



# XVIII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría Interpsiquis 2017

## **INGRESOS INVOLUNTARIOS. ¿RESPETAMOS SUS DERECHOS?**

María Soledad Olmeda García<sup>1</sup>, Héctor de Diego Ruíz<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Facultativo Especialista de Área de Psiquiatría. Unidad de Agudos. H Gral Univ Gregorio Marañón. Madrid.

<sup>2</sup> Residente de 1º Año. H Gral Univ Gregorio Marañón. Madrid.

[pati.ol@wanadoo.es](mailto:pati.ol@wanadoo.es)

Internamiento involuntario, legislación y derechos.

## **INTRODUCCIÓN**

Las personas con enfermedad mental suponen un eslabón vulnerable de la sociedad y es necesaria una legislación específica en materia de salud mental para que se protejan sus derechos. Aunque la OMS plantea que, la existencia de una legislación nacional sobre salud mental no garantiza que los derechos humanos de este grupo se respeten e incluso hay legislaciones en el mundo que directamente los vulneran (1).

En Occidente, a partir de la segunda Guerra Mundial se produjo un gran avance en la protección de los derechos humanos en general y de forma específica sobre la dignidad y trato al enfermo mental.

Pero en la actualidad, la realidad es que hay pocos países en el mundo que tengan legislaciones específicas y su distribución es muy variable. Además, muchas de ellas son anteriores a 1960, época en la que no existía para este grupo casi ningún abordaje terapéutico eficaz.

Todos los países de la CEE tienen legislaciones específicas para el enfermo mental exceptuando Italia, Grecia y España quienes argumentan que ello aumenta el estigma hacia esta población (1).

En 1991, las Naciones Unidas elaboraron las guías para la protección del enfermo mental mientras que la OMS publicó la suya en 1996.

En los países europeos, la legislación sobre salud mental se ha visto influenciada por la Recomendación 1235 adoptada por Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa (1994) que trató sobre Psiquiatría y Derechos Humanos de las personas con trastornos mentales, el

## INGRESOS INVOLUNTARIOS. ¿RESPETAMOS SUS DERECHOS?

procedimiento para tomar decisiones, los estándares de cuidados y tratamientos y prohibiciones orientadas a la prevención de abusos en la práctica psiquiátrica.

Las asociaciones profesionales también han prestado especial interés en velar por los derechos de los enfermos mentales y las directrices están contenidas en la Declaración de Madrid adoptada en 1996 por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Psiquiatría.

En España, los derechos y tipo de cuidados hacia el enfermo mental están incluidos en la Ley General de Sanidad de 1989 (2,3). En ella, se reconocen los mismos derechos a este colectivo que al resto de ciudadanos.

Sin embargo, existe una situación específica y diferencial que afecta con cierta frecuencia al paciente con enfermedad mental grave y nos referimos al internamiento involuntario, hecho que podría entrar en conflicto con un derecho fundamental contemplado en el artículo 17 de nuestra Constitución, como es el Derecho a la Libertad.

En este artículo 17 se lee <<Toda persona tiene derechos a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad, sino con la observancia de lo establecido en este artículo y en los casos y en la forma previstos en la ley>>. <<La detención preventiva...en el plazo máximo de 72 horas, el detenido deberá ser puesto en libertad o a disposición de la autoridad judicial>>. Y en su punto 3 dice <<Toda persona detenida debe ser informada de forma inmediata y de modo que le sea comprensible, de sus derechos y de las razones de su detención, no pudiendo ser obligada a declarar. Se garantiza la asistencia de abogado al detenido...>> (4).

En España existe una larga tradición en la atención al enfermo mental. El primer hospital psiquiátrico europeo fue fundado en Valencia por el padre Jofré en 1409 siendo las órdenes religiosas las encargadas de la custodia y tratamiento de los enfermos mentales.

Sin embargo, no es hasta 1849 cuando encontramos por primera vez en la legislación militar alguna referencia a la enfermedad mental aunque los cuidados del enfermo mental eran competencia de la sociedad civil.

