

INGRESOS INVOLUNTARIOS EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL, UNA CONTROVERSIA DE NUESTRA REALIDAD ASISTENCIAL EXPUESTA BAJO EL MÉTODO DELIBERATIVO

21

Autores:

Luciano Rodríguez del Rosario¹, Dulcinea Vega Dávila², Judit Herrera Rodríguez³, Tomás Domingo Moratalla⁴.

(1) Psiquiatra del Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario (ETAC) de Gran Canaria. Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín.

(2) Psiquiatra de la Unidad de Estancia Media (UME) de Gran Canaria. Complejo Hospitalario Universitario Insular de Gran Canaria.

(3) Psiquiatra del Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario (ETAC) de Gran Canaria. Complejo Hospitalario Universitario Insular de Gran Canaria.

(4) Catedrático de Filosofía. UNED.



RESUMEN

Los ingresos involuntarios son un tema controvertido en psiquiatría, pero conforman una realidad clínica aún vigente. En este trabajo hemos querido manifestar nuestra preocupación al respecto en el campo de la recuperación, huyendo de soluciones dilemáticas y planteando el conflicto desde un enfoque deliberativo. Siguiendo el esquema del método deliberativo de Diego Gracia analizaremos el conflicto valorando los hechos, valores y deberes, apartados del presente trabajo.

Palabras clave: ingreso involuntario, rehabilitación psiquiátrica, deliberación

ABSTRACT

Involuntary hospitalizations are a controversial topic in psychiatry, yet they remain a current clinical reality. In this paper, we aim to express our concern regarding this issue within the field of recovery, avoiding simplistic solutions and approaching the conflict from a deliberative perspective. Following Diego Gracia’s deliberative method, we will analyze the conflict by evaluating the facts, values, and duties outlined in this paper.

Key words: involuntary admission, psychiatric rehabilitation, deliberation

INGRESOS INVOLUNTARIOS EN REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL, UNA CONTROVERSIA DE NUESTRA REALIDAD ASISTENCIAL EXPUESTA BAJO EL MÉTODO DELIBERATIVO.

INTRODUCCIÓN Y MÉTODO

En este trabajo trataremos la controversia sobre los ingresos involuntarios en rehabilitación psicosocial mediante un análisis bioético apoyado en una revisión narrativa de la literatura. Abordar este conflicto parte de nuestra reflexión sobre la contradicción entre el modelo actual de trabajo centrado en la autonomía de la persona y una realidad asistencial en la que los ingresos involuntarios persisten. Por nuestro interés en la bioética, hemos decidido utilizar el método deliberativo como herramienta para abordar estos problemas, evitando así las posiciones dilemáticas. Emplearemos el método desarrollado por Diego Gracia¹ por su accesibilidad y utilidad práctica, que se puede resumir en el siguiente esquema²:

El procedimiento deliberativo

I. Deliberación sobre los hechos.

- 1. Presentación del caso.*
- 2. Deliberación sobre los hechos del caso:*
 - a. ¿Qué pasa? (Diagnóstico).*
 - b. ¿Cómo va a evolucionar? (Pronóstico).*
 - c. ¿Qué puede hacerse? (Tratamiento.)*

II. Deliberación sobre los valores.

- 3. Identificación de los problemas morales del caso.*
- 4. Elección del problema moral a discutir.*
- 5. Explicitación de los valores en conflicto en ese problema.*

III. Deliberación sobre los deberes.

- 6. Identificación de los cursos extremos de acción.*
- 7. Búsqueda de cursos intermedios.*
- 8. Elección del curso óptimo.*

IV. Pruebas de consistencia de la decisión.

- 9. Prueba de la legalidad.*
- 10. Prueba de publicidad.*
- 11. Prueba del tiempo.*

V. Toma de decisión definitiva.

Una vez definida la controversia como conflicto moral, la parte ardua pero enriquecedora del trabajo consiste en la deliberación propiamente dicha, fortalecida por el trabajo en grupo en el que, a partir de la revisión de la literatura y nuestras propias inquietudes y experiencias, se discuten los distintos cursos de acción.

HECHOS

Los ingresos involuntarios suponen una de las intervenciones más controvertidas utilizadas en Salud Mental³. El ingreso involuntario y la contención mecánica suponen el extremo de un amplio espectro de medidas coercitivas que pueden observarse (aunque no exclusivamente) en el marco de la psiquiatría contemporánea y la atención a las personas con Trastornos Mentales Graves (TMG). Se considera una medida coercitiva a toda presión ejercida por una persona (u organización) sobre otra con la intención de hacer que ésta actúe de acuerdo a los deseos de aquella⁴. Podemos diferenciar la coerción formal, aquella regulada por la Ley, de la coerción informal, que abarca desde la persuasión hasta la obligación forzosa⁵. En términos de coerción formal encontraríamos fundamentalmente el ingreso involuntario y algunas intervenciones vinculadas al mismo, como la contención mecánica, la contención química y el aislamiento⁶. Las controversias existentes respecto a sus efectos beneficiosos y su difícil evaluación despierta interés en la ética clínica y dificulta el proceso de toma de decisiones³.

