias.** Se ingresará para estudio diferencial, posibilidad de reversibilidad, para docencia, etc.
- 5) **En los casos de trastornos de ansiedad.** Casos de trastorno obsesivo - compulsivo (TOC) graves, a veces algunos casos de pánico o fobias.
- 6) **En los trastornos de la conducta alimentaria.** Casos con complicaciones, con riesgos o para cortar e iniciar un plan terapéutico.
- 7) **En los casos de alcoholismo.** Los pacientes requerirán ingreso hospitalario si presentan delirium tremens, complicaciones orgánicas severas, borracheras patológicas o con el fin de someterlos a desintoxicaciones.
- 8) **En los casos de toxicomanías.** Para deshabituarse/desintoxicar por sobredosis, abstinencias, complicaciones. Hay que tener en cuenta que un mismo tóxico puede provocar síntomas y signos variados, y en ocasiones idénticos o muy parecidos a los que produce una enfermedad, como por ejemplo ciertas psicosis tóxicas anfetamínicas y esquizofrenia.
- 9) **En los casos de conductas o riesgos suicidas.** El ingreso se produce si hay historia de repetición, falta de conciencia de enfermedad y de soportes, endogeneidad, gran vulnerabilidad e inestabilidad emocional, conflictiva personal seria o desbordante, etc.

De la misma manera, en el Apéndice A “Criterios clínicos para la hospitalización psiquiátrica”, de la norma que establece las disposiciones técnico-médicas para la atención y hospitalización de pacientes con trastornos mentales y del comportamiento, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), publicado en el Diario Oficial de la Federación el 18 de septiembre de 2006, se establecen los

criterios clínicos para el internamiento involuntario por situación de emergencia psiquiátrica; siendo estos los siguientes:

- 1) Circunstancia clínica psiquiátrica que pongan en peligro la integridad física del paciente o de otras personas, por ejemplo:
 - Ideas persistentes e intensas de autolesionarse, suicidio o agresión o ataque a terceros.
 - Intento reciente de suicidio o autolesiones.
 - Intento reciente de agresión, conductas de alta peligrosidad o ataque a terceros.
- 2) Circunstancias clínicas con alteración de la conducta sin componente de peligro para la integridad física del paciente o de otras personas, pero con mala adaptación al medio, por ejemplo:
 - Descuido severo en los hábitos de higiene y cuidado personal.
 - Conducta impulsiva o explosiva, de moderada a severa, que cause malestar o interfiera en forma marcada con la actividad del individuo.
- 3) Circunstancias clínicas con alteración de las funciones mentales sin componente de peligro para la integridad física del paciente o de terceras personas, pero con mala adaptación al medio, por ejemplo:
 - Ideas delirantes.
 - Alteraciones de la sensopercepción.
 - Episodio de manía.
 - Crisis de Ansiedad.
- 4) Trastornos mentales y del comportamiento severos en donde exista imposibilidad de proporcionar el tratamiento de manera ambulatoria o falta de respuesta a tratamientos previos.

Finalmente, la Alta Autoridad Sanitaria Pública de Francia²¹⁰ en las recomendaciones de los expertos para la práctica clínica, detalla los criterios clínicos por cada tipo de psicopatología, que debe un profesional considerar para el internamiento y hospitalización involuntaria, o no consentida, los mismos que suelen estar dirigidos a condiciones, siendo estos entre otros los siguientes:

1) Síndrome psicótico

Cuando está indicada la atención no consentida en estados psicóticos, la Alta Autoridad Sanitaria Francesa (HAS) señala que la presencia de delirio no está necesariamente correlacionada con alteración del consentimiento. Algunos pacientes tienen una buena conciencia del trastorno y se encuentran en un estado de capacidad para consentir o, a veces, incluso el rechazo de la atención sin requerir atención no consentida.

En tal sentido, de acuerdo con las recomendaciones para la práctica clínica de la HAS, los criterios de atención sin consentimiento para estados psicóticos son los siguientes:

- Fuerte adhesión a las creencias delirantes.
- Tema del delirio: ruina o culpa, persecución, síndrome de Cotard, megalomanía, celos y erotomanía.
- Automatismo mental.
- Asociación con una perturbación del curso del pensamiento.
- Humor maníaco.
- Asociación de abuso de sustancias tóxicas.

El detalle más decisivo para evaluar el consentimiento es el grado de adhesión a las creencias delirantes y la ausencia de *insight* (reconocimiento de la existencia de un trastorno). Es fundamental la opinión del paciente sobre su estado, ya que a menudo hay una anosognosia total, lo que demuestra que el juicio está afectado; y se mantiene la capacidad de cuestionar, esto denota que la capacidad de juicio está preservada.

Asimismo, según la HAS hay que tener en cuenta el tema o los temas delirantes, los delirios persecutorios, clásico en los delirios esquizofrénicos o en los episodios psicóticos agudos, suele alterar el juicio de manera significativa, y conlleva a los actos heteroagresivos.

Los delirios de culpa, ruina o negación de órganos que caracterizan a las depresiones melancólicas, suscitan temor y conllevan a comportamientos autoagresivos, como el suicidio, la desnutrición o el abandono. En cambio, los temas imaginativos de algunos delirios crónicos, como la parafrenia, no generan mayores repercusiones sociales y no ponen en riesgo inminente la vida o la salud del paciente, por lo que son raramente indicaciones de atención no consentida. También es necesario buscar alucinaciones auditivas, en particular, alucinaciones de tipo injurioso, mandatos suicidas o heteroagresivos, así como el síndrome conocido como automatismo mental, donde existe un importante riesgo de conducta impulsiva.

Finalmente, la HAS en los estados psicóticos recomienda buscar el abuso de sustancias (alcohol o drogas), ya que agravan las creencias delirantes por lo que es una agravante. Sin embargo, es importante distinguir claramente entre un estado psicótico de origen psiquiátrico agravado por sustancias, de un estado psicótico puramente inducido por sustancias, ya que en este último caso puede tratarse como una simple emergencia médica.

2) Trastornos del estado de ánimo

Los trastornos tímicos o del estado de ánimo son de tres tipos: depresivos, maníacos y estados mixtos. Los tres tipos pueden afectar la capacidad de juicio y pueden ser tributarios de atenciones no consentidas; en tal sentido, están indicadas las atenciones no consentidas en los trastornos de estado de ánimo, cuando se presente los siguientes criterios clínicos:

Síndromes depresivos

En procesos depresivos la hospitalización sin consentimiento es necesaria cuando el cuadro depresivo está asociado a la denegación de atención, si existe un riesgo importante de suicidio o cuando existe complicaciones somáticas, como la desnutrición, el agotamiento, o en casos de extrema negligencia.

Asimismo, la existencia de delirio es un factor de gravedad que requiere una atención no consentida, y si el paciente rechaza los cuidados; además, un

diagnóstico previo de trastorno bipolar (antecedentes de episodios maníacos) será un argumento a favor de la hospitalización sin consentimiento, ya que es un factor importante de riesgo suicida y los antecedentes personales o familiares de comportamiento suicida también son de mal pronóstico.

Síndromes maníacos

Los síndromes maníacos conducen frecuentemente a la hospitalización sin consentimiento del orden del 30%. Los pacientes son clásicamente anosagnósicos; además, el consentimiento de un paciente maníaco suele ser inestable y las solicitudes de alta en contra de la recomendación del médico suelen ser frecuentes.

Un paciente maníaco, que consiente en ser atendido en una efímera e inestable capacidad de juicio, requiere atenciones no consentidas, ya que el impacto medicolegal de los síndromes maníacos, como la violencia intencionada, las agresiones sexuales, delitos contra la propiedad, son frecuentes y a veces conduce a internamientos involuntarios judiciales.

Estados mixtos

El riesgo de suicidio, así como las dificultades terapéuticas de este trastorno, son indicaciones de hospitalización involuntaria en la mayoría de los casos; además, la labilidad, la inestabilidad y la irritabilidad pueden ser obstáculos para el consentimiento de la atención, por lo que, en todos estos casos, la atención no consentida también está indicada.

3) Conducta suicida

La decisión de hospitalización no consentida e involuntaria en conductas suicidas debe tomar en cuenta en primer lugar el estado psiquiátrico primario, puesto que un intento de suicidio o ideas suicidas con intención de pasar a el acto es complicado con un trastorno mental subyacente, y usualmente se presenta con negativismo al tratamiento, por lo que se debe indicar atención no consentida.

Para las crisis suicidas sin un trastorno mental subyacente, según la HAS, el curso de acción es evaluar el riesgo de suicidio, para lo cual se deben valorar los siguientes factores:

Factores de mal pronóstico

- Antecedentes personales o familiares de suicidio
- Impulsividad
- Paciente aislado de sus emociones, racionalizando su decisión
- No se critican las ideas o acciones suicidas
- El aislamiento socio-profesional
- Intención de actuar
- Escenario de preparación para cometer el acto
- Factores precipitantes: duelo, ruptura
- Medios letales disponibles (armas, drogas, etc.)
- Condiciones: sexo (masculino), edad (> 45 años)

Factores de buen pronóstico

- Críticas a la ideación o actuación suicida
- Buena calidad del entorno

También están disponibles los cuestionarios de evaluación, como la Escala de Intención Suicida (SSI) o la Escala de Gravedad de la Conducta Suicida (SCSB). La HAS recomienda la atención no consentida si la evaluación conduce a un riesgo sustancial, pues el objetivo de la hospitalización es alejar las ideas suicidas, mediante tratamientos ansiolíticos y tratamiento psicoterapéuticos, y la verificación de ausencia de un trastorno psiquiátrico subyacente.

4) Trastorno mental por consumo de sustancias psicoactivas

El tratamiento de las adicciones es preferentemente y en la gran mayoría de los casos tratamiento ambulatorio u hospitalario programado, pues este es un trastorno crónico, para el que el tratamiento psiquiátrico no suele ser, las más de las veces, en situaciones de emergencia psiquiátrica.

Sin embargo, las sustancias adictivas pueden provocar trastornos agudos del comportamiento y, además, la evolución a largo plazo puede estar marcada por una alteración de los procesos psíquicos, incluso en ausencia de procesos psiquiátricos asociados. La negación, que a veces está presente en algunos sujetos, podría considerarse, por ejemplo, como un trastorno de juicio, lo cual puede hacer que a veces sea difícil su evaluación. Por lo tanto, la hospitalización sin consentimiento puede utilizarse como un mecanismo para los pacientes adictos si son peligrosos para sí mismos o para los demás, y si se oponen a la atención sanitaria; sin embargo, esta práctica plantea cuestiones éticas entre la urgencia del peligro y el beneficio esperado de estas hospitalizaciones sin consentimiento.

5) Trastornos de conducta alimentaria

Al igual que en las adicciones, el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria se realiza principal y preferentemente en forma de ambulatoria. Sin embargo, excepcionalmente, algunos casos de anorexia nerviosa grave pueden requerir atención no consentida.

En la bulimia, usualmente no hay motivo de preocupación, ya que no hay riesgo de muerte y clásicamente no hay anosognosia. La HAS para el manejo de los trastornos de la conducta alimentaria, recomienda la atención no consentida en los casos de rechazo de la atención asociada a un riesgo vital.

Más allá de la negación de la gravedad de la delgadez y las necesidades nutricionales propias de la anorexia nerviosa, los problemas cognitivos pueden aparecer durante el curso del trastorno; así cuando la flexibilidad cognitiva, que permite al sujeto cambiar de estrategia y resolver un problema, está significativamente deteriorada, pueden afectar la capacidad de consentimiento y justificar la atención no consentida.

Las comorbilidades psiquiátricas, incluyendo los episodios depresivos mayores, complicados o no por conducta suicida, pueden ser otra indicación de atención no consentida, ya que la depresión suele reforzar la negación de

los trastornos y el rechazo de la atención, por lo que la modalidad de hospitalización sin consentimiento en este caso será, en la mayoría de las veces, a solicitud de un tercero.

Sin embargo, la relación entre el paciente y su familia suele ponerse a prueba durante la evolución de una anorexia nerviosa grave, y obtener una solicitud de atención de un tercero puede ser difícil, por lo que la atención psiquiátrica debe ponerse en marcha en caso de peligro inminente (justificado por el riesgo de muerte), sin recurrir a la solicitud de atención de un tercero.

6) Trastornos de la personalidad

La HAS pregunta si ¿Puede un trastorno de personalidad sin patología psiquiátrica sobre añadida alterar la capacidad de un sujeto para consentir?, y responde que esta cuestión, a menudo planteada, aún no está resuelta; sin embargo, se observa que muchos pacientes hospitalizados sin su consentimiento están simplemente por presentar un trastorno de personalidad, entre ellos, pacientes con trastorno de personalidad límite (TLP) o antisocial.

Los pacientes con TLP, también llamados “estados límite”, tienen actitudes autoagresivas (automutilaciones, intentos de suicidio) recurrentes, que pueden intensificarse y convertirse en una amenaza para la vida y puede poner en peligro la vida, por lo que estas conductas suicidas pueden ser una indicación de atención no consentida, para apartar a los pacientes de sus conductas autoagresivas durante unos días e iniciar un seguimiento adecuado.

El trastorno disocial de la personalidad se caracteriza por una desviación considerable del comportamiento de las normas sociales establecidas, un patrón general de desprecio y transgresión de los derechos de los demás. La vida de estos pacientes está marcada por impulsividad, inestabilidad y numerosos actos de actos heteroagresivos o autoagresivos. En el 90% de los casos están presentes una o más formas de adicciones. Al igual que en

los TLP, las atenciones no consentidas se pueden utilizar en cortos periodos para prevenir las autolesiones.

7) Síndrome demencial

La capacidad de consentimiento puede, obviamente, verse afectada en las patologías demenciales, pero, la relevancia de la atención no consentida en la demencia es compleja, sobre todo porque puede considerarse como un trastorno orgánico, y no un trastorno psiquiátrico, por lo que según la HAS las atenciones no consentidas en las demencias se indican en situaciones muy concretas.

La literatura médica muestra que la alteración del consentimiento en pacientes con demencia es multidimensional, pues las alteraciones de los factores neurocognitivos son variadas según el paciente y el nivel de progresión de la enfermedad demencial también, así, la memoria verbal, los trastornos del lenguaje o la capacidad de razonamiento se altera de forma diversa; los trastornos amnésicos, las alteraciones de diversos tipos de memoria, suelen provocar una gran inestabilidad psicomotriz y labilidad emocional, por lo que una persona que consiente inicialmente puede solicitar el alta en una hora.

Las razones de la hospitalización sin consentimiento en este tipo de pacientes son muchas y variadas. A nivel psiquiátrico, son frecuentes los trastornos de conducta auto o heteroagresivo, ya que los pacientes son a veces incontrolables para sus cuidadores, y peligrosas para ellos mismos o para los demás, además, en las fases prodrómicas de la demencia son frecuentes los cuadros psiquiátricos, como un cuadro depresivo, síntomas delirantes o cambios de personalidad, que a veces son atípicos o resistentes.

En caso de negativa del paciente, si hay una urgencia importante, una hospitalización sin consentimiento puede ser considerada como una alternativa de manera muy excepcional, y solo si se cumplen las tres condiciones siguientes:

- Los trastornos que el paciente padece no pueden ser atendidos sino en hospitalización.
- Los trastornos ponen en peligro al paciente incluso o para otros, o puedan comprometer a corto plazo su equilibrio o su salud.
- No puede consentir de manera fiable la hospitalización debido a los trastornos psíquicos que presenta.

SEGUNDA PARTE

METODOLOGÍA Y RESULTADOS

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Antes de revelar los resultados, es importante precisar los aspectos metodológicos, bajo las cuales se desarrolló el presente trabajo de investigación, siendo estos, los siguientes:

Diseño metodológico

El presente trabajo es un estudio cuantitativo, observacional, transversal, analítico y retrospectivo; según detalle siguiente:

- El enfoque es: cuantitativo
- El tipo y diseño se presenta según los siguientes parámetros:
- Según la intervención del investigador: Es un estudio observacional.
- Según el número de mediciones de las variables: Es un estudio transversal.
- Según el momento de la recolección de datos: Es un estudio retrospectivo.
- Según la finalidad del estudio: Es un estudio analítico.

Diseño muestral

Para alcanzar el objetivo específico 1) la población a estudiar estuvo constituida por los usuarios de servicios de salud internados u hospitalizados en el Servicio de Emergencia del Hospital “Víctor Larco Herrera”, durante el periodo de enero a diciembre del año 2022.

Asimismo, para lograr los objetivos específicos 2) y 3) la población de estudio estuvo conformada por los médicos especialistas en psiquiatría y médicos residentes de psiquiatría que prestan atención medica en el Servicio de Emergencia del Hospital “Víctor Larco Herrera”.

Los criterios de elegibilidad fueron:

- **Criterios de inclusión:**

Pacientes internados u hospitalizados en el Servicio de Emergencia del Hospital “Víctor Larco Herrera”, durante el periodo de enero a diciembre de 2022.

Médicos especialistas en psiquiatría y médicos residentes de psiquiatría que prestan atención medica en el Servicio de Emergencia del Hospital “Víctor Larco Herrera”.

- **Criterios de exclusión:**

Pacientes internados u hospitalizados por mandato judicial.

Pacientes cuyas historias clínicas no cuenten con los datos de las principales variables de interés del presente estudio.

Médicos que no tienen especialidad en psiquiatría.

Médicos residentes de especialidades distintas a la de psiquiatría.

Médicos psiquiatras que no prestan atención medica en el Servicio de Emergencia del Hospital “Víctor Larco Herrera”.

Tamaño de la muestra:

Se incluyeron en la muestra la totalidad de pacientes y médicos que cumplan con los criterios de elegibilidad.

Muestreo:

El muestreo fue no probabilístico, ya que no se utilizó ninguna técnica de muestreo, debido a que se incluyeron en la muestra la totalidad de pacientes que cumplieran con los criterios de elegibilidad durante el periodo de estudio; así como la totalidad de médicos que cumplieran con los criterios de elegibilidad.

Procedimiento de recogida de datos

Los datos fueron recolectados de las historias clínicas de los pacientes que cumplían con los criterios de elegibilidad durante el periodo de 01 de enero al 31 de diciembre de 2022. Para el proceso de recogida de datos se empleó la ficha de recolección de datos que se adjunta en el Anexo 1 del presente trabajo, la misma que ha sido elaborada teniendo en consideración los objetivos de esta investigación. Asimismo, se aplicó una encuesta a través del formulario “Google Forms”, en la dirección electrónica siguiente:

https://docs.google.com/forms/d/1Dbo_M_OLdc2-kXmJi1pHNAhk6uA0Dv0BfXJbCeb5n-E/edit?pli=1, cuyo formato físico podemos apreciar en el Anexo 2, a treinta (n = 30) médicos del Servicio de Emergencia del Hospital “Víctor Larco Herrera”, para que en la encuesta señalen los criterios que consideran, valoran o evalúan para indicar o prescribir el internamiento y hospitalización involuntaria.

Previo a la ejecución del estudio se requirió la aprobación por el Comité de Ética en Investigación del proyecto de investigación, así como la autorización de la Dirección del Hospital “Víctor Larco Herrera”, una vez obtenida la autorización, se coordinó directamente con el jefe del servicio de emergencia las fechas y horas de ingreso al sistema de información hospitalaria, para obtener los números de las historias clínicas de los pacientes que cumplían con los criterios de elegibilidad durante el periodo de estudio.

Posteriormente, se coordinaron las fechas y horas con el encargado del área de archivo de historias clínicas, a fin de proceder a extraer los datos requeridos, proceso que fue realizado por el investigador y un personal de apoyo en un periodo de cinco (5) meses. Finalmente, la información recolectada fue vaciada en una base de datos creada en el programa estadístico SPSS. V26, para ser sometida a su limpieza, procesamiento y análisis estadístico.

Procesamiento y análisis de datos

A fin alcanzar los objetivos planteados, la información recolectada fue tabulada mediante el programa Excel 2013 y se procesaron mediante el software estadístico

SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) V26; asimismo, se realizó la limpieza de datos previo al análisis estadístico de los mismos.

Para el análisis de significancia estadística, se realizó la prueba de Chi² de Pearson, se obtuvo el Odds Ratio, el intervalo de confianza, y para la significancia estadística el valor de $p < 0.05$. Los resultados obtenidos son presentados en tablas y/o gráficos, en la siguiente parte de la presente tesis.

Aspectos éticos

El trabajo de investigación se desarrolló cumpliendo los principios de la bioética clínica tales como la autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia; así como, los principios contenidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Igualmente, se cumplió con las normas éticas de la práctica de psiquiatría, contenidos en la Declaración de Madrid, aprobada por la Asamblea General de Madrid, España, del 25 de agosto de 1996 y revisada por la Asamblea General de Yokohama, Japón, del 26 de agosto de 2002.

Por último, para la ejecución de la investigación, el plan de investigación fue aprobado por el Comité de Investigación del Hospital "Víctor Larco Herrera" mediante Carta N° 053-2024-DG.004-OADI-HVLH/MINSA de 27 de marzo de 2024; asimismo se contó con la aprobación del Comité Institucional de Ética de la Investigación del referido hospital con Carta N° 095-2024-DG-10-CEI-HVLH/MINSA, de 12 de junio de 2024; y con el Informe de Evaluación FAVORABLE de la Comisión de Ética de Investigación (CEI) de la Universidad de Murcia, con código N° M10/2024/318R, de 20 de mayo de 2024, el mismo que fue confirmado mediante Informe de Ratificación Favorable de 20 de junio de 2024; cuyos documentos de aprobación y autorización se adjuntan al presente en el Anexo 3; igualmente se garantizó la confidencialidad de la información debido que la recolección de datos se realizó en fichas codificadas; además de que solamente el investigador y su equipo tuvieron acceso a la información recolectada. Cabe mencionar que los datos recolectados solo fueron utilizados y serán utilizados con fines exclusivos del cumplimiento de los objetivos de la presente tesis.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Objetivo específico N° 01:

Describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes en los casos de internamiento involuntario por situación de emergencia psiquiátrica, en el Hospital “Víctor Larco Herrera”, Lima – Perú, durante el periodo de enero a diciembre 2022.