El "Decreto sobre Asistencia a los Enfermos mentales" de 1931 se mantuvo vigente desde la 2ª República y durante toda la dictadura franquista y regulaba los ingresos hospitalarios de forma puramente administrativa (5). Fue derogado al instaurarse la democracia tras la promulgación de la Constitución Española de 1978 y lo sustituyó el artículo 211 del Código Civil en Materia de Tutela (6,7) donde la figura del juez adquiriría protagonismo como garante de los derechos del paciente, siendo el único que podía autorizar o ratificar el ingreso involuntario (8,9). Este artículo sería revisado en el año 2000 y sustituido por el 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, vigente en la actualidad (10).

En todas las legislaciones europeas se postula que las personas con trastorno mental deberían recibir tratamiento dentro de la Comunidad y solo proceder a su internamiento si no es posible

## **INGRESOS INVOLUNTARIOS. ¿RESPETAMOS SUS DERECHOS?**

realizarlo ambulatoriamente o existe riesgo para sí o los demás. Las recomendaciones de la OMS especifican que el ingreso debe ser voluntario de forma preferente dejando para situaciones excepcionales el internamiento involuntario, que en caso de producirse debe hacerse según un procedimiento que proteja los derechos de la persona (1).

El Consejo de Ministros de la CEE en 1983 elaboró "las Guías de protección de los derechos de los pacientes ingresados involuntariamente" que no entrarían en vigor hasta 1994.

La Guía para Nuevo documento Legal del Consejo de Europa es un libro blanco donde se repasan los derechos de los enfermos mentales ingresados involuntariamente y data del 2000. (11).

En nuestra Ley General de Sanidad se especifica que, antes de cualquier actuación médica es preciso el consentimiento del paciente (12) y que tan solo en tres supuestos no sería exigido y son: riesgo para la salud pública; incapacidad para tomar decisiones; y en caso de urgencia con riesgo de muerte o lesiones irreversibles.

Existe la falsa creencia en nuestra sociedad de que enfermedad mental es sinónimo de incompetencia cuando en realidad, la existencia de trastorno mental no implica automáticamente la incapacidad para tomar todo tipo de decisiones y de ahí que el principio de consentimiento libre e informado sea perfectamente aplicable en el tratamiento psiquiátrico.

El punto clave es determinar la competencia en cada caso para evaluar si el paciente puede valorar y decidir adecuadamente acerca de las medidas terapéuticas que plantea el profesional. Sin embargo, la ley especifica que el consentimiento no será válido si se hace bajo coacción o amenaza o si no se le han dado alternativas a esa medida o tratamiento (12).

Por eso, cuando se plantea un ingreso involuntario debe hacerse una valoración de la competencia del paciente para decidir sobre su salud, deberá estar medicamente justificado explicando los motivos actuales para tomar esa medida y no otra; deberá ser ratificado por un juez y además; se deben dotar de mecanismos para que el paciente haga uso de los derechos con que le asiste la ley y apele si no está de acuerdo con el mismo (10).

El internamiento involuntario solo podría llevarse a cabo, si se cumplen dos criterios que con pequeñas diferencias reconocen la mayoría de las legislaciones sobre salud mental (11):

- Trastorno mental grave reconocido según los criterios internacionales al uso.

- No ingresar supondría un riesgo para sí o para los demás y/o un deterioro significativo para la salud del paciente.

Además, las distintas legislaciones de los países de la CEE incluyen pautas sobre cómo debería llevarse a cabo el procedimiento de internamiento involuntario recomendando la vía ordinaria siempre en aras de velar al máximo por los derechos del paciente y evitar daños y abusos de poder. Sin embargo, no hay que olvidar que en algunos casos se producen situaciones urgentes y la legislación debe incluir dicha posibilidad (14).

## **INGRESOS INVOLUNTARIOS. ¿RESPETAMOS SUS DERECHOS?**

Aunque hay países que legislan por separado el internamiento involuntario del tratamiento involuntario, hoy en día en nuestra legislación, aunque no se pronuncia acerca del tratamiento en caso de ingreso involuntario, no tendría sentido un internamiento en contra de la voluntad si no es para recibir una terapia adecuada. Lo primero sería análogo a una reclusión que nunca estaría justificada sin más (4,12)

Naciones Unidas plantea que cada legislación debería proporcionar un mecanismo de revisión periódica en todas las situaciones que afecten a la integridad o a la libertad de las personas con trastornos mentales (Naciones Unidas, 1991), así como se hace mención a las características que tendría que tener el órgano de apelación, el cual debería ser independiente y legal o cuasi legal lo que le permitiera actuar como autoridad reguladora (1).