La realidad actual de los ingresos involuntarios en España se sustenta en un marco legal que establece unos límites a la voluntariedad. La Ley Básica de Autonomía del Paciente⁷ contempla la posibilidad de que un individuo no tenga capacidad para prestar consentimiento por su estado psíquico, y requiera consentimiento por representación (una forma de no voluntariedad). Es el famoso artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil⁸, el que establece el procedimiento y garantías sobre el internamiento no voluntario y actualmente está en proceso de revisión⁹. Recientemente, la incorporación de la Ley para el Apoyo de las Personas con Discapacidad¹⁰ ha supuesto un importante punto de inflexión para la modificación normativa a tenor de la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU ratificada en España desde 2008¹¹. En este marco legal, la ejecución de un internamiento involuntario exigiría, por un lado, que el individuo no tenga capacidad de decidir, y por otro, que se den las circunstancias que justifiquen la intervención. Estas circunstancias, a grandes rasgos serían la existencia de riesgo (para la propia persona, sobre todo) y/o necesidad, esto es que exista una indicación terapéutica y un tratamiento que beneficie al paciente¹².

La redacción de la normativa ha sido duramente criticada porque puede dar a entender que las personas con TMG (por la redacción en el texto legal de “por razón de trastorno psíquico”), son susceptibles de ingresar de forma no voluntaria por motivo diagnóstico. En todo caso, sea por un trastorno mental o por cualquier motivo que afecte a la capacidad de tomar decisiones (en última instancia un trastorno psíquico atendiendo a la literalidad), el centro alrededor del que pivota la no voluntariedad es la capacidad^{13–15}.

El concepto de capacidad como representación del principio de autonomía en la toma de decisiones no está exento de matices¹⁶. Su evaluación es un proceso complejo y no se dispone de un modelo único^{17–19}. Se puede decir que la presencia de un trastorno mental no anula ni necesariamente deteriora la capacidad para tomar decisiones. Si acaso, se puede considerar que el TMG supone un “riesgo” de deterioro en la capacidad sobre todo en relación con la presencia de síntomas cognitivos y anosognosia^{20–22}. No es raro que un individuo con anosognosia, por lo demás autónomo, que hoy abandona el tratamiento (por no considerarlo necesario al carecer de insight) se exponga en pocos meses a una

recaída que lleve a una pérdida de autonomía en el resto de áreas, y pérdida del control de su proyecto vital. Además, la capacidad puede verse transitoriamente afectada durante los episodios agudos, de forma parcial o completa²¹.

Algunos sectores se muestran críticos ante la importancia del componente clínico-médico en la falta de capacidad^{15,16,23}, discutiendo la necesidad de tratamientos, en beneficio de una perspectiva social de la capacidad, más enfocada a la provisión de los apoyos necesarios. Desde estas perspectivas se exige la erradicación de las medidas coercitivas²⁴, y en especial el internamiento involuntario, aunque igualmente se admite que esta supresión no es posible realizarla de la noche a la mañana. Sin lugar a dudas, la alternativa a los internamientos involuntarios no puede ser el abandono del paciente^{25,26}, así que se llama al desarrollo de un fuerte y sólido sistema de apoyos comunitarios que permita abolir o, mejor expresado, volver innecesario el internamiento involuntario. Por otro lado, se ha señalado que esta visión abolicionista podría entrar en conflicto con otros derechos y avances logrados tras la redacción de la Convención de Derechos de las Personas con discapacidad²⁵.

En caso de aplicarse, las medidas involuntarias han de ser proporcionales, lo que exige que los ingresos involuntarios sean una decisión de último recurso, de la forma menos restrictiva posible y el tiempo más corto¹².

Son escasos los estudios de investigación que recogen la opinión en primera persona. Un reciente trabajo nacional evalúa las formas de coerción por usuarios de un dispositivo de rehabilitación hospitalaria (Unidad de Media Estancia) y se consideró que, “aunque son poco frecuentes, las formas más comunes de coerción formal fueron: el ingreso involuntario y el tratamiento obligatorio”. Las personas que habían sido o estaban siendo sometidas a alguna forma de coerción formal obtuvieron puntuaciones más altas en la escala de coerción²⁷.

A modo ilustrativo, los ingresos involuntarios en casos de alto riesgo y gran necesidad, especialmente en momentos de crisis, representan el extremo más fácil de entender (traslados urgentes e ingresos en unidades de agudos). Sin embargo, también es posible encontrar otros casos no tan evidentes: individuos gravemente enfermos y con serias dificultades para tomar decisiones respecto a su salud (como por ejemplo pacientes con anosognosia²² o deterioro cognitivo²¹). Personas con alteraciones de conducta que no causan alarma social (autoabandono, aislamiento, negligencias) que permanecen largos períodos de tiempo inadvertidos. Situaciones susceptibles de tratamiento en el sentido amplio y con claro y progresivo deterioro psicosocial^{28,29}. Es muy posible que un marco normativo centrado en el riesgo deje “olvidados” a los pacientes con más necesidad³⁰, justo aquellos que requieren más apoyos^{15,31}.