Las principales características sociodemográficas, clínicas, comorbilidades y parientes que autorizaron el internamiento involuntario, de los usuarios de servicios de salud que fueron internados y hospitalizados en el Servicio de Emergencia del Hospital “Víctor Larco Herrera”, son los siguientes:

Durante el periodo de estudio, en el Servicio de Emergencia del Hospital “Víctor Larco Herrera”, se internaron 706 personas con problemas de salud mental, de los cuales, en relación a la edad, el 8.36% (n = 59) de personas tenían menos de 18 años, es decir personas menores de edad según la legislación peruana; 85.84% (n = 606) de usuarios poseían edad adulto de entre 18 a 60 años; y 5.81% (n = 41) tenían edad mayor a 60 años, vale decir adultos mayores, con una media de 33.5 años; cuyo detalle podemos apreciar en la tabla N° 1 siguiente:

Tabla N° 1
Edad de los pacientes

Variable	Categoría y valores	n	%
Edad (años)	<18	59	8.36
	18 a 30	302	42.78
	31 a 40	136	19.26
	41 a 50	115	16.28
	51 a 60	53	7.51
	>60	41	5.81
Total		706	100.00

Media	33.5
--------------	------

Asimismo, durante dicho periodo, en relación con la variable sexo, el 38.24% (n = 270) de los sujetos son varones y un 61.76% (n = 436) de los usuarios fueron de sexo femenino; cuyo detalle podemos apreciar en la tabla N° 2 siguiente:

Tabla N° 2
Sexo de los pacientes

Variable	Categoría y valores	n	%
Sexo	Hombre	270	38.24
	Mujer	436	61.76
Total		706	100.00

Con relación al estado civil se ha identificado que el 8.22% (n = 58) eran casados; el 3.12% (n = 22) convivientes; el 2.12% (n = 15) divorciados; el 0.71% (n = 5) viudos; y el mayor porcentaje de usuarios fueron solteros, los mismos que representaron el 85.84% (n = 606); conforme se detalla en la tabla N° 3 siguiente:

Tabla N° 3
Estado civil de los pacientes

Variable	Categoría y valores	n	%
Estado civil	Casado	58	8.22
	Conviviente	22	3.12
	Divorciado	15	2.12
	Soltero	606	85.84
	Viudo	5	0.71
Total		706	100.00

Respecto del representante legal del usuario de servicio de salud que otorgó el consentimiento para el internamiento en el Servicio de Emergencia de Hospital

“Víctor Larco Herrera”, se ha determinado que en el 44.47 (n = 314) de los casos, el que suscribió el consentimiento para el internamiento fue el padre o la madre del paciente; seguido del 16.44% (n = 116) suscrito por el o la hermano o hermana del internado; asimismo, en el 5.52% (n = 39) el o la que autorizo el internamiento fue el o la conviviente, cónyuge esposo o esposa del usuario de servicio de salud; siendo que solamente en el 10.62% (n = 75) de los casos, quien consintió el internamiento y hospitalización fue el propio paciente; por otro lado en el 5.10% (n = 39) de los casos no se cuenta con consentimiento informado por escrito para el internamiento y hospitalización; lo cual evidencia que el 89.38 % (n = 631) de los usuarios de servicios de salud fueron internados u hospitalizados de forma involuntaria o sin su consentimiento. El detalle de los parientes o representantes legales que autorizaron el ingreso podemos apreciar en la tabla N° 4 siguiente:

Tabla N° 4
Persona que autoriza el internamiento del pacientes

Variable	Categoría y valores	n	%
El propio paciente	El/Ella mismo(a)	75	10.62
Representante legal	Abuelo(a)	9	1.27
	Amigo(a)	13	1.85
	Conviviente/cónyuge/esposo(a)	39	5.52
	Cuñado(a)	5	0.70
	Hermano (a)	116	16.44
	Hija(o)	25	3.54
	Institución pública (Inabif)	21	2.98
	Madre/Padre	314	44.47
	Primo(a)	12	1.70
	Psicólogo(a)	1	0.14
	Sobrino(a)	10	1.42
	Tío(a)	26	3.69
	Curador/tutor(a)	3	0.42
Yerno	1	0.14	
No cuenta con consentimiento para el internamiento		36	5.10
Total		706	100.00

Asimismo, el detalle del número de usuarios de servicios de salud que fueron internados y hospitalizados de forma voluntaria e involuntaria o no consentida, podemos apreciar en la tabla N° 5 siguiente:

Tabla N° 5
Número de pacientes internados de forma voluntaria e involuntaria

Variable	Categoría y valores	n	%
Consentimiento de hospitalización o internamiento	Usuarios de servicios de salud internados y hospitalizados de forma voluntaria o consentida	75	10.62
	Usuarios de servicios de salud internados y hospitalizados de forma involuntaria o no consentida	631	89.38
Total		706	100.00

Con relación a la prioridad de atención de la emergencia psiquiátrica, de acuerdo con el compromiso del estado de salud en diversos grados para clasificar y dar preferencia de atención sanitaria en los servicios de emergencia, en el Perú, según la Norma Técnica de Salud N° 042-MINSA/DGSP-V.01, Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia, existen cuatro prioridades de atención de las emergencias médicas, siendo estas las siguientes:

- a) Prioridad I: Gravedad súbita extrema
- b) Prioridad II: Urgencia mayor
- c) Prioridad III: Urgencia Menor
- d) Prioridad IV: Patología aguda común

Asimismo, según la citada Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia, se entiende por emergencia médica o quirúrgica toda condición repentina o inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el paciente. Corresponde a pacientes con daños calificados como prioridad I y II.

Sobre el particular, se ha determinado que en el 45.89% (n = 324) de los casos correspondían a prioridad de atención II; el 25.92% (n = 183) de los pacientes tenían condición clínica de emergencia psiquiátrica prioridad I; el 12.04% (n = 85) tenía prioridad de atención III; y un 1.27% (n = 9) con prioridad de atención IV; asimismo, en el 14.89% (n = 105) de los casos no se ha establecido la prioridad de atención. Cabe precisar que los casos de prioridad de atención III y IV no constituyen verdaderas emergencias psiquiátricas, pues en estas situaciones el problema de salud mental no requiere atención médica inmediata, porque no pone en peligro inminente la vida o la salud del usuario de servicio de salud, ni puede generar lesiones graves o secuelas irreversibles. Los detalles de estos hallazgos se muestran en la tabla N° 6 siguiente:

Tabla N° 6
Prioridad de atención de los pacientes internados y hospitalizados

Variable	Categoría y valores	n	%
Prioridad de atención	I	183	25.92
	II	324	45.89
	III	85	12.04
	IV	9	1.27
No precisa prioridad de atención		105	14.87
Total		706	100.00

Sobre el tiempo de duración del internamiento y hospitalización, es preciso recordar que el ingreso de un usuario de servicio de salud a un establecimiento de salud para recibir atención especializada, sin previa aceptación expresa por tratarse de una emergencia psiquiátrica, puede ejecutarse a través del internamiento involuntario, que es el proceso por el cual el paciente en una situación de emergencia psiquiátrica es ingresado a un establecimiento de salud para recibir atención inmediata y específica por un periodo no mayor de doce horas; o mediante la hospitalización involuntaria, que es el proceso por el cual el usuario de servicio de salud es ingresado a un establecimiento de salud para recibir cuidados necesarios con fines de

diagnóstico o terapéuticos, que requieran permanencia y necesidad de soporte asistencial por más de doce horas.

Por su parte la Norma Técnica de Salud N° 042-MINSA/DGSP-V.01, Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia, señala que los pacientes pueden permanecer en la Sala de Observación del Servicio Emergencia, por corta estancia, para atención, tratamiento, reevaluación y observación, siempre que presenten daños de prioridad I o II, y por un periodo que no debe exceder de 12 horas.

Al respecto, se ha establecido que el 52.30% (n = 368) de los usuarios de servicios de salud que fueron hospitalizados en el Servicio de Emergencia del Hospital “Víctor Larco Herrera”, tuvieron una permanencia hospitalaria de entre 4 a 10 días; asimismo, el 33.10% (n = 234), estuvo hospitalizado entre 2 a 3 días; por último, solamente el 14.70% (n = 104) estuvo internado u hospitalizado por 1 o menos de 1 día; cuyo detalle se puede observar en la tabla N° 7 siguiente:

Tabla N° 7
Tiempo de duración del internamiento y hospitalización de los pacientes

Variable	Categoría y valores	n	%
Tiempo de duración del internamiento y hospitalización	1 día	104	14.70
	2 a 3 días	234	33.10
	4 a 10 días	368	52.30
Mediana	4 días		
Total		706	100.00

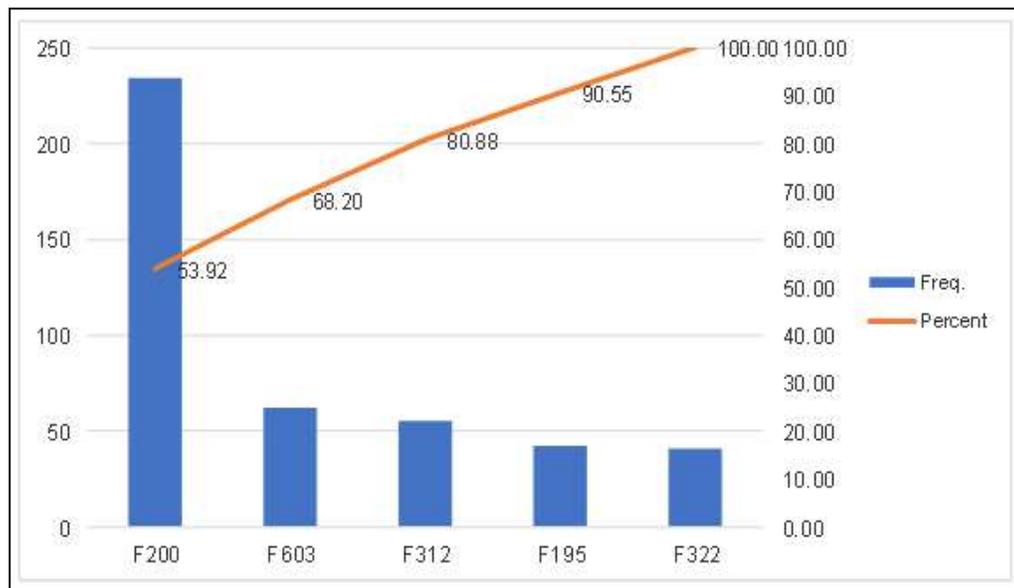
Por último, entre los cinco problemas de salud mental más prevalentes, constatamos los siguientes trastornos mentales:

- 1) Esquizofrenia paranoide (Código CIE 10: F20.0), (n = 234);
- 2) Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable (Código CIE 10: F60.3), (n = 62);

- 3) Trastorno bipolar, episodio actual maníaco con síntomas psicóticos (Código CIE 10: F31.2), (n = 55);
- 4) Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas con síntomas psicóticos (Código CIE 10: F19.5), (n = 42); y
- 5) Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (Código CIE 10: F32.2), (n = 41);

Los mismos que en total suman 434 casos y que representan el 61.47% del número total de casos internados (n = 706) en el referido establecimiento de salud, en el periodo bajo estudio. El detalle del número y distribución de casos por cada tipo de trastorno mental se muestra en el gráfico N° 1, siguiente:

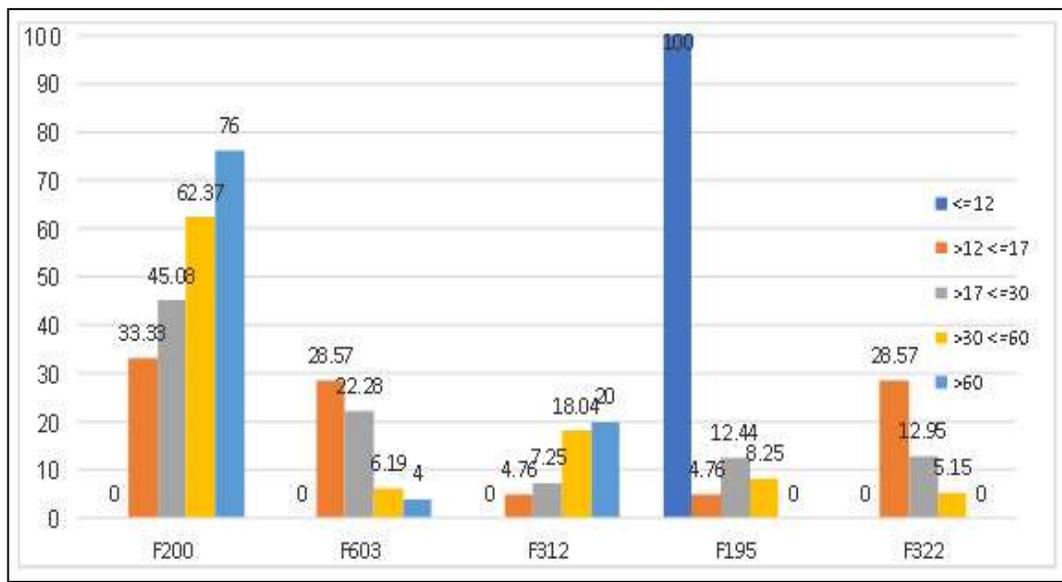
Gráfico N° 01
Problemas de salud mental más prevalentes que ameritaron el internamiento y hospitalización



Asimismo, sobre la distribución de los trastornos mentales más prevalentes y relevantes según el grupo etario tenemos que en los casos de esquizofrenia paranoide las personas con edades de entre 30 a 60 años, son las que fueron internadas con mayor frecuencia que los de otros grupos etarios; asimismo, el 100% de las personas menores de 12 años (n = 59) que fueron internados y hospitalizados, fue por presentar trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de

múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas con síntomas psicóticos. El detalle del número de casos por tipo de trastorno mental según grupo etario y su distribución se muestra en el gráfico N° 2 siguiente:

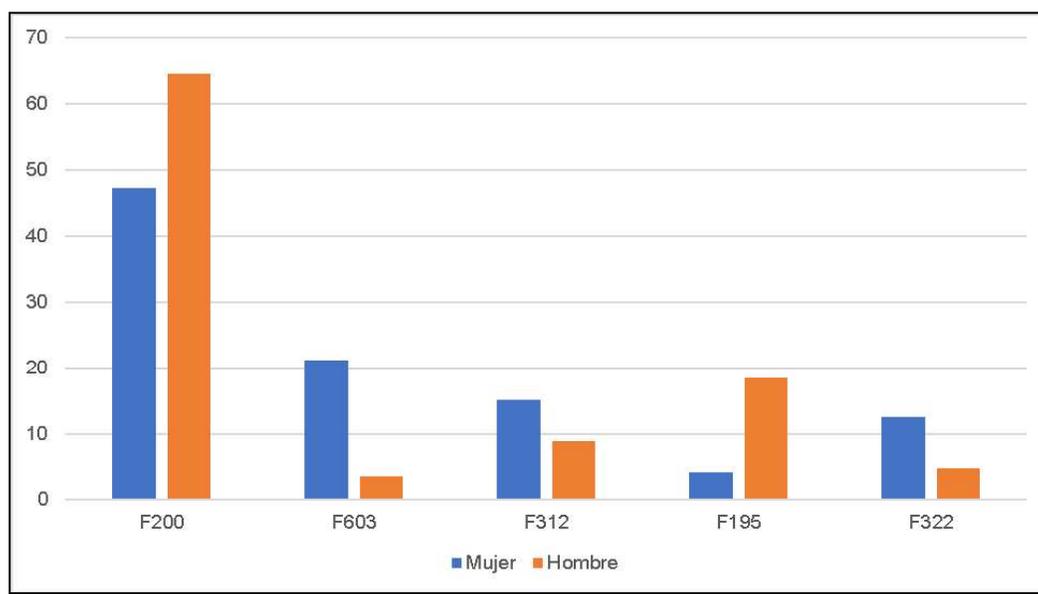
Gráfico N° 2
Problemas de salud mental más prevalentes según grupo etario



Finalmente, respecto a la distribución de los trastornos mentales más prevalentes y relevantes en relación con el sexo tenemos que en los casos de esquizofrenia paranoide, las personas del sexo masculino son las que fueron internadas de forma involuntaria en mayor proporción que las de sexo femenino; siendo la proporción inversa en los casos de personas con trastorno de la personalidad emocionalmente inestable. El detalle del número de casos por tipo de trastorno mental, sexo y su distribución se muestra en el gráfico N° 3 siguiente:

Gráfico N° 3

Problemas de salud mental más prevalentes según sexo del paciente



Cabe señalar en relación con nuestros hallazgos en comparación con los resultados obtenidos por O'Callaghan et al²¹¹, que la muestra de estudio de los referidos investigadores incluyó a 107 pacientes adultos hospitalizados en psiquiatría, de los cuales el 27,1% tuvieron un estatus legal involuntario durante todo o parte de su tiempo en el hospital, el 55,1% eran hombres y 44,9% eran mujeres. Casi dos tercios, 54,5% (n = 69), de los pacientes no estaban casados; el 15,9% (n = 17) estaban separados o divorciados; el 14% (n=15) estaban casados, y el 5,6% (n = 6) eran viudos. La mayoría estaban desempleados, el 73,8% (n = 79), y el 83,2% (n = 89) habían nacido en Irlanda.

Para concluir y sintetizar los resultados obtenidos en relación al objetivo 1 propuesto, en nuestro estudio, la muestra reúne todas las personas que estuvieron internadas y hospitalizadas durante el periodo de estudio (n = 706), de los cuales, el 8.36% (n = 59) tenían menos de 18 años; el 85.84% (n = 606) de entre 18 a 60; y el 5.81% (n = 41) mayor a 60 años; respecto al sexo, el 38.24% (n = 270) correspondían al sexo masculino, y el 61.76% (n = 436) de sexo femenino; con relación al estado civil de los pacientes, el 85.84% (n = 606) de los usuarios eran solteros; asimismo, el representante legal que otorgó el consentimiento para el internamiento en el 46.87% (n = 314) de los casos fue el padre o la madre, en 17.31% (n = 116) el o la hermano o hermana, y solamente en el 11.19% (n = 75) de los casos, quien consintió el

internamiento y hospitalización fue el propio paciente, lo cual evidencia que el 88.81 % (n = 631) de los usuarios de servicios de salud fueron internados u hospitalizados de forma involuntaria o sin su consentimiento.

Sobre este último extremo, de acuerdo con Martínez según el informe de evaluación del sistema de salud mental en México de 2011, el 16% de los internamientos psiquiátricos en hospitales generales fueron involuntarios, mientras que el 67% lo fue en hospitales psiquiátricos. Las admisiones involuntarias fueron de pacientes que llegaron en estado crítico y no se encontraban en condiciones para realizar el consentimiento por lo que un familiar, junto con dos testigos firmaron la autorización para la hospitalización.

Además, respecto de la prioridad de atención de la emergencia psiquiátrica se ha determinado que el 53.91% (n = 324) de los casos que fueron internados correspondían a prioridad de atención tipo II, el 30.45% (n = 183) con condición clínica de emergencia psiquiátrica de prioridad tipo I, el 14.14% (n = 85) con prioridad de atención tipo III, y un 1.5% (n = 9) con prioridad de atención tipo IV; sumado a ello, en el 18.9% (n = 105) de los casos no se ha establecido la prioridad de atención.

Por otro lado, en el estudio de O'Callaghan et al, la duración de la estancia hospitalaria tenía una mediana de 11 días, y no se encontraron diferencias significativas en la duración de la estancia entre los dos lugares del estudio. Los diagnósticos más frecuentes fueron los trastornos afectivos con 46,7% (n = 50) casos, seguidos de la esquizofrenia y trastornos relacionados con 27,1% (n = 20;) pacientes, los trastornos del comportamiento y de la personalidad en el 11,2% (n = 12), los trastornos por consumo de sustancias con el 8,4% (n = 9) de casos, y las neurosis con 6,5% (n = 7) usuarios.

En nuestro estudio, respecto del tiempo de estancia hospitalaria se ha establecido que el 52.30% (n = 368) de los pacientes tuvieron una permanencia hospitalaria de entre 4 a 10 días, el 33.10% (n = 234) entre 2 a 3 días, y el 14.70% (n = 104) estuvieron internados y hospitalizados por 1 o menos de 1 día; la duración de la estancia hospitalaria tuvo una mediana de 4 días; no se encontraron diferencias

significativas en la duración del internamiento y hospitalización con relación a sexo, edad, estado civil y el antecedente de tipo de trastorno mental por el que fue admitido.

Por último, los diagnósticos más frecuentes de los pacientes que fueron internados y hospitalizados de forma involuntaria fueron la esquizofrenia paranoide con el 37.01% (n = 234) casos, seguido del trastorno de la personalidad emocionalmente inestable con 9.82% (n = 62), el trastorno bipolar episodio actual maníaco con síntomas psicóticos con el 8.72% (n = 55), los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas con síntomas psicóticos en el 6.65% (n = 42) de casos, así como el episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos en el 6.50% (n = 41) de los usuarios.

Objetivo específico N° 02:

Determinar los criterios que han sido tenidos en cuenta por los médicos psiquiatras del Hospital “Víctor Larco Herrera”, para el internamiento y hospitalización involuntaria de pacientes en situación de emergencia psiquiátrica.

A fin de determinar los criterios empleados por los médicos del Servicio de Emergencia del Hospital “Víctor Larco Herrera”, para el internamiento y hospitalización involuntaria de pacientes en situación de emergencia psiquiátrica, se han tomado como criterios de referencia los señalados en la escala de medición llamado, “Lista de comprobación de tratamiento obligatorio”, desarrollado por Brissos et al²¹² en el estudio denominado “*Compulsory psychiatric treatment checklist: Instrument development and clinical application*”; la misma que se ha adaptado de acuerdo con la legislación peruana en materia de salud mental vigente en el momento de la recolección de la información.

Los criterios establecidos en la lista de comprobación de tratamiento obligatorio, se ha convertido en una encuesta, para que los médicos psiquiatras señalen en la misma, si los referidos criterios toman en consideración para evaluar la necesidad de tratamiento psiquiátrico involuntario. La encuesta recogió 25 ítems de la lista, identificados como criterios relevantes para el tratamiento involuntario, divididos en cuatro grupos, cuales son: a) Criterios legales; b) Criterios de indicadores de peligro; c) Criterios históricos; y d) Criterios cognitivos; ello a fin de realizar una evaluación objetiva orientada a la psicometría de la necesidad de tratamiento psiquiátrico obligatorio, y que de acuerdo con estudios anteriores en otros países, ha demostrado ser adecuada para su uso en el entorno de emergencias psiquiátricas.

Los ítems del grupo “Criterios legales”, de la lista de comprobación de tratamiento obligatorio, estuvieron orientados a evaluar si las condiciones que deben estar presentes según la legislación peruana son consideradas por los médicos psiquiatras para indicar el internamiento involuntario en situación de emergencia psiquiátrica; entre estos criterios tenemos los siguientes:

- 1) Situación clínica de inicio repentino o inesperado asociada a un problema de salud mental
- 2) El problema de salud mental requiere atención inmediata
- 3) El problema de salud mental pone en peligro inminente la vida o la salud del usuario (a)
- 4) El problema de salud mental puede dejar secuelas invalidantes en el(la) usuario(a)
- 5) El problema de salud mental causa imposibilidad para expresar la voluntad
- 6) El problema de salud mental es grave y está especificada como tal en una norma – prioridad de atención I o II

Asimismo, tenemos los ítems del grupo “Criterios de indicadores de peligro”, de la lista de comprobación de tratamiento obligatorio, que están orientados para evaluar si los factores de riesgo asociados con situaciones de violencia y peligro para el paciente, familiares, y terceras personas son considerados por los médicos psiquiatras para ordenar el internamiento involuntario por situación de emergencia psiquiátrica. Los criterios evaluados en este grupo fueron:

- 7) Violencia previa y/o antecedentes de conducta antisocial
- 8) Ideación violenta pasada o presente
- 9) Impulsividad
- 10) Trastorno de personalidad del grupo B (trastorno disocial, trastorno límite trastorno histriónico, y trastorno narcisista de la personalidad)
- 11) Falta de apoyo social
- 12) Patrón de personalidad antisocial
- 13) Cogniciones antisociales

Igualmente, los ítems del grupo “Criterios de antecedentes clínico – históricos” de la lista de comprobación de tratamiento obligatorio, estuvieron orientados a evaluar si los antecedentes psiquiátricos del paciente asociados con incumplimiento del tratamiento son valorados por los médicos psiquiatras para indicar el internamiento involuntario por situación de emergencia psiquiátrica. Dentro de este grupo, los criterios evaluados fueron los siguientes:

- 14) Ingresos previos en tratamiento obligatorio
- 15) Fuga actual o anterior de la hospitalización
- 16) Incumplimiento del plan de tratamiento
- 17) Problemas de uso de sustancias

Por último, tenemos los ítems relacionados con los “Criterios de ítems clínico – cognitivos”, de la lista de comprobación de tratamiento obligatorio, que evalúa los factores cognitivos que pueden interferir en la capacidad de un paciente para decidir sobre el tratamiento; estos ítems fueron aplicados a fin de evaluar si estos criterios son valorados por los médicos psiquiatras para justificar el internamiento involuntario en situación de emergencia psiquiátrica. Dentro de este grupo, los criterios evaluados fueron los siguientes:

- 18) Síntomas psicóticos presentes
- 19) No reconoce que tiene un trastorno mental grave
- 20) No atribuye los síntomas al trastorno mental
- 21) No reconoce la necesidad de tratamiento
- 22) Falta de perspicacia hacia el comportamiento inadecuado y disruptivo
- 23) No comprende completamente la información transmitida
- 24) No aceptación o aceptación no convincente del plan de tratamiento
- 25) Impacto conductual y emocional de la sintomatología

Ahora bien, los veinticinco criterios señalados en los párrafos precedentes, se han evaluado en una encuesta aplicada a treinta médicos especialistas en psiquiatría del Servicio de Emergencia del Hospital “Víctor Larco Herrera”, para que en la encuesta señalen si lo consideran, valoran o evalúan cada uno de estos criterios para indicar o prescribir el internamiento y/o hospitalización involuntario, para casos de cinco problemas de salud mental más prevalentes en dicho servicio y establecimiento de salud; los cuales fueron:

- 1) Esquizofrenia
- 2) Trastorno afectivo bipolar
- 3) Episodio depresivo

- 4) Trastorno psicótico agudo
- 5) Trastorno mental por uso de múltiples sustancias

Los resultados obtenidos de la encuesta aplicada, a fin de evaluar los criterios que consideran, valoran o evalúan para indicar o prescribir el internamiento y hospitalización involuntaria, respecto de los cinco problemas de salud mental más prevalentes antes señalados, son los siguientes:

Respecto de la esquizofrenia:

En relación con los criterios considerados por los médicos psiquiatras encuestados, los criterios legales son los que tienen el mayor número de aceptaciones, pues de los 30 médicos encuestados, el 86.67% (n = 26) considera a los criterios “El problema de salud mental requiere atención inmediata” y “El problema de salud mental puede dejar secuelas invalidantes en el(la) usuario(a)” para el internamiento y hospitalización involuntaria de los pacientes con este tipo de problemas de salud mental; seguidos del criterio “El problema de salud mental pone en peligro inminente la vida o la salud del usuario (a)” con el 56.67% (n = 17), así como el criterio “Situación clínica de inicio repentino o inesperado asociada a un problema de salud mental” con el 53.33% (n= 16).

Por otro lado, los criterios de indicadores de peligro son aquellos que tienen el menor número de aceptaciones, ya que de los siete criterios que evalúa el indicador de peligro, tres criterios no tienen ninguna aceptación 0.00% (n = 0), siendo estas el “Trastorno de personalidad del grupo B”, el “Patrón de personalidad antisocial”, y las “Cogniciones antisociales”. Respecto de los criterios de antecedentes clínicos e históricos, el que tiene el mayor número de aceptaciones es el “Incumplimiento del plan de tratamiento” con el 26.67% (n = 8); y el de menor número de aceptaciones el criterio “Problemas de uso de sustancias” con solamente el 3.33% (n = 1) de aceptación. Asimismo, en relación con los criterios clínicos y cognitivos de la lista de comprobación de tratamiento obligatorio, el que tiene el mayor número de aceptaciones es el criterio “Síntomas psicóticos presentes” con 26.67% (n = 8) aceptaciones; y el de menor número de aceptaciones el criterio “No comprende completamente la información transmitida” con ninguna aceptación. El detalle del

número de psiquiatras que valoran cada criterio para indicar el internamiento involuntario de pacientes con esquizofrenia, podemos apreciarlo en la tabla N° 8 siguiente:

Tabla N° 8
Criterios utilizados por los médicos psiquiatras para internamiento de pacientes con esquizofrenia

Criterios		Esquizofrenia	
		n	%
Criterios legales	Criterio 1: Situación clínica de inicio repentino o inesperado asociada a un problema de salud mental	16	53.33%
	Criterio 2: El problema de salud mental requiere atención inmediata	26	86.67%
	Criterio 3: El problema de salud mental pone en peligro inminente la vida o la salud del usuario (a)	17	56.67%
	Criterio 4: El problema de salud mental puede dejar secuelas invalidantes en el(la) usuario(a)	26	86.67%
	Criterio 5: El problema de salud mental causa imposibilidad para expresar la voluntad	12	40.00%
	Criterio 6: El problema de salud mental es grave y está especificada como tal en una norma – prioridad de atención I o II.	6	20.00%
Criterios de indicadores de peligro	Criterio 7: Violencia previa y/o antecedentes de conducta antisocial	5	16.67%
	Criterio 8: Ideación violenta pasada o presente	5	16.67%
	Criterio 9: Impulsividad	4	13.33%
	Criterio 10: Trastorno de personalidad del grupo B	0	0.00%
	Criterio 11: Falta de apoyo social	4	13.33%
	Criterio 12: Patrón de personalidad antisocial	0	0.00%
	Criterio 13: Cogniciones antisociales	0	0.00%
Criterios de antecedentes clínico –	Criterio 14: Ingresos previos en tratamiento obligatorio	3	10.00%
	Criterio 15: Fuga actual o anterior de la hospitalización	6	20.00%
	Criterio 16: Incumplimiento del plan de tratamiento	8	26.67%
	Criterio 17: Problemas de uso de sustancias	1	3.33%
C	Criterio 18: Síntomas psicóticos presentes	8	26.67%

Criterios		Esquizofrenia	
		n	%
	Criterio 19: No reconoce que tiene un trastorno mental grave	3	10.00%
	Criterio 20: No atribuye los síntomas al trastorno mental	1	3.33%
	Criterio 21: No reconoce la necesidad de tratamiento	5	16.67%
	Criterio 22: Falta de perspicacia hacia el comportamiento inadecuado y disruptivo	1	3.33%
	Criterio 23: No comprende completamente la información transmitida	0	0.00%
	Criterio 24: No aceptación o aceptación no convincente del plan de tratamiento	6	20.00%
	Criterio 25: Impacto conductual y emocional de la sintomatología	2	6.67%

n = Numero de médicos psiquiatras que consideran el criterio para indicar el internamiento involuntario de pacientes con esquizofrenia.

Trastorno bipolar:

Los criterios con mayores valoraciones por los médicos psiquiatras, para el internamiento y hospitalización involuntaria de usuarios de servicios de salud con “Trastorno afectivo bipolar”, son los criterios legales, pues estos tienen el mayor número de aceptaciones, ya que de los 30 médicos encuestados, el 83.33% (n = 25) considera los criterios “El problema de salud mental requiere atención inmediata” y “El problema de salud mental puede dejar secuelas invalidantes en el(la) usuario(a)” para el internamiento y hospitalización involuntaria de los pacientes con este tipo de trastornos mentales; seguidos del criterio “Situación clínica de inicio repentino o inesperado asociada a un problema de salud mental” con el 60% (n = 18), así como el criterio “El problema de salud mental pone en peligro inminente la vida o la salud del usuario (a)” con el 53.33% (n= 16).

Asimismo, al igual que en los casos de esquizofrenia, los criterios de indicadores de peligro son los criterios que tienen el menor número de aceptaciones, ya que de los siete criterios que evalúa el indicador, dos criterios no tienen ninguna aceptación 0.00% (n = 0), siendo estas el “Trastorno de personalidad del grupo B”, y las “Cogniciones antisociales”. Respecto de los criterios de antecedentes clínicos e

históricos, el criterio que tiene el mayor número de aceptaciones es el “Incumplimiento del plan de tratamiento” con el 23.33% (n = 7); y el de menor número de aceptaciones el criterio “Problemas de uso de sustancias” con solamente el 6.67% (n = 2) de aceptaciones.

Además, en relación con los criterios clínicos y cognitivos de la lista de comprobación de tratamiento obligatorio de los casos de trastorno afectivo bipolar, el que tiene el mayor número de aceptaciones es el criterio “Síntomas psicóticos presentes” con el 26.67% (n = 8) de aceptaciones; y los de menor número de aceptaciones son los criterios “Falta de perspicacia hacia el comportamiento inadecuado y disruptivo”, “No comprende completamente la información transmitida”, así como el criterio “Impacto conductual y emocional de la sintomatología” con solamente el 3.33% (n = 1) de aceptación. El detalle del número de psiquiatras que valoran cada criterio se muestra en la table N° 9 siguiente:

Tabla N° 9
Criterios utilizados por los médicos psiquiatras para internamiento de pacientes con trastorno bipolar

Criterios		Trastorno afectivo bipolar	
		n	%
Criterios legales	Criterio 1: Situación clínica de inicio repentino o inesperado asociada a un problema de salud mental	18	60.00%
	Criterio 2: El problema de salud mental requiere atención inmediata	25	83.33%
	Criterio 3: El problema de salud mental pone en peligro inminente la vida o la salud del usuario (a)	16	53.33%
	Criterio 4: El problema de salud mental puede dejar secuelas invalidantes en el(la) usuario(a)	25	83.33%
	Criterio 5: El problema de salud mental causa imposibilidad para expresar la voluntad	10	33.33%
	Criterio 6: El problema de salud mental es grave y está especificada como tal en una norma – prioridad de atención I o II.	7	23.33%
Criterios de indicador	Criterio 7: Violencia previa y/o antecedentes de conducta antisocial	5	16.67%
	Criterio 8: Ideación violenta pasada o presente	8	26.67%

Criterios		Trastorno afectivo bipolar	
		n	%
	Criterio 9: Impulsividad	3	10.00%
	Criterio 10: Trastorno de personalidad del grupo B	0	0.00%
	Criterio 11: Falta de apoyo social	4	13.33%
	Criterio 12: Patrón de personalidad antisocial	1	3.33%
	Criterio 13: Cogniciones antisociales	0	0.00%
Criterios de antecedentes clínico – históricos	Criterio 14: Ingresos previos en tratamiento obligatorio	3	10.00%
	Criterio 15: Fuga actual o anterior de la hospitalización	5	16.67%
	Criterio 16: Incumplimiento del plan de tratamiento	7	23.33%
	Criterio 17: Problemas de uso de sustancias	2	6.67%
Criterios de ítems clínico – cognitivos	Criterio 18: Síntomas psicóticos presentes	8	26.67%
	Criterio 19: No reconoce que tiene un trastorno mental grave	4	13.33%
	Criterio 20: No atribuye los síntomas al trastorno mental	3	10.00%
	Criterio 21: No reconoce la necesidad de tratamiento	3	10.00%
	Criterio 22: Falta de perspicacia hacia el comportamiento inadecuado y disruptivo	1	3.33%
	Criterio 23: No comprende completamente la información transmitida	1	3.33%
	Criterio 24: No aceptación o aceptación no convincente del plan de tratamiento	6	20.00%
	Criterio 25: Impacto conductual y emocional de la sintomatología	1	3.33%

n = Numero de médicos psiquiatras que consideran el criterio para indicar el internamiento involuntario de pacientes con trastorno afectivo bipolar.

Trastorno depresivo:

Sobre los criterios considerados en relación al internamiento y hospitalización involuntaria de pacientes con “Episodio depresivo”, al igual que en los casos de esquizofrenia y trastorno afectivo bipolar, los criterios legales son los que tienen el mayor número de puntuaciones, por cuanto del total de encuestados, el 83.33% (n =

25) considera al criterio “El problema de salud mental requiere atención inmediata” como una condición a considerar para el para el internamiento y hospitalización involuntaria de pacientes con episodio depresivo; seguido del criterio “El problema de salud mental puede dejar secuelas invalidantes en el(la) usuario(a)” con el 70.00% (n= 21); así como los criterios “Situación clínica de inicio repentino o inesperado asociada a un problema de salud mental”, y “El problema de salud mental pone en peligro inminente la vida o la salud del usuario (a)”, con el 63.33% (n = 19), y el 60.00% (n= 18), respectivamente.

Por otro lado, similar al que ocurre en los casos de esquizofrenia y trastorno afectivo bipolar, los criterios de indicadores de peligro son también los criterios que tienen el menor número de conformidades para el internamiento involuntario de pacientes con episodio depresivo, puesto que de los siete criterios que evalúa el indicador de peligro, tres criterios no tiene ninguna aceptación, siendo estos el “Trastorno de personalidad del grupo B”, el “Patrón de personalidad antisocial”, y las “Cogniciones antisociales”.

Respecto de los criterios de antecedentes clínicos e históricos, el criterio que tiene el mayor número de aceptaciones también es el “Incumplimiento del plan de tratamiento” con el 20.00% (n = 6); y el de menor número de aceptaciones el criterio “Fuga actual o anterior de la hospitalización” con ninguna aceptación. Además, en relación con los criterios clínicos y cognitivos de la lista de comprobación de tratamiento obligatorio de los casos de episodio depresivo, el que tiene el mayor número de aceptaciones es el criterio “Síntomas psicóticos presentes” con el 30.00% (n = 9) aceptaciones; y el de menor número de aceptaciones, el criterio “No comprende completamente la información transmitida”, con ninguna aceptación. El detalle de número de psiquiatras que valoran cada criterio para indicar el internamiento involuntario de un paciente con episodio depresivo, podemos apreciar en la tabla N° 10 siguiente:

Tabla N° 10

Criterios utilizados por los médicos psiquiatras para internamiento de pacientes con episodio depresivo

Criterios		Episodio depresivo	
		n	%
Criterios legales	Criterio 1: Situación clínica de inicio repentino o inesperado asociada a un problema de salud mental	19	63.33%
	Criterio 2: El problema de salud mental requiere atención inmediata	25	83.33%
	Criterio 3: El problema de salud mental pone en peligro inminente la vida o la salud del usuario (a)	18	60.00%
	Criterio 4: El problema de salud mental puede dejar secuelas invalidantes en el(la) usuario(a)	21	70.00%
	Criterio 5: El problema de salud mental causa imposibilidad para expresar la voluntad	11	36.67%
	Criterio 6: El problema de salud mental es grave y está especificada como tal en una norma – prioridad de atención I o II.	8	26.67%
Criterios de indicadores de peligro	Criterio 7: Violencia previa y/o antecedentes de conducta antisocial	3	10.00%
	Criterio 8: Ideación violenta pasada o presente	8	26.67%
	Criterio 9: Impulsividad	6	20.00%
	Criterio 10: Trastorno de personalidad del grupo B	0	0.00%
	Criterio 11: Falta de apoyo social	5	16.67%
	Criterio 12: Patrón de personalidad antisocial	0	0.00%
	Criterio 13: Cogniciones antisociales	0	0.00%
Criterios de antecedentes clínico –	Criterio 14: Ingresos previos en tratamiento obligatorio	1	3.33%
	Criterio 15: Fuga actual o anterior de la hospitalización	0	0.00%
	Criterio 16: Incumplimiento del plan de tratamiento	6	20.00%
	Criterio 17: Problemas de uso de sustancias	2	6.67%
Criterios de ítems clínico – cognitivos	Criterio 18: Síntomas psicóticos presentes	9	30.00%
	Criterio 19: No reconoce que tiene un trastorno mental grave	4	13.33%
	Criterio 20: No atribuye los síntomas al trastorno mental	2	6.67%
	Criterio 21: No reconoce la necesidad de tratamiento	5	16.67%

Criterios		Episodio depresivo	
		n	%
	Criterio 22: Falta de perspicacia hacia el comportamiento inadecuado y disruptivo	1	3.33%
	Criterio 23: No comprende completamente la información transmitida	0	0.00%
	Criterio 24: No aceptación o aceptación no convincente del plan de tratamiento	6	20.00%
	Criterio 25: Impacto conductual y emocional de la sintomatología	2	6.67%

n = Numero de médicos psiquiatras que consideran el criterio para indicar el internamiento involuntario de un paciente con episodio depresivo.

Trastorno psicótico:

Respecto a los criterios considerados en pacientes con “Trastorno psicótico agudo”, al igual que en los casos anteriores, los criterios legales, son también los que tienen el mayor número de conformidades, puesto que el 83.33% (n = 25) de los encuestados considera a los criterios “El problema de salud mental requiere atención inmediata”, y “El problema de salud mental puede dejar secuelas invalidantes en el(la) usuario(a)” como condiciones a evaluar para el internamiento y/o hospitalización involuntaria de pacientes con trastorno psicótico agudo; seguidos por los criterios “Situación clínica de inicio repentino o inesperado asociada a un problema de salud mental”, y “El problema de salud mental pone en peligro inminente la vida o la salud del usuario (a)”, con el 63.33% (n = 19), y el 53.33% (n= 16), respectivamente.

De igual forma que en los casos precedentes, los criterios de indicadores de peligro son también los criterios que tienen el menor número de conformidades para el internamiento involuntario de personas con trastorno psicótico agudo, por cuanto de los siete criterios que evalúa el indicador de peligro, un criterio no tiene ninguna conformidad 0.00% (n = 0), siendo este el “Trastorno de personalidad del grupo B”; y dos criterios tales como “Patrón de personalidad antisocial” y “Cogniciones antisociales” posee solamente el 3.33% (n = 1) de conformidad.

Sobre la valoración de los criterios de antecedentes clínicos e históricos, el criterio que tiene el mayor número de conformidades es el “Incumplimiento del plan de tratamiento” con el 23.33% (n = 7); y los criterios con menor número son “Ingresos previos en tratamiento obligatorio”, y “Fuga actual o anterior de la hospitalización”, ambos con el 6.67% (n = 2) de aceptaciones. Por otro lado, sobre los criterios clínicos y cognitivos de la lista de comprobación de tratamiento obligatorio de los casos de trastorno psicótico agudo, los criterios que tienen el mayor número de puntuaciones son “Síntomas psicóticos presentes”, “No reconoce la necesidad de tratamiento”, y “No aceptación o aceptación no convincente del plan de tratamiento”, todos con el 16.67% (n = 5) de conformidades; y los de menor número de conformidades son la “Falta de perspicacia hacia el comportamiento inadecuado y disruptivo”, y “No comprende completamente la información transmitida” con el 6.67% (n = 2) de aceptación por cada criterio. El número de psiquiatras que valoran cada criterio para indicar el internamiento involuntario de un paciente con trastorno psicótico agudo se presenta a detalle en la tabla N° 11 siguiente:

Tabla N° 11
Criterios utilizados por los médicos psiquiatras para internamiento de pacientes con trastorno psicótico agudo

Criterios		Trastorno psicótico agudo	
		n	%
Criterios legales	Criterio 1: Situación clínica de inicio repentino o inesperado asociada a un problema de salud mental	19	63.33%
	Criterio 2: El problema de salud mental requiere atención inmediata	25	83.33%
	Criterio 3: El problema de salud mental pone en peligro inminente la vida o la salud del usuario (a)	16	53.33%
	Criterio 4: El problema de salud mental puede dejar secuelas invalidantes en el(la) usuario(a)	25	83.33%
	Criterio 5: El problema de salud mental causa imposibilidad para expresar la voluntad	13	43.33%
	Criterio 6: El problema de salud mental es grave y está especificada como tal en una norma – prioridad de atención I o II.	6	20.00%

Criterios		Trastorno psicótico agudo	
		n	%
Criterios de indicadores de peligro	Criterio 7: Violencia previa y/o antecedentes de conducta antisocial	2	6.67%
	Criterio 8: Ideación violenta pasada o presente	5	16.67%
	Criterio 9: Impulsividad	6	20.00%
	Criterio 10: Trastorno de personalidad del grupo B	0	0.00%
	Criterio 11: Falta de apoyo social	3	10.00%
	Criterio 12: Patrón de personalidad antisocial	1	3.33%
	Criterio 13: Cogniciones antisociales	1	3.33%
Criterios de antecedentes clínico – históricos	Criterio 14: Ingresos previos en tratamiento obligatorio	2	6.67%
	Criterio 15: Fuga actual o anterior de la hospitalización	2	6.67%
	Criterio 16: Incumplimiento del plan de tratamiento	7	23.33%
	Criterio 17: Problemas de uso de sustancias	3	10.00%
Criterios de ítems clínico – cognitivos	Criterio 18: Síntomas psicóticos presentes	5	16.67%
	Criterio 19: No reconoce que tiene un trastorno mental grave	3	10.00%
	Criterio 20: No atribuye los síntomas al trastorno mental	3	10.00%
	Criterio 21: No reconoce la necesidad de tratamiento	5	16.67%
	Criterio 22: Falta de perspicacia hacia el comportamiento inadecuado y disruptivo	2	6.67%
	Criterio 23: No comprende completamente la información transmitida	2	6.67%
	Criterio 24: No aceptación o aceptación no convincente del plan de tratamiento	5	16.67%
	Criterio 25: Impacto conductual y emocional de la sintomatología	3	10.00%

n = Numero de médicos psiquiatras que consideran el criterio para indicar el internamiento involuntario de un paciente con trastorno psicótico agudo.

Trastorno por consumo de sustancias psicoactivas:

Finalmente, sobre los criterios considerados por los psiquiatras para el internamiento y hospitalización involuntaria de personas con “Trastorno mental por uso de múltiples sustancias”, a semejanza de lo ocurrido en los casos de esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo y trastorno psicótico agudo; los criterios legales, son también los que tienen el mayor número de conformidades, por cuanto el 83.33% (n = 25) de los encuestados considera al criterio “El problema de salud mental puede dejar secuelas invalidantes en el(la) usuario(a)” como condición a evaluar para el internamiento y hospitalización involuntaria de pacientes con este tipo de trastornos mentales; igualmente son también evaluados como condiciones clínicas para el internamiento involuntario, los criterios “El problema de salud mental requiere atención inmediata”, “Situación clínica de inicio repentino o inesperado asociada a un problema de salud mental”, y “El problema de salud mental pone en peligro inminente la vida o la salud del usuario (a)”, con el 76.67% (n = 23), el 60.00% (n = 18), y el 53.33% (n= 16), respectivamente.

Sin embargo, muy distinto a lo ocurrido en los casos anteriores (esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo y trastorno psicótico agudo), los criterios clínicos y cognitivos son los que tienen el menor número de conformidades, ya que de los ocho criterios que evalúa la esfera cognitiva del paciente, un criterio no tiene ninguna conformidad, siendo este “No comprende completamente la información transmitida” lo cual resulta razonable por cuanto los pacientes con este tipo de trastornos no tienen afectado la capacidad de consentir; igualmente, un criterio el “Impacto conductual y emocional de la sintomatología”, tiene solamente el 3.33% (n = 1) de aceptación como condición clínica a valorar para el internamiento involuntario de este tipo de casos.

Respecto de los criterios de indicadores de peligro de la lista de comprobación de tratamiento obligatorio de los casos de trastorno mental por uso de múltiples sustancias, el que tiene el mayor número de conformidades es el criterio “Ideación violenta pasada o presente” con el 30.00% (n = 9) de aceptaciones; y el de menor número de conformidades, el criterio “Trastorno de personalidad del grupo B” con solamente el 3.33% (n = 1) de aceptación; asimismo, sobre los criterios de

antecedentes clínicos e históricos, el criterio que tiene mayor número de conformidades es el “Incumplimiento del plan de tratamiento” con el 16.67% (n = 5); y los de menor número de conformidades son los criterios “Ingresos previos en tratamiento obligatorio”, y “Fuga actual o anterior de la hospitalización”, ambos con el 6.67% (n = 2) de aceptaciones. El detalle del número de psiquiatras que evalúa cada criterio para indicar el internamiento involuntario de una persona con trastorno mental por uso de múltiples sustancias se muestra en la tabla N° 12 siguiente:

Tabla N° 12
Criterios utilizados por los médicos psiquiatras para internamiento de pacientes con trastorno por uso de múltiples sustancias

Criterios		Trastorno mental por uso de múltiples sustancias	
		n	%
Criterios legales	Criterio 1: Situación clínica de inicio repentino o inesperado asociada a un problema de salud mental	18	60.00%
	Criterio 2: El problema de salud mental requiere atención inmediata	23	76.67%
	Criterio 3: El problema de salud mental pone en peligro inminente la vida o la salud del usuario (a)	16	53.33%
	Criterio 4: El problema de salud mental puede dejar secuelas invalidantes en el(la) usuario(a)	25	83.33%
	Criterio 5: El problema de salud mental causa imposibilidad para expresar la voluntad	11	36.67%
	Criterio 6: El problema de salud mental es grave y está especificada como tal en una norma – prioridad de atención I o II.	6	20.00%
Criterios de indicadores de peligro	Criterio 7: Violencia previa y/o antecedentes de conducta antisocial	4	13.33%
	Criterio 8: Ideación violenta pasada o presente	9	30.00%
	Criterio 9: Impulsividad	6	20.00%
	Criterio 10: Trastorno de personalidad del grupo B	1	3.33%
	Criterio 11: Falta de apoyo social	2	6.67%
	Criterio 12: Patrón de personalidad antisocial	3	10.00%
	Criterio 13: Cogniciones antisociales	3	10.00%

Criterios		Trastorno mental por uso de múltiples sustancias	
		n	%
Criterios de antecedentes clínico – históricos	Criterio 14: Ingresos previos en tratamiento obligatorio	2	6.67%
	Criterio 15: Fuga actual o anterior de la hospitalización	2	6.67%
	Criterio 16: Incumplimiento del plan de tratamiento	5	16.67%
	Criterio 17: Problemas de uso de sustancias	4	13.33%
Criterios de ítems clínico – cognitivos	Criterio 18: Síntomas psicóticos presentes	6	20.00%
	Criterio 19: No reconoce que tiene un trastorno mental grave	4	13.33%
	Criterio 20: No atribuye los síntomas al trastorno mental	2	6.67%
	Criterio 21: No reconoce la necesidad de tratamiento	6	20.00%
	Criterio 22: Falta de perspicacia hacia el comportamiento inadecuado y disruptivo	3	10.00%
	Criterio 23: No comprende completamente la información transmitida	0	0.00%
	Criterio 24: No aceptación o aceptación no convincente del plan de tratamiento	3	10.00%
	Criterio 25: Impacto conductual y emocional de la sintomatología	1	3.33%

n = Numero de médicos psiquiatras que consideran el criterio para indicar el internamiento involuntario de un paciente con Trastorno mental por uso de múltiples sustancias.

Ahora bien, para evaluar los criterios de acuerdo con la lista de comprobación de tratamiento obligatorio, estos fueron registrados en la respuesta de la encuesta como: "Si lo valora" (2 puntos), o "No lo valora" (0 puntos); siendo que, como resultado, las puntuaciones totales de la encuesta oscilan entre 0 a 50; donde una puntuación más alta indica una mayor probabilidad de que el paciente necesite y se beneficie de un tratamiento psiquiátrico involuntario. Asimismo, para la valoración de los resultados se ha tenido como referencia el estudio original portugués de Brissos et al²¹³, donde la puntuación de corte total óptima fue de 23,5 (sobre 50), con lo cual se tenía una sensibilidad del 75% y una especificidad del 93,6% para diagnosticar la necesidad del tratamiento obligatorio.

Teniendo en consideración el estudio de Brissos et al se observa que solamente los criterios clínicos considerados por un médico psiquiatra (3.33%; n = 1) del Servicio de Emergencia del Hospital “Víctor Larco Herrera”, alcanzaron la puntuación de corte total óptima mayor a 23.5, para el internamiento y hospitalización involuntaria de pacientes con trastorno afectivo bipolar y episodio depresivo, y cumplirían con los criterios señalados en la “Lista de verificación de criterios para internamiento y hospitalización involuntaria”, y el 96.67% (n = 29), no alcanzaron la puntuación óptima, por lo que no cumplirían con los criterios señalados en la referida lista.

Asimismo, los criterios clínicos valorados por el 6.67% (n = 2) de médicos psiquiatras para el internamiento y hospitalización involuntaria de pacientes con esquizofrenia y trastorno psicótico agudo, alcanzaron la puntuación de corte total óptima por lo que cumplirían con los criterios señalados en la lista de verificación de criterios para internamiento y/o hospitalización involuntaria”, y el 93.33% (n = 28), no alcanzaron el puntaje requerido y no cumplirían con los criterios de la citada lista de verificación; finalmente las condiciones clínicas valoradas por el 10.00% (n = 3) de médicos psiquiatras, para el internamiento y/o hospitalización involuntaria de pacientes con trastorno mental por uso de múltiples sustancias, alcanzaron la puntuación óptima por lo tanto cumplirían con los criterios señalados en la lista de verificación de criterios para internamiento y hospitalización involuntaria, y 90.00% (n = 27), no cumplirían con los criterios establecidos en la citada lista de verificación, por cuanto no alcanzaron la puntuación de corte total óptima de mayor a 23.5; cuyo detalle se muestra en la tabla N° 13:

Tabla N° 13
Puntuaciones obtenidas para internamiento de pacientes según problema de salud mental

Problema de salud mental		n	%
Esquizofrenia			
	Si	2	6.67%
	No	28	93.33%
Trastorno afectivo bipolar			
	Si	1	3.33%
	No	29	96.67%

Problema de salud mental		n	%
Episodio depresivo			
	Si	1	3.33%
	No	29	96.67%
Trastorno psicótico agudo			
	Si	2	6.67%
	No	28	93.33%
Trastorno mental por uso de múltiples sustancias			
	Si	3	10.00%
	No	27	90.00%
Criterio: Puntaje >23.5			

Cabe precisar que para O'Callaghan et al, en Irlanda, la puntuación de corte óptima fue de 16,5, por cuanto detectó el tratamiento obligatorio con una sensibilidad del 82,8% y una especificidad del 69,2%; ya que los pacientes por encima de estos puntos de corte (23,5 y 16,5) tenían menos *insight*, peores alianzas terapéuticas y más síntomas positivos de esquizofrenia.

Asimismo, es importante precisar también que estos investigadores realizaron un análisis comparativo de sus hallazgos con otros estudios anteriores y de otras jurisdicciones, y concluyeron que la "Lista de verificación de criterios para internamiento y hospitalización involuntaria", se diseñó para evaluar la necesidad de tratamiento psiquiátrico obligatorio y se evaluó inicialmente en un entorno portugués, con pacientes ingresados en virtud de la Ley de Salud Mental portuguesa (Ley 36/98); pero teniendo en cuenta que las legislaciones y las tasas de tratamiento involuntario varían entre jurisdicciones y advierten que las características de los sistemas legislativos parecen no estar relacionadas con las tasas de hospitalización involuntaria; lo cual es importante porque la literatura sobre la evaluación objetiva de necesidad de internamiento involuntario es muy limitada.

Objetivo específico N° 03:

Determinar si los criterios utilizados por los médicos psiquiatras, para el internamiento y hospitalización involuntaria por situación de emergencia psiquiátrica, son conformes a los principios éticas y a las normas legales nacionales e internacionales que regulan esta situación.

A través de este objetivo se pretende determinar si los hallazgos o resultados alcanzados en los objetivos específicos 1 y 2, en el marco del internamiento y hospitalización involuntaria de personas en situación de emergencia psiquiátrica, son conformes a las recomendaciones éticas y legales peruanas e internacionales, que regulan la materia.

Respecto de los resultados del objetivo específico 1:

En relación con el internamiento y la hospitalización sin consentimiento

Durante el desarrollo de los resultados del objetivo específico 1, se ha determinado que en el 84.28% (n = 595) de los casos, quien suscribió el consentimiento para el internamiento fue un familiar o un representante legal distinto a la familia; asimismo, en el 10.62% (n = 75) de los casos, quien consintió el internamiento y hospitalización fue el propio usuario de servicio de salud; por otro lado en el 5.10% (n = 36) de los ingresos no cuenta con consentimiento para el internamiento y la hospitalización; cuyo detalle se muestra en la tabla N° 14 siguiente:

Tabla N° 14
Persona que autoriza el internamiento del paciente

Variable	Categoría y valores	n	%
Propio paciente	EI/Ella mismo(a)	75	10.62
Representante legal	Familiares u otros	595	84.28
No cuenta con consentimiento para el internamiento		36	5.10
Total		706	100.00

Hay que destacar que el 5.10% de los internamiento y hospitalizaciones, es decir 36 personas usuarias de servicios de salud no cuentan con consentimiento para el internamiento y la hospitalización otorgado por el propio paciente o su representante legal para tal efecto; esto a pesar que en Perú de manera precisa y específica, la Ley 26842, Ley General de Salud, en su artículo 4°, establece que: **“Artículo 4.- Ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico (...) sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere o estuviere impedida de hacerlo (...).”**

En ese mismo sentido, en Perú la Ley de Salud Mental (LSM), Ley N° 30947, que buscó alinear las regulaciones en salud mental a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), precisa sobre los derechos de las personas con problemas de salud mental en el artículo 9.7, lo siguiente: *“Otorgar su consentimiento informado, que implica la aceptación libre, sin persuasión indebida y otorgada por una persona con problemas de salud mental, o por sus representantes, después de habersele proporcionado información precisa, suficiente y comprensible sobre el diagnóstico, tratamiento, medidas alternativas posibles y efectos secundarios y riesgos”*²¹⁴

Igualmente, en el numeral 26.4 del artículo 26° del Reglamento de la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental, aprobado mediante Decreto Supremo N° 007-2020-SA, se establece sobre el particular lo siguiente: *“Artículo 26. Situaciones de emergencia. (...) 26.4. En situaciones que requieran el internamiento del (de la) usuario(a), y no se encuentre en capacidad de expresar su consentimiento (...) el apoyo con facultades de representación designado por el(la) usuario(a) para tal fin puede firmar autorizando el internamiento. En caso no cuente con apoyo designado, la autoridad del servicio de salud donde viene siendo atendido(a) procede a solicitar ante el juzgado de familia o mixto la designación excepcional de apoyos con facultades para autorizar el internamiento (...).”*

Por su parte la UNESCO, cuando abordó el consentimiento informado en poblaciones con problemas de salud mental en la 33a. Sesión General, en conjunto con el Comité Internacional de Bioética de 2005, ha precisado en el artículo 93 de su reporte, lo siguiente: *“Hasta ahora se ha aceptado y se practica que la condición*

psiquiátrica suele ser una razón para renunciar al consentimiento del paciente. Aquel que no está en condición de juzgar cuál es su mejor interés. Se debe hacer notar, no obstante, que esto no significa que el paciente no pueda expresar su opinión y no se deba tomar en cuenta que esto puede ser negado. (...) Esto es verdad para todos los pacientes agrupados en la categoría con falta de capacidad para dar su consentimiento”²¹⁵.

Además, en el mismo reporte, el artículo 94 reconoce que la alteración mental tiene un amplio espectro para la toma de decisiones; en los casos graves, las personas con un estado psicótico grave se encuentran totalmente anuladas, y al mejorar clínicamente, estos mismos sujetos pueden consentir en una clara elección.^{xv}

Igualmente, la OMS, señala que existen situaciones inevitables en las que será necesario recurrir al ingreso involuntario urgente y/o al tratamiento involuntario urgente. En estas situaciones, puede no ser posible o razonable esperar el cumplimiento de los procedimientos sustantivos para el ingreso y el tratamiento involuntarios, pero la legislación interna debe establecer disposiciones para enfrentar dichos tratamientos de emergencia con suficientes garantías, tal como se ha desarrollado en el Perú, mediante la Ley de Salud Mental.

Por su parte, el Tribunal Constitucional peruano también se ha pronunciado al respecto en la Sentencia N° 476/2020, Expediente N.° 05048-2016-PA/TC, de 18 de agosto de 2020; caso J. E. S. C., con diagnóstico esquizofrenia paranoide – hebefrénica, contra el Seguro Social de Salud- EsSalud, donde el Tribunal estableció que en este caso, EsSalud no tuvo en cuenta la Ley N° 29889, que estuvo vigente durante los hechos (entre agosto de 2014 a junio de 2015), y que parcialmente ya había incorporado el modelo social de discapacidad, al disponer el modelo de

^{xv} Artículo 94: La discapacidad como la alteración intelectual también es una enfermedad mental, todas las personas en este grupo son igualmente capaces de consentir o no. En un extremo, personas con un estado psicótico no pueden por definición realizar una elección autónoma. Por otro lado, cuando no hay un estado florido, una persona con esquizofrenia puede estar más o menos clara de lo que siente acerca de la vida y de cómo ella quiere vivirla. Es acaso la misma persona enferma la que es tratada, se debe esforzarse para traer a la memoria cuando se haya recuperado, para que tome por sí misma en su favor las decisiones.

Artículo 95. La capacidad de consentimiento. Una persona enferma debe ser evaluada independientemente de sus deseos. A pesar de que la capacidad de razonamiento es uno de los elementos de la capacidad, es importante conocer las diferencias que surgen entre el médico y el paciente”.

atención comunitaria (artículo 11, apartado a); la atención preferentemente de manera ambulatoria, dentro del entorno familiar, comunitario y social (artículo 11, apartado b); el internamiento como una situación excepcional, solo cuando aporte mayores beneficios para el paciente y por el tiempo estrictamente necesario (artículo 11, apartado c); y el consentimiento informado, libre y voluntario del usuario, (artículo 11, apartado d).

En el mismo sentido, en la Declaración de Principios del Código de Ética y Deontología del Código Médico del Perú se señala que la autonomía de la persona obliga moralmente al médico a solicitar su consentimiento informado y respetar su decisión; asimismo, en el artículo 55° del citado código se precisa que en pacientes que requieren procedimientos diagnósticos o terapéuticos que impliquen riesgos mayores que el mínimo, el médico debe solicitar consentimiento informado por escrito, por medio del cual se comunica al paciente en qué consisten, así como las alternativas posibles, la probable duración, los límites de confidencialidad, la relación beneficio/riesgo y beneficio/costo del procedimiento.

Finalmente, cabe recordar que en el artículo 12 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, se reconoció el derecho a la igual capacidad jurídica (capacidad de ejercicio) de las personas con discapacidad, esto motivó a que en el 2018 se modifique el Código Civil peruano, eliminando las restricciones a la capacidad jurídica por discapacidad y suprimiendo el análisis del “discernimiento” al momento de evaluar la competencia de una persona para tomar una decisión. De esta manera, actualmente toda persona con discapacidad (también las personas con discapacidad psicosocial, como personas con esquizofrenia, por ejemplo) son plenos sujetos de derecho y pueden manifestar su voluntad en relación con diversos actos jurídicos, siendo uno de ellos el consentimiento informado.

Por lo expuesto en los párrafos precedentes, claro está que estos 36 internamientos y hospitalizaciones sin contar con consentimiento informado otorgado por el propio paciente o su representante legal para tal efecto, son claramente no conformes a las recomendaciones, principios y normas éticas y legales peruanas e internacionales, que regulan la materia.

Sobre la prioridad de atención de la urgencia y emergencia psiquiátrica

Igualmente, durante el desarrollo de los resultados del objetivo específico 1, también se ha determinado con relación a la prioridad de atención de la emergencia psiquiátrica que el 71.81% (n = 507) de los casos que fueron internados y hospitalizados en el Servicio de Emergencia del Hospital “Víctor Larco Herrera” correspondían a prioridad de atención I y II; el 12.04% (n = 85) fueron de prioridad de atención III; y el 1.27% (n = 9) con prioridad de atención IV; además, en el 14.87% (n = 105) no se ha establecido la prioridad de atención; cuyo detalle se muestra en la tabla N° 15 siguiente:

Tabla N° 15
Prioridad de atención de pacientes internados y hospitalizados

Variable	Categoría y valores	n	%
Prioridad de atención	I y II	507	71.81
	III	85	12.04
	IV	9	1.27
No precisa prioridad de atención		105	14.87
Total		706	100.00

Conforme se puede apreciar, el 12.04% (n = 85) de las personas con problemas de salud mental que fueron internadas en el Servicio de Emergencia del Hospital “Víctor Larco Herrera” tenían prioridad de atención III, y el 1.27% (n = 9) tenían prioridad de atención IV, que en total suman 94 usuarios de servicios de salud; sin embargo, sobre estos 94 usuarios debemos precisar que los casos de prioridad de atención III y IV no constituyen emergencias psiquiátricas, por lo tanto no está indicado o prescrito el internamiento y la hospitalización como medida terapéutica, pues en estas situaciones el problema de salud mental no requiere atención médica inmediata, ya que son situaciones clínicas que no ponen en peligro inminente la vida o la salud del usuario de servicio de salud, ni puede generar lesiones graves o secuelas irreversibles, tal como se establece textualmente en el Anexo N° 4 de la Norma Técnica N° 042-MINSA/DGSP-V.01, Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia²¹⁶, bajo los siguientes términos: “*Prioridad III. Pacientes*

que no presentan riesgo de muerte ni secuelas invalidantes, por lo que amerita atención en el Consultorio de Emergencia, entre estos tenemos, por ejemplo:

- Signos y síntomas de depresión sin psicosis
- Crisis de ansiedad disociativas
- Pacientes con neurosis de ansiedad
- Pacientes con reagudización de sus síntomas, pero aun sin conducta psicótica

Prioridad IV

Pacientes sin compromiso de las funciones vitales ni riesgo de complicación inmediata que puede ser atendido en consulta externa o consultorios descentralizados”.

Por otro lado, también se ha advertido que en los 94 usuarios de servicios de salud que fueron internados y hospitalizados a pesar de que tenían prioridad de atención III y IV y que no estaba indicado tal medida terapéutica, en el 64.89% (n = 61) quien suscribió el consentimiento para el internamiento y hospitalización involuntaria fue un pariente consanguíneo, en el 9.57% (n = 9) de los casos la persona que autorizó el internamiento y hospitalización fue un pariente afín, y en el 9.57% (n = 9) de los casos no cuenta con consentimiento informado de internamiento u hospitalización involuntaria; tal como podemos apreciar en detalle en la tabla N° 16 siguiente:

Tabla N° 16
Persona que autoriza el internamiento y hospitalización en casos
de prioridad III y IV

Variable	Categoría y valores	n	%
Persona que autoriza el internamiento y hospitalización de casos con prioridad de atención III y IV	El propio usuario de servicio de salud	15	15.97
	Pariente consanguíneo: Padre, madre, hermano(a), abuelo(a), tío(a), etc.	61	64.89
	Pariente por afinidad: Esposo(a), conviviente, sobrino(a), etc.	9	9.57
	No cuenta con consentimiento informado	9	9.57
Total		94	100.00

Al respecto, debemos manifestar que en los problemas de salud mental con prioridad de atención III y IV, además de no ser una emergencia psiquiátrica, no existe afectación de la capacidad para consentir por cuanto tanto la capacidad de comprender la información relevante, la capacidad de comprender la situación y sus consecuencias, capacidad de razonar sobre las opciones de tratamiento, así como de comunicar una elección están plenamente conservados; por lo tanto, el que debió emitir el consentimiento informado para el internamiento y la hospitalización era el propio paciente y no un familiar o un representante legal, por lo que el internamiento y hospitalización involuntaria de estos usuarios de servicios de salud devienen en irregulares y contrarios a las normas éticas; situación que además se agrava, por cuanto estos usuarios no presentaban criterios clínicos ni psicopatológicos graves como para ser tributario de internamiento y hospitalización involuntaria.

Asimismo, sobre el particular consideramos de vital importancia recordar lo establecido por la ONU en la Resolución N° 46/119, donde se adoptó los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y el mejoramiento de la atención de salud mental; pues en el principio 16 se señala textualmente lo siguiente: *“Principio 16. Admisión involuntaria: Una persona sólo podrá ser admitida como paciente involuntario en una institución psiquiátrica (...) cuando esa persona padece una enfermedad mental y considere: a) Que debido a esa enfermedad mental existe un riesgo grave de daño inmediato o inminente para esa persona o para terceros; o b) Que, en el caso de una persona cuya enfermedad mental sea grave y cuya capacidad de juicio esté afectada”*. Dicho esto, conforme podemos apreciar en estos casos no se cumplían con ninguno de los criterios señalados en el principio 16; pues el problema de salud mental que padecían no fue calificado como grave o muy grave, además que al momento del internamiento y hospitalización involuntaria su capacidad para consentir estaba plenamente conservada.

Pues para que un usuario de servicio de salud con problemas de salud mental sea admitido de forma involuntaria se requiere la concurrencia concomitante de los siguientes factores. En primer lugar, el trastorno mental del usuario debe ser “grave”; en segundo término, debe probarse que la capacidad de juicio, es decir la capacidad de consentir, del paciente está afectada; y, en tercer lugar, debe haber evidencia razonable para considerar que, de no ser internada u hospitalizada, la condición de

salud de la persona sufrirá graves complicaciones o deterioros.

Por lo expuesto, claro está que en los casos donde la prioridad de atención fue III o IV, el internamiento y hospitalización en el Servicio de Emergencia del Hospital “Víctor Larco Herrera”, no habrían sido conformes a las recomendaciones médicas, éticas y legales peruanas e internacionales, que regulan la materia; por cuanto estos casos no constituyen emergencias psiquiátricas, pues en estas situaciones el problema de salud mental no requiere atención médica inmediata, porque no pone en peligro inminente la vida o la salud del usuario de servicio de salud, ni puede generar lesiones graves o secuelas irreversibles.

Igualmente, en los casos donde la prioridad de atención fue III o IV, el internamiento y hospitalización involuntaria, fueron irregulares y contrarios a las recomendaciones médicas, éticas y legales peruanas e internacionales, que regulan la materia; por cuanto los problemas de salud mental calificados como prioridad de atención III y IV no generan afectación de la capacidad para consentir, en consecuencia, de ser necesario, el consentimiento informado para el internamiento u hospitalización debió ser emitido por el propio paciente y no por un pariente o un representante legal.

Con relación al tiempo de duración del internamiento y/o hospitalización

Durante el desarrollo de los resultados del objetivo específico 1, también se ha evidenciado con relación al tiempo de duración del internamiento y hospitalización que el 52.30% (n = 368) de los pacientes que fueron hospitalizados en el Servicio de Emergencia del Hospital “Víctor Larco Herrera”, tuvieron una permanencia hospitalaria de entre 4 a 10 días, y el 33.10% (n = 234) estuvo hospitalizado por entre 2 a 3 días; cuyo detalle se muestra en la tabla N° 17 siguiente:

Tabla N° 17

Tiempo de duración del internamiento y hospitalización

Variable	Categoría y valores	n	%
Tiempo de duración del internamiento y/o hospitalización	1 día	104	14.70
	2 a 3 días	234	33.10
	4 a 10 días	368	52.30
Total		706	100.00

Conforme se puede advertir, el 52.30%, es decir, 368 personas usuarias de servicios de salud estuvieron hospitalizados en el Servicio de Emergencia del Hospital “Víctor Larco Herrera” entre 4 a 10 días, y el 33.10%, 234 personas, por entre 2 a 3 días. Sobre el particular, en el artículo 5° de la Ley de Salud Mental peruana, se establece que el internamiento involuntario puede ejecutarse por un periodo no mayor de doce (12) horas, y la hospitalización involuntaria puede emplearse como medida terapéutica por un tiempo mayor de doce (12) horas. Asimismo, en el numeral 27.7 del Reglamento de la citada Ley, se establece que la vigencia de la orden de internamiento expira a las 12 horas de haber sido emitida, pudiéndose repetirse hasta por un máximo de 72 horas continuas, siguiendo el procedimiento inicial y actualizando el consentimiento, transcurrido el periodo máximo de 72 horas es obligatorio intentar procedimientos de cuidado comunitario. En consecuencia, de acuerdo con la ley de salud mental peruana y su reglamento, en aquellos casos donde la hospitalización fue por un periodo de entre 4 a 10 días devienen en irregulares.

Asimismo, la OMS recomienda que el ingreso y el tratamiento de emergencia solo debe permitirse por un período corto de tiempo, y no están permitidos internamientos más allá de las 72 horas, dado que este plazo proporciona tiempo suficiente para cumplir con todos los requerimientos de los procedimientos esenciales relacionados al ingreso y tratamiento involuntarios. Además, la OMS precisa que, si la persona requiere de hospitalización o tratamiento involuntario más allá de las 72 horas, es necesario reiniciar y completar los procedimientos para tal ingreso y tratamiento dentro de un período temporal determinado. Adicionalmente recomienda que, si el

paciente no reúne las condiciones para el ingreso o tratamiento involuntarios, o si no se cumple con los procedimientos para retener o tratar al usuario de servicio de salud como paciente involuntario, la persona debe ser externada inmediatamente después de finalizada la emergencia.

En suma, fundado en lo señalado en los párrafos precedentes, es evidente que el tiempo de duración de los internamientos y hospitalizaciones involuntarias en el Servicio de Emergencia del Hospital "Víctor Larco Herrera", en los casos en que esta fue de entre 4 a 10 días, no fueron conformes a las recomendaciones éticas y legales peruanas e internacionales, que regulan la materia; por cuanto, de acuerdo a la Ley de Salud Mental peruana y su reglamento, el orden de hospitalización en emergencia tiene una vigencia máxima de 12 horas, pudiendo repetirse hasta por un máximo de 72 horas continuas; asimismo la OMS recomienda que el ingreso o el tratamiento de emergencia no debe ser más allá de las 72 horas, dado que este plazo proporciona tiempo suficiente para cumplir con todos los requerimientos de los procedimientos sustantivos relativos al ingreso y tratamiento involuntarios.

Respecto de los resultados de objetivo específico 3:

Criterios de indicadores de peligro como causales de internamiento y hospitalización involuntaria

Durante el desarrollo de los resultados del objetivo específico 2, también se han hallado resultados que no serían conformes con las recomendaciones éticas y legales peruanas e internacionales, que regulan el internamiento y hospitalización involuntaria de personas en situación de emergencia psiquiátrica.

Al respecto, uno de los criterios valorados o considerados por los psiquiatras del Servicio de Emergencia del Hospital “Víctor Larco Herrera”, para el internamiento y hospitalización involuntaria de personas con diagnósticos como la esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo, trastorno psicótico agudo, y trastorno mental por uso de múltiples sustancias, son los “Criterios de indicadores de peligro”, de la “Lista de verificación de criterios para internamiento y/o hospitalización involuntaria”, los mismos que están orientados a evaluar los factores de riesgo asociados con situaciones de violencia y peligro para el paciente, familiares y terceras personas. Estos criterios de indicadores de peligro están conformados por 7 ítems, los cuales son:

- **Criterio N° 7:** Violencia previa o antecedentes de conducta antisocial
- **Criterio N° 8:** Ideación violenta pasada o presente
- **Criterio N° 9:** Impulsividad
- **Criterio N° 10:** Trastorno de personalidad del grupo B
- **Criterio N° 11:** Falta de apoyo social
- **Criterio N° 12:** Patrón de personalidad antisocial
- **Criterio N° 13:** Cogniciones antisociales

De acuerdo con la encuesta aplicada se ha advertido que los médicos psiquiatras, si valoran o consideran los criterios de indicadores de peligro para indicar el internamiento involuntario en situación de emergencia psiquiátrica; cuyo detalle podemos apreciar en la tabla N° 18 siguiente:

Tabla N° 18

Criterios de indicadores de peligro utilizados por los médicos psiquiatras para el internamiento y hospitalización involuntaria

Criterios	Esquizofrenia		Trastorno afectivo bipolar		Episodio depresivo		Trastorno psicótico agudo		Trastorno mental por uso de múltiples sustancias	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Criterio 1	16	53.33%	18	60.00%	19	63.33%	19	63.33%	18	60.00%
Criterio 2	26	86.67%	25	83.33%	25	83.33%	25	83.33%	23	76.67%
Criterio 3	17	56.67%	16	53.33%	18	60.00%	16	53.33%	16	53.33%
Criterio 4	26	86.67%	25	83.33%	21	70.00%	25	83.33%	25	83.33%
Criterio 5	12	40.00%	10	33.33%	11	36.67%	13	43.33%	11	36.67%
Criterio 6	6	20.00%	7	23.33%	8	26.67%	6	20.00%	6	20.00%
Criterio 7	5	16.67%	5	16.67%	3	10.00%	2	6.67%	4	13.33%
Criterio 8	5	16.67%	8	26.67%	8	26.67%	5	16.67%	9	30.00%
Criterio 9	4	13.33%	3	10.00%	6	20.00%	6	20.00%	6	20.00%
Criterio 10	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	1	3.33%
Criterio 11	4	13.33%	4	13.33%	5	16.67%	3	10.00%	2	6.67%
Criterio 12	0	0.00%	1	3.33%	0	0.00%	1	3.33%	3	10.00%
Criterio 13	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	1	3.33%	3	10.00%
Criterio 14	3	10.00%	3	10.00%	1	3.33%	2	6.67%	2	6.67%
Criterio 15	6	20.00%	5	16.67%	0	0.00%	2	6.67%	2	6.67%
Criterio 16	8	26.67%	7	23.33%	6	20.00%	7	23.33%	5	16.67%
Criterio 17	1	3.33%	2	6.67%	2	6.67%	3	10.00%	4	13.33%
Criterio 18	8	26.67%	8	26.67%	9	30.00%	5	16.67%	6	20.00%
Criterio 19	3	10.00%	4	13.33%	4	13.33%	3	10.00%	4	13.33%
Criterio 20	1	3.33%	3	10.00%	2	6.67%	3	10.00%	2	6.67%
Criterio 21	5	16.67%	3	10.00%	5	16.67%	5	16.67%	6	20.00%
Criterio 22	1	3.33%	1	3.33%	1	3.33%	2	6.67%	3	10.00%
Criterio 23	0	0.00%	1	3.33%	0	0.00%	2	6.67%	0	0.00%
Criterio 24	6	20.00%	6	20.00%	6	20.00%	5	16.67%	3	10.00%
Criterio 25	2	6.67%	1	3.33%	2	6.67%	3	10.00%	1	3.33%

n = Numero de médicos psiquiatras que consideran el criterio para indicar el internamiento involuntario de pacientes según tipo de trastorno mental.

Conforme se puede apreciar en la tabla precedente, si bien los criterios de indicadores de peligro son los menos valorados o considerados para indicar el internamiento y hospitalización involuntaria; sin embargo el 16.67% (n = 5) de los

médicos psiquiatras consideran o valoran el criterio N° 7 (Violencia previa y/o antecedentes de conducta antisocial), y el criterio N° 8 (Ideación violenta pasada o presente), para indicar el internamiento involuntario de pacientes con esquizofrenia; igualmente el 16.67% (n = 5) de los médicos psiquiatras consideran o valoran el criterio 7 (Violencia previa y/o antecedentes de conducta antisocial), así como el 26.67% (n = 8) de médicos el criterio 8 (Ideación violenta pasada o presente), para indicar el internamiento involuntario de pacientes con trastorno afectivo bipolar. El 26.67% (n = 8) de los médicos psiquiatras consideran o valoran el criterio 8 (Ideación violenta pasada o presente), y el 20.00% (n = 6) el criterio 9 (Impulsividad), para prescribir el internamiento involuntario de personas con episodio depresivo; además, el 30.00% (n = 9) de los médicos psiquiatras consideran o valoran el criterio 8 (Ideación violenta pasada o presente), y el 20.00% (n = 6) el criterio 9 (Impulsividad), así como los criterios 12 (Patrón de personalidad antisocial) y 13 (Cogniciones antisociales) en un 10.00% (n = 3), para indicar el internamiento involuntario de personas trastorno mental por uso de múltiples sustancias.

Sin embargo, sobre el particular el numeral 13 del artículo 27°, del Reglamento de la Ley de Salud Mental peruana, se establece taxativamente que los servicios de internamiento y hospitalización se realizan sin discriminación atribuida a peligrosidad o a otros prejuicios propios de la estigmatización hacia las personas con problemas de salud mental.

Por el contrario, el Tribunal Constitucional peruano en la Sentencia N° 476/2020, Expediente N.° 05048-2016-PA/TC, de 18 de agosto de 2020; caso J. E. S. C., con diagnóstico esquizofrenia paranoide – hebefrénica, contra el Seguro Social de Salud - EsSalud, estableció que EsSalud deberá considerar el modelo social de discapacidad que incluye, entre otros, la excepcionalidad de la hospitalización de la persona con discapacidad mental; debiendo en dicha excepcionalidad, no solamente considerar el diagnóstico médico, sino también el modelo de atención comunitaria, además de otros factores como el peligro para la seguridad e integridad de sí misma, su familia o terceros (situación de agresividad o violencia) y la situación del entorno familiar en todos sus aspectos (económico y social), para esto último se debe contar con el apoyo de profesionales de trabajo social de EsSalud.

En la legislación comparada de la región Sudamericana, sobre la peligrosidad del paciente como causal de internamiento y hospitalización involuntaria en los servicios de emergencia, se establece, por ejemplo, en Colombia en la Ley N° 1306, Ley para la Protección de Personas con Discapacidad Mental y Régimen de Representación Legal de Incapaces Emancipados, se dispone que las personas con discapacidad mental absoluta gozan de libertad, a menos que su internamiento por causa de su discapacidad sea imprescindible para la salud y terapia del paciente o por tranquilidad y seguridad ciudadana.

En Chile, los criterios y procedimientos para la hospitalización y internamiento involuntario en psiquiatría se encuentran regulados en la Ley N° 2133, Ley del Reconocimiento y Protección de los Derechos de las Personas en la Atención de Salud Mental, donde se establece que la hospitalización psiquiátrica es una medida terapéutica excepcional y esencialmente transitoria, y que sólo procederá cuando no sea posible un tratamiento ambulatorio para la atención de un problema de salud mental y exista una situación real de riesgo cierto e inminente para la vida o la integridad de la persona o de terceros.

En la Argentina, en el artículo 20° de la Ley N° 26.657, Ley Nacional de Salud Mental, se regula el internamiento y hospitalización involuntaria, y prescribe que la hospitalización involuntaria es un recurso terapéutico excepcional en caso de que no sea posible el abordaje ambulatorio; y precisa que procede solo cuando a criterio del equipo de salud media una situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.

Por otro lado, estudios como de Tuohimaki et al²¹⁷, señalan que si bien la “Lista de verificación de criterios para internamiento y/o hospitalización involuntaria”, pone un énfasis considerable en el riesgo aparente de violencia, pero es notable que el riesgo de violencia no se asocia consistentemente con el internamiento involuntario en toda la literatura publicada, por cuanto de los 1,543 ingresos en tres hospitales psiquiátricos universitarios finlandeses descubrieron que una amenaza pública no desempeñaba un papel crucial en el internamiento involuntarios; pues según la Ley de Salud Mental Finlandesa (1990/1116), las condiciones previas para el ingreso hospitalario psiquiátrico obligatorio son que el individuo sufra una enfermedad mental

o, si es menor de 18 años, un trastorno mental grave que requiera tratamiento, ya que si no se trata, el trastorno psiquiátrico empeorará y/o supondrá una amenaza para la salud o la seguridad del propio individuo y/o una amenaza para la salud o la seguridad de los demás, y todos los demás servicios de salud mental son inaplicables o inadecuados. En este estudio, los pacientes predominantemente masculinos que fueron admitidos bajo el criterio de "potencialmente perjudicial para los demás" no fueron tratados con más frecuencia con medidas coercitivas y su duración de la estancia fue similar a la de los pacientes internados por otros motivos.

Asimismo, los hallazgos de O'Callaghan et al, van en el mismo sentido de lo observado por Tuohimaki et al, ya que la subescala de peligro de la "Lista de verificación de criterios para internamiento y/o hospitalización involuntaria", fue la única subescala que no difirió entre los pacientes voluntarios e involuntarios, pues según la legislación Irlandesa, el peligro para uno mismo o para los demás puede formar parte de los criterios para el ingreso involuntario, pero, al igual que en la Ley de Salud Mental Finlandesa²¹⁸, no es obligatorio, por cuanto en Irlanda, un paciente para ser internado involuntariamente necesita tener una enfermedad mental grave, una demencia severa o una discapacidad grave; y a causa de esta enfermedad, esta discapacidad o esta demencia, existe una alta probabilidad de que el paciente se cause un daño inmediato y grave a sí mismo o a otras personas.

Por su parte Barrios²¹⁹, ²²⁰ Carrasco²²¹ y Blanco²²² mencionan que los diferentes criterios de internamiento involuntario en los Estados miembros de la Unión Europea son notables, ya que el criterio de peligrosidad es obligatorio en Austria, Bélgica, Francia, Alemania, Luxemburgo y los Países Bajos; el criterio de peligrosidad o la necesidad de tratamiento están presentes en Dinamarca, Finlandia, Grecia, Irlanda, Portugal y el Reino Unido, y la necesidad de tratamiento sólo, sin referencia al criterio de peligrosidad en Italia, España y Suecia; por lo que la falta de un criterio de peligrosidad obligatorio puede afectar a la puntuación global de peligrosidad y a la relevancia de esta sección dentro la "Lista de verificación de criterios para internamiento y/o hospitalización involuntaria", lo que indica la posible modificación necesaria en las distintas jurisdicciones.

Desde nuestro punto de vista la figura de la “peligrosidad” de las personas con trastornos mentales no debe ser considerada como un criterio a considerar para el internamiento u hospitalización involuntaria, ya que esto no solo estigmatiza a las personas con problemas de salud mental, sino que traslada al profesional de la salud la decisión de restringir la libertad sobre la base del riesgo o posibilidad de ocurrencia de un acto ilícito, decisión que en todo caso debería estar en manos de un(a) juez(a).

En suma, si bien uno de los criterios valorados o considerados por los psiquiatras de nuestro estudio para el internamiento y hospitalización involuntaria de personas con diagnósticos como la esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo, trastorno psicótico agudo, y trastorno mental por uso de múltiples sustancias, son los “Criterios de indicadores de peligro”; también es cierto que estos criterios son los menos valorados o considerados para indicar esta medida terapéutica; no obstante, estos criterios de indicadores de peligro valorados o considerados por los médicos psiquiatras para el internamiento y hospitalización involuntaria de personas con este tipo de trastornos mentales, no serían conformes a las recomendaciones éticas y legales peruanas e internacionales, que regulan la materia.

CONCLUSIONES

PRIMERA:

La hospitalización y el internamiento involuntario son medidas terapéuticas de carácter excepcional, revisables periódicamente, y solo pueden llevarse a cabo cuando aporten mayores beneficios terapéuticos para el usuario de servicio de salud que otras posibles intervenciones, debiendo realizarse por el tiempo estrictamente necesario. Además, para la hospitalización y el internamiento involuntario se requiere de la concurrencia de los siguientes factores: i) que el paciente presente un trastorno mental y del comportamiento calificado como grave; ii) que la capacidad para consentir la hospitalización esté afectada, a pesar de haberse proporcionado las medidas de accesibilidad, ajustes razonables, y acciones reales e idóneas para tal efecto; y iii) debe haber evidencia razonable sobre, de no ser ingresada al establecimiento de salud, se pone en peligro inminente la vida y la salud de la persona, o sufriría graves secuelas.

SEGUNDA:

No existe un estándar, un instrumento o escala de valoración, o una norma universalmente aceptada para evaluar la capacidad para consentir, por lo que el proceso de evaluación de esta capacidad requiere una considerable pericia por parte del psiquiatra; aunque muchos autores sugieren que la competencia decisoria requiere la concurrencia concomitante de los siguientes elementos: capacidad de comprender la información relevante; capacidad de comprender la situación y sus consecuencias; capacidad de razonar sobre las opciones de tratamiento; y capacidad de comunicar una elección. Tampoco existen criterios médicos unívocos y universales por cada tipo de trastorno mental y del comportamiento, claramente establecidos para proceder al internamiento u hospitalización involuntaria, por cuanto dependen no solo del cuadro psicopatológico de cada paciente, sino también del contexto en que se produzca el trastorno, la situación sociofamiliar y ello exige, invariablemente, la evaluación de ese conjunto de factores en cada caso en concreto.

TERCERA:

Durante el periodo de estudio, en el Servicio de Emergencia del Hospital “Víctor Larco Herrera”, se internaron 706 personas con problemas de salud mental, de los cuales el 38.24% (n = 270) correspondían al sexo masculino y el 61.76% (n = 436) al sexo femenino; asimismo, el 8.36% (n = 59) de pacientes eran menores de edad y el 91.64% (n = 650) de edad adulta; igualmente, en el 10.62% (n = 75) de los casos, quien consintió el internamiento y hospitalización fue el propio paciente, el 5.10% (n = 39) de casos no cuenta con consentimiento informado para el internamiento y hospitalización, y el 89.38 % (n = 631) de los usuarios fueron internados y hospitalizados de forma involuntaria o sin su consentimiento. Por otro lado, los cinco problemas de salud mental más prevalentes, en los pacientes hospitalizados o internados los siguientes: 1) Esquizofrenia paranoide (F20.0), (n = 234); 2) Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable (F60.3), (n = 62); 3) Trastorno bipolar, episodio actual maníaco con síntomas psicóticos (F31.2), (n = 55); 4) Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas (F19.5), (n = 42); y 5) Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2), (n = 41).

CUARTA:

Los criterios más valorados o considerados por los médicos del Servicio de Emergencia del Hospital “Víctor Larco Herrera”, para el internamiento u hospitalización involuntaria de personas con esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo, trastorno psicótico agudo, y trastorno mental por uso de múltiples sustancias, son los criterios legales que se encuentran establecidos en la ley de salud mental peruana. Asimismo, los criterios con menos valoraciones o consideraciones, para las mismas psicopatologías, son los criterios de indicadores de peligro, ya que de los siete criterios que evalúa el indicador de peligro, en todos los casos se presenta entre uno a tres criterios que no tiene ninguna aceptación, siendo las más recurrentes el trastorno de personalidad del grupo B, el patrón de personalidad antisocial, y las cogniciones antisociales.

QUINTA:

Si bien uno de los criterios valorados o considerados por los psiquiatras, para el internamiento y hospitalización involuntaria de personas con diagnósticos como la esquizofrenia, el trastorno afectivo bipolar, el episodio depresivo, el trastorno psicótico agudo, y el trastorno mental por uso de múltiples sustancias, son los “criterios de indicadores de peligro”, también es cierto que estos criterios son los menos valorados o considerados para indicar el internamiento y hospitalización involuntaria. Considerando que tanto el internamiento como la hospitalización se deben realizar sin discriminación atribuida a peligrosidad o a otros prejuicios propios de la estigmatización hacia las personas con problemas de salud mental, valorar estos criterios para tales efectos, no es conforme a las disposiciones legales peruanas que regulan la materia.

SEXTA:

Los internamientos y hospitalizaciones en el Servicio de Emergencia del Hospital “Víctor Larco Herrera”, de casos con prioridad de atención III o IV, no fueron conformes a las recomendaciones médicas, éticas y legales peruanas e internacionales que regulan esta medida terapéutica; por cuanto estos casos no constituyen emergencias psiquiátricas, pues en estas situaciones, el problema de salud mental no requiere atención médica inmediata, ya que no pone en peligro inminente la vida o la salud del usuario de servicio de salud, ni puede generar lesiones graves o secuelas irreversibles. Igualmente, estos casos calificados como prioridad de atención III y IV no generan afectación de la capacidad para consentir, en consecuencia, de ser necesario su ingreso, el consentimiento informado para el internamiento u hospitalización debió ser emitido por el propio paciente y no por un pariente o un representante legal. Además, los casos donde el tiempo de hospitalización fue de entre 4 a 10 días, tampoco son conformes a las recomendaciones éticas y legales peruanas e internacionales que regulan la materia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Perú. Ministerio de Salud. Guía Técnica: Cuidado de la salud mental de la población afectada, familia y comunidad, en el contexto de COVID-19. Resolución Ministerial N° 180-2020-MINSA (06 Abr 2020).
- 2 Organización Panamericana de la Salud. Prevención del suicidio. [Internet]. Washington: OPS; 2022 [citado 17 Oct 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>.
- 3 Organización Mundial de la Salud. Salud mental y apoyo psicosocial en las emergencias [Internet]. Ginebra: OMS; 2020 [citado 20 Oct 2023]. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/emergencias/es/.
- 4 Organización Mundial de la Salud. Salud mental y apoyo psicosocial en las emergencias [Internet]. Ginebra: OMS; 2020 [citado 20 Oct 2023]. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/emergencias/es/.
- 5 Perú. Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental. Decreto Supremo N° 007-2020-SA (05 Mar 2020).
- 6 Martins De Barros D. Psiquiatría Forense: Interfaces Jurídicas, Éticas e Clínicas. 2ª ed. Rio de Janeiro: Artmed; 2020. 130 p.
- 7 Martins De Barros D. Psiquiatría Forense: Interfaces Jurídicas, Éticas e Clínicas. 2ª ed. Rio de Janeiro: Artmed; 2020. 130 p.
- 8 Chinchilla A. Coordinador. Breviario de Urgencias Psiquiátricas. 1ª ed. Barcelona: Elsevier; 2011. 13-14 p.
- 9 Arribas López, E. Sobre los internamientos no voluntarios por trastornos psíquicos asociados a la edad. Rev. Aranzadi Doctrinal. 2017; 10538: 1-12.
- 10 Chinchilla A. Coordinador. Breviario de urgencias psiquiátricas. 1ª ed. Barcelona: Elsevier; 2011. 13-14 p.
- 11 Uribe M. Urgencias en psiquiatría: Salud mental y medicina psicológica. [Internet]. 3ª ed. Madrid: McGraw Hill; 2018 [citado 30 Set de 2022]. 38 p. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2368§ionid=187436614>.
- 12 Uribe M. Urgencias en psiquiatría: Salud mental y medicina psicológica. [Internet]. 3ª ed. Madrid: McGraw Hill; 2018 [citado 30 Set de 2022]. 38 p. Disponible en:

-
- <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2368§ionid=187436614>.
- 13 Perú. Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología. Vigilancia de problemas de salud mental priorizados en establecimientos de salud centinela 2016 – 2021 [Internet]. Lima; 2022. [citado 15 Ago 2022]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2022/SE20/mental.pdf>.
 - 14 Perú. Ley N° 30947, Ley de Salud Mental [Internet]. 22 May 2019 [citado 18 Ago 2022]. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-de-salud-mental-ley-n-30947-1772004-1/>
 - 15 Organización de las Naciones Unidas (ONU). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad [Internet]. Washington: ONU; 2006. [citado 15 Ago 2022]. Disponible en: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
 - 16 Organización Mundial de la Salud. Manual de recursos sobre salud mental, derechos humanos y legislación [Internet]. Ginebra, Suiza: ed. de la OMS; 2006 [citado 20 Mar 2022]. 49 p. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/policy/legislation/WHO_Resource_Book_MH_LEG_Spanish.pdf.
 - 17 Perú. Ministerio de Salud Perú. Norma Técnica N° 042-MINSA/DGSP-V.01, Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia. Resolución Ministerial N° 386-2006/MINSA (20 Abr 2006).
 - 18 Perú. Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30947, Ley de Salud Mental. Decreto Supremo N° 007-2020-SA (05 Mar 2020).
 - 19 Manual de Ética del Colegio Americano de Médicos [Internet]. 7ª ed. 15 Ene 2019. [citado 20 Nov 2022]. Disponible en: <https://www.acponline.org/clinical-information/ethics-and-professionalism/acp-ethics-manual-seventhedition-a-comprehensive-medical-ethics-resource/acp-ethics-manual-seventh-edition>.
 - 20 Osuna E. La escucha, la comunicación y el acompañamiento en la deliberación clínica. Discurso de ingreso en Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia. Murcia. Diego Marin Librero-Editor. 2013.
 - 21 Espinosa-Suárez NR, Zapata del Mar CM, Mejía-Pérez LA. Conspiración del silencio en la enfermedad terminal. Rev Neuropsiquiatr. 2017; 80(2): 125-136.

-
- ²² Noto T, Osuna E (dir), Fernández-Campos JA (dir), Maniaci G (dir). Libertad y autonomía en la relación clínica en la etapa final de la vida. Un estudio comparado desde la perspectiva del Bioderecho [Tesis Doctoral]. Universidad de Murcia. 2021.
- ²³ Simón P, Barrio IM. ¿Quién puede decidir por mí? Una revisión de la legislación española vigente sobre las decisiones de representación y las instrucciones previas. *Rev Calid Asist.* 2004;19(7): 460-472.
- ²⁴ Gracia D. La relación clínica. *Bioética Clínica.* 1ª ed. Estudios en Bioética. Santa Fé de Bogotá. El Buhó. 1998; 2: 61-67.
- ²⁵ Informe Belmont. Principios éticos y recomendaciones para la protección de las personas objeto de la experimentación biomédica y de la conducta. Ensayos clínicos en España (1982-1988). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 1990; 17: 121-131.
- ²⁶ Osuna E. La protección jurídica del menor en el ámbito sanitario. En: Estudios jurídicos sobre responsabilidad penal, civil y administrativa del médico y otros agentes sanitarios. 1ª ed. Madrid: Dykinson. 2010. 797-835.
- ²⁷ Osuna E. Los Derechos del enfermo en el Marco Jurídico Español. *Rev Latinoamericana Derecho Médico y Medicina Legal.* 2003; 5(1): 67-71.
- ²⁸ Osuna E. El derecho a la información sanitaria en la Ley 41/2002. *Cuadernos de Bioética.* 2006;17: 27-42.
- ²⁹ Osuna E. Asistencia sanitaria y avances científico-tecnológicos en un ámbito multicultural. En: Retos y propuestas para el sistema de salud. Pérez-Gálvez JF (director). Valencia. Tirant lo Blanch. 2019: 375-405.
- ³⁰ Richardson DB. Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding. *Med J Aust.* 2006; 184: 213–216.
- ³¹ Cha WC, Shin SD, Cho JS, Song KJ, Singer AJ, Kwak YH. The Association Between Crowding and Mortality in Admitted Pediatric Patients from Mixed Adult-Pediatric Emergency Departments in Korea. *Pediatr Emerg Care.* 2011; 27: 1136–1141.
- ³² Guttman A, Schull MJ, Vermeulen MJ, Stukel TA. Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department: Population based cohort study from Ontario, Canada. *BMJ.* 2011; 342: d2983.

-
- ³³ McCarthy ML, Zeger SL, Ding R, Levin SR, Desmond JS, Lee J, y cols. Crowding Delays Treatment and Lengthens Emergency Department Length of Stay, Even Among High-Acuity Patients. *Ann Emerg Med.* 2009; 54: 492–503.
- ³⁴ Van der Linden MC, Meester BE, van der Linden N. Emergency department crowding affects triage processes. *Int Emerg Nurs.* 2016; 29: 27–31.
- ³⁵ Jeanmonod D, Jeanmonod R. Overcrowding in the Emergency Department and Patient Safety [Internet]. *Vignettes in Patient Safety - Volume 2.* InTech; [citado 20 Mar 2022]. 2018. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.69243>
- ³⁶ Savioli G, Ceresa IF, Gri N, Piccini GB, Longhitano Y, Zanza C, y cols. Emergency Department Overcrowding: Understanding the Factors to Find Corresponding Solutions. *J Pers Med.* 2022;12(2): 279.
- ³⁷ Osuna E. Asistencia sanitaria y avances científico-tecnológicos en un ámbito multicultural. En: *Retos y propuestas para el sistema de salud.* Pérez-Gálvez JF (director). Valencia. Tirant lo Blanch. 2019: 375-405.
- ³⁸ Grosberg D, Grinvald H, Reuveni H, Magnezi R. Frequent surfing on social health networks is associated with increased knowledge and patient health activation. *J Med Internet Res.* 2016;18(8): 212.
- ³⁹ Hood M, Wilson R, Corsica J, Bradley L, Chirinos D, Vivo A. What do we know about mobile applications for diabetes self-management? A review of reviews. *J Behav Med.* 2016;39(6): 981–94.
- ⁴⁰ Mohammadi R, Ayatollahi Tafti M, Hoveidamanesh S, Ghanavati R, Pournik O. Reflection on mobile applications for blood pressure management: A Syst rev on potential effects and initiatives. *Stud Health Technol Inform.* 2018; 247: 306–310.
- ⁴¹ Vukušić Rukavina T, Viskić J, Machala Poplašen L, Relić D, Marelić M, Jokic D, Sedak K. Dangers and Benefits of Social Media on E-Professionalism of Health Care Professionals: Scoping Review. *J Med Internet Res* [Internet]. 2021 [citado 20 Oct 2023]. Nov 17; 23(11):e25770. Disponible en: doi: 10.2196/25770. PMID: 34662284; PMCID: PMC8663533.
- ⁴² Osuna E. Asistencia sanitaria y avances científico-tecnológicos en un ámbito multicultural. En: *Retos y propuestas para el sistema de salud.* Pérez-Gálvez JF (director). Valencia. Tirant lo Blanch. 2019: 375-405.
- ⁴³ Schwarz I, Houck DA, Belk JW, Hop J, Bravman JT, McCarty E. The Quality and Content of Internet-Based Information on Orthopaedic Sports Medicine Requires Improvement: A Syst Rev. *Arthrosc Sports Med Rehabil.* 2021;3(5):1547–1555.

-
- 44 Organización Mundial de la Salud. Telemedicine: Opportunities and developments in Member States: report on the second global survey on eHealth. WHO Global Observatory for eHealth [Internet]. 2010 [citado 20 Oct 2023]. Disponible en:
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44497>
- 45 Li JO, Liu H, Ting D, Jeon S, Chan R, Kim JE, y cols. Digital technology, telemedicine and artificial intelligence in ophthalmology: A global perspective. *Prog Retin Eye Res.* 2021; 82:100900.
- 46 Van Erkel FM, Pet MJ, Bossink EHM, van de Graff FM, Hodes MTJ, van Ogtrop SN, y cols. Experiences of patients and health care professionals on the quality of telephone follow-up care during the COVID-19 pandemic: a large qualitative study in multidisciplinary academic setting. *BMJ Open.* 2022;12: e058361.
- 47 Aliberti GM, Bhatia R, Desrochers LB, Gilliam EA, Schonberg MA. Perspectives of primary care clinicians in Massachusetts on use of telemedicine with adults aged 65 and older during the COVID-19 pandemic. *Prev Med Rep.* 2022; 26:101729.
- 48 Gomez T, Anaya YB, Shih KJ, Tarn DM. A Qualitative Study of Primary Care Physicians' Experiences With Telemedicine During COVID-19. *J Am Board Fam Med.* 2021; 34: 61–70.
- 49 Villalobos J, Calvanese N. La relación médico-paciente en tiempos de COVID-19. ¿Un cambio de paradigma? *Rev Med Chil.* 2021; 149: 1070-1074.
- 50 Duffy EY, Ashen D, Blumenthal RS, Davis DM, Gulati M, Blaha MJ, y cols. Communication approaches to enhance patient motivation and adherence in cardiovascular disease prevention. *Clin Cardiol.* 2021; 44(9):1199-1207.
- 51 Barsky AJ. The paradox of health. *N Engl J Med* [Internet]. 1988 [citado 20 Oct 2022]. Feb 18;318(7):414-8. Disponible en:
doi: 10.1056/NEJM198802183180705. PMID: 3340120.
- 52 Lázaro J., Gracia D. La relación médico-enfermo a través de la historia. *Anales Sis San Navarra* [Internet]. 2006 [citado 20 Mar 2022]. 29 (Suppl 3): 7-17. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000600002 &lng=es.
- 53 Rodríguez Arce M. *Relación Médico Paciente.* 1ª ed. La Habana: Ecimed; 2008. 93 – 97 p.

-
- ⁵⁴ Ramos de Viesca M. El Consentimiento Informado en Psiquiatría. 1ª ed. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas Universidad Nacional Autónoma [Internet]. 2017 [citado 20 Nov 2023]. Disponible en:
<https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv/detalle-libro/4445-consentimiento-informado-fundamentos-y-problemas-de-su-aplicacion-practica>
- ⁵⁵ Beauchamp L, Childress F. Respect for Autonomy Chapter 3: Principles of Biomedical Ethics, 4ª ed. Nueva York, Oxford University Press; 1994. 120-121 p.
- ⁵⁶ Manual de Ética del Colegio Americano de Médicos [Internet]. 7ª ed. 15 Ene 2019. [citado 20 Nov 2022]. Disponible en:
<https://www.acponline.org/clinical-information/ethics-and-professionalism/acp-ethics-manual-seventhedition-a-comprehensive-medical-ethics-resource/acp-ethics-manual-seventh-edition>.
- ⁵⁷ Perú. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud N° 139-MINSA/2018/DGAIN: Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica. Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA (15 Mar 2018).
- ⁵⁸ Perú. Superintendencia Nacional de Salud – Susalud. Acuerdo N° 006-2018 del Tribunal de Susalud. Precedente administrativo de observancia obligatoria sobre el registro del consentimiento informado en las instituciones prestadoras de servicios de salud – IPRESS (20 Dic 2018).
- ⁵⁹ Fernández Sessarego C. La responsabilidad civil del médico y el consentimiento informado. 1ª ed. Lima: Motivensa; 2011. 280 p.
- ⁶⁰ Galán Cortés JC. El consentimiento informado del usuario de los servicios sanitarios. 1ª ed. Madrid: Colex; 1997. 19 p.
- ⁶¹ Galán Cortés JC. La responsabilidad médica y el consentimiento informado. Rev Méd de Uruguay [Internet]. 1999 [citado 20 Nov 2023]. 15(1): 5-12. Disponible en: <http://www.rmu.org.uy/revista/15/1/2/es/2/>.
- ⁶² Galán Cortés JC. Consentimiento Informado en anestesiología: La antelación suficiente como requisito de validez. Rev Esp Anestesiología Reanim. 2014; 61(2): 94-100.
- ⁶³ Osuna E. El derecho a la información sanitaria en la Ley 41/2002 [Internet]. Madrid: Cuad de Bioét. 2006 [citado 20 Mar 2022]. Vol. XVII, núm.59. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/pdf/875/87505902.pdf>

-
- ⁶⁴ Domínguez Luelmo A. Derecho Sanitario y Responsabilidad Médica. 2ª ed. Valladolid: Lex Nova; 2006. 298 p.
- ⁶⁵ Berro Rovira G. Consentimiento informado. Rev Uruguay de Cardiol [Internet]. 2013 Abr [citado 20 Mar 2022]. 28(1) 17-31. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202013000100007&lng=es.
- ⁶⁶ Rego S, Grove ME, Cho MK, Ormond KE. Informed Consent in the Genomics Era. Cold Spring Harb Perspect Med [Internet]. 2020 [citado 20 Mar 2022]. Aug 3;10(8): a036582. Disponible en: [doi:10.1101/cshperspect.a036582](https://doi.org/10.1101/cshperspect.a036582). PMID: 31570382; PMCID: PMC7397836.
- ⁶⁷ Beauchamp T. On Common Morality as Embodied Practice. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics. 2014;23(1): 86-93.
- ⁶⁸ Noto T. Libertad y autonomía en la relación clínica en la etapa final de la vida. Un estudio comparado desde la perspectiva del Bioderecho [Tesis Doctoral]. Universidad de Murcia. 2021.
- ⁶⁹ Normahani P, Sounderajah V, Harrop-Griffiths W, Chukwuemeka A, Peters NS, Stanfield NJ y cols. Achieving good-quality consent: review of literature, case law and guidance. BJS Open. 2020;4(5): 757–763.
- ⁷⁰ Manual de Ética del Colegio Americano de Médicos [Internet]. 7ª ed. 15 Ene 2019. [citado 20 Nov 2022]. Disponible en: <https://www.acponline.org/clinical-information/ethics-and-professionalism/acp-ethics-manual-seventhedition-a-comprehensive-medical-ethics-resource/acp-ethics-manual-seventh-edition>.
- ⁷¹ Perú. Superintendencia Nacional de Salud – Susalud. Acuerdo N° 006-2018 del Tribunal de Susalud. Precedente administrativo de observancia obligatoria sobre el registro del consentimiento informado en las IPRESS (20 Dic 2018).
- ⁷² Galán Cortés J. Responsabilidad médica y el consentimiento informado. 1ª ed. Madrid: Civitas; 1999. 90 p.
- ⁷³ Berro Rovira G. Consentimiento Informado. Rev Uruguay de Cardiol [Internet]. 2013 Abr [citado 20 Mar 2022]. 28(1) 17-31. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-4202013000100007&lng=es.

-
- ⁷⁴ Osuna E. El derecho a la información sanitaria en la Ley 41/2002 [Internet]. Madrid: Cuad de Bioét. 2006 [citado 20 Mar 2022]. Vol. XVII, núm.59. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/pdf/875/87505902.pdf>
- ⁷⁵ Osuna E. Los derechos del enfermo en el marco jurídico español. *Rev Latinoam de Derecho Médico y Medicina Legal*. 2000; 5: 67-72 p.
- ⁷⁶ Barquero A, León V. El Consentimiento Informado dentro de la práctica médica asistencial como elemento fundamental de la Lex Artis Ad Hoc y su ausencia como generadora de Responsabilidad Médica [Tesis de maestría] Costa Rica: Universidad de Costa Rica, Facultad de Derecho; [citado 30 Mar 2022]. 2015. Disponible en:
<http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/handle/123456789/3041>
- ⁷⁷ España. Ley 8/2021, Ley de reforma de legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica [Internet]. 2021 [citado 29 Mar 2022]. BOE núm 132, de 03 Junio 2021. Disponible en:
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2021-9233>
- ⁷⁸ Raposo VL, Osuna E. European Convention of Human Rights and Biomedicine. In: Beran, R. (eds) *Legal and Forensic Medicine*. Springer, Berlin, Heidelberg [Internet]. 2013 [citado 20 Mar 2022]. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-3-642-32338-6_98.
- ⁷⁹ Convenio del Consejo de Europa para la protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano respecto de las aplicaciones de biología y la medicina, suscrito el día 4 de abril de 1997, por los Estados miembros del Consejo de Europa.
- ⁸⁰ Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). Report of International Bioethics Committee of UNESCO (IBC). On Consent. *The Universal Declaration on Bioethics and Human Rights*. Paris: UNESCO; 2005.
- ⁸¹ Johnston C, Liddle J. The Mental Capacity Act 2005: a new framework for healthcare decision making. *J Med Ethics* [Internet]. 2007 [citado 22 Mar 2022]. Feb;33(2): 94-7. Disponible en: doi: 10.1136/jme.2006.016972. PMID: 17264196; PMCID: PMC2598235.

-
- ⁸² Nishimura A, Carey J, Erwin PJ, Tilburt JC, Murad MH, McCormick JB. Improving understanding in the research informed consent process: a systematic review of 54 interventions tested in randomized control trials. *BMC Med Ethics* [Internet]. 2013 [citado 23 Mar 2022]. Jul 23; 14: 28. Disponible en: doi: 10.1186/1472-6939-14-28. PMID: 23879694; PMCID: PMC3733934.
- ⁸³ Amer AB. Informed consent in adult psychiatry. *Oman Med J* [Internet]. 2013 [citado 25 Mar 2022]. Jul;28(4): 228-231. Disponible en: doi: 10.5001/omj.2013.67. PMID: 23904913; PMCID: PMC3725243.
- ⁸⁴ Schneider PL, Bramstedt KA. When psychiatry and bioethics disagree about patient decision making capacity (DMC). *J Med Ethics* [Internet]. 2006 [citado 22 Jul 2023]. Feb;32(2): 90-93. Disponible en: doi: 10.1136/jme.2005.013136. PMID: 16446413; PMCID: PMC2563324.
- ⁸⁵ Karlawish J, Kim SY, Knopman D, van Dyck CH, James BD, Marson D. Interpreting the clinical significance of capacity scores for informed consent in Alzheimer disease clinical trials. *Am J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 2008 [citado 15 Jul 2023]. Jul;16(7): 568-574. Disponible en: doi: 10.1097/JGP.0b013e318172b406. Epub 2008 Jun 12. PMID: 18556397; PMCID: PMC3936673.
- ⁸⁶ Grisso T, Appelbaum PS, Hill-Fotouhi C. The MacCAT-T: a clinical tool to assess patients' capacities to make treatment decisions. *Psychiatr Serv* [Internet]. 1997 [citado 10 Jul 2023]. Nov;48(11): 1415-1419. Disponible en: doi: 10.1176/ps.48.11.1415. PMID: 9355168.
- ⁸⁷ Hafemeister T, Sales B. Interdisciplinary Evaluations for Guardianships and Conservatorships. *Law and Human Behavior* [Internet]. 1984 [citado 15 Jul 2023]. 8 (3/4): 335-354. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/BF01044700>
- ⁸⁸ Appelbaum BC, Appelbaum PS, Grisso T. Competence to consent to voluntary psychiatric hospitalization: a test of a standard proposed by APA. *American Psychiatric Association. Psychiatr Serv* [Internet]. 1998 [citado 10 Jul 2023]. Sep;49(9): 1193-1196. Disponible en: doi: 10.1176/ps.49.9.1193. PMID: 9735961.
- ⁸⁹ Barrios Flores LF. El ingreso psiquiátrico involuntario de carácter urgente: una revisión, tras la STC 141/2012, de 2 de julio. *Rev de la Asoc Española de Neuropsiquiat*. 2012; 32 (116): 829-847.

-
- ⁹⁰ Husum T, Bjorngaard J, Finset A, Ruud T. A cross-sectional prospective study of seclusion, restrain and involuntary medication in acute psychiatric wards: patient, staff and ward characteristics. *BMC Health Serv Research*. 2010; 10 (89): 1 - 9.
- ⁹¹ Appelbaum BC, Appelbaum PS, Grisso T. Competence to consent to voluntary psychiatric hospitalization: a test of a standard proposed by APA. *Psychiatr Serv [Internet]*. 1998 [citado 12 Jul 2023]. Sep;49(9): 1193-1196. Disponible en: doi: 10.1176/ps.49.9.1193. PMID: 9735961.
- ⁹² Poythress NG, Cascardi M, Ritterband L. Capacity to Consent to Voluntary Hospitalization: Searching for a Satisfactory Zinermon Screen. *The Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*. 1996; 24 (4): 439-452.
- ⁹³ Perlin ML. Competency, Deinstitutionalization, and Homelessness: A Story of Marginalization. *Houston Law Review*. 1991; 28 (1): 63-142.
- ⁹⁴ Dyer AR, Bloch S. Informed consent and the psychiatric patient. *J Med Ethics [Internet]*. 1987 [citado 20 Ago 2023]. Mar;13(1): 12-16. Disponible en: doi: 10.1136/jme.13.1.12. PMID: 3572986; PMCID: PMC1375399.
- ⁹⁵ Kellogg SC. The Due Process Right to a Safe and Humane Environment for Patients in State Custody: The Voluntary/Involuntary Distinction. *American Journal of Law and Medicine*. 1997; 23 (2-3): 339-362.
- ⁹⁶ Katsakou C, Priebe S. Outcomes of involuntary hospital admission--a review. *Acta Psychiatr Scand [Internet]*. 2006 [citado 22 Ago 2023]. Oct;114(4):232-41. Disponible en: doi: 10.1111/j.1600-0447.2006.00823. PMID: 16968360.
- ⁹⁷ Appelbaum BC, Appelbaum PS, Grisso T. Competence to consent to voluntary psychiatric hospitalization: a test of a standard proposed by APA. *American Psychiatric Association. Psychiatr Serv [Internet]*. 1998 [citado 19 May 2023]. Set. 49(9):1193-1196. Disponible en: doi: 10.1176/ps.49.9.1193. PMID: 9735961.
- ⁹⁸ Roberts LW. Informed consent and the capacity for voluntarism. *Am J Psychiatry [Internet]*. 2002 [citado 19 Oct 2023]. May;159(5):705-12. Disponible en: doi: 10.1176/appi.ajp.159.5.705. PMID: 11986120.
- ⁹⁹ Stiggelbout AM, Molewijk AC, Otten W, Timmermans DR, Van Bockel JH, Kievit J. Ideals of patient autonomy in clinical decision making: a study on the development of a scale to assess patients and physicians views. *J Med Ethics [Internet]*. 2004 [citado 09 Jun 2023]. Jun;30(3): 268-274. Disponible en:

-
- doi: 10.1136/jme.2003.003095. PMID: 15173361; PMCID: PMC1733851.
- ¹⁰⁰ Morris SE, Heinssen RK. Informed consent in the psychosis prodrome: ethical, procedural and cultural considerations. *Philos Ethics Humanit Med* [Internet]. 2014 [citado 13 Jul 2023]. Nov 18; 9:19. Disponible en: doi: 10.1186/1747-5341-9-19. PMID: 25403748; PMCID: PMC4289308.
- ¹⁰¹ Hoge SK, Bonnie RJ, Poythress N, Monahan J, Eisenberg M, Feucht-Haviar T. The MacArthur adjudicative competence study: development and validation of a research instrument. *Law Hum Behav* [Internet]. 1997 [citado 18 Jul 2023]. Apr;21(2):141-179. Disponible en: doi: 10.1023/a:1024826312495. PMID: 9146101.
- ¹⁰² Roesch R, Zapf PA, Golding SL, Skeem JL. Defining and assessing competency to stand trial. In *Handbook of forensic psychology (Second edition ed.)*. New York: Hess. 1999.
- ¹⁰³ Capdevielle D, Raffard S, Bayard S, Boulenger JP. Insight et capacité à consentir au soin et à la recherche: étude exploratoire et points de vue éthiques. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*. 2011; 169 (7): 438-445.
- ¹⁰⁴ Jacobs MS, Ryba NL, Zapf PA. Competence-related abilities and psychiatric symptoms: an analysis of the underlying structure and correlates of the MacCAT-CA and the BPRS. *Law Hum Behav* [Internet]. 2008 [citado 22 Set 2023]. Feb;32(1):64-77. Disponible en: doi: 10.1007/s10979-007-9086-8. Epub 2007 Jun 2. PMID: 17546483.
- Carpenter WT Jr, Gold JM, Lahti AC, Queern CA, Conley RR, Bartko JJ, Kovnick J, Appelbaum PS. Decisional capacity for informed consent in schizophrenia research. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 2000 [citado 23 Set 2023]. Jun;57(6): 533-538. Disponible en: doi: 10.1001/archpsyc.57.6.533. PMID: 10839330.
- ¹⁰⁶ Wirshing DA, Wirshing WC, Marder SR, Liberman RP, Mintz J. Informed consent: assessment of comprehension. *Am J Psychiatry* [Internet]. 1998 [citado 23 Set 2023]. Nov;155(11): 1508-1511. Disponible en: doi: 10.1176/ajp.155.11.1508. PMID: 9812110.
- ¹⁰⁷ O'Leary DS, Flaum M, Kesler ML, Flashman LA, Arndt S, Andreasen NC. Cognitive correlates of the negative, disorganized, and psychotic symptom dimensions of schizophrenia. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* [Internet]. 2000 [citado 25 Set 2023]. Winter; 12(1): 4-15. Disponible en:

-
- doi: 10.1176/jnp.12.1.4. PMID: 10678506.
- ¹⁰⁸ Grisso T, Appelbaum PS. The MacArthur Treatment Competence Study. III: Abilities of patients to consent to psychiatric and medical treatments. *Law Hum Behav* [Internet]. 1995 [citado 30 Set 2023]. Apr;19(2): 149-174. Disponible en: doi: 10.1007/BF01499323. PMID: 11660292.
- ¹⁰⁹ Koren D, Poyurovsky M, Seidman LJ, Goldsmith M, Wenger S, Klein EM. The neuropsychological basis of competence to consent in first-episode schizophrenia: a pilot metacognitive study. *Biol Psychiatry* [Internet]. 2005 [citado 25 Oct 2023]. Mar 15;57(6): 609-616. Disponible en: doi: 10.1016/j.biopsych.2004.11.029. PMID: 15780847.
- ¹¹⁰ McEvoy JP, Applebaum PS, Apperson LJ, Geller JL, Freter S. Why must some schizophrenic patients be involuntarily committed? The role of insight. *Compr Psychiatry* [Internet]. 1989 [citado 26 Oct 2023]. Jan-Feb;30(1): 13-17. Disponible en: doi: 10.1016/0010-440x(89)90113-2. PMID: 2564330.
- ¹¹¹ Perú. Ministerio de salud. Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para Tamizaje, Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en Personas Mayores de 18 años desde el Primer Nivel de Atención. Aprobado con Resolución Ministerial N.º 136-2023-MINSA (10 Feb 2023).
- ¹¹² Grunebaum MF, Galfalvy HC, Oquendo MA, Burke AK, Mann JJ. Melancholia and the probability and lethality of suicide attempts. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2004 [citado 28 Oct 2023]. Jun; 184: 534-535. Disponible en: doi: 10.1192/bjp.184.6.534. PMID: 15172948.
- ¹¹³ Bassett DL. Risk assessment and management in bipolar disorders. *Med J Aust* [Internet]. 2010 [citado 02 Nov 2023]. Aug 16;193(S4): 21-23. Disponible en: doi: 10.5694/j.1326-5377.2010.tb03893.x. PMID: 20712556.
- ¹¹⁴ Montemagni C, Frieri T, Villari V, Rocca P. Compulsory admissions of emergency psychiatric inpatients in Turin: the role of diagnosis. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* [Internet]. 2012 [citado 12 Nov 2023]. Dec 3;39(2): 288-294. Disponible en: doi: 10.1016/j.pnpbp.2012.06.020. Epub 2012 Jul 2. PMID: 22765924.
- ¹¹⁵ Jacobs MS, Ryba NL, Zapf PA. Competence-related abilities and psychiatric symptoms: an analysis of the underlying structure and correlates of the MacCAT-

-
- CA and the BPRS. *Law Hum Behav* [Internet]. 2008 [citado 29 Oct 2023]. Feb;32(1): 64-77. Disponible en:
doi: 10.1007/s10979-007-9086-8. Epub 2007 Jun 2. PMID: 17546483.
- ¹¹⁶ L'Agence Nationale d'accréditation et d'évaluation en Santé. Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux. Haute Autorité de Santé. 2005.
- ¹¹⁷ Schuepbach D, Goetz I, Boeker H, Hell D. Voluntary vs. involuntary hospital admission in acute mania of bipolar disorder: results from the Swiss sample of the EMBLEM study. *J Affect Disord* [Internet]. 2006 [citado 12 Dic 2023]. Jan;90(1): 57-61. Disponible en:
doi: 10.1016/j.jad.2005.09.012. Epub 2005 Dec 1. PMID: 16324749.
- ¹¹⁸ Jacobs MS, Ryba NL, Zapf PA. Competence-related abilities and psychiatric symptoms: an analysis of the underlying structure and correlates of the MacCAT-CA and the BPRS. *Law Hum Behav* [Internet]. 2008 [citado 12 Dic 2023]. Feb;32(1): 64-77. Disponible en:
doi: 10.1007/s10979-007-9086-8. Epub 2007 Jun 2. PMID: 17546483.
- ¹¹⁹ Palmer BW, Dunn LB, Depp CA, Eyler LT, Jeste DV. Decisional capacity to consent to research among patients with bipolar disorder: comparison with schizophrenia patients and healthy subjects. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2007 [citado 14 Dic 2023]. May;68(5):689-696. Disponible en:
doi: 10.4088/jcp.v68n0505. PMID: 17503977.
- ¹²⁰ Cassidy F, Ahearn EP, Carroll BJ. Substance abuse in bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2001 Aug;3(4):181-8. PMID: 11552957.
- ¹²¹ Bassett DL. Risk assessment and management in bipolar disorders. *Med J Aust* [Internet]. 2010 [citado 13 Dic 2023]. Aug 16;193(S4): 21-23. Disponible en:
doi: 10.5694/j.1326-5377.2010.tb03893. PMID: 20712556.
- ¹²² Aschan L, Goodwin L, Cross S, Moran P, Hotopf M, Hatch SL. Suicidal behaviours in South East London: prevalence, risk factors and the role of socio-economic status. *J Affect Disord* [Internet]. 2013 [citado 13 Dic 2023]. Sep 5;150(2):441-9. Disponible en:
doi: 10.1016/j.jad.2013.04.037. Epub 2013 May 31. PMID: 23726782.

-
- ¹²³ Federation Francaise de Psychiatrie. La crise suicidaire: reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. 2000: 10-15.
- ¹²⁴ Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva: Demencia [Internet]. Ginebra: OMS; 2023 [citado 20 Mar 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- ¹²⁵ Pignon B, Rolland B, Tebeka S, Zouitina-Lietaert N, Cottencin O, Vaiva G. Critères de soins psychiatriques sans consentement. Revue de littérature et synthèse des différentes recommandations. La Presse Médicale. 2014; 43 (11): 1195-1205.
- ¹²⁶ Berg J W, Appelbaum PS, Lidz CW, Parker LS. Informed Consent. Legal Theory and Clinical Practice. Second Edition ed. New York: Oxford University Press. 2001.
- ¹²⁷ Dymek MP, Marson DC, Harrell L. Factor Structure of Capacity to Consent to Medical Treatment in Patients with Alzheimer's Disease. An exploratory study. Journal of Forensic Neuropsychology. 1999; 1 (1): 27-48.
- ¹²⁸ Grupo de Trabajo Documento Sitges. Documento Sitges 2009. Capacidad para tomar decisiones durante la evaluación de una demencia: reflexiones, derechos y propuestas de evaluación. Barcelona: Editorial Glosa.
- ¹²⁹ Earnst KS, Marson DC, Harrell LE. Cognitive models of physicians' legal standard and personal judgments of competency in patients with Alzheimer's disease. J Am Geriatr. Soc [Internet]. 2000 [citado 13 Dic 2023]. Aug;48(8): 919-927. Disponible en: doi: 10.1111/j.1532-5415.2000.tb06888. PMID: 10968295.
- ¹³⁰ Moye J, Marson DC. Assessment of decision-making capacity in older adults: an emerging area of practice and research. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci [Internet]. 2007 [citado 15 Dic 2023]. Jan;62(1): P3-P11. Disponible en: doi: 10.1093/geronb/62.1.p3. PMID: 17284555.
- ¹³¹ Dreer LE, Devivo MJ, Novack TA, Krzywanski S, Marson DC. Cognitive Predictors of Medical Decision-Making Capacity in Traumatic Brain Injury. Rehabil Psychol [Internet]. 2008 [citado 16 Dic 2023]. Nov 1;53(4):486-497. Disponible en: doi: 10.1037/a0013798. PMID: 20686627; PMCID: PMC2914316.

-
- ¹³² Collège de la Haute Autorité de Santé. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées: prise en charge des troubles du comportement perturbateurs. Haute Autorité de Santé. 2009.
- ¹³³ Cottencin O, Guardia D, Rolland B. Critères d'hospitalisation pour un patient souffrant d'addiction (s). In S. U. France, Conférences Psychiatrie 2: Troubles Psychiatriques - Critères d'Hospitalisation. 2011: 55-68.
- ¹³⁴ L'Agence Nationale d'accréditation et d'évaluation en Santé. Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux. Haute Autorité de Santé. 2005.
- ¹³⁵ American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders, DSM V (Fifth Edition ed.). American Psychiatric Publishing. 2013.
- ¹³⁶ Roberts ME, Tchanturia K, Treasure JL. Exploring the neurocognitive signature of poor set-shifting in anorexia and bulimia nervosa. *J Psychiatr Res* [Internet]. 2010 [citado 17 Dic 2023]. Oct;44(14):964-70. Disponible en: doi: 10.1016/j.jpsychires.2010.03.001. Epub 2010 Apr 15. PMID: 20398910.
- ¹³⁷ L'Association française pour le développement des approches spécialisées des troubles du comportement alimentaire (AFDAS-TCA). Anorexie mentale: prise en charge. (H. A. Santé, Ed.). 2010.
- ¹³⁸ Bauwens I, Cottencin O, Rolland B, Bonord A, Guardia D. Place des soins de support dans la prise en charge de l'anorexie mentale chronique réfractaire. *La Presse Médicale*. 2014; 43: 263-269.
- ¹³⁹ Holm JS, Brixen K, Andries A, Hørder K, Støving RK. Reflections on involuntary treatment in the prevention of fatal anorexia nervosa: a review of five cases. *Int J Eat Disord* [Internet]. 2012 [citado 20 Dic 2023]. Jan;45(1): 93-100. Disponible en: doi: 10.1002/eat.20915. Epub 2011 Feb 22. PMID: 21344467.
- ¹⁴⁰ Tan J, Hope T, Stewart A. Competence to refuse treatment in anorexia nervosa. *Int J Law Psychiatry* [Internet]. 2003 [citado 22 Dic 2023]. Nov-Dec;26(6): 697-707. Disponible en: doi: 10.1016/j.ijlp.2003.09.010. PMID: 14637209.
- ¹⁴¹ Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD, Walker JD, Whitfield C, Perry BD, Dube SR, Giles WH. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *Eur*

-
- Arch Psychiatry Clin Neurosci [Internet]. 2006 [citado 15 Dic 2023]. Apr;256(3): 174-186. Disponible en:
doi: 10.1007/s00406-005-0624-4. Epub 2005 Nov 29. PMID: 16311898; PMCID: PMC3232061.
- ¹⁴² López - Ibor, JJ. Suicidio: Problemas clínicos y medicolegales. Rev Española de Med Leg. 2012; 38 (4): 129 - 130.
- ¹⁴³ Kinscherff R. Proposition: a personality disorder may nullify responsibility for a criminal act. J Law Med Ethics [Internet]. 2010 [citado 15 Dic 2023]. Winter;38(4): 745-759. Disponible en:
doi: 10.1111/j.1748-720X.2010.00528. PMID: 21105938.
- ¹⁴⁴ Howe E. Five ethical and clinical challenges psychiatrists may face when treating patients with borderline personality disorder who are or may become suicidal. Innov Clin Neurosci. 2013 Jan;10(1): 14-19. PMID: 23440937; PMCID: PMC3579480.
- ¹⁴⁵ St Germain SA, Hooley JM. Direct and indirect forms of non-suicidal self-injury: evidence for a distinction. Psychiatry Res [Internet]. 2012 [citado 15 Nov 2023]. May 15;197(1-2): 78-84. Disponible en:
doi: 10.1016/j.psychres.2011.12.050. Epub 2012 Mar 9. PMID: 22406394.
- ¹⁴⁶ Canvin K, Bartlett A, Pinfold V. Acceptability of compulsory powers in the community: the ethical considerations of mental health service users on Supervised Discharge and Guardianship. J Med Ethics [Internet]. 2005. 2012 [citado 15 Nov 2023]. Aug;31(8): 457-462. Disponible en:
doi: 10.1136/jme.2003.004861. PMID: 16076970; PMCID: PMC1734205.
- ¹⁴⁷ Martínez Bullé V. Consentimiento informado: Fundamentos y problemas de su aplicación práctica [Internet]. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Programa Universitario de Bioética; 2017 [citado 20 Nov 2023]. 171 -192 p. Disponible en:
<https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv/detalle-libro/4445-consentimiento-informado-fundamentos-y-problemas-de-su-aplicacion-practica>.
- ¹⁴⁸ Lidz CW, Hoge SK, Gardner W, Bennett NS, Monahan J, Mulvey EP, Roth LH. Perceived coercion in mental hospital admission. Pressures and process. Arch Gen Psychiatry [Internet]. 1995 [citado 19 Nov 2023]. Dec;52(12): 1034-1039. Disponible en:
doi: 10.1001/archpsyc.1995.03950240052010. PMID: 7492255.

-
- ¹⁴⁹ Organización Mundial de la Salud (OMS). Departamento de Salud Mental y Toxicomanías [Internet]. El Manual de Recursos sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación 2006 [citado 03 Nov 2023]. 67 – 68 p. Disponible en: <https://biblioteca.corteidh.or.cr/documento/54041>.
- ¹⁵⁰ Vega C, Bañón R, Fajardo A. Internamientos psiquiátricos: Aspectos medicolegales. *Rev Atención Primaria*. 2010; 42. 176 p.
- ¹⁵¹ Shao Y, Xie B, Good MD, Good BJ. Current legislation on admission of mentally ill patients in China. *Int J Law Psychiatry* [Internet]. 2010 [citado 05 Nov 2023]. Jan-Feb;33(1): 52-57. Disponible en: doi: 10.1016/j.ijlp.2009.10.001. Epub 2009 Nov 12. PMID: 19913300; PMCID: PMC2813951.
- ¹⁵² Agarwal AK. Ethics in psychiatry. *Indian J Psychiatry*. 1994 Jan;36(1):5-11. PMID: 21743658; PMCID: PMC2972457.
- ¹⁵³ Tannsjo T. The convention on human rights and biomedicine and the use of coercion in psychiatry. *J Med Ethics* [Internet]. 2004 [citado 03 Nov 2023]. Oct;30(5): 430-434. Disponible en: doi: 10.1136/jme.2002.000703. PMID: 15467070; PMCID: PMC1733949.
- ¹⁵⁴ Gardner W, Lidz CW, Hoge SK, Monahan J, Eisenberg MM, Bennett NS, Mulvey EP, Roth LH. Patients' revisions of their beliefs about the need for hospitalization. *Am J Psychiatry* [Internet]. 1999 [citado 04 Nov 2023]. Sep;156(9):1385-1391. Disponible en: doi: 10.1176/ajp.156.9.1385. PMID: 10484949.
- ¹⁵⁵ Organización Mundial de la Salud (OMS). Departamento de Salud Mental y Toxicomanías [Internet]. El Manual de Recursos sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación 2006 [citado 04 Nov 2023]. 67 – 68 p. Disponible en: <https://biblioteca.corteidh.or.cr/documento/54041>.
- ¹⁵⁶ Organización de Estados Americanos. Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José) (OEA) [Internet]. San José de Costa Rica (22 Nov 1969) [citado 20 Ago 2022]. Disponible en: <https://www.cidh.oas.org/privadas/principiosproteccionmental.htm>.
- ¹⁵⁷ México. Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, Norma para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica. *Diario Oficial de la Federación* (04 Set 2015). [citado 02 May 2022]. Disponible en:

-
- <https://www.gob.mx/salud/documentos/norma-oficial-mexicana-nom-025-ssa2-2014-secretariado-tecnico-del-consejo-nacional-de-salud-mental>.
- ¹⁵⁸ Colombia. Ley N° 1306, Ley para la Protección de Personas con Discapacidad Mental y Régimen de Representación Legal de Incapaces Emancipados [Internet] (05 Jun 2009). [citado 03 Nov 2022]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201306%20DE%202009.pdf.
- ¹⁵⁹ Chile. Ley N° 2133, Ley del Reconocimiento y Protección de los Derechos de las Personas en la Atención de Salud Mental (11 May 2021).
- ¹⁶⁰ Argentina. Lineamientos para la Atención de la Urgencia en Salud Mental. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación [Internet]. 2013. [citado 22 Set 2022]. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-08/2020-atencion-de-las-urgencias-en-la-salud-mental_0.pdf.
- ¹⁶¹ España. Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. BOE 7. 2000 (08 Ene 2000).
- ¹⁶² España. Protocolo de coordinación de actuaciones para los traslados e ingresos de personas que padecen enfermedad mental [Internet]. Murcia: Servicio Murciano de Salud. 2007 [citado 02 May 2023]. Disponible en: <https://sms.carm.es/ricsmur/handle/123456789/4526>
- ¹⁶³ Vega C, Bañón R, Fajardo A. Internamientos psiquiátricos: Aspectos medicolegales. Rev Atención Primaria. 2010; 42. 176 p.
- ¹⁶⁴ Vega C, Bañón R, Fajardo A. Internamientos psiquiátricos: Aspectos medicolegales. Rev Atención Primaria. 2010; 42. 176 p.
- ¹⁶⁵ Barrios LF. La regulación del internamiento psiquiátrico involuntario en España: Carencias jurídicas históricas y actuales. Derecho y Salud. 2012;(22) 1: 31 – 56.
- ¹⁶⁶ Calcedo Barba A. Si se prohíbe por ley la hospitalización psiquiátrica involuntaria ¿Cuál es la alternativa? [Internet]. [citado 03 Nov 2023]. Disponible en: <https://www.alfredocalcedo.net/post/probicion-hospit-invol>
- ¹⁶⁷ Perú. Tribunal Constitucional. Sentencia N° 476/2020, Expediente N° 05048-2016-PA/TC Lambayeque, 18 Ago 2020. Caso J. E. S. C.
- ¹⁶⁸ Perú. Tribunal Constitucional. Sentencia N° 789/2021, Expediente N° 01004-2021-PHC/TC, 24 Ago 2021; Caso de don Álvaro Martín Linares Cano, con diagnóstico de síndrome de Asperger, contra la Clínica Pinel SRL.

-
- ¹⁶⁹ Munizza C, Furlan PM, d'Elia A, D'Onofrio MR, Leggero P, Punzo F, Vidini N, Villari V. Emergency psychiatry: a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 1993; 374:1-51. PMID: 7905227.
- ¹⁷⁰ Perales A. Manual de Psiquiatría "Humberto Rotondo" [Internet]. 2ª ed. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos - UNMSM; 1998 [citado 22 Set 2022]. Disponible en:
[https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/psicologia/manualPsiquiatr%C3%ADa/ indice.htm](https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/psicologia/manualPsiquiatr%C3%ADa/indice.htm).
- ¹⁷¹ Uribe M. Urgencias en psiquiatría. Salud mental y medicina psicológica [Internet]. 3ª ed. Madrid: McGraw Hill; 2018 [citado 30 Set 2022]. Disponible en:
<https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2368§ionid=187436614>.
- ¹⁷² Sánchez E. Urgencias psiquiátricas [Internet]. 2ª ed. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos - UNMSM; 1998 [citado 23 Set 2022]. Disponible en:
<http://www.medynct.com/usuarios/jraguilar/urgencia20psiquiatria.htm>.
- ¹⁷³ De la Torre I. Urgencias psiquiátricas [Internet]. 1ª ed. Chile: Universidad de Valparaíso. 2011 [citado 22 Set 2022]. Disponible en:
http://www.geocitics.com/dctrsergio.geo/varios/er_psiq.html.
- ¹⁷⁴ Chinchilla A. Conceptos y peculiaridades de las urgencias psiquiátricas, en *Manual de urgencias psiquiátricas*. 2ª ed. Barcelona: Elsevier; 2010. 3-16 p.
- ¹⁷⁵ Argentina. Lineamientos para la Atención de la Urgencia en Salud Mental. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación [Internet]. 2013. [citado 24 Set 2022]. Disponible en:
https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-08/2020-atencion-de-las-urgencias-en-la-salud-mental_0.pdf.
- ¹⁷⁶ American Psychiatric Association's (APA). Position Statement and Resource Document on Involuntary Outpatient Commitment and Related Programs of Assisted Outpatient Treatment. Approved by the Joint Reference Committee [Internet]. 2015 [citado 22 Set 2022]. Disponible en:
https://smiadviser.org/knowledge_post/american-psychiatric-associations-position-statement-and-resource-document-on-involuntary-outpatient-commitment-and-related-programs-of-assisted-outpatient-treatment.

-
- ¹⁷⁷ Organización Mundial de la Salud (OMS). Departamento de Salud Mental y Toxicomanías [Internet]. El Manual de Recursos sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación 2006 [citado 03 Nov 2023]. 67-68 p. Disponible en: <https://biblioteca.corteidh.or.cr/documento/54041>.
- ¹⁷⁸ Munizza C, Furlan P, d'Elia A, D'Onofrio R, Leggero P, Punzo F, Vidini N, Villari V. Emergency psychiatry: a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand Suppl*: 1993; 374:1-51. PMID: 7905227.
- ¹⁷⁹ Perales A. Manual de Psiquiatría "Humberto Rotondo" [Internet]. 2ª ed. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos - UNMSM; 1998 [citado 22 Set 2022]. Disponible en: [https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/psicologia/manualpsiquiatr%C3%ADa/ indice.htm](https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/psicologia/manualpsiquiatr%C3%ADa/indice.htm).
- ¹⁸⁰ Uribe M. Urgencias en psiquiatría. Salud mental y medicina psicológica [Internet]. 3ª ed. Madrid: McGraw Hill; 2018 [citado 30 Set 2022]. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2368§ionid=187436614>.
- ¹⁸¹ Escobar C. Urgencias Psiquiátricas [Internet]. 2ª ed. Santiago: Mediterráneo; 2011 [citado 24 Set 2022]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/281176678_libro_Urgencias_psiquiatricas_-2011.
- ¹⁸² Escobar C. Urgencias Psiquiátricas [Internet]. 2ª ed. Santiago: Mediterráneo; 2011 [citado 24 Set 2022]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/281176678_libro_Urgencias_psiquiatricas_-2011.
- ¹⁸³ Megias-Lizancos F, Molino Contreras J, Pacheco Borrella G. Guía de Intervención Rápida de Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental [Internet]. 2ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería – DAE; 2005 [Citado 24 Set 2022]. Disponible en: <https://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2021/07/guia-intervencion-rapida.pdf>.
- ¹⁸⁴ Lipkin G, Cohen R. Cuidados de enfermería en pacientes con conductas especiales. 1ª ed. Barcelona: Doyma; 1989. 35 p.
- ¹⁸⁵ Gordon C. Intervención en crisis: Enfoque general. Manual de urgencias psiquiátricas. 1ª ed. Barcelona: Masson Little Brown; 1996. 45 p.

-
- ¹⁸⁶ Barbudo E, Chinchilla Moreno A. Historia clínica de la psiquiatría de urgencias: Manual de urgencias psiquiátricas. 2ª ed. Barcelona: Masson; 2003. 85 p.
- ¹⁸⁷ Munizza C, Furlan P, d'Elia A, D'Onofrio R, Leggero P, Punzo F, Vidini N, Villari V. Emergency psychiatry: a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand Suppl* [Internet]. 1993 [citado 15 Jul 2023]; 374:1-51. PMID: 7905227.
- ¹⁸⁸ Escobar C. Urgencias Psiquiátricas [Internet]. 2ª ed. Santiago: Mediterráneo; 2011 [citado 24 Set 2022]. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/281176678_libro_Urgencias_psiquiatricas_-2011.
- ¹⁸⁹ Escobar C. Urgencias Psiquiátricas [Internet]. 2ª ed. Santiago: Mediterráneo; 2011 [citado 24 Set 2022]. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/281176678_libro_Urgencias_psiquiatricas_-2011.
- ¹⁹⁰ Slaby A, Lieb J, Tancredi L. Manual de urgencias psiquiátricas. 1ª ed. Barcelona: A Garrido Juan. Editor, 1978.
- ¹⁹¹ Tardiff K. The risk of being attacked by patient: who, how often and where? En: *Patient Violence and the Clinical*. London: Ed. Eichelman B Hartwig A. Am Psychiatr Press, 1995.
- ¹⁹² Rubio E, Dumeynieu I, Mazzoglio M, Nabar M, Schraier G. Triage en guardia de salud mental: estudio descriptivo y comparativo entre modelos a nivel mundial [Internet]. Departamento de Emergencias Psiquiátricas, Hospital de Emergencias Psiquiátricas "Torcuato de Alvear" [citado 30 Set 2022]. Disponible en:
<https://revistasinopsis.com.ar/investiga63b.php>.
- ¹⁹³ Gómez Jiménez J. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. *Servicio de Urgencias. Hospital Nostra Senyora de Meritxell. Principat D' Andorra. Emergencies*, 15; 2003. 165-174 p.
- ¹⁹⁴ Rubio E, Dumeynieu I, Mazzoglio M, Nabar M, Schraier G. Triage en guardia de salud mental: estudio descriptivo y comparativo entre modelos a nivel mundial [Internet]. Departamento de Emergencias Psiquiátricas, Hospital de Emergencias Psiquiátricas "Torcuato de Alvear" [citado 30 Set 2022]. Disponible en:
<https://revistasinopsis.com.ar/investiga63b.php>.

-
- ¹⁹⁵ Perú. Ministerio de Salud. Norma Técnica N° 042-MINSA/DGSP-V.01, Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia. Resolución Ministerial N° 386-2006/MINSA (20 Abr 2006).
- ¹⁹⁶ Escobar C. Urgencias Psiquiátricas [Internet]. 2ª ed. Santiago: Mediterráneo; 2011 [citado 24 Set 2022]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/281176678_libro_Urgencias_psiquiatricas_-2011.
- ¹⁹⁷ Braunstein N. Clasificar en Psiquiatría. 1ª ed. Buenos Aires: Siglo XXI; 2013. 140 p.
- ¹⁹⁸ Jiang F, Zhou H, Rakofsky JJ, Hu L, Liu T, Liu H, Liu Y, Tang YL. The Implementation of China's Mental Health Law-Defined Risk Criteria for Involuntary Admission: A National Cross-Sectional Study of Involuntarily Hospitalized Patients. *Front Psychiatry* [Internet]. 2018 [citado 15 Jul 2023]; Nov 6; 9:560. Disponible en: doi: 10.3389/fpsy.2018.00560. PMID: 30459656; PMCID: PMC6232607.
- ¹⁹⁹ Marty S, Jaeger M, Moeteli S, Theodoridou A, Seifritz E and Hotzy F. Characteristics of Psychiatric Emergency Situations and the Decision-Making Process Leading to Involuntary Admission. *Front. Psychiatry* [Internet]. 2019 [citado 15 Jul 2023]; 9:760; Disponible en: doi: 10.3389/fpsy.2018.00760.
- ²⁰⁰ Oliva F, Ostacoli L, Versino E, Portigliatti Pomeri A, Furlan M, Carletto S, Picci R. Compulsory Psychiatric Admissions in an Italian Urban Setting: Are They Actually Compliant to the Need for Treatment Criteria or Arranged for Dangerous Not Clinical Condition? *Front. Psychiatry* [Internet]. 2019 [citado 15 Jul 2023]; 9:740. Disponible en: doi: 10.3389/fpsy.2018.00740.
- ²⁰¹ De Jong M, Oorschot M, Kamperman A. Crucial factors preceding compulsory psychiatric admission: a qualitative patient-record study. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2017 [citado 20 Set 2022]; 17, 350. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1512>.
- ²⁰² O'Callaghan A, Plunkett R, Kelly B. The association between objective necessity for involuntary treatment as measured during admission, legal admission status and clinical factors in an inpatient psychiatry setting. *Int J Law Psychiatry* [Internet]. 2022 [citado 22 Set 2022]; Jan 17; 81:101777. Disponible en: doi: 10.1016/j.ijlp.2022.101777.

-
- ²⁰³ Brissos S, Vicente F, Oliveira J, Sobreira G, Gameiro Z, Moreira C, Vieira F. Compulsory psychiatric treatment checklist: Instrument development and clinical application. *Int J of Law and Psychiatry* [Internet]. 2017 [citado 23 Set 2022]. 54, 36-45 p. Disponible en:
<https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2017.07.004>.
- ²⁰⁴ O'Callaghan A, Plunkett R, Kelly B. The association between objective necessity for involuntary treatment as measured during admission, legal admission status and clinical factors in an inpatient psychiatry setting. *Int J Law Psychiatry* [Internet]. 2022 [citado 22 Set 2022]; Jan 17; 81:101777. Disponible en:
doi: 10.1016/j.ijlp.2022.101777.
- ²⁰⁵ Brissos S, Vicente F, Oliveira J, Sobreira G, Gameiro Z, Moreira C, Vieira F. Compulsory psychiatric treatment checklist: Instrument development and clinical application. *Int J of Law and Psychiatry* [Internet]. 2017 [citado 22 Set 2022]. 54, 36-45 p. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2017.07.004>.
- ²⁰⁶ Tuohimaki C, Kaltiala-Heino R, Korkeila J, Tuori T, Lehtinen V, Joukamaa M. The use of harmful to others-criterion for involuntary treatment in Finland. *European Journal of Health Law* [Internet]. 2003 [citado 20 Ago 2022]; 10, 83. Disponible en:
<https://doi.org/10.1163/092902703769681614>.
- ²⁰⁷ Organización Mundial de la Salud (OMS). Departamento de Salud Mental y Toxicomanías [Internet]. *El Manual de Recursos sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación 2006* [citado 03 Nov 2023]. 67-68 p. Disponible en:
<https://biblioteca.corteidh.or.cr/documento/54041>.
- ²⁰⁸ American Psychiatric Association's (APA). Position Statement and Resource Document on Involuntary Outpatient Commitment and Related Programs of Assisted Outpatient Treatment. Approved by the Joint Reference Committee [Internet]. 2015 [citado 22 Set 2022]. Disponible en:
https://smiadviser.org/knowledge_post/american-psychiatric-associations-position-statement-and-resource-document-on-involuntary-outpatient-commitment-and-related-programs-of-assisted-outpatient-treatment.
- ²⁰⁹ Chinchilla A. *Breviario de urgencias psiquiátricas*. 1ª ed. Barcelona: Masson – Elsevier; 2011. 13-14 p.
- ²¹⁰ Recomendación para la práctica clínica: Procedimientos de toma de decisiones para la indicación de hospitalización de emergencia sin consentimiento de una

-
- persona que presenta trastornos mentales [Internet]. Elaborado por la Alta Autoridad Sanitaria Pública de Francia; 2005. [citado 22 Set 2022]. Disponible en:
https://www.has-sante.fr/jcms/c_272435/fr/modalites-de-prise-de-decision-concernant-l-indication-en-urgence-d-une-hospitalisation-sans-consentement-d-une-personne-presentant-des-troubles-mentaux.
- ²¹¹ O'Callaghan A, Plunkett R, Kelly B. The association between objective necessity for involuntary treatment as measured during admission, legal admission status and clinical factors in an inpatient psychiatry setting. *Int J Law Psychiatry* [Internet]. 2022 [citado 22 set 2022]; Jan 17; 81:101777. Disponible en: doi: 10.1016/j.ijlp.2022.101777.
- ²¹² Brissos S, Vicente F, Oliveira J, Sobreira G, Gameiro Z, Moreira C, Vieira F. Compulsory psychiatric treatment checklist: Instrument development and clinical application. *Int J Law Psychiatry* [Internet]. 2017 [citado 22 Set 2022]. 54, 36-45 p. Disponible en:
<https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2017.07.004>.
- ²¹³ Brissos S, Vicente F, Oliveira J, Sobreira G, Gameiro Z, Moreira C, Vieira F. Compulsory psychiatric treatment checklist: Instrument development and clinical application. *Int J Law Psychiatry* [Internet]. 2017 [citado 22 Set 2022]. 54, 36-45 p. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2017.07.004>.
- ²¹⁴ Perú. Ley N° 30947, Ley de Salud Mental [Internet]. 22 May 2019 [citado 18 Ago 2022]. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-de-salud-mental-ley-n-30947-1772004-1/>
- ²¹⁵ Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). Report of International Bioethics Committee of UNESCO (IBC). On Consent. The Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. Paris: UNESCO; 2005.
- ²¹⁶ Perú. Ministerio de Salud. Norma Técnica N° 042-MINSA/DGSP-V.01, Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia. Resolución Ministerial N° 386-2006/MINSA (20 Abr 2006).
- ²¹⁷ Tuohimaki C, Kaltiala-Heino R, Korkeila J, Tuori T, Lehtinen V, Joukamaa M. The use of harmful to others-criterion for involuntary treatment in Finland. *European J of Health Law* [Internet]. 2004 [citado 03 Nov 2022]; 10: 83 p. Disponible en: <https://doi.org/10.1163/092902703769681614>.

-
- ²¹⁸ Retamal C, Markkula N, Peña S. Salud mental en Chile y Finlandia: Desafíos y lecciones. *Rev Méd Chile* [Internet]. 2016 [citado 2 Dic 2022]; Jul 144(7): 926 p. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000700015>.
- ²¹⁹ Barrios Flores LF. El internamiento psiquiátrico penal en España: situación actual y propuestas de futuro. *Norte de Salud Mental*. 2021; 17(64): 25 p.
- ²²⁰ Barrios Flores LF. El Tratamiento Ambulatorio Forzoso: Experiencias del derecho comparado y propuesta de regulación en España. *Rev Salud y Derecho*. 2004; 12(2): 127 p.
- ²²¹ Carrasco Gómez J. Regulación legal de los internamientos psiquiátricos en España. *Rev Latinoam. de Derecho Médico y Medicina Legal*. 2003; Dic. 7 (2): 121 p.
- ²²² Blanco M. Internamiento no voluntario del paciente psiquiátrico: Normas legales y aspectos críticos. Madrid: Semergen: Soc Española de Méd de Aten Prim. 2018; 44(2): 125 p.

ANEXOS

Anexo 1:

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Código de la ficha:

Fecha.....

I. Características Sociodemográficas:

- a. Edad
- b. Sexo: F M
- c. Estado civil
Soltero Conviviente Casado Viudo Divorciado
- d. Prioridad de atención
Prioridad I Prioridad II Prioridad III Prioridad IV
- e. Persona que autoriza el internamiento
El propio paciente
Representante legal , precisar el vínculo de parentesco

II. Características clínicas:

- a. Antecedente psiquiátrico de trastorno mental: Si No
- Ansiedad
 - Esquizofrenia
 - Trastornos psicóticos agudos y transitorios
 - Trastornos específicos de la personalidad distintos a TLP
 - Trastorno afectivo bipolar
 - Trastornos mentales del comportamiento debido al uso de múltiples sustancias psicoactivas
 - Desórdenes mentales debidos a daño orgánico cerebral
 - Otros
- b. Trastornos mentales: Si No
- De ser SI: Registre el código CIE 10:
- c. Comorbilidades: Si No
- Enfermedad de Alzheimer
 - Cáncer
 - Diabetes
 - Enfermedad renal crónica terminal
 - Enfermedad cardiovascular
 - VIH/SIDA
 - Tuberculosis
 - Discapacidad física
 - Otros:

Anexo 2:

ENCUESTA CRITERIOS VALORADOS PARA INTERNAMIENTO Y HOSPITALIZACIÓN INVOLUNTARIA

Estimado(a) Dr(a). solicito su participación respondiendo la presente encuesta que forma parte del proceso de ejecución de mi tesis de Doctorado en Bioética y Derechos Humanos, la cual permitirá conocer los criterios valorados por los médicos para el internamiento y/o hospitalización no consentida por el paciente, en casos de emergencia psiquiátrica; para cinco problemas de salud mental más prevalentes en el Servicio de Emergencia del Hospital Víctor Larco Herrera.

1) Marque los criterios, condiciones, signos, síntomas, etc., que usted valora o considera para internar y/o hospitalizar de forma involuntaria o sin consentimiento a un usuario de servicio de salud, en situación de emergencia psiquiátrica, con diagnóstico de: ESQUIZOFRENIA (F20)

Criterios de supuestos jurídicos

- El problema de salud mental requiere atención inmediata (prioridad de atención I o II)
- El problema de salud mental pone en peligro inminente la vida o la salud del usuario (a)
- El problema de salud mental puede dejar secuelas invalidantes en el(la) usuario(a)
- El problema de salud mental pone en peligro inminente la vida o la salud de familiares o de terceros
- El problema de salud mental causa imposibilidad para expresar la voluntad
- El problema de salud mental es grave y está especificada como tal en una norma técnica de salud

Criterios de indicadores de peligro

- Violencia previa y/o antecedentes de conducta antisocial
- Ideación violenta pasada o presente
- Impulsividad
- Trastorno de personalidad del grupo B
- Falta de apoyo social
- Patrón de personalidad antisocial
- Cogniciones antisociales

Criterios de antecedentes clínico – históricos

- Ingresos previos en tratamiento obligatorio
- Fuga actual o anterior de la hospitalización
- Incumplimiento del plan de tratamiento
- Problemas de uso de sustancias

Criterios de ítems clínico – cognitivos

- Síntomas psicóticos presentes
- No reconoce que tiene un trastorno mental grave
- No atribuye los síntomas al trastorno mental
- No reconoce la necesidad de tratamiento
- Falta de perspicacia hacia el comportamiento inadecuado y disruptivo
- No comprende completamente la información transmitida
- No aceptación o aceptación no convincente del plan de tratamiento
- Impacto conductual y emocional de la sintomatología

2) Marque los criterios, condiciones, signos, síntomas, etc., que usted valora o considera para internar y/o hospitalizar de forma involuntaria o sin consentimiento a un usuario de servicio de salud, en situación de emergencia psiquiátrica, con diagnóstico de: TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR (F31)

Criterios de supuestos jurídicos

- El problema de salud mental requiere atención inmediata (prioridad de atención I o II)
- El problema de salud mental pone en peligro inminente la vida o la salud del usuario (a)
- El problema de salud mental puede dejar secuelas invalidantes en el(la) usuario(a)
- El problema de salud mental pone en peligro inminente la vida o la salud de familiares o de terceros
- El problema de salud mental causa imposibilidad para expresar la voluntad
- El problema de salud mental es grave y está especificada como tal en una norma técnica de salud

Criterios de indicadores de peligro

- Violencia previa y/o antecedentes de conducta antisocial
- Ideación violenta pasada o presente
- Impulsividad
- Trastorno de personalidad del grupo B
- Falta de apoyo social
- Patrón de personalidad antisocial
- Cogniciones antisociales

Criterios de antecedentes clínico – históricos

- Ingresos previos en tratamiento obligatorio
- Fuga actual o anterior de la hospitalización
- Incumplimiento del plan de tratamiento
- Problemas de uso de sustancias

Criterios de ítems clínico – cognitivos

- Síntomas psicóticos presentes
- No reconoce que tiene un trastorno mental grave
- No atribuye los síntomas al trastorno mental
- No reconoce la necesidad de tratamiento
- Falta de perspicacia hacia el comportamiento inadecuado y disruptivo
- No comprende completamente la información transmitida
- No aceptación o aceptación no convincente del plan de tratamiento
- Impacto conductual y emocional de la sintomatología

3) Marque los criterios, condiciones, signos, síntomas, etc., que usted valora o considera para internar y/o hospitalizar de forma involuntaria o sin consentimiento a un usuario de servicio de salud, en situación de emergencia psiquiátrica, con diagnóstico de: EPISODIO DEPRESIVO (F32)

Criterios de supuestos jurídicos

- El problema de salud mental requiere atención inmediata (prioridad de atención I o II)
- El problema de salud mental pone en peligro inminente la vida o la salud del usuario (a)
- El problema de salud mental puede dejar secuelas invalidantes en el(la) usuario(a)
- El problema de salud mental pone en peligro inminente la vida o la salud de familiares o de terceros
- El problema de salud mental causa imposibilidad para expresar la voluntad
- El problema de salud mental es grave y está especificada como tal en una norma técnica de salud

Criterios de indicadores de peligro

- Violencia previa y/o antecedentes de conducta antisocial
- Ideación violenta pasada o presente
- Impulsividad

-
- Trastorno de personalidad del grupo B
 - Falta de apoyo social
 - Patrón de personalidad antisocial
 - Cogniciones antisociales

Criterios de antecedentes clínico – históricos

- Ingresos previos en tratamiento obligatorio
- Fuga actual o anterior de la hospitalización
- Incumplimiento del plan de tratamiento
- Problemas de uso de sustancias

Criterios de ítems clínico – cognitivos

- Síntomas psicóticos presentes
- No reconoce que tiene un trastorno mental grave
- No atribuye los síntomas al trastorno mental
- No reconoce la necesidad de tratamiento
- Falta de perspicacia hacia el comportamiento inadecuado y disruptivo
- No comprende completamente la información transmitida
- No aceptación o aceptación no convincente del plan de tratamiento
- Impacto conductual y emocional de la sintomatología

4) Marque los criterios, condiciones, signos, síntomas, etc., que usted valora o considera para internar y/o hospitalizar de forma involuntaria o sin consentimiento a un usuario de servicio de salud, en situación de emergencia psiquiátrica, con diagnóstico de: TRASTORNOS PSICÓTICOS AGUDOS Y TRANSITORIOS (F23)

Criterios de supuestos jurídicos

- El problema de salud mental requiere atención inmediata (prioridad de atención I o II)
- El problema de salud mental pone en peligro inminente la vida o la salud del usuario (a)
- El problema de salud mental puede dejar secuelas invalidantes en el(la) usuario(a)
- El problema de salud mental pone en peligro inminente la vida o la salud de familiares o de terceros
- El problema de salud mental causa imposibilidad para expresar la voluntad
- El problema de salud mental es grave y está especificada como tal en una norma técnica de salud

Criterios de indicadores de peligro

- Violencia previa y/o antecedentes de conducta antisocial
- Ideación violenta pasada o presente
- Impulsividad
- Trastorno de personalidad del grupo B
- Falta de apoyo social
- Patrón de personalidad antisocial
- Cogniciones antisociales

Criterios de antecedentes clínico – históricos

- Ingresos previos en tratamiento obligatorio
- Fuga actual o anterior de la hospitalización
- Incumplimiento del plan de tratamiento
- Problemas de uso de sustancias

Criterios de ítems clínico – cognitivos

- Síntomas psicóticos presentes
- No reconoce que tiene un trastorno mental grave
- No atribuye los síntomas al trastorno mental
- No reconoce la necesidad de tratamiento
- Falta de perspicacia hacia el comportamiento inadecuado y disruptivo
- No comprende completamente la información transmitida
- No aceptación o aceptación no convincente del plan de tratamiento
- Impacto conductual y emocional de la sintomatología

5) Marque los criterios, condiciones, signos, síntomas, etc., que usted valora o considera para internar y/o hospitalizar de forma involuntaria o sin consentimiento a un usuario de servicio de salud, en situación de emergencia psiquiátrica, con diagnóstico de: TRASTORNOS MENTALES DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL USO DE MÚLTIPLES SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (F19)

Criterios de supuestos jurídicos

- El problema de salud mental requiere atención inmediata (prioridad de atención I o II)
- El problema de salud mental pone en peligro inminente la vida o la salud del usuario (a)
- El problema de salud mental puede dejar secuelas invalidantes en el(la) usuario(a)
- El problema de salud mental pone en peligro inminente la vida o la salud de familiares o de terceros
- El problema de salud mental causa imposibilidad para expresar la voluntad
- El problema de salud mental es grave y está especificada como tal en una norma técnica de salud

Criterios de indicadores de peligro

- Violencia previa y/o antecedentes de conducta antisocial
- Ideación violenta pasada o presente
- Impulsividad
- Trastorno de personalidad del grupo B
- Falta de apoyo social
- Patrón de personalidad antisocial
- Cogniciones antisociales

Criterios de antecedentes clínico – históricos

- Ingresos previos en tratamiento obligatorio
- Fuga actual o anterior de la hospitalización
- Incumplimiento del plan de tratamiento
- Problemas de uso de sustancias

Criterios de ítems clínico – cognitivos

- Síntomas psicóticos presentes
- No reconoce que tiene un trastorno mental grave
- No atribuye los síntomas al trastorno mental
- No reconoce la necesidad de tratamiento
- Falta de perspicacia hacia el comportamiento inadecuado y disruptivo
- No comprende completamente la información transmitida
- No aceptación o aceptación no convincente del plan de tratamiento
- Impacto conductual y emocional de la sintomatología

Nota: Formato tomado del estudio denominado "Compulsory psychiatric treatment checklist: Instrument development and clinical application", desarrollado por Brissos, publicado en International Journal of Law and Psychiatry; y adaptado de acuerdo con la legislación peruana en materia de salud mental vigente en el momento de la recolección de la información.

Anexo 3:

Carta N° 053-2024-DG.004-OADI-HVLH/MINSA - Carta de aprobación por Comité de Investigación del Hospital



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

Magdalena del Mar, 27 de marzo del 2024

CARTA N° 053-2024-DG-004-OADI-CI-HVLH/MINSA

Mtro. Noé Vizcarra Villegas
Calle Carlos Roldán N° 273 – 277
Urbanización Prolongación Benavides – Santiago de Surco
Correo electrónico: noe.vizcarra@pucp.pe
Presente.-

Asunto: Solicitud de aprobación de plan de investigación

Me dirijo a usted saludándolo cordialmente a fin de informarle que el Comité de Investigación del Hospital Larco Herrera, aprobó el Proyecto: "Criterios para el internamiento y/o hospitalización involuntaria por situación de emergencia psiquiátrica" de su autoría.

Se sugiere que antes de empezar con la ejecución pase por la evaluación y autorización del Comité de Ética en Investigación del Hospital Víctor Larco Herrera.

Atentamente,

Ministerio de Salud
Hospital Victor Larco Herrera

Med. Elizabeth M. Rivera Chávez
Directora General
C.M.P. 24232 F.N.E. 10693

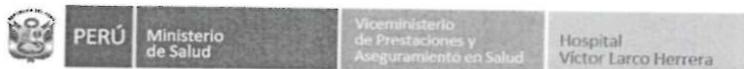
EMRCH/GEV/cpo
c.c Archivo



www.larcoherrera.gob.pe
Av. Pérez Araníbar 600
Magdalena del Mar, Lima 17 Perú
Telf: (511) 261-9450
Correo: mesadepartes@rvlh.gob.pe



Carta N° 095-2024-DG-10-CEI-HVLH/MINSA – Carta de aprobación por el Comité Institucional de Ética de la Investigación del Hospital



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del bicentenario de la consolidación de nuestra independencia y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

Magdalena del Mar, 12 de junio del 2024

CARTA N° 095-2024-DG-10-CEI-HVLH/MINSA

Noé Vizcarra Villegas
Email: noe.vizcarra@pucp.pe
nvizcarra@susalud.gob.pe
Teléfono: 986168358
Presente.-

Asunto: Investigación

Referencias: Expediente N° 2400011368, Carta con fecha de recepción 10 de junio del 2024.

Me dirijo a usted para informarle que el Comité Institucional de Ética de la Investigación ha aprobado la investigación titulada "Criterios para el internamiento y hospitalización involuntaria por situación de emergencia psiquiátrica".

Atentamente,

Ministerio de Salud
Hospital Víctor Larco Herrera

.....
M^{te}. Elizabeth M. Rivera Chávez
Directora General
C.M.P. 24232 R.N.E. 10693

EMRCH/SS/



www.larcoherrera.gob.pe
Av. Pérez Aranibar 600
Magdalena del Mar, Lima 17 Perú
Telf: (511) 261-5299 Anexo 1048
Correo: mesadepartes@hvlh.gob.pe



Informe de evaluación favorable de la Comisión de Ética de Investigación (CEI) de la Universidad de Murcia

UNIVERSIDAD
DE MURCIA

VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

Informe de evaluación Comisión de Ética de Investigación (CEI)

M10/2024/318R

VERSIÓN: 1

Título de la tesis doctoral: CRITERIOS PARA EL INTERNAMIENTO Y HOSPITALIZACIÓN INVOLUNTARIA POR SITUACIÓN DE EMERGENCIA PSIQUIÁTRICA

Responsable: Noe Vizcarra Villegas

Email: noe.vizcarrav@um.es

Comité: CEI

Fecha: lunes 20 de mayo de 2024

Nº Acta: 9

Dictamen: Favorable pendiente de revisión mínima

La CEI (Comisión de Ética de Investigación) ha emitido un dictamen **Favorable pendiente de revisión mínima**. Por este motivo, se le comunica que no podrá realizar la intervención con seres humanos hasta haber obtenido el Informe Favorable de la CEI. A continuación, se indican los aspectos que la persona investigadora responsable ha de modificar para que su proyecto pueda obtener el Informe Favorable de la CEI.

En el caso de dictamen **Favorable pendiente de revisión mínima**, y según las características de las modificaciones, será la secretaria de la CEI o el equipo evaluador, quienes confirmarán el Informe Favorable.

En caso de cumplirse el plazo de 45 días desde la emisión de este informe **Favorable pendiente de revisión mínima** sin haber recibido respuesta de la persona investigadora responsable, la Secretaría Técnica procederá al archivo de la solicitud. En ese caso, para obtener el Informe Favorable de la CEI, deberá iniciarse nuevamente el procedimiento.

Comisión de Ética de Investigación
Vicerrectorado de Investigación
Edificio ESUM, 3ª planta
Campus de Espinardo
30071 — Murcia
ESPAÑA

comision.etica.investigacion@um.es
Tel: 968 88 3614-9696-9899
www.um.es/web/vic-investigacion/


VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN



Comentarios (1)

5. CUMPLIMIENTO DE LA DOCUMENTACIÓN

5.9 Informe del Comité o Comisión del organismo externo

Se advierte al investigador que una vez obtenida la autorización del Comité de Ética en Investigación Víctor Larco Herrera, remita copia a esta Comisión.

Comisión de Ética de Investigación
Vicerrectorado de Investigación
Edificio ESUM, 3ª planta
Campus de Espinardo
30071 — Murcia
ESPAÑA

comision.etica.investigacion@um.es
Tlf: 968 33 3614-9898-9899
www.um.es/web/vic-investigacion/



2 de 2

Informe de Ratificación Favorable de la Comisión de Ética de Investigación (CEI) de la Universidad de Murcia

UNIVERSIDAD
DE MURCIA

VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

Informe de ratificación Comisión de Ética de Investigación (CEI)

Jaime Miguel Peris Riera, como secretario de la Comisión de Ética de Investigación

CERTIFICA

Que revisada la memoria M10/2024/318R del investigador Noe Vizcarra Villegas, para la realización de la tesis doctoral "CRITERIOS PARA EL INTERNAMIENTO Y HOSPITALIZACIÓN INVOLUNTARIA POR SITUACIÓN DE EMERGENCIA PSIQUIÁTRICA" y a la vista de la documentación aportada por el Centro Responsable, ha obtenido, en la reunión de la Comisión de Ética de Investigación celebrada el 20 de mayo de 2024, el **INFORME DE RATIFICACIÓN FAVORABLE**, basado en valores de razonabilidad, confianza y respeto por las tareas realizadas en los comités de ética.

Y para que conste y tenga los efectos que correspondan, firmo esta certificación, con el visto bueno del/de la presidente/a de la Comisión de Ética de Investigación

Comisión de Ética de Investigación
Vicerrectorado de Investigación
Edificio ESTUM, 3ª planta
Campus de Espinardo
30071 — Murcia
ESPAÑA

comision.etica.investigacion@um.es
TEL: 968 81 3614-9098-9359
www.um.es/web/etic-investigacion/



INVESTIGACIÓN