Mucho se ha escrito sobre recomendaciones de la OMS, la Legislación en distintos países, el desarrollo del procedimiento a seguir etc. siendo el objetivo último el descenso de los ingresos involuntarios, pese a lo cual éstos han ido aumentando en todos los países estudiados (11,15,16).

En algunos países de la CEE la intervención de la Fiscalía o la presencia de representación legal se hacen de forma automática ante un ingreso involuntario. Sin embargo, esto no ocurre en España, llamándonos la atención que pese a años de vigencia de la Ley y de la gran cantidad de internamientos involuntarios en nuestras Unidades de Agudos, ninguno de nuestros pacientes hace uso de los derechos constitucionales sobre representación, defensa o apelación.

Sospechamos que como en tantas ocasiones, se intenta defender los derechos de un grupo vulnerable sin contar con ese grupo y lo que es peor, sin que esas personas sean informadas sobre los mismos y de cómo ejercerlos.

Objetivos:

- 1- Constatar el grado de información recibida tanto del estatus de internamiento involuntario como respecto a sus derechos y forma de ejercerlos.
- 2- Nivel de conocimiento de los derechos del paciente ingresado de forma involuntaria en una muestra de enfermos mentales graves hospitalizados.
- 3- Visión del enfermo mental grave y agudo sobre la función judicial en lo referente al internamiento involuntario.
- 4- Vivencias subjetivas respecto a la experiencia de internamiento involuntario.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

Elaboramos una encuesta en la que además de la recogida de datos sociodemográficos , diagnóstico y tipo de ingreso (voluntario-involuntario, ordinario-urgente) que debía rellenar el

## **INGRESOS INVOLUNTARIOS. ¿RESPETAMOS SUS DERECHOS?**

profesional se añadían preguntas específicas relacionadas con el internamiento involuntario(I.I): definición del mismo; conocimiento del estatus en el ingreso actual; la información recibida por el profesional que tomó la decisión de involuntariedad; si ha sido informado de sus derechos; antecedentes de ingresos involuntarios previos; visión del paciente sobre la función judicial en el ingreso involuntario; conocimiento de los derechos del I.I.; Justificación del I.I.; vivencia del I.I. ; valoración subjetiva del I.I. previo.

Las preguntas sobre definición, función judicial, derechos del paciente I.I así como vivencia del I.I fueron abiertas por lo que con posterioridad se agruparon según categorías.

Todas las preguntas fueron formuladas al paciente por los profesionales que llevaron a cabo el estudio.

Se revisaron las historias clínicas de los ingresos involuntarios para constatar si existía mención al tipo de internamiento y a los motivos del mismo.

Los datos se analizaron con SPSS 22.0 para Windows.

### **RESULTADOS**

Obtuvimos una muestra de 33 pacientes ingresados en una Unidad de Agudos de Psiquiatría de Hospital General, con edades comprendidas entre 25 a 72 años (media 49,8 años, ds 13,9) de los cuales el 56,7% (19 pacientes) fueron varones y el 42,4% (14) mujeres.

Tan solo 7 pacientes (21,2%) tenían trabajo remunerado mientras el 66,7% eran pensionistas y un 12,1% no tenían ingresos propios.

Dentro del nivel de estudios encontramos una distribución en curva de Gauss con 12,1% en ambos extremos, analfabetos y graduados universitarios; un 30,3 % tenían estudios primarios; un 27,3% secundarios o bachillerato y un 18,2% formación profesional.

Los diagnósticos fueron los esperables en una unidad de agudos con un 27,3% de esquizofrenias y 12,1% de otras psicosis; 33,3% Trastorno bipolar y el resto muy disperso: 12,1% TP, 6,1% TOC, 6,1% TCA, 3% T adaptativo y 3% otros.

El 30,3% de nuestra muestra fueron internados de forma involuntaria en el ingreso actual lo que correspondió a 10 pacientes. Sin embargo, 7 pacientes decían desconocer si lo estaban y uno afirmaba haber ingresado de forma voluntaria. Hay que llamar la atención sobre el hallazgo de que 2 pacientes de los 23 ingresados de forma teóricamente voluntaria decían no haber dado su consentimiento y otros 3 decían no conocer su situación de internamiento actual (tabla 1).

La situación de los pacientes involuntarios fue comunicada al Juzgado vía Fax dentro del plazo de 24 horas marcado por la ley dejando copia de dicho documento en carpeta independiente.