El ingreso involuntario ha de tener una finalidad terapéutica que no sólo persiga el tratamiento médico del TMG, sino también toda actividad asistencial tendente a la rehabilitación, recuperación e integración¹³. Existen casos muy complejos, como los ejemplos mencionados, desde el punto de vista clínico y social³², en los que el ingreso, incluso en condiciones de no voluntariedad, puede tener utilidad más allá de las unidades de agudos³³. Los nuevos recursos de hospitalización de media y larga estancia³⁴ tienden a enmarcarse en los métodos de la rehabilitación psicosocial y adherirse a los principios de la recuperación. El objetivo en estas unidades es contar al máximo con las capacidades del individuo, restaurar su autonomía y revocar la medida involuntaria tan pronto como sea posible, con el fin de lograr una adaptación a la vida en la comunidad³⁵. Más allá de consolidar estabilidad sintomatológica y garantizar adherencia a tratamientos médicos, en estas unidades se evalúan y organizan planes de alta atendiendo a otros aspectos sociales: relaciones, familia, alojamiento, necesidades económicas, organización doméstica y un largo etcétera de competencias individuales.

La Rehabilitación Psicosocial es un proceso altamente autodirigido que busca construir un proyecto vital individual con los apoyos necesarios³⁶. Desde la perspectiva de la recuperación, las medidas coercitivas, y particularmente los ingresos involuntarios, parecen poco congruentes con el modelo^{34,37,38}. Sin embargo, existe un importante número de individuos hospitalizados en unidades de larga y media estancia³⁹ con autorización judicial de ingreso no voluntario, aunque a nivel epidemiológico llama la atención la dificultad a la hora de encontrar datos, especialmente en internamientos de media-larga estancia y rehabilitación⁴⁰. En datos de nuestro entorno (Gran Canaria), encontramos en 2026 que en las unidades de rehabilitación hospitalaria de larga y media estancia, más de un tercio de los pacientes tienen auto de involuntariedad .

En este punto, existe un desarrollo cada vez mayor de estrategias no coercitivas^{41–43}, entre los que se proponen planificación de la atención, servicios de promoción de la autonomía personal, equipos de tratamiento asertivo comunitario, programas de empleo, vivienda, provisión de apoyos para el acceso igualitario al ejercicio de la capacidad jurídica, etc²⁶. Sin embargo, este desarrollo, aunque en aumento, es desigual y por ahora insuficiente para evitar el deterioro psicosocial de algunas personas con TMG, en forma de vacíos asistenciales, invisibilidad y transinstitucionalización⁴⁴.

Los individuos con patologías mentales están sobrerrepresentados en todos los entornos de privación de libertad⁴⁵ (prisiones, centros de retención de extranjeros), o entornos marginales de los que es difícil salir (la exclusión social en todas sus formas, como la sinhogaridad). Ante esta situación, muchos autores tienden a admitir las medidas coercitivas y el internamiento involuntario como “la opción menos mala en determinadas circunstancias”⁴⁶.

La mayor fuente de los conflictos se produce en los casos en los que un individuo sin suficiente capacidad se *opone* a un ingreso o tratamiento necesario¹⁵, pero desde el punto de vista analítico el internamiento involuntario no tiene porqué ser una medida forzosa^{47,48} y puede estar en consonancia con el principio de la prestación de apoyos: un individuo sin la suficiente capacidad para decidir respecto a su ingreso requiere de garantías para el respeto de su autonomía, independientemente de si acepta o se niega a la medida.

Es muy importante tener en cuenta que en medicina existen notables rangos de incertidumbre, y estos márgenes son muy evidentes en psiquiatría, donde la heterogeneidad diagnóstica, la variabilidad de respuesta a los tratamientos y las diferencias intersubjetivas dificultan la toma de decisiones. A esto se añade que en estas situaciones complejas los mejores intereses del paciente entran con frecuencia en conflicto con valores éticos y el respeto a sus derechos, lo que sitúa al profesional en una posición incómoda y que supone a veces una gran carga (estamos seguros de que son las circunstancias más desagradables de nuestro ejercicio profesional). En este escenario, muy raras son las decisiones que se toman con certeza apodíctica, y es por eso que los métodos deliberativos constituyen un marco especialmente adecuado para el análisis y la toma de decisiones, especialmente cuando se enfrentan valores éticos importantes⁴⁹.

Estas inquietudes como profesionales en torno a los ingresos involuntarios en dispositivos de rehabilitación psicosocial, motivan el presente trabajo. Se trata de una cuestión escasamente abordada en la literatura frente al mayor interés suscitado por los ingresos en las unidades de agudos, y nuestro objetivo es analizar este conflicto mediante el método deliberativo de Diego Gracia, con el fin de enriquecer el debate ético y ofrecer un marco de reflexión que facilite la toma decisiones superando planteamientos polarizados o meramente dilemáticos.

DISCUSIÓN SOBRE LOS VALORES

Identificando el problema ético principal:

En las últimas décadas se produce un importante desarrollo de normativas, convenciones y leyes orientadas a la reducción o eliminación de las medidas coercitivas, y con ello voces que defienden la extinción del ingreso involuntario. Esto se da en un panorama nacional con desarrollo desigual e incompleto de recursos comunitarios y en una sociedad con una tendencia individualista que no facilita la verdadera integración de las personas con TMG en la comunidad. Además, existen personas con TMG que a lo largo de su evolución pueden sufrir una pérdida de capacidad (que puede ser parcial y transitoria), y entonces necesitar intervenciones para recuperar esta capacidad, su autonomía y dignidad, más allá del ingreso en una unidad de agudos.

¿Está éticamente justificado suprimir el ingreso involuntario en unidades de rehabilitación en ausencia de alternativas comunitarias bien desarrolladas y obviando la existencia de ciertos perfiles clínicos complejos?

Esta pregunta plantea dos problemas éticos:

En primer lugar, el papel del ingreso involuntario en unidades de rehabilitación en los casos más vulnerables y complicados (en pacientes con menor autonomía, más discapacidad y más necesidad).

En segundo lugar, en el contexto actual, el ingreso involuntario como “la opción menos mala” en ausencia de alternativas reales en la comunidad.

Este tipo de intervenciones pone en contraste algunos valores importantes^{50,51}:

Autonomía	Beneficencia No maleficencia Seguridad e Integridad Equidad y Justicia
Confianza	Abuso de poder y presión social Cuidado, acompañamiento y compasión
Abandono y Desprotección	Vulnerabilidad y Sufrimiento
Proporcionalidad	Vida con sentido

Gran parte de los conflictos que podemos encontrar en los ingresos involuntarios emergen de la amenaza al principio de autonomía, la representación de la libertad del individuo. Entender la autonomía como un valor humano intrínseco, es lo que lleva a esta posición problemática. Sin embargo, la autonomía puede estar amenazada por otras cuestiones, como podrían ser una pérdida de la capacidad de decidir secundaria a un TMG, u otras situaciones de vulnerabilidad (exclusión social, prisión). Es en este punto donde merece la pena contrastar estos valores: ante la pérdida de la capacidad de decidir (autonomía en entredicho), existen otros valores que pueden imponerse: la seguridad personal, la integridad física o el propio proyecto vital.

La actitud benéfica es la de proporcionar tratamiento a aquello que amenaza la capacidad de decidir con la intención última de restaurar la autonomía. La pérdida de autonomía puede amenazar también el acceso justo a los recursos, y abocar a la persona a las consecuencias de la enfermedad (autoabandono, aislamiento, problemas legales, etc) en una posición de mayor vulnerabilidad.

El deber de cuidado de los profesionales nos llama a no abandonar al paciente, especialmente en el momento más vulnerable, y la medida habrá de ser proporcional. Existe por contra, la posibilidad de un abuso de poder en una relación asimétrica de vergonzosa herencia histórica, y también la tentación de ceder ante una presión social que exige el control forzoso de comportamientos incómodos. El paso del paternalismo autoritario a una actitud compasiva pondría el acompañamiento y el cuidado en el centro de la relación.

El peor de los escenarios es el ingreso en contra de la voluntad del paciente, lo que produce un daño moral, pues lesiona su sentimiento de agencia y también la confianza en los profesionales. El ingreso involuntario sería una medida de último recurso cuando todo lo demás falla, proporcional al riesgo y también, buscando siempre el beneficio para la persona.

Y en la ponderación de valores, uno de los principales ejes de la recuperación es vivir una vida con sentido. El ingreso involuntario puede ser un medio para obtener los propósitos positivamente manifestados por la propia persona, que por la interferencia de sus síntomas y su vulnerabilidad, no logra acometer el cambio deseado con sus propios recursos y el resto de apoyos no es suficiente.

DELIBERACIÓN DE LOS DEBERES

Dentro de este método deliberativo se recomienda optar por los cursos intermedios para optimizar decisiones prudentes en contextos de incertidumbre, así como excluir cursos extremos para evitar, entre otras cuestiones, la pérdida de valores en juego¹. En la deliberación de este conflicto se ha pretendido ir más allá del principalismo bioético y ampliar a una perspectiva narrativa que incluya lo particular, la experiencia de los implicados y una dimensión de responsabilidad, profesionalidad y compromiso⁵².

Cursos extremos de acción:

En el conflicto bioético expuesto, los cursos extremos de acción serían las siguientes opciones:

- 1) No validar ingresos involuntarios en rehabilitación psiquiátrica bajo ningún concepto.
- 2) Validar ingresos involuntarios en rehabilitación psiquiátrica por diagnóstico de TMG.

En el primer caso, no validar los ingresos involuntarios en este contexto puede apoyarse en el modelo predominante de la recuperación, centrado en la autonomía y libertad del paciente, donde se comprende que un plan individualizado de rehabilitación no tiene cabida sin el consenso de la persona. Además, en un contexto de limitación de recursos asistenciales y en favor del principio de justicia, se debería favorecer el acceso al recurso rehabilitador a un paciente con compromiso y motivación para un proceso de recuperación, presumiblemente más coherente con un ingreso voluntario. Podemos incluir en este extremo evitar la maleficencia por un posible sufrimiento asociado a un ingreso no aceptado.

En el otro extremo, la validación de ingresos involuntarios en rehabilitación por el mero hecho de tener un TMG se plantea apoyado en el principio de beneficencia por proporcionar un tratamiento que puede mejorar la salud del paciente. Este curso, aparte de entrar en conflicto con muchos otros valores, estaría fuera de la normativa legal vigente.

Cursos intermedios de acción:

Frente a los cursos extremos, ofrecemos varios cursos intermedios de acción que no son necesariamente excluyentes y proporcionan diferentes perspectivas a tener en cuenta:

- Validar un ingreso involuntario en rehabilitación en aquel paciente que, más allá de los tiempos de las unidades de agudos, presente **alteración de su capacidad** y situación de riesgo y/o necesidad. El principio de justicia aquí implicaría el uso del recurso a favor de la salud, la integridad, el cuidado y el acompañamiento para ese perfil de paciente más grave y vulnerable. Por otro lado, permitir la toma de decisiones perjudiciales (como el alta hospitalaria en la situación descrita) entraría en el campo de la maleficencia.

• Asegurarse, en caso de un ingreso involuntario, que éste se ha realizado **conforme a la Ley vigente**, así como las recomendaciones que nos recuerda la reciente sentencia del TEDH al respecto⁵³, no solo en el derecho a representación de su abogado, si no a valoración presencial judicial y valoración independiente de médico forense.

• Estudiar de forma holística el **riesgo y necesidad**. Valorar si el riesgo es inminente y vital o previsible no urgente. Conocer si el riesgo afecta a otros, limitando apoyos posibles. O si por otro lado, hacemos referencia al riesgo por repercusión de la sintomatología productiva o deterioro en su funcionamiento y sus consecuencias, o necesidad de tratamiento.

• **Evaluar la capacidad** del paciente de forma adecuada, conforme a la ley 41/2002 por los médicos responsables, recomendando herramientas específicas para ello (por ejemplo la evaluación Aid to Capacity Evaluation)⁵⁴. Si la capacidad está alterada, se debe acudir, tal y como recomienda la Ley, a los representantes que conocen los valores del paciente en momentos de estabilidad y pueden tomar decisiones centradas en el sujeto. Además, se debe conocer si el paciente tiene Manifestación Anticipada de Voluntades (MAV) a las que acudir en estas situaciones.

• Favorecer los procesos de **Planificación Anticipada de Decisiones** en Salud Mental⁵⁵ y respetarlos cuando estén disponibles.

• Integrar los **Planes de Rehabilitación Individualizados**. Abordaje interdisciplinar del caso, donde los objetivos se puedan consensuar con el paciente y su familia, ponderando los riesgos y las necesidades, realizando un acompañamiento hasta la recuperación de la capacidad.

• Plantear siempre la **temporalidad** del ingreso involuntario, ya que se sostendría por la falta de capacidad en situaciones de riesgo o necesidad, basados en la prudencia y la ética del cuidado, hasta que el sujeto mejore su capacidad y pueda tomar decisiones autónomas.

• Continuar la lucha por **aumentar los recursos**, equipos y programas comunitarios con enfoque centrados en la recuperación que garanticen la continuidad de cuidados para minimizar o eliminar en el futuro los ingresos involuntarios.

Curso óptimo:

El curso óptimo implica una decisión centrada en cada persona, limitación principal de este trabajo que aborda el conflicto de forma general y no se centra en un caso clínico. Siendo coherentes con el modelo que sigue este trabajo que se apoya en una humildad deliberativa en contextos de incertidumbre, el curso óptimo sería una aplicación de aquellos cursos intermedios que sean necesarios y compatibles con cada situación. En todo caso, sí que prima la recomendación de mantener unos “mínimos dentro de la ética de mínimos”: asegurándonos actuar dentro del principio de Justicia y no Maleficencia⁵⁶.

Prueba de legalidad, temporalidad y publicidad:

Para que puedan ser útiles en contextos reales, el curso óptimo ha de pasar las pruebas de consistencia externa. En este sentido, este curso se ajusta a la prueba de legalidad: el marco normativo actual de nuestro país, pese a que la modificación del artículo que regula los internamientos involuntarios por razones de trastorno psíquico es un cambio legal pendiente. También se ajusta a la prueba de temporalidad: se volvería a emitir el mismo informe pasado un tiempo prudencial siempre que los recursos existentes no faciliten otras opciones. Y por último, se ajusta a la prueba de publicidad: las decisiones se podrían defender públicamente si fuese necesario sosteniendo la humildad de trabajar en espacios de incertidumbre con prudencia.

CONCLUSIONES DE LOS AUTORES

Los ingresos involuntarios son una de las medidas de coerción formal más controvertidas, especialmente cuando hablamos de ingresos involuntarios en unidades hospitalarias de rehabilitación psicosocial. La principal reflexión que podemos extraer de nuestro trabajo tras el proceso deliberativo, es que toda intervención en rehabilitación psicosocial ha de estar orientada a maximizar la autonomía del paciente. El internamiento involuntario, en este sentido, sólo podría considerarse en el caso de existir una alteración en la capacidad de la persona para tomar decisiones y necesidad importante de atención. Es una medida excepcional, que se pone en marcha cuando todas las demás estrategias voluntarias han fracasado y debe ser proporcional a la necesidad y al riesgo. Como resulta obvio, la naturaleza formal del ingreso involuntario exige también unas garantías legales que han de respetarse siempre. Asimismo, se trata de un proceso altamente individualizado y limitado en el tiempo, puesto que la intención fundamental es restaurar la autonomía y lograr una transición a la comunidad de la forma menos restrictiva posible.

Aunque es difícil establecer un curso óptimo de acción en un proceso tan individualizado, tras nuestra deliberación nos atrevemos a realizar algunas sugerencias generales para los profesionales:

Todo ingreso involuntario ha de cumplir con garantías legales, respetando en todo momento la norma vigente: plazos, formas y mecanismos de apelación. Priorizar una adecuada evaluación de la capacidad en el momento del ingreso, y reevaluar periódicamente para revertir la medida involuntaria cuanto antes. Ponderar la medida involuntaria de forma integral y holística, teniendo en cuenta las necesidades y riesgos, así como los deseos y valores de la persona. Siempre ha de ser un proceso individualizado y planificado, con intervención de un equipo multidisciplinar a través de un Plan de Tratamiento Individualizado que integre tanto tratamientos médicos como un amplio abanico de intervenciones psicosociales. Potenciar en la medida de lo posible la elaboración y el respeto a la Planificación Anticipada de Decisiones y los límites del consentimiento a través de las Manifestaciones Anticipadas de Voluntad. Independientemente del carácter involuntario del ingreso, la base deberían ser los objetivos consensuados con el paciente.

Plantear el ingreso involuntario en rehabilitación como un conflicto bioético permite ampliar la perspectiva más allá de soluciones dilemáticas. La principal limitación de este trabajo es que el proceso deliberativo no se ha centrado en un caso concreto sino en analizar la situación general. Desde nuestra posición de no tener la mejor respuesta, respondemos con una intención de implicación y respeto: la deliberación (prudencia en marcha) no es solo un método de resolución de problemas, sino una búsqueda de autonomía y responsabilidad^{57,58}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Júdez J. La deliberación moral: el método de la ética clínica. Med Clínica. 2001;117(1):18-23. doi:10.1016/S0025-7753(01)71998-7

2. Gracia D. Teoría y práctica de la deliberación moral. En: Bioética: el estado de la cuestión. 1.a ed. España: Triacastela; 2011. p. 101-54.

3. Laureano CD, Laranjeira C, Querido A, Dixe MA, Rego F. Ethical Issues in Clinical Decision-Making about Involuntary Psychiatric Treatment: A Scoping Review. Healthcare. 9 de febrero de 2024;12(4):445. doi:10.3390/healthcare12040445

4. Szmukler G, Appelbaum PS. Treatment pressures, leverage, coercion, and compulsion in mental health care. J Ment Health. 1 de enero de 2008;17(3):233-44. doi:10.1080/09638230802052203

5. Hotzy F, Jaeger M. Clinical Relevance of Informal Coercion in Psychiatric Treatment—A Systematic Review. Front Psychiatry. 12 de diciembre de 2016;7:197. doi:10.3389/fpsyt.2016.00197

6. World Health Organization. Strategies to end seclusion and restraint: WHO QualityRights specialized training: course guide [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019 [citado 24 de julio de 2026]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/329605>

7. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica [Internet]. Sec. 1, Ley 41/2002. 15 de noviembre de 2002. p. 40126-32. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es//2002/11/14/41>

8. Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil [Internet]. Sec. 1, Ley 1/2000. 8 de enero de 2000. p. 575-728. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es//2000/01/07/1>

9. Congreso de los Diputados. Proposición de Ley Orgánica por la que se reforma la tramitación de los internamientos involuntarios del artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil. 122/000279 [Internet]. 4 de mayo de 2026. Disponible en: https://www.congreso.es/public_oficiales/L15/CONG/BOCG/B/BOCG-15-B-328-1.PDF

10. Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica [Internet]. Sec. 1, Ley 8/2021. 3 de junio de 2021. p. 67789-856. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es//2021/06/02/8>

11. Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006 [Internet]. Sec. 1, Acuerdo Internacional. 21 de abril de 2008. p. 20648-59. Disponible en: [https://www.boe.es/eli/es/ai/2006/12/13/\(1\)](https://www.boe.es/eli/es/ai/2006/12/13/(1))

12. Flores B, Fernando L. El ingreso psiquiátrico involuntario de carácter urgente: una revisión, tras la STC 141/2012, de 2 de julio. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría. diciembre de 2012;32(116):829-47. doi:10.4321/S0211-57352012000400011

13. Berenguer Albaladejo MC. Los internamientos no voluntarios por razón de trastorno psíquico: especial consideración al procedimiento a seguir en los casos de urgencia médica. Derecho Priv Const [Internet]. 2014 [citado 28 de abril de 2026];(28). Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/DPC/article/view/106563>

14. Prados García C. El ingreso involuntario en el contexto de los derechos fundamentales de las personas con discapacidad [Internet]. Dykinson; 2023 [citado 28 de abril de 2026]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/10016/36605>

15. Sánchez Gómez A. Ingresos involuntarios civiles: Salvaguardias ante el nuevo paradigma en materia de discapacidad [Internet]. Madrid: Reus; 2022 [citado 11 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14352/95818> doi:10.30462/9788429026160

16. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observación general núm. 1 (2014): Artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley [Internet]. Ginebra: Naciones Unidas; 2014. Report CRPD/C/GC/1. Disponible en: <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/g14/031/23/pdf/g1403123.pdf>

17. Appelbaum PS. Clinical practice. Assessment of patients’ competence to consent to treatment. N Engl J Med. 1 de noviembre de 2007;357(18):1834-40. doi:10.1056/NEJMcp074045 PubMed PMID: 17978292.

18. Appelbaum PS, Roth LH. Competency to Consent to Research: A Psychiatric Overview. Arch Gen Psychiatry. 1 de agosto de 1982;39(8):951-8. doi:10.1001/archpsyc.1982.04290080061009

19. Simón Lorda P. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría. 1 de enero de 2008;28(102):102.

20. Grisso T, Appelbaum PS. The MacArthur Treatment Competence Study. III: Abilities of patients to consent to psychiatric and medical treatments. *Law Hum Behav.* 1995;19(2):149-74. doi:10.1007/BF01499323
21. Jeste DV, Depp CA, Palmer BW. Magnitude of Impairment in Decisional Capacity in People With Schizophrenia Compared to Normal Subjects: An Overview. *Schizophr Bull.* enero de 2006;32(1):121-8. doi:10.1093/schbul/sbj001
22. Lehrer DS, Lorenz J. Anosognosia in Schizophrenia: Hidden in Plain Sight. *Innov Clin Neurosci.* 2014;11(5-6):10-7.
23. Álvarez Lata N, Seoane JA. El proceso de toma de decisiones de la persona con discapacidad: una revisión de los modelos de representación y guarda a la luz de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. *Derecho Priv Const.* 2010;(24):11-66.
24. Manifiesto de Cartagena “por unos servicios de salud mental respetuosos con los derechos humanos y libres de coerción”. *Cuad Psiquiatr Comunitaria.* 2017;14(1):65-7.
25. Freeman MC, Kolappa K, de Almeida JMC, Kleinman A, Makhshvili N, Phakathi S, et al. Reversing hard won victories in the name of human rights: a critique of the General Comment on Article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *Lancet Psychiatry.* septiembre de 2015;2(9):844-50. doi:10.1016/S2215-0366(15)00218-7
26. Parliamentary Assembly. Ending coercion in mental health: the need for a human rights-based approach. Doc. 14895 [Internet]. 2019 [citado 13 de mayo de 2026]. Disponible en: https://pace.coe.int/en/files/27701/html#_TOC_d30e371
27. Aragonés Calleja M. Vivencia de coerción en hospitalización psiquiátrica [Internet]. Universitat de València; 2025 [citado 24 de julio de 2026]. p. 1. Disponible en: <https://hdl.handle.net/10550/110572>
28. Poder Judicial. Noticias Judiciales CGPJ [Internet]. 2021 [citado 13 de mayo de 2026]. El Tribunal Supremo dicta la primera sentencia sobre la aplicación de la nueva Ley de apoyo a personas con discapacidad. Disponible en: <https://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Poder-Judicial/Noticias-Judiciales/El-Tribunal-Supremo-dicta-la-primer-sentencia-sobre-la-aplicacion-de-la-nueva-Ley-de-apoyo-a-personas-con-discapacidad>
29. Moreno Flórez RM. Comentario de la sentencia del Tribunal Supremo de 8 de septiembre de 2021 (589/2021) [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.boe.es/biblioteca_juridica/comentarios_sentencias_unificacion_doctrina_civil_y_mercantil/abrir_pdf.php?id=COM-D-2021-8
30. Ewuoso CO. Beneficial Coercion in Psychiatric Care: Insights from African Ethico-Cultural System. *Dev World Bioeth.* junio de 2018;18(2):91-7. doi:10.1111/dewb.12137
31. Burns T. Paternalism in Mental Health – When Boots are Superior to Pushkin. En: *Coercive Treatment in Psychiatry* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2011 [citado 18 de mayo de 2026]. p. 175-83. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9780470978573.ch11> doi:10.1002/9780470978573.ch11
32. Muñoz García JJ, Carpintero Cruz AI, Verdugo Martínez A, Gijón Serrano JL, Hodann Caudevilla RM. Perfiles clínicos en hospitalización psiquiátrica prolongada: reflexiones para un nuevo enfoque en el abordaje del trastorno mental grave. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría.* 2023;43(143):117-39.
33. Glick ID, Sharfstein SS, Schwartz HI. Inpatient psychiatric care in the 21st century: the need for reform. *Psychiatr Serv.* febrero de 2011;62(2):206-9. doi:10.1176/ps.62.2.pss6202_0206
34. Jiménez Estévez JF, Maestro Barón JC. Nuevas respuestas a las necesidades de hospitalización prolongada. *Cuad Psiquiatr Comunitaria.* 2004;4(2):175-94.
35. Uriarte JJ. Unidades de rehabilitación, «espacios intermedios hospitalarios». En: *Acciones de Salud Mental en la Comunidad.* Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN); 2012. (Estudios; n.o 47).
36. Anthony WA. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosoc Rehabil J.* 1993;16(4):11-23. doi:10.1037/h0095655
37. Rosenbaum L. Liberty versus Need - Our Struggle to Care for People with Serious Mental Illness. *N Engl J Med.* 13 de octubre de 2016;375(15):1490-5. doi:10.1056/NEJMms1610124
38. Uriarte Uriarte JJ, Vallespí Cantabrana A. Reflexiones en torno al modelo de recuperación. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría.* junio de 2017;37(131):241-56.
39. Molina Martín J de D. El papel del Hospital de Larga Estancia en el Proceso de Rehabilitación. *Norte Salud Ment.* 2003;5(17):7-13.

40. Salize HJ, Dressing H. Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *Br J Psychiatry.* febrero de 2004;184(2):163-8. doi:10.1192/bjp.184.2.163
41. Noguero Alegre A, Peregalli Politi S. Alternativas a los internamientos en salud mental: hospitalización domiciliaria desde la perspectiva española y anglosajona. *Rev Bioét Derecho Publ Máster En Bioét Derecho.* 2021;(53):37-55.
42. Sugiura K, Mahomed F, Saxena S, Patel V. An end to coercion: rights and decision-making in mental health care. *Bull World Health Organ.* 1 de enero de 2020;98(1):52-8. doi:10.2471/BLT.19.234906
43. Gooding P, McSherry B, Roper C, Grey F. Alternatives to Coercion in Mental Health Settings: A Literature Review [Internet]. Melbourne: Melbourne Social Equity Institute, University of Melbourne.; 2019. Disponible en: https://socialequity.unimelb.edu.au/__data/assets/pdf_file/0012/2898525/Alternatives-to-Coercion-Literature-Review-Melbourne-Social-Equity-Institute.pdf
44. Lamb HR. Does deinstitutionalization cause criminalization? The penrose hypothesis. *JAMA Psychiatry.* febrero de 2015;72(2):105-6. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.2444
45. Confederación Salud Mental España. Informe sobre tratamientos e ingresos involuntarios en salud mental [Internet]. Confederación Salud Mental España. Madrid; 2023 [citado 13 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://consaludmental.org/centro-documentacion/informe-tratamientos-ingresos-involuntarios-salud-mental/>
46. Badre N, Barnes S, Lehman D, Steingard S. Coercion and the Critical Psychiatrist: Controversies and Clinical Implications. En: *Critical Psychiatry.* 2019. p. 155-77. doi:10.1007/978-3-030-02732-2_7
47. Sisti DA. Nonvoluntary Psychiatric Treatment Is Distinct From Involuntary Psychiatric Treatment. *JAMA.* 19 de septiembre de 2017;318(11):999-1000. doi:10.1001/jama.2017.10318
48. Wertheimer A. A philosophical examination of coercion for mental health issues. *Behav Sci Law.* 1993;11(3):239-58. doi:10.1002/bsl.2370110303
49. Gracia D. El animal deliberante: teoría y práctica de la deliberación moral. Madrid: Triacastela; 2025.
50. Chieze M, Clavien C, Kaiser S, Hurst S. Coercive Measures in Psychiatry: A Review of Ethical Arguments. *Front Psychiatry.* 2021;12:790886. doi:10.3389/fpsy.2021.790886
51. Hem MH, Gjerberg E, Husum TL, Pedersen R. Ethical challenges when using coercion in mental healthcare: A systematic literature review. *Nurs Ethics.* febrero de 2018;25(1):92-110. doi:10.1177/0969733016629770
52. Moratalla TD, Feito Grande L. Bioética narrativa. Madrid: Escolar y Mayo Editores; 2013.
53. Tribunal Europeo de Derechos Humanos. B.M. c. España. Demanda n.º 25893/23. Sentencia de 6 de noviembre de 2025. Estrasburgo: TEDH; 2025. Disponible en: <https://hudoc.echr.coe.int/engi001-245702>
54. Etchells E, Darzins P, Silberfeld M, Singer PA, McKenny J, Naglie G, et al. Aid to Capacity Evaluation [Internet]. 2016 [citado 12 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://doi.apa.org/doi/10.1037/t05021-000> doi:10.1037/t05021-000
55. Suess Schwend A, Bono Del Trigo Á, Ibáñez Rojo V, Romero Cuesta J, Romero Jimeno MD, Tamayo-Velázquez MI, et al. Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental: modelos, utilidades y propuestas de aplicación. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría.* junio de 2016;36(129):79-102.
56. Cortina Orts A. Ética mínima: introducción a la filosofía práctica. 2.ª ed. España: Editorial Tecnos; 2000.
57. Moratalla TD. La deliberación: el arte de poder no tener razón. *Argum Philos Rev Encycl Herder.* 2023;(2):59-74.
58. Feito Grande L, Moratalla TD. Autonomía mediterránea: relacional, narrativa y cuidadosa. *Ostium.* 29 de marzo de 2023;19(1).