

L'INGRÉS NO VOLUNTARI

*i la pràctica terapèutica de mesures restrictives
en pacients psiquiàtrics i persones demenciades*

Barcelona, 2002

**Comitè de Bioètica
de Catalunya**



Generalitat de Catalunya
**Departament de Sanitat
i Seguretat Social**

© **Generalitat de Catalunya**
Departament de Sanitat i Seguretat Social

Edita: **Direcció General de Recursos Sanitaris**

Primera edició: **Barcelona, juliol de 2002**

Tiratge: **4.000 exemplars**

Dipòsit legal: **B-39060-2002**

Coordinació editorial: **Secció de Publicacions**

Correcció: **Secció de Normalització Lingüística**

Disseny gràfic: **Quadrat, S.L.**

Impressió: **Novatesa Gràfiques, S.L.**

Composició del grup de treball sobre "L'ingrés no voluntari i la pràctica terapèutica de mesures restrictives en pacients psiquiàtrics i persones demenciades"

Coordinador

Sr. Rogeli Armengol. Servei de Psiquiatria. Hospital Universitari Vall d'Hebron

Membres

Sra. Mercè Boada. Servei de Neurologia. Hospital Universitari Vall d'Hebron

Sra. Montserrat Busquets. Escola d'Infermeria. Universitat de Barcelona

Sra. M. Eulàlia Navarro. Unitat de Crisi d'Adolescents CASM Benito Menni

Sra. Silvestra Moreno. Fundació Malalts Mentals de Catalunya

Sr. Joan Padrós. Servei de Medicina Interna. Hospital General de Granollers

Sra. Lola Pasarín. Unitat de Crisi. Centre Psiquiàtric. IMAS

Sr. Josep Ramos. Director mèdic. Sant Joan de Déu. Serveis de Salut Mental

Sr. Joan Vegué. Director assistencial. Centre Psiquiàtric. IMAS

2 | 3

Secretari

Sr. Josep M. Busquets. Departament de Sanitat i Seguretat Social

Membres del Comitè de Bioètica de Catalunya

Eugeni Sedano, Francesc Abel, Rogeli Armengol, José Luis Ausín, Josep Ballester, Josep M. Bertran, Mercè Boada, Margarita Boladeras, M. Josep Borràs, Marc Antoni Broggi, Esther Busquets, Montserrat Busquets, Josep M. Busquets, Joaquim Calaf, Salvador Cardús, Victòria Camps, Maria Casado, Pau Ferrer, Xavier Foz, Pablo Hernandez, Josep M. Martínez Carretero, Màrius Morlans, Rafael de Oleza, Joan Padrós, Josep M. Payà, Joan Maria Pons, Josep Enric Rebés, Lluís Revert, Joan Viñas

Índex

1.	Introducció	7
2.	El marc legal de l'ingrés no voluntari o sense consentiment	9
3.	La competència en els malalts mentals	13
4.	Criteris per a un ingrés no voluntari	17
5.	Les mesures restrictives en el curs d'un ingrés no voluntari	19
6.	El consentiment en alguns supòsits d'ingrés no voluntari: minoria d'edat o incapacitació	25
7.	L'ingrés no voluntari dels menors d'edat	27
8.	L'ingrés no voluntari dels malalts amb demència	31
9.	L'ingrés no voluntari de les persones amb retard mental	33
10.	El servei d'urgències d'un hospital general i la competència dels malalts afectats per un trastorn psiquiàtric	35
11.	La quotidianitat del malalt, les cures d'infermeria i les mesures restrictives	37
12.	Reflexió clínica i bioètica sobre el marc legal que regula els ingressos no voluntaris	41
13.	Documents de referència	45
14.	Annexos	47

1. Introducció

Les descompensacions psicopatològiques, quan són greus, poden abocar a una situació que sol ser temporal, en la qual la competència per decidir amb plenes facultats es redueix molt. En el tractament de la patologia psiquiàtrica severa no és infreqüent que s'hagi d'hospitalitzar el pacient sense el seu consentiment. No obstant això, habitualment, la resistència del malalt contra l'ingrés no voluntari cedeix al cap de poques hores o pocs dies, quan s'adona que el tractament i l'hospitalització l'ajuden a recuperar l'estabilitat.

L'objectiu principal d'un ingrés no voluntari és la recuperació de la salut i l'equilibri del pacient. Per tant, no és lògic ni adequat pretendre ingressar en un hospital una persona amb problemes de conducta si, alhora, no està malalta físicament o mentalment. En el curs d'un ingrés no voluntari pot ser inevitable establir diverses mesures de restricció, que només es podran aplicar en casos ben codificats i sempre que formin part del pla terapèutic establert; quan el pacient pot perjudicar-se seriosament, o fer-se mal o fer mal a altri, si no és contingut i privat temporalment d'algun dels seus drets. És molt evident que en aquestes circumstàncies és summament important garantir el compliment estricte d'uns procediments adequats i no permetre que es perdin o es malmetin els principis del nostre comportament professional i ètic. En tots aquests casos la legislació preveu la participació de l'autoritat judicial que vetllarà pel pacient. Així, queda garantit que el malalt no estarà subjecte a cap arbitrarietat i que no s'hi cometran abusos.

La legislació a la qual ens referim és prou clara, en termes generals, i ha d'assistir els professionals quan han d'operar en condicions de vegades extremes. Però, a més a més, la reflexió sobre els valors de la nostra pràctica professional permet que les actuacions del personal sanitari reportin un benefici vers la salut del pacient. Encara que la legislació actual és prou satisfactòria per als pacients i els sanitaris, la reflexió

ètica a partir de la pràctica sempre pot recomanar que en el futur pugui ser aconsellable la modificació de determinats passatges de les lleis vigents.

La reflexió que s'ordena al voltant dels principis de la bioètica permet aplicar millor la norma i, també, encertar en aquells supòsits particulars o especials als quals la llei no pot arribar.

En la legislació actual, per referir-se a l'ingrés hospitalari es fa servir la paraula *internament*. En aquesta guia ens ha semblat oportú desestimar aquest mot, ja que denota altres situacions diferents a les referides respecte a la salut, i utilitzar sempre les habituals en sanitat: *ingrés o hospitalització*.

Una conclusió del grup de treball que ha elaborat aquesta guia atorga una gran importància al fet que sempre es disposi de protocols escrits de les pràctiques terapèutiques que no siguin molt habituals i que poden vulnerar els drets i la dignitat de les persones. En els hospitals i institucions on es tracten malalts mentals, persones amb deficiències psíquiques i dementes, com posem de manifest en aquesta guia, han de tenir cura que aquests escrits estiguin sempre a disposició dels pacients, familiars i acompanyants.

2. *El marc legal de l'ingrés no voluntari o sense consentiment*

La legislació estatal i autonòmica que regula l'ingrés no voluntari de malalts mentals està recollida en aquests textos:

- Constitució espanyola de 1978
- Llei 9/1998, de 15 de juliol, del Codi de família

Article 255. Autorització judicial i comunicació de l'internament

1. L'internament d'una persona per raó de trastorn psíquic, qualsevol que en sigui l'edat, en una institució adequada i tancada requereix autorització judicial prèvia si la seva situació no li permet decidir per si mateixa. No es requereix aquesta autorització si per raons d'urgència mèdica cal l'adopció d'aquesta mesura, però en aquest cas el director o directora del centre on s'efectuï l'internament ha de donar compte del fet al jutge o jutgessa del partit judicial a què pertany el centre, en el termini màxim de vint-i-quatre hores. La mateixa obligació es produeix quan la persona voluntàriament internada es troba en una situació que no pot decidir lliurement per si mateixa la continuació de l'internament.
2. Un cop s'ha efectuat la sol·licitud de l'internament o s'ha comunicat l'internament, el jutge o jutgessa, després de fer l'exploració personal i escoltar el dictamen del facultatiu o facultativa que designi i l'informe del ministeri fiscal, ha d'acordar motivadament l'autorització o la denegació de l'internament o de la continuació d'aquest. El jutge o jutgessa, cada dos mesos, ha de revisar la situació de la persona internada.

3. En el cas que es pretenguin aplicar tractaments mèdics que puguin posar en perill la vida o la integritat física o psíquica de la persona afectada, hi és aplicable el que estableix l'article 219 per a aquests tractaments, i les funcions atribuïdes per l'article 219 al tutor o tutora, en aquest supòsit, són exercides pels familiars de la persona internada o, si no n'hi ha, pel jutge o jutgessa.

També cal tenir present l'article 219, que parla de l'autorització prèvia, i el 234, que esmenta les funcions del consell de tutela.

- Llei 1/2000, de 7 de gener, d'enjudiciament civil (BOE núm. 7, de 8-1-2000)

Article 763. Internament no voluntari per trastorn psíquic

1. L'internament, per trastorn psíquic, d'una persona que no estigui en condicions de decidir-ho per ella mateixa, encara que estigui sotmesa a la pàtria potestat o a tutela, requereix l'autorització judicial, que ha d'obtenir el tribunal del lloc on resideixi la persona afectada per l'internament.

L'autorització ha de ser prèvia a l'internament, llevat que hi hagi raons d'urgència que facin necessària l'adopció immediata de la mesura. En aquest cas, el responsable del centre en què s'hagi produït l'internament n'ha de donar compte al tribunal competent al més aviat possible i, en tot cas, dins el termini de vint-i-quatre hores, als efectes que s'efectuï la ratificació preceptiva d'aquesta mesura, que s'ha de fer en el termini màxim de setanta-dues hores des que l'internament arribi a coneixement del tribunal.

En els casos d'internaments urgents, la competència per ratificar la mesura correspon al tribunal del lloc en què radiqui el centre on s'hagi produït l'internament. Aquest tribunal ha d'actuar, si s'escau, d'acord amb el que disposa l'apartat 3 de l'article 757 d'aquesta Llei.

2. L'internament de menors sempre s'ha de fer en un establiment de salut mental adequat a la seva edat, amb l'informe previ dels serveis d'assistència al menor.

3. Abans de concedir l'autorització o de ratificar l'internament que ja s'ha efectuat, el tribunal ha d'oír la persona afectada per la decisió, el ministeri fiscal i qualsevol altra persona la compareixença de la qual consideri convenient o li sigui sol·licitada per l'afectat per la mesura.

A més a més, i sens perjudici que pugui practicar qualsevol altra prova que consideri rellevant per al cas, el tribunal ha d'examinar pel seu compte la persona afectada per l'internament i oír el dictamen d'un facultatiu designat per ell. En totes les actuacions, la persona afectada per la mesura d'internament pot disposar de representació i defensa en els termes que assenyala l'article 758 d'aquesta Llei.

En tot cas, la decisió que adopti el tribunal en relació amb l'internament és susceptible de recurs d'apel·lació.

4. A la mateixa resolució que acordi l'internament hi ha de constar l'obligació dels facultatius que atenguin la persona internada d'informar periòdicament el tribunal sobre la necessitat de mantenir la mesura, sens perjudici dels altres informes que el tribunal pugui requerir quan ho consideri pertinent.

Els informes periòdics han de ser emesos cada sis mesos, llevat que el tribunal, atesa la naturalesa del trastorn que ha motivat l'internament, assenyali un termini inferior.

Rebut els referits informes, el tribunal, amb la pràctica prèvia, si s'escau, de les actuacions que consideri imprescindibles, ha d'acordar el que sigui procedent sobre la continuació de l'internament.

Sens perjudici del que disposen els paràgrafs anteriors, quan els facultatius que atenguin la persona internada considerin que no cal mantenir l'internament, han de donar l'alta al malalt, i ho han de comunicar immediatament al tribunal competent.

- Llei orgànica 1/1996, de 15 de gener, de protecció jurídica del menor. Modificació parcial del Codi civil i la Llei d'enjudiciament civil, article 271 i disposició final dotzena (BOE núm. 15, de 7.1.1996)

Article 271. El tutor necessita autorització judicial:

1. Per internar el tutelat en un establiment de salut mental o d'educació o formació especial.

3. *La competència en els malalts mentals*

Qualsevol intervenció en l'àmbit de la salut requereix que la persona afectada, havent estat informada prèviament en forma suficient i adequada, doni el consentiment específic i lliure. Aquest consens ètic i legal constitueix un aspecte fonamental de la relació clínica que l'Administració sanitària ha de garantir. Es tracta de l'anomenada doctrina sobre el *consentiment informat* (que alguns també anomenen *consentiment assistencial*).

Entre els drets reconeguts dels malalts hi ha el de negar-se a les mesures diagnòsticoterapèutiques que se'ls puguin proposar i poden revocar, si escau, el consentiment donat prèviament.

La presa de decisions en la clínica assistencial és el fruit, entre altres factors, de la relació entre la voluntat dels professionals sanitaris i l'acceptació de la seva proposta per part dels malalts o dels seus representants.

A fi que l'acceptació de les mesures proposades pels assistencials tingui validesa ètica i legal, cal que els malalts puguin prendre-hi una decisió autònoma; és a dir, que hi hagi hagut una informació prèvia adequada i que el pacient pugui implicar-s'hi lliurement. Ara bé, la capacitat de decidir de manera plenament competent pot presentar problemes, especialment en el cas dels malalts mentals, en els quals la capacitat de prendre decisions raonables pot estar greument compromesa.

Què volem dir quan parlem de la competència dels malalts?

Ens referim a la capacitat de rebre, comprendre i retenir la informació rellevant sobre la seva situació clínica, amb la possibilitat de poder efectuar una elecció entre les opcions possibles i les seves alternatives, d'acord amb el sistema de valors personals.

El que estem valorant són les capacitats mentals adequades per prendre aquestes decisions.

Així doncs, el terme *competència* aplicat a la clínica fa referència a la facultat o capacitat i el dret dels malalts de prendre decisions sobre la seva salut; és a dir, consentir o refusar les mesures de diagnòstic o de tractament que se'ls proposi.

En el cas que el metge responsable o l'equip sanitari que atén un pacient considerés que no és capaç de fer-se càrrec de la situació clínica, per trobar-se en un estat físic o psíquic que li impedeixi la capacitat de comprendre i decidir, el consentiment s'haurà d'obtenir dels familiars, dels representants o de les persones que hi estan vinculades.

Els professionals assistencials freqüentment han de fer front a situacions complexes, quan hi ha indicis ben fonamentats que posen en dubte la capacitat del malalt per donar el consentiment. El que s'està valorant és l'anomenada *capacitat natural o de fet*, que pot sofrir un menysteniment de manera temporal o definitiva, en el cas de la demència greu. Una altra qüestió, no menys important, però que cal considerar ulteriorment, és l'anomenada *capacitat legal o de dret*. Quan hi hagi, a criteri del metge responsable de l'assistència o de l'equip de professionals que atén el malalt, l'evidència d'una incapacitació mental greu caldrà plantejar-se els passos per aconseguir una incapacitació legal.

Què cal tenir present per valorar la competència dels malalts?

- En l'exercici clínic és inexcusable partir sempre de la premissa que, en principi, la competència se li suposa a qualsevol pacient adult (o menor madur). També és molt important no deixar-se portar per possibles prejudicis desvetllats per una etiqueta diagnòstica prèvia, com la dels malalts afectats de trastorns psiquiàtrics. Com resulta obvi, el dèficit de competència dels malalts per prendre decisions cal demostrar-lo amb arguments molt convincents.
- Els malalts són competents o no ho són per a la presa de decisions concretes. La qüestió fonamental és valorar si un pacient determinat en una situació concreta és capaç de prendre una decisió que el metge o l'equip sanitari pugui respectar sense caure en una mala praxi.

- Quan la relació entre riscos i beneficis potencials sigui difícil d'establir i les conseqüències que se'n puguin derivar siguin importants, caldrà ser molt més exigent en la valoració de la capacitat per prendre decisions. Una decisió que comporti beneficis clars amb riscos escassos requerirà un estàndard de competència menor que en una situació contrària.
- Caldrà considerar també el dèficit temporal de competència per prendre determinades decisions en malalts en els quals un trastorn mental pot ser transitori, per exemple: un estat confusional, de pànic o de dolor, o altres factors que poden tenir un caràcter reversible. En aquests casos, el deure professional és procurar restablir, tan aviat com es pugui, els nivell màxims de la seva capacitat decisòria.

4. *Criteris per a un ingrés no voluntari*

L'OMS, quan s'ha d'autoritzar un tractament forçós en psiquiatria, especifica els criteris següents:

- a) El pacient no és suficientment competent per comprendre i decidir respecte al seu tractament.
- b) El tractament suposa que l'avaluació del binomi risc-benefici és clarament favorable al pacient.
- c) La no-aplicació del tractament podria provocar un dany superior al pacient, a la família i/o a la comunitat.

D'altra banda, en el Conveni Europeu, qualsevol tractament no voluntari d'una persona no competent per consentir només està justificat pel principi de protecció de la salut de l'individu i, per tant, per una necessitat sanitària. El Llibre blanc del Consell d'Europa (vegeu l'apartat de documents de referència) recupera, en diferent ordre, els criteris adoptats per l'OMS, però explicita més clarament la necessitat que hi hagi un trastorn mental com a causa del risc i, a més a més, que no hi hagi alternatives menys restrictives.

Les garanties jurídiques de la situació d'ingrés no voluntari estan perfectament definides en la legislació vigent. Impliquen l'obligatorietat que l'afectat sigui vist per un jutge (normalment amb el metge forense) i que, quan s'hagi escoltat el ministeri fiscal i qualsevol altra persona que el jutge o l'afectat determinin, el jutge resolgui o no l'autorització per a l'ingrés.

En l'àmbit de l'assistència psiquiàtrica, entenem per ingrés no voluntari el que està indicat per un metge i sota el control previ o posterior d'un jutge, que es basa estric-

tament en la necessitat de salut d'un pacient que no té la competència mental necessària per prestar un consentiment responsable.

Així doncs, els criteris per a un ingrés no voluntari són:

- a) Existència d'un trastorn mental greu que impliqui un risc greu per a la integritat física, la salut, la vida familiar o relacional, o els interessos en general de la persona.
- b) En la situació actual, l'estat mental del pacient li impedeix la competència necessària per prendre una decisió responsable i conforme als seus interessos.
- c) Segons els coneixements disponibles, la mesura d'hospitalització és raonablement més efectiva i beneficiosa per al pacient que qualsevol altra alternativa terapèutica menys restrictiva.

Aquests criteris són especialment aplicables a situacions agudes en les quals el diagnòstic sindròmic ens dona informació sobre l'estat mental actual del pacient i, juntament amb una avaluació de riscos i de l'efectivitat de la mesura d'hospitalització, permet una aproximació força ajustada sobre el tipus d'internament més recomanable.

5. *Les mesures restrictives en el curs d'un ingrés no voluntari*

En la praxi psiquiàtrica entenem per mesures restrictives una sèrie de procediments terapèutics que de manera temporal limiten l'autonomia i el dret a la llibertat. En totes les circumstàncies es garantirà que l'aplicació d'aquestes mesures no atempti contra la dignitat de les persones.

Les mesures de restricció només poden ser aplicades si deriven d'un pla terapèutic i es compleixen els criteris següents:

- Una indicació clínica individualitzada i limitada en el temps.
- Una necessitat expressa d'ordre mèdica prèvia. En una situació d'urgència i en el cas que la infermeria emprengui alguna acció, s'ha de comunicar al més aviat possible al metge de referència perquè hi doni l'aprovació.
- Un caràcter d'excepcionalitat i amb finalitat exclusivament terapèutica, que es fonamenta en el principi del benefici de la persona.
- La mesura anterior ha de ser raonablement efectiva i ha d'aportar molt clarament més beneficis que riscos.
- No hi ha unes formes alternatives menys restrictives per oferir a la persona el tractament que requereix.
- En cap cas, no es poden emprar com a càstig o forma de control.
- En cap cas, no han de respondre a raons extraclíniques com, per exemple, per pal·liar una manca de personal.
- Les accions s'han de dur a terme per personal sanitari amb uns nivells de coneixements i formació suficients.
- Al pacient se li ha de facilitar una acurada informació prèvia, procurant, en la mesura que es pugui, que hi doni el consentiment. S'informarà també la família

i, alhora, s'intentarà obtenir la seva col·laboració en el procés de tractament.

- Les accions es realitzaran sempre tractant el pacient amb la màxima dignitat i respecte, i vetllant per la garantia dels seus drets constitucionals.
- La restricció cal que es basi sempre en una disminució de la competència mental del pacient, deguda al seu estat psicopatològic. No és acceptable amb la idea que es fa “en benefici seu”, si la seva conducta és responsable i el malalt és competent.
- Les mesures restrictives indicades han de constar sempre en la història clínica.

Conversió d'un ingrés voluntari en un de no voluntari

El respecte del psiquiatre i de tot el personal a l'acte de consentiment prèviament formalitzat amb el pacient ha de ser una prioritat per a tothom i una garantia per a tots els malalts. El possible canvi a la modalitat d'ingrés no voluntari només s'ha de fer si la condició actual del pacient ha canviat de manera clínicament evident respecte de la que tenia en el moment de la formalització del consentiment. El canvi de la modalitat d'ingrés es realitza quan la situació clínica del pacient comporta un risc per a la seva integritat física o la de tercers. És obvi que se n'haurà d'informar el jutge.

Mesures restrictives

1) Subjecció

És l'ús de procediments físics o mecànics dirigits a limitar els moviments de part o de tot el cos d'un pacient, per tal de controlar les seves activitats físiques i protegir-lo i protegir altres persones de conductes o de risc de conductes violentes que comportin dany.

La subjecció ha d'utilitzar-se només dins del context terapèutic, després d'haver exhaurit totes les possibles alternatives. És l'últim recurs que cal adoptar per controlar conductes violentes o d'alt risc per a la salut o la vida de l'individu, per a la resta de malalts internats o del personal que té cura dels pacients.

S'indicarà només en situacions excepcionals, generalment en un context d'urgència. La indicació fa necessaris un coneixement i preparació per part del personal que l'ha de portar a terme i no ha d'agreujar l'alteració conductual o l'agitació que sempre pot aparèixer. La subjecció ha d'oferir, alhora, un límit que el malalt pot sentir com desangoixant i reassegurador. Es requereix per part del personal una actitud curosa i serena. S'ha de defugir una resposta guiada per impulsos o temptatives poc o gens professionals.

La durada de la subjecció serà tan breu com sigui possible, per donar pas quan l'estat del pacient ho permeti a altres mesures terapèutiques psicofarmacològiques i/o psicològiques.

Hi ha un punt de la Recomanació 1.235 de l'Assemblea Parlamentària del Consell d'Europa de 1994 que es refereix a la prohibició d'usar la contenció o subjecció física en cap supòsit. El Llibre blanc del Consell d'Europa, que coneix i cita aquesta recomanació, ha decidit suspendre la prohibició tot dient que l'ús de períodes curts de subjecció física i aïllament ha de ser proporcional als beneficis i riscos que se'n deriven". La comissió que ha redactat aquest opuscle està d'acord amb aquesta norma, i no li sembla recomanable seguir un criteri de prohibició. Actualment és impossible, en alguns casos, aplicar una assistència correcta sense lligar el pacient durant un temps breu i amb totes les garanties. Per exemple, per injectar un fàrmac que tranquil·litzi un pacient pot ser millor lligar-lo prèviament si està agitat per evitar de fer-li mal.

El procediment de subjecció ha d'estar reflectit a la història clínica del pacient, on han de quedar degudament documentats la justificació, els controls i la monitorització necessaris durant tota la durada de la mesura.

Com a indicacions clíniques, es recomana en:

- Estats d'agitació psicomotriu.
- Conductes o alt risc de conductes auto i/o heteroagressives.
- Desorganització conductual en estats confusionals.

II) Aïllament

És la reclusió d'un pacient tot sol en una habitació tancada, de la qual no se'l permetrà sortir durant un període limitat de temps. Pot estar indicat en situacions de greu pertorbació de l'esfera interactiva d'un malalt amb altres pacients, quan sigui adequada una reducció temporal d'estímuls externs, o quan requereixi límits segurs que afavoreixin la remissió de la seva desorganització conductual o de la disgregació psíquica.

L'espai per a l'aïllament ha de disposar de les condicions adequades per garantir la seguretat del pacient, tot procurant-li, alhora, el confort suficient.

En ser una mesura menys coercitiva que la subjecció, s'ha d'aplicar preferentment en lloc d'aquesta, sempre que l'estat clínic del pacient ho permeti.

Necessita les mateixes mesures d'acompanyament i de control per part del personal d'infermeria.

L'estada d'un pacient en un espai aïllat s'ha de limitar al temps estrictament necessari i mai no s'ha de perllongar sense indicació mèdica.

III) Permanència en una sala d'hospitalització i/o observació

Generalment, durant els primers dies d'ingrés i en funció de l'estat clínic del pacient, pot estar indicat que romangui a la sala d'hospitalització en observació. La indicació d'aquesta mesura prové dels criteris següents:

- Oferir límits segurs per al pacient.
- Controlar conductes pertorbadores.
- Protegir-lo d'impulsos suïcides.

IV) Restriccions en la comunicació amb l'exterior de l'hospital

Tot pacient ingressat té dret a comunicar-se o rebre comunicació de l'exterior. El malalt haurà de respectar les normes habituals de la institució hospitalària. Les normes establertes han d'estar emmarcades dins un pla terapèutic que tingui en compte l'estat clínic del pacient i les limitacions aconsellables per establir i mantenir relacions

sense crear o crear-se conflictes. En determinades circumstàncies, pot ser adequat limitar l'ús d'aquests drets, sobretot quan el seu exercici pot ser perjudicial per a si mateix o pot lesionar drets i llibertats d'altres persones.

a) Ús del telèfon

Si es tenen presents les consideracions anteriors, no serà difícil, en la majoria de les ocasions, establir unes normes per a l'ús del telèfon. Ha de procurar-se pactar amb el pacient un control i evitar-ne la prohibició.

b) Recepció de visites

Pràcticament mai no ens hem de veure obligats a imposar al malalt una visita en contra de la seva voluntat.

Les visites es poden restringir, d'acord amb les normes institucionals i l'estat del malalt, si han d'alterar el pacient o poden tenir repercussions desfavorables per al tractament.

De vegades, en el curs de l'hospitalització, sobretot en les fases inicials, pot estar indicada la companyia contínua dels familiars, o un distanciament provisional quan hi ha una relació familiar que és origen de conflictes i de malestar.

Per contra, vetllarem perquè una mesura eventual de restricció provisional de visites no refermi possibles sentiments d'abandonament o comprometi la persistència de lligams socials quan són precaris.

c) Intervenció del correu

En la recepció:

Cap cas no justifica la violació de la intimitat ni, per tant, la intervenció del correu adreçat als malalts. Només n'estaria justificada la retenció momentània:

- Quan hi haguessin sospites fundades de rebre qualsevol substància tòxica de l'exterior.
- Quan persones externes poguessin influir en la presa de decisions que el malalt no està en condicions de prendre.

En l'emissió:

- Pot ser convenient la retenció del correu que el malalt vulgui enviar en el curs de l'ingrés tan sols en els casos en què es sospiti que ell mateix pot perjudicar-se en prendre decisions per escrit (per exemple, renunciar a la feina).
- Redacció i signatura de documents compromesos. En aquests casos, pot ser convenient per al malalt que es demorin actuacions formals que podrien perjudicar els seus interessos.

Protocols per escrit

És molt important, per prevenir abusos i arbitrietats, que hi hagi protocols escrits de cada una de les mesures restrictives. Aquests documents han d'estar sempre a disposició dels pacients, familiars i acompanyants.

6. *El consentiment en alguns supòsits d'ingrés no voluntari: minoria d'edat o incapacitació*

S'ha de tenir present que la majoria dels trastorns psiquiàtrics presenten una evolució irregular i canviant, que comporten freqüentment modificacions de l'estat mental dels pacients, tant en el sentit d'una patologia o discapacitat més grans, com al contrari, de millor equilibri i recuperació. Des del punt de vista del subjecte, és evident que la personalitat específica de cadascú el farà més vulnerable o més resistent a determinats estímuls, i també més competent o menys davant de situacions emocionals o conflictives concretes. Des de la perspectiva de la malaltia, també és clar que aquesta afecta de manera desigual a cada persona, en funció de variables múltiples: el tipus de trastorn, el nivell d'adaptació assolit abans de l'aparició del trastorn, el context familiar i social concret, el tipus de tractament rebut i el moment en què es va iniciar, etc. Cal entendre que, igual que passa en els altres àmbits del procés de recuperació, la influència benèfica de la relació entre el pacient i els serveis d'atenció pot estimular canvis significatius també en l'esfera de la pròpia autoconsciència que, si no són recollits i valorats expressament, poden malmetre's. És més, no és possible la rehabilitació sense la recuperació d'una certa autoconsciència com a persona i com a ciutadà.

Aquesta visió és, en si mateixa, vàlida per a tots els casos, independentment de la gravetat o del grau de discapacitat d'una persona en concret. Això comporta una conseqüència immediata per a tots els professionals de la salut mental: sempre que un pacient tingui la capacitat de decidir de manera responsable, ho ha de fer; fins i tot, malgrat els fracassos anteriors. Com sempre, des de l'actitud prudent i adoptant com a guia el benefici del pacient, el professional ha de calibrar els riscos i els beneficis que pot comportar la seva decisió clínica.

El Conveni Europeu pels Drets Humans i la Biomedecina recomana la necessitat de demanar el consentiment per a les actuacions terapèutiques concretes, fins i tot, en

un ingrés no voluntari. Una comissió d'experts de la Unió Europea està treballant en aquest mateix sentit en la proposta d'un llibre blanc. En aquest document s'insisteix en la necessitat que el pacient d'un ingrés no voluntari pugui "implicar-se en les decisions, sempre que li sigui possible" (cap. 3), o "continuar la participació del pacient, fins i tot en l'ingrés no voluntari" (6.4.), o que en una situació d'hospitalització forçosa "la competència del pacient per consentir ha de verificar-se per a cada forma i curs de tractament indicat" (6.2.). També s'hi distingeix clarament entre *ingrés* no voluntari i *tractament* no voluntari, de manera que cap d'aquests no hagi d'implicar necessàriament l'altre. Per consegüent, això significa que és possible que un tractament sigui vàlidament consentit en una situació d'hospitalització no voluntària.

Lamentablement, ni el Codi civil espanyol ni tampoc el Codi català de família no preveuen aquestes situacions. Actualment, per a la necessària protecció judicial del menor o de la incapacitat, les lleis estableixen l'obligatorietat de l'autorització judicial de l'hospitalització per a aquestes persones i, així, es nega la validesa tant al consentiment que puguin prestar els interessats com els seus representants legals. D'altra banda, el món judicial tendeix a considerar com a invàlid qualsevol consentiment prestat durant un ingrés no voluntari. Ben mirat, aquesta figura legal així com les anteriorment esmentades (minoria d'edat i incapacitació) no impliquen (o no han d'implicar, necessàriament) la negació dels drets civils d'aquestes persones, però sí la tutela o la protecció en el seu exercici. Entre aquests drets, ha de ser rellevant la capacitat d'escollir, sempre que es donin les condicions mínimes exigibles per a una elecció responsable.

No hi ha dubte que sempre poden donar-se situacions de desprotecció i abús en aquests col·lectius, però la inflexibilitat de la norma planteja també un risc d'abús: la negació de la capacitat d'autonomia i de consentir que qualsevol persona pugui tenir davant una situació concreta, i especialment quan aquesta es refereix a un problema de salut. El dret a consentir és, a més a més d'un dret civil, un element fonamental en el procés terapèutic i rehabilitador.

7. *L'ingrés no voluntari dels menors d'edat*

Seguint les indicacions del Llibre blanc sobre la protecció dels drets humans i la dignitat de les persones afectades per trastorns mentals, en el cas de l'ingrés en un centre psiquiàtric d'un menor d'edat, les mesures han de ser més estrictes que les que s'apliquen en el cas dels adults, perquè:

- Els menors poden no ser capaços de defensar els seus interessos; per la qual cosa han de tenir la possibilitat de rebre assistència d'una persona que els representi des de l'inici de l'hospitalització (aquesta funció pot ser assumida per un familiar o pel tutor legal).
- La seva opinió s'ha de considerar de forma determinant i de manera progressiva, en relació amb la seva edat i el seu grau de maduresa.
- Els menors que són objecte d'hospitalització han de ser tractats en ambients separats dels adults.
- La reintegració del menor al sistema escolar s'ha de fer tan aviat com el seu estat psicopatològic ho permeti.

Segons la Llei orgànica de protecció jurídica del menor, quan el pacient ho sigui, per a un ingrés hospitalari de caràcter psiquiàtric no és suficient l'autorització del pare o de la mare o d'aquell qui en detingui la pàtria potestat; també caldrà l'autorització judicial i un informe dels serveis d'assistència del menor. Així, doncs, l'ingrés per raons de trastorn psíquic d'una persona que no estigui en condicions de decidir-ho per ella mateixa requereix una autorització judicial, encara que estigui sotmesa a la pàtria potestat. Aquesta autorització ha de ser prèvia a l'internament, tret que per raons d'urgència sigui necessari prendre les mesures de forma immediata, de la qual cosa s'ha d'informar el jutge en un termini de 24 hores. Els menors han de ser ingressats

en un establiment de salut mental adequat a la seva edat, segons un informe previ dels serveis d'assistència al menor. L'ingrés ha de ser de llarga durada només de forma excepcional i l'alta s'ha de produir quan el tractament no tingui cap sentit.

En conseqüència, la Llei no preveu la possibilitat d'hospitalitzacions psiquiàtriques voluntàries dels menors d'edat, ni amb el consentiment dels pares o tutors legals solament.

A la pràctica diària, la majoria d'hospitalitzacions es realitzen amb caràcter d'urgència i tant l'ingrés com l'estada i l'alta adquireixen unes connotacions especials:

- L'ingrés té lloc quan sigui necessari de forma immediata, com en el cas del pacient adult, sense autorització judicial. Però, sempre és obligatori informar-ne el jutge en un termini no superior a 24 hores.
- En no existir autorització judicial, l'ingrés es realitza exclusivament sota la responsabilitat del metge (en cas que sorgeixi algun conflicte sobre l'hospitalització, el metge ha de justificar les raons de la urgència).
- L'alta s'ha de determinar segons criteris mèdics, sense que calgui l'autorització del jutge, però és obligat comunicar-ho al jutjat.
- En cas de desacord entre l'opinió mèdica i la dels pares o tutors legals, el criteri que preval és el del metge. En cas de desacord d'alguna de les dues parts, cal informar-ne el jutge.
- En el cas de tractaments amb algun tipus de risc, encara que aquest sigui menor, la persona que tingui la pàtria potestat ha de donar per escrit el consentiment i, alhora, s'ha de tenir una autorització judicial. Tanmateix, "els menors tenen dret a rebre informació adequada en relació amb el conjunt del tractament mèdic al qual siguin sotmesos, d'acord amb la seva edat, maduresa i estat psicopatològic i afectiu".
- Cal tenir sempre en compte l'opinió del menor, especialment en situacions especials en les quals expressi la seva negativa a rebre visites o trucades telefòniques d'algun familiar.
- Amb relació a la confidencialitat i la sol·licitud d'informes mèdics, no es pot informar sobre l'estat del menor sense l'autorització de qui en tingui la pàtria potestat, "amb el coneixement i el consentiment previs del menor, tenint en consideració la seva edat, maduresa i estat psicopatològic":

- En cas de pares separats que en comparteixin la tutela, ambdós tenen dret a rebre'n informació.
- Quan la tutela legal l'exerceixi la Direcció General d'Atenció al Menor (DGAM), la informació als pares requerirà el consentiment previ de la DGAM.
- La tutela per part de la DGAM no pressuposa la prohibició de visites, trucades telefòniques i permisos terapèutics amb els familiars, excepte si hi ha l'oposició del menor o de la DGAM.

L'ingrés psiquiàtric d'un menor comporta una gran ansietat per a aquest i per als familiars, de manera que l'acollida per part dels professionals i la col·laboració dels pares i tutors legals es fan imprescindibles per tal d'establir un vincle terapèutic correcte. En aquest sentit, és convenient donar-los a conèixer que l'ingrés és voluntari i quin tractament cal seguir. Se'ls ha d'explicar que la forma legal de l'ingrés és per garantir que no hi hagi abusos o arbitriarietats en l'hospitalització del nen i dels joves.

S'ha de facilitar un escrit informatiu en què constin l'horari de trucades telefòniques i de visites, tant al pacient com als professionals, les activitats terapèutiques i lúdiques, la normativa del centre i qualsevol altra informació que es consideri adient.

És molt important tenir sempre present que el nen o el jove tenen dret a ser informats del seu trastorn i del tractament, així com de les pautes que es recomanen en el moment de l'alta, de manera comprensible, d'acord amb la seva edat i el grau de maduresa.

L'actitud envers els nens i els adolescents ha de ser extremadament professional, sense caure en extrems de proteccionisme o de rigidesa basats en la seva curta edat.

8. *L'ingrés no voluntari dels malalts amb demència*

Aquest tipus d'ingrés es fa efectiu quan la gravetat del deteriorament cognitiu comporta una mancança evident de la competència per poder entendre i decidir sobre el més convenient per a un mateix davant d'un problema mèdic agut. En els casos en què l'estat clínic de la malaltia correspon a un estadi 7 en la *Global Deterioration Scale* o el 3 en la *Clinical Dementia Rating* hi ha clarament una manca de competència. També es pot fer un diagnòstic de gravetat seguint els manuals d'ús habitual. En els estadis 6 i 2, respectivament, o en el cas d'un diagnòstic de demència moderada, l'ingrés s'ha de valorar amb més cura. En les demències que cursen amb dèficits focals, com les vasculars o en les formes atípiques de la malaltia d'Alzheimer, així com en els casos que hi ha fluctuacions del deteriorament cognitiu i de la conducta, s'hi ha de fer una valoració més extensa per determinar el grau de competència. Com és obvi, l'ingrés no s'ha de dur a terme si hi ha alternatives terapèutiques menys restrictives; també s'ha de tenir en compte que els beneficis de l'ingrés siguin evidents, tant pel que fa al benestar del malalt com al dels cuidadors habituals.

Si el malalt està legalment incapacitat o ha escrit un document de voluntats anticipades per un determinat problema, l'actuació mèdica o sociosanitària pot restar condicionada a la voluntat del representant legal o del que està especificat en aquest document.

En el malalt amb demència es poden donar dos tipus d'ingressos no voluntaris: l'agut i el programat. El primer no té res a veure amb la demència per si mateixa, sinó amb una complicació que pot ser orgànica o mental. Aquest cas no té altre tractament que el d'un ingrés urgent.

Quan hi ha un document de voluntats anticipades és difícil que hi estiguin ben reflectits els trastorns de conducta i altres símptomes no cognitius freqüents en aquestes malalties. En general, el que preocupa a les persones és que no se'ls allargui la vida

quan estan en uns estadis avançats o terminals de la malaltia. Deixar de tractar els símptomes no cognitius de la demència no té res a veure amb aquestes voluntats i pot comportar un increment del patiment, tant del malalt com de la seva família. En aquests casos, s'ha de deixar clar que l'ingrés no voluntari s'ha degut a una complicació de la demència i, quan s'hagi resolt, s'haurà de procedir a l'alta del malalt. Sempre s'ha d'evitar que aquests ingressos per complicacions agudes no es transformin en permanents.

Amb persones dement, tant en un cas d'ingrés per un problema agut com en un ingrés programat, es pot preveure si l'estada ha de ser de llarga durada o es convertirà en permanent. En tots els casos, es faran els tràmits segons la legislació vigent: el metge comunica el fet i el jutge resol la procedència o no de l'ingrés. Posteriorment, ja es veurà si s'han de fer els tràmits per una incapacitació legal. A diferència del malalt psiquiàtric que, en moltes ocasions després d'un tractament específic, recupera un grau de competència que li permet tenir cura d'ell mateix, en el malalt dement la manca de competència és persistent i progressiva.

L'ingrés programat no voluntari es dona quan la família o els responsables de l'assistència del malalt dement no incapacitat, per raons d'ordre familiar, social o de cures mèdiques que no es poden atendre en l'entorn habitual, decideixen institucionalitzar el malalt en un centre sociosanitari o psicogeriàtric. En aquests casos, s'ha d'iniciar -prèviament a l'ingrés- el tràmit d'incapacitació i demanar mesures cautelars, si escau, perquè no estem parlant d'un problema mèdic agut.

9. *L'ingrés no voluntari de les persones amb retard mental*

Les persones amb disminució psíquica presenten una prevalença de trastorns mentals superior a la de la població general. Encara que les seves necessitats són diferents a les de les persones amb altres malalties mentals, és relativament freqüent que utilitzin els serveis psiquiàtrics d'urgències i aguts especialment les que tenen un retard mental lleu.

En general, podem dir que els criteris i els procediments d'ingrés han de ser similars als de la resta de pacients psiquiàtrics ja que el dèficit cognitiu, afegit a una patologia aguda greu, implica més dificultat per al consentiment. La importància de les condutes desadaptatives i la manca de control dels impulsos, quan es presenten, poden fer més necessari incrementar les mesures de suport i seguretat durant l'ingrés.

L'hospitalització perllongada s'ha de fer en entorns específics per a aquest tipus de malalts i, en general, és recomanable l'autorització judicial prèvia. En aquests supòsits, convé fer sempre una valoració atenta de la discapacitat del pacient per tal de determinar la conveniència de la tutela legal.

10. El servei d'urgències d'un hospital general i la competència dels malalts afectats per un trastorn psiquiàtric

Els professionals que treballen en els serveis d'urgència han d'afrontar freqüentment situacions en les quals està en joc la valoració de la capacitat del malalt per prendre decisions importants. De vegades, els trastorns conductuals poden ocultar causes orgàniques d'ordre físic o farmacològic. D'altra banda, el que en un primer moment pot semblar una anomalia somàtica, després d'una adequada exploració es diagnostica com un procés psiquiàtric. L'ambient de sobrecàrrega de feina, la rapidesa amb què sovint cal actuar i altres factors que intervenen en l'organització dels serveis d'urgències fan difícil la valoració de la competència dels malalts.

El metge i l'equip d'infermeria responsables de l'atenció d'un malalt ansiós, agitat, espantat o deprimat poden qualificar-lo prematurament d'incompetent, sobretot si no es té l'aptitud i experiència necessàries per contenir momentàniament la situació i efectuar més tranquil·lament una nova avaluació de les seves capacitats.

Hi ha ocasions en què en els serveis d'urgència s'atenen estats clínics que comporten l'adopció de mesures que voregen els límits de l'ètica i el dret. La indicació de mesures de restricció física o farmacològica són bons exemples del que volem dir. En aquestes circumstàncies seria aconsellable, per establir un indicador amb el màxim de correcció, que es pogués realitzar una valoració interdisciplinària amb la presència d'un psiquiatre.

11. *La quotidianitat del malalt, les cures d'infermeria i les mesures restrictives*

Tenir cura d'un malalt amb una limitació de moviment i/o una vigilància especial del comportament representa un repte en l'atenció d'infermeria. El respecte per la dignitat de les persones se sol fer evident en la quotidianitat del tracte.

Es corre un gran risc si als pacients se'ls tracta com si la incapacitació, sempre parcial i relativa, hagués de fer-se extensiva a tots els aspectes de la vida quotidiana. Més aviat és al contrari, l'atenció d'infermeria ha de considerar que la dificultat del malalt és temporal i parcial; a més, la relativa incapacitat per decidir raonablement no dura sempre en la majoria dels casos, ni tampoc no es refereix a tots els aspectes de la vida de la persona.

Per proporcionar unes cures de forma segura s'ha de tenir la voluntat d'incrementar progressivament la competència del malalt. Hem de procurar que el pacient prengui decisions en els aspectes de la vida diària, respectant-li els seus costums, valors i creences. Quan ens sigui impossible actuar de la manera que acabem de dir, hem de donar les explicacions necessàries i, si comptem amb la presència de la família, hem de procurar que participi en la mesura de les seves possibilitats. A més, hem de procurar ajudar els familiars a viure la situació de la millor manera possible.

Per altra banda, cal considerar la importància del medi ambient actual del malalt en els establiments sanitaris. Hem d'estar alerta a fi de no incrementar la confusió del malalt. S'han de mobilitzar tots els recursos disponibles, de manera que el medi sigui el més contenidor i saludable possible, vigilant tot allò que pugui produir angoixa, confusió, por, etc. Per exemple, si hi ha un elevat nombre de persones que estan al càrrec del pacient, la identificació ha de ser correcta i clara; cal tenir cura a eliminar els elements innecessaris amb els quals el malalt es podria fer mal, etc.

La humanització de les cures, el respecte pels drets individuals de la persona, la disminució dels impactes psicològics negatius i el manteniment de la satisfacció de les

necessitats bàsiques són els objectius clau de l'atenció d'infermeria, sigui quin sigui el marc de l'atenció. Per humanització de l'assistència sanitària entenem l'actitud professional que permet posar-se en el lloc de l'altre i fer-se conscient de les seves necessitats i limitacions. Cal tenir ben present que sempre estem tractant persones, mai els seus cossos.

La humanització de l'assistència evitarà, gairebé sempre, els efectes no desitjats en l'aplicació de la cura i dels tractaments. Els efectes no desitjats són la conseqüència negativa que pot produir un tractament mal aplicat o fet amb certa negligència, per exemple:

- considerar que el pacient és incapaç per decidir qualsevol aspecte de l'atenció clínica;
- considerar-lo incapaç d'afrontar el seu problema de salut;
- fer judicis de valor sobre la seva persona, comportament o família;
- limitar innecessàriament la seva comunicació amb altres persones;
- no tenir cura d'un medi ambient que el pugui pertorbar o alterar;
- vulnerar la seva intimitat i la dignitat quan se li ha de manipular el cos pel que fa a les necessitats bàsiques d'eliminació i higiene;
- vulnerar la confidencialitat;
- tenir comportaments paternalistes o maternalistes que comporten tractar la persona adulta com si fos un infant;
- no proporcionar la informació sobre el seu estat i tractament;
- fer les atencions sanitàries amb personal sense la preparació suficient; etc.

La planificació i seguiment de les cures d'infermeria a malalts en aquestes situacions poden portar consideracions especials i concretes. Han de ser valorats com a persones d'alt risc, perquè la seva situació clínica és de gran vulnerabilitat i d'un alt nivell de dependència, per la qual cosa l'atenció d'infermeria, en aquests casos, pot ser equiparada a les cures intensives. Si la contenció física es fa necessària, no representarà mai una mesura que indueixi a reduir l'atenció, la vigilància i el control del malalt. Al contrari, la contenció física incrementa el cost de les atencions d'infermeria, perquè augmenta la càrrega de treball. A més a més, l'èxit terapèutic està molt condicionat al fet de com s'inicia la contenció, de com se'n fa el seguiment, el control i la retirada.

No hem d'oblidar que les mesures restrictives poden provocar estats d'agitació tant o més intensos que els mals que es pretenen corregir, i hem de pensar que els beneficis depenen en gran proporció del seguiment atent i digne i de l'expertesa de les cures d'infermeria.

Les dades d'infermeria permeten contextualitzar la situació de risc del malalt en una situació clínica determinada, i per això poden ser decisives per a la prescripció de les restriccions eventuais. Aquestes dades solen ajudar a prendre les decisions de les prescripcions quan s'han sospesat els efectes terapèutics de les mesures restrictives i les possibles conseqüències no desitjades.

12. *Reflexió clínica i bioètica sobre el marc legal que regula els ingressos no voluntaris*

La intervenció judicial en l'autorització dels ingressos no voluntaris s'ha d'entendre com una garantia en la defensa i respecte dels drets fonamentals de la persona: el dret a la llibertat, però també el dret a la vida (sense el qual cap altre dret pot ser realitzat), el dret a la salut i el dret a la seguretat, recollits tots com a drets fonamentals del ciutadà en la Constitució espanyola de 1978.

Actualment, la regulació legal dels ingressos no voluntaris es determina a l'article 763 de la Llei d'enjudiciament civil, la Llei orgànica de protecció jurídica del menor i, a Catalunya, a l'article 255 del Codi de família.

En aquests textos es recull la necessitat d'una autorització judicial prèvia a tot ingrés per raó d'un trastorn psíquic quan la persona no està en condicions de decidir-ho per si mateixa, excepte en situacions d'urgència en què la mesura s'adopta per criteris mèdics. En aquest supòsit, s'ha d'informar el jutjat en un termini màxim de 24 hores.

En els casos d'urgència en què no hi ha hagut autorització prèvia, el jutge té l'obligació de sancionar la mesura d'ingrés no consentit en un termini de 72 hores.

En totes aquestes situacions, la situació d'ingrés ha de ser revisada pel jutge cada dos mesos. En els textos legals no queda del tot clar si l'eventual mesura de ratificació l'ha de prendre el jutge a partir d'un reconeixement judicial directe de la persona o un cop estudiats els informes dels facultatius que atenen el cas.

L'article 255 del Codi de família introdueix també l'obligació del metge de sol·licitar una autorització judicial quan s'han d'aplicar tractaments que puguin implicar un risc greu per a la vida o la integritat física del pacient.

Finalment, la legislació expressa clarament que l'alta del pacient respon únicament a criteris mèdics.

No hi ha dubte que la posada en pràctica de les mesures legals redunda en benefici de les persones afectades, ja que el seguiment judicial de l'ingrés no voluntari és un

procediment necessari per a la protecció dels drets fonamentals del pacient. Segurament la funció de la judicatura ha de limitar-se a comprovar la no-arbitrarietat d'un determinat ingrés i és molt dubtós que hagi de vetllar per la correcció en la cura del malalt dins el seu procés terapèutic.

En la nova Llei d'enjudiciament civil, sembla que hi ha una certa analogia jurídica entre la situació del malalt mental ingressat involuntàriament i la del detingut. Això pot comportar una interpretació reglamentista de les funcions del jutge en els internaments psiquiàtrics, que podrien ser equiparables a les del jutge de vigilància penitenciària.

No es pot comparar l'hospitalització involuntària d'un pacient afectat per un trastorn mental amb una simple detenció, basant-se en la noció de privació de llibertat. No és raonable aquesta comparació perquè l'ingrés no voluntari sempre es realitza seguint un objectiu exclusivament terapèutic, fonamentat en el benefici de la persona, quan no hi ha alternatives menys restrictives.

No diferenciar molt clarament entre la noció de condemna, és a dir, de compliment de pena per un delictes comès i la dimensió de mesura restrictiva transitòria, que tan sols té raó de ser des d'una perspectiva terapèutica fonamentada en el benefici de la persona, pot acabar implicant una perillosa dilució de la funció assistencial de la institució psiquiàtrica.

Si el paper del jutge ha de ser el de poder regular amb el màxim de rigor els supòsits d'ingrés no voluntari per preservar els drets del ciutadà, també ha de tenir molta cura de mantenir-se al marge d'una fiscalització abusiva de la praxi clínica. Si es produïssin actituds de certa ingerència en el si de la relació metge-malalt, es malmetrien els processos de control de qualitat i d'elaboració de protocols que han d'emanar dels estaments assistencials, i es podria desembocar en un exercici defensiu de la professió mèdica.

Potser encara seria pitjor la regulació per llei de certs procediments terapèutics referits als malalts psiquiàtrics ingressats involuntàriament, que podria acabar produint una discriminació positiva que, més que protegir el malalt mental, agreujaria l'estigmatització de les seves diferències.

Sembla clar que en el desenvolupament de la praxi clínica hi pot haver zones de gran complexitat on és freqüent que els aspectes ètics, medicolegals i judicials es contradiguin els uns amb els altres.

Davant de la temptació -ja escomesa en altres moments de la història- de fer convergir les pràctiques jurídiques i psiquiàtriques en un àmbit on quedarien fàcilment desdibuixats els principis ètics de la relació metge-malalt, és necessari que la psiquiatria i la judicatura mantinguin els seus espais específics d'intervenció. La Llei, com a principi regulador social i també com un principi que contribueix a estructurar el psiquisme del subjecte, s'ha de mantenir en una posició independent, sense mesclar-se inadequadament amb la pràctica clínica.

13. Documents de referència

- Declaració Universal dels Drets Humans, aprovada i proclamada per l'Assemblea General de les Nacions Unides el dia 10 de desembre de 1948.
- Conveni Europeu per a la Protecció dels Drets Humans i les Llibertats Fonamentals. Roma, 1950.
- Principis per a la protecció dels malalts mentals i la millora de l'atenció en salut mental. Resolució 46/119, de l'Assemblea General de les Nacions Unides, 1991.
- Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe. WHO European Consultation on the Rights of Patients meeting. Amsterdam from 28 to 30 March 1994.
- Resolució 1.029 (1994) i Recomanació 1.235 (1994) sobre psiquiatria i drets humans del Consell d'Europa.
- Conveni sobre Biomedicina i Drets Humans del Consell d'Europa, per a la protecció dels drets humans i la dignitat de l'ésser humà respecte a les aplicacions de la biologia i la medicina, 1997.
- White Paper on the protection of the human rights and dignity of people suffering from mental disorder, especially those placed as involuntary patients in a psychiatric establishment. CM(2000)23 Addendum, 10.2.2000. Committee of Ministers. Council of Europe.
www.cm.coe.int/reports.old/cmdocs/2000/2000cm23add.htm

14. Annexos

Annex 1

Avaluació de la competència mental per a una decisió sobre la salut

Les funcions psíquiques compromeses en la presa de decisió són totes. Hi ha una rellevància especial en l'orientació, l'atenció, la memòria, el pensament abstracte, el judici de realitat i el raonament.

Exploració:

1. Com està el seu funcionament mental?

Explorar les funcions citades; si cal, passar-li un test "Mini Mental".

2. El pacient entén la informació?

Fer-li explicar, amb les seves paraules, en què consisteix la malaltia, quines proves s'han proposat, els riscos i els beneficis de cada alternativa, què passa si no fem res.

3. Pot apreciar la informació amb relació a les circumstàncies pròpies?

Preguntar-li quina és la raó per la qual li hem donat tota aquesta informació. Demanar-li què li afecta més personalment pel que fa a la informació anterior.

4. Pot raonar a partir de la informació?

Què li ha fet optar per aquesta decisió? Quins factors ha valorat més?

5. Pot expressar una elecció?

Demandar-li.

Cal tenir present el funcionament del pacient amb relació a les demandes funcionals que implica l'elecció concreta (diferents per a cada decisió), i especialment comprovar si el pacient reconeix les conseqüències de la seva tria (com més negatives i greus, més requeriments calen per ser competent). La revaloració de la competència ha de ser contínua, i s'ha de fer sempre que:

- es produeixi un canvi bruscat en l'estat mental;
- el professional no entengui, honestament, les raons d'un rebuig de tractament;
- el pacient doni fàcilment el consentiment per a una intervenció d'especial risc o incomodat, o bé quan modifiqui sense motius racionals una decisió anterior i recent;
- canviï el problema o la demanda a decidir.

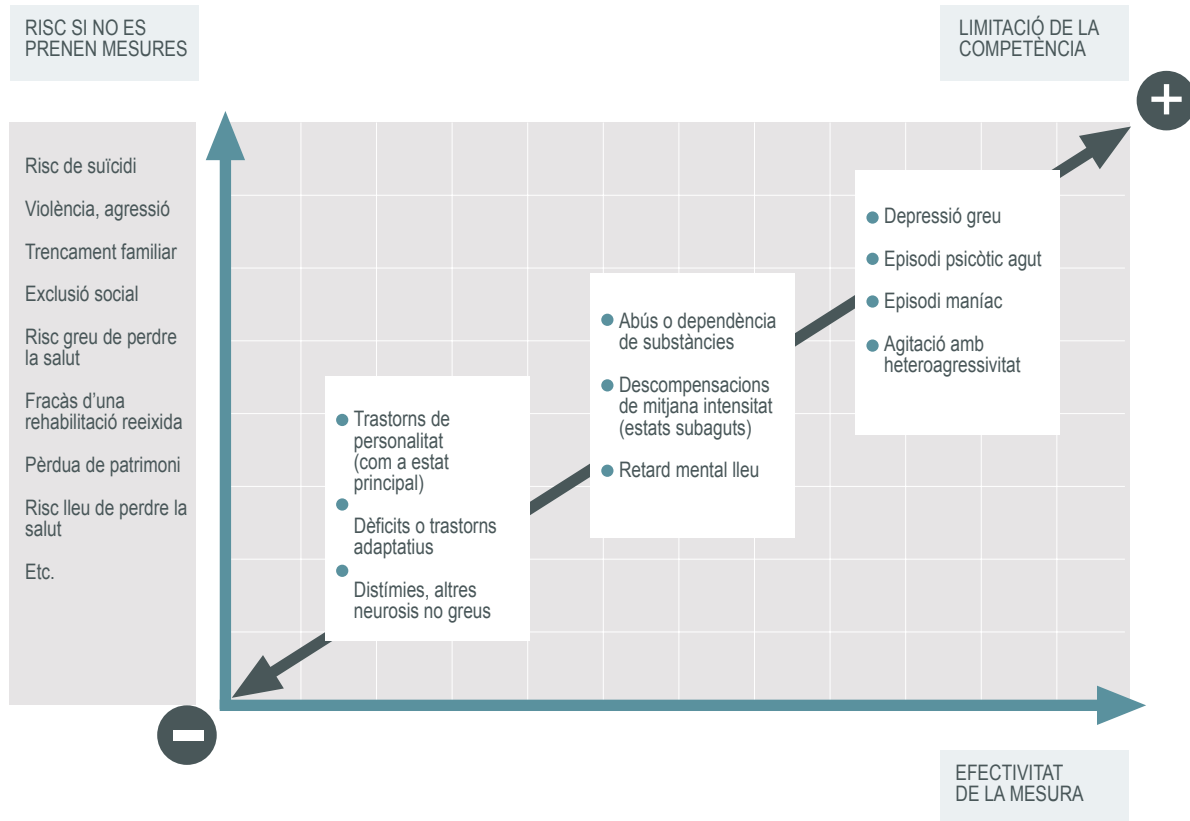
Els trastorns mentals orgànics, l'agitació psicomotriu, la psicosis aguda i la depressió greu són factors limitatius molt importants. Cal estar atents també a altres factors de risc que poden ser psicològics, situacionals, etc.

Pot ser molt important millorar les condicions en què s'ha de produir l'avaluació: el professional més "significatiu" per al pacient pot no ser el metge, es pot valorar o demanar, si convé, la presència i participació d'un familiar o un amic, si és possible retardar la decisió final, etc.

(Elaborat per J.M. Llovet, psiquiatre. Sant Joan de Déu, Serveis de Salut Mental)

Annex II

Hospitalització de pacients aguts: estat clínic i relació entre el risc de no fer efectiva la mesura i l'efectivitat terapèutica, en els casos en què la patologia limita la competència mental



En la figura, es veu clarament que els riscos i l'efectivitat són màxims en la clínica de la depressió greu, l'episodi psicòtic agut, l'episodi maníac o l'agitació amb auto o heteroagressivitat, amb independència de quin sigui el trastorn causant del quadre clínic.

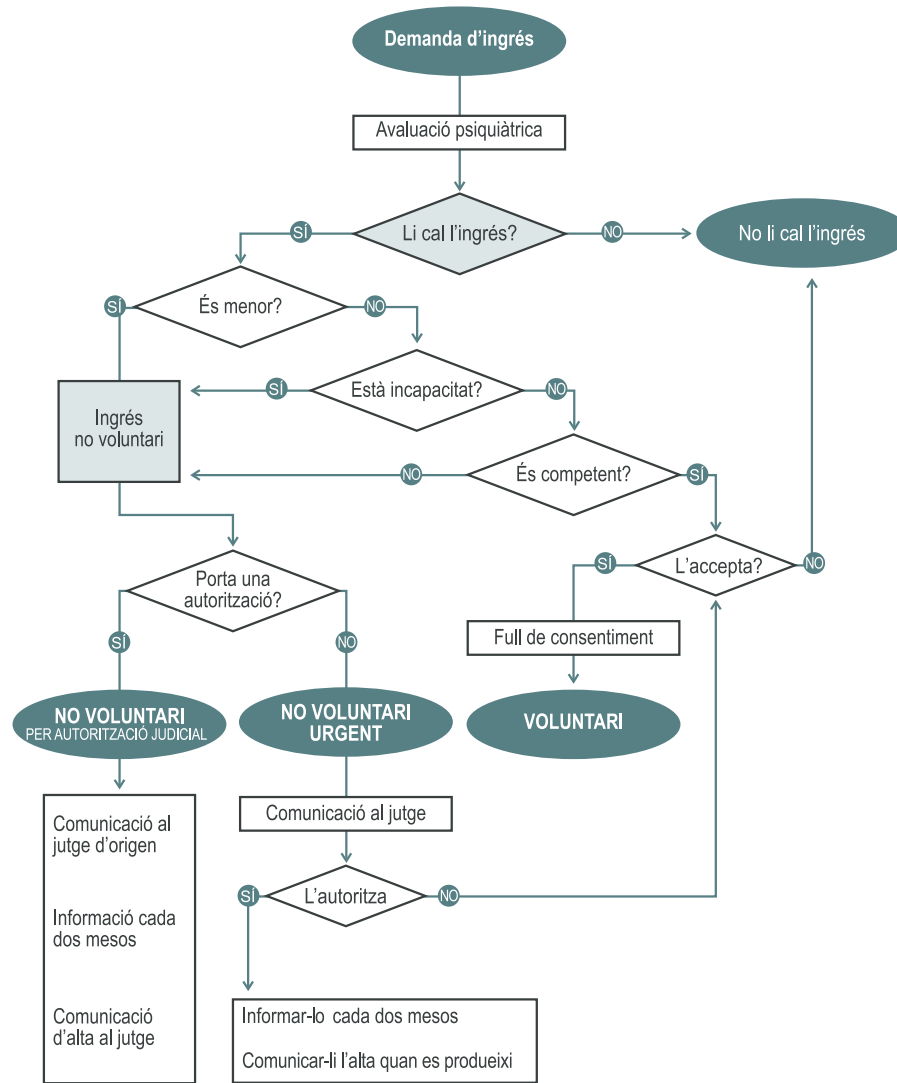
En aquestes condicions en què el risc és greu i les mesures terapèutiques són molt efectives, els arguments que hauria de donar un pacient per poder decidir entre acceptar-les o rebutjar-les haurien de ser molt clars i convincents. En general, en aquests casos l'estat mental està molt alterat.

Per contra, hi ha situacions de poc risc i amb una competència mental conservada, on l'hospitalització de curta durada és poc efectiva. En aquests casos l'hospitalització ha de ser pactada entre el pacient i el psiquiatre, amb un contracte terapèutic lliurement consentit.

En situacions intermèdies, hi ha altres estats patològics que admeten incorporar criteris complementaris; per exemple, examinar la història clínica del pacient per comprovar si ha estat en altres establiments o hospitals diferents de l'actual.

Annex III

Procediment clínic i judicial per a l'ingrés psiquiàtric



Annex IV

Escala de Deteriorament Global (*Global Deterioration Scale, GDS*), Reisberg (1982)

Estadi	Fase clínica	Característiques clíniques
GDS 1 Absència de dèficit cognoscitiu	<i>Normal</i>	No hi ha deteriorament cognoscitiu, subjectiu ni objectiu
GDS 2 Dèficit cognoscitiu molt lleu	<i>Oblit</i>	Queixes de pèrdua de memòria, fonamentalment en la ubicació d'objectes, noms familiars, cites... No s'objectiva el dèficit en l'entrevista clínica ni en el seu medi sociolaboral
GDS 3 Dèficit cognoscitiu lleu	MCI (AMAEDECAE) Demència inicial	Manifestació primerenca en més d'una àrea: <ul style="list-style-type: none"> - Desorientació espacial - Evidència de rendiment laboral baix - Dificultat per recordar noms que es fa evident per als familiars - Després de la lectura, reté poca informació - Oblida la ubicació d'objectes de valor - El dèficit de concentració és evident per al clínic - Ansietat lleu o moderada - S'inicia la negació com a mecanisme de defensa
GDS 4 Dèficit cognoscitiu moderat	Demència lleu	Dèficits manifestos: <ul style="list-style-type: none"> - Oblit de fets quotidians o recents - Pot presentar dèficit en la memòria de la seva història personal - Dificultat de concentració evident en operacions de resta - Incapacitat per planificar viatges, vida sociolaboral o realitzar tasques complexes - Encarcament o labilitat afectiva - El mecanisme de negació domina el quadre - Conserva l'orientació en temps i persona, el reconeixement de cares i persones familiars, i la capacitat de viatjar a llocs coneguts

Estadi	Fase clínica	Característiques clíniques
GDS 5 Dèficit cognoscitiu moderadament greu	Demència moderada	<ul style="list-style-type: none"> - Necessita assistència en determinades tasques (no necessita ajuda per a la higiene personal i per menjar, però sí per seleccionar la seva roba) - És incapaç de recordar aspectes importants de la seva vida quotidiana - Amb freqüència, té desorientació espaciotemporal - Presenta dificultats per comptar en ordre invers des de 40, de 4 en 4, o des de 20 de 2 en 2 - És capaç de retenir el seu nom i els de la seva esposa i fills
GDS 6 Dèficit cognoscitiu greu	Demència moderadament greu	<ul style="list-style-type: none"> - Oblida el nom de l'esposa i els esdeveniments recents - Reté algunes dades del passat - Hi ha desorientació espaciotemporal - Té dificultat per comptar de 10 en 10, en ordre directe o invers - Pot necessitar assistència en activitats de la vida diària i presentar incontinència - Recorda el seu nom i distingeix els familiars dels desconeguts - Hi ha trastorns del ritme diürn - Presenta canvis a la personalitat i l'afectivitat (deliri, símptomes obsessius, ansietat, agitació o agressivitat i abúlia cognoscitiva)
GDS 7 Dèficit cognoscitiu molt greu	Demència greu	<ul style="list-style-type: none"> - Pèrdua de totes les capacitats verbals (el llenguatge pot quedar reduït a crits, grunyits...) - Incontinència urinària - Necessitat d'assistència a la higiene personal - Pèrdua de les funcions psicomotores - Amb freqüència, s'observen signes neurològics

Annex V

Correlació clínica concordant amb el *Brief Cognitive Rating Scale (BCRS)*

Nivell	Concentració	Memòria de fixació	Memòria d'evocació	Orientació
1	No s'evidencien dèficits subjectius ni objectius	No s'evidencien dèficits subjectius ni objectius	No s'evidencien alteracions objectives ni subjectives	No hi ha dèficit de memòria espaciotemporal auto i al·lopsíquica
2	Defectes subjectius. Es distreu fàcilment	S'evidencia un deteriorament subjectiu	Només hi ha un deteriorament subjectiu (p.e., recorda el nom de dos o més mestres)	Hi ha únicament un empitjorament subjectiu (sap aprox. l'hora actual, la situació...)
3	Petits defectes (p.e., sèries de 7 a partir de 100)	Defecte per recordar detalls específics. No hi ha dèficit per recordar els fets recents importants	Apareixen alguns lapsus en relació amb detalls (p.e., recorda un mestre i/o el nom d'un amic de la infància)	Confusió en dues o més hores, en un o més dies respecte al moment actual, i en tres o més dies en relació amb el dia del mes
4	Dèficit moderat (p.e. marcada dificultat en la sèrie 7; freqüents en la de 4 a partir de 40)	No pot recordar fets importants esdeinguts durant la setmana o caps de setmana anteriors (pobresa de detalls)	Dèficits clars. Hi ha també confusions en la localització cronològica de fets passats (no recorda el nom del professor, però sí el de l'escola)	Confusió de deu o més dies i d'un o més mesos respecte a la data actual
5	Marcades deficiències (p.e. dient els mesos cap endarrere i sèries de 2 des de 20)	Inseguretats en l'orientació espaciotemporal	Incapaç de recordar esdeveniments importants del seu passat (l'escola on va estudiar, el lloc on va fer el servei militar)	Dubta del mes, any o estació actuals i del lloc on es troba
6	Oblida la consigna (comença a comptar d'1 a 10, quan se li demana fer-ho al revés)	Ocasionalment recorda alguns fets recents. Desorientació espaciotemporal absoluta o greu	Queden algunes restes de memòria: recorda el país d'origen, la primera ocupació, pot recordar el nom dels seus pares	Desconeix la data, identifica el seu cònjuge, però no en pot recordar el nom, tot i que recorda el seu propi nom
7	Marcada dificultat per comptar d'1 en 1, fins a 10	Desconeixement de fets recents	Pèrdua total	No pot reconèixer el seu cònjuge i pot dubtar del seu propi nom

Nivell	Llenguatge	Praxi	Càlcul
1	No hi ha alteracions objectives	No hi ha canvis objectius ni subjectius	No hi ha canvis objectius ni subjectius
2	Dificultat subjectiva per recordar noms de persones i d'objectes	Pot dibuixar un cub	Pot restar 43 menys 17
3	Dificultat manifesta per trobar les paraules adequades, amb interrupcions freqüents o un lleu quequeig	Té dificultat per dibuixar un cub amb una perspectiva adequada	Pot restar 39 menys 14
4	Defectes de verbalització evidents per als familiars, però generalment no visibles en l'entrevista clínica. Es fa més reticent o alternativament presenta tendència a divagar	Pot dibuixar un rectangle	Pot restar 15 menys 6
5	Marcada pobresa en el llenguatge espontani, evident durant l'entrevista. Pot completar un refrany	Pot dibuixar 2 circumferències concèntriques	Pot restar 9 menys 4
6	Incapacitat per completar un refrany. Respostes limitades a una o escasses paraules	Pot dibuixar una circumferència o una línia. Fa gargots	Pot sumar 8 més 7 o 3 més 4
7	Pèrdua de les capacitats verbals o vocabulari limitat a una o dues paraules. Presenta logorrea. Es limita a grunyar o a cridar	No és capaç d'escriure res, però agafa adequadament el bolígraf	Alguna vegada pot sumar 1 més 1. No pot sumar 1 més 1