## INGRESOS INVOLUNTARIOS. ¿RESPETAMOS SUS DERECHOS?

Sin embargo, era llamativo que este hecho solo fue reflejado en 5 historias clínicas pero en ninguna de ellas se explicaban los motivos de esta decisión.

Además, ninguno vino con autorización judicial de ingreso por lo que todos ellos fueron internados involuntarios según la modalidad de urgencia.

Todos los pacientes fueron vistos por la juez y forense vía skype dentro del plazo de 72 horas. Todos los internamientos fueron ratificados.

Definieron el ingreso involuntario 31 pacientes (93,9%) y entre ellos la mayoría aludía a la falta de voluntad para ingresar aunque 5 hacían mención a medidas de fuerza, 4 hacían responsables del ingreso a la familia o policía, 2 al juez y tan solo uno al psiquiatra. En 5 casos se hacía referencia a la enfermedad mental como causa del ingreso aunque en contra de la voluntad del paciente llamando la atención que tan solo una mujer incluía en su definición la indicación médica con necesidad de ratificación judicial. (Tabla 2)

Se les preguntó a todos los pacientes si el Ingreso Involuntario estaría justificado en algún supuesto dándoles las opciones previstas por la ley además de la *de nunca estaría justificado*.

Para el 15,2% solo estaría justificado para tratar la enfermedad mental y en otro 15,2% solo en caso de peligrosidad pero el 51,5% respondió que estaría justificado en ambos casos.

Solo un paciente contestó que nunca está justificado (Tabla 3).

En el pasado, un 57,6%, correspondiente a 19 pacientes, había sufrido algún ingreso involuntario y otros dos lo desconocían. El resto siempre habían ingresado de forma voluntaria.

Aquellos con antecedentes de I.I. decían haberlo vivido mal en un 63% (12 casos) aunque en la actualidad, 10 pacientes (52,6%) creían que les había sido beneficioso aunque no lo entendieran en aquel momento (Tabla 4 y 5).

A la pregunta abierta sobre el conocimiento que tenían sobre los derechos específicos del enfermo ingresado de forma involuntaria que se preguntó a la muestra completa, solo respondieron el 21,3% (7 pacientes), de los cuales 2 contestaron que tenían los mismos derechos que los pacientes ingresados de forma voluntaria; 2 respondieron que tenían derecho a un trato correcto y digno; uno respondió que tenían derecho a ser informados y a que su situación se comunicara al juez; uno decía que tenían derecho a pedir salir a la calle y otro respondió que tenía derecho a ser cuidado. El resto decía desconocer dichos derechos.

Respecto a si los pacientes involuntarios habían sido informados de sus derechos jurídicos todos respondieron negativamente, si bien es verdad, que un paciente había solicitado el "habeas corpus" estando ingresado involuntariamente en un servicio de cirugía previamente a su traslado a psiquiatría y allí, el juzgado le comunicó su derecho a ser defendido por abogado y procurador aunque él finalmente no hizo uso de este derecho.

## INGRESOS INVOLUNTARIOS. ¿RESPETAMOS SUS DERECHOS?

Ninguno de nuestros pacientes había solicitado ser defendido por abogado ni representado por procurador. Ninguno apeló a instancia superior.

Para valorar qué sabían nuestros pacientes de la función de supervisión judicial, les preguntamos a todos ellos ¿por qué hablaba la comisión judicial con los pacientes involuntarios?

Un 39,4% decía no saber por qué y el resto de las respuestas pueden verse en la tabla 6 aunque podemos agruparlas en:

1. Aquellas ligeramente aproximadas pero muy incompletas que hacían referencia a la falta de autorización del paciente, supervisión de la decisión médica y del trato y para ayudar o tutelar al paciente (8 respuestas)

2. Las que atribuyen a los jueces funciones propias del psiquiatra, como que acuden a valorar el curso de la enfermedad, la gravedad, el comportamiento del paciente y la decisión de salidas o alta (5 respuestas).

3- En igual proporción había contestaciones en las que pensaba que el juez tenía una función punitiva relacionada con un daño que el paciente pudiera haberse hecho a sí mismo o los demás o algún delito (5 respuestas).

## DISCUSIÓN

Haciendo un breve recorrido histórico podríamos decir que Pinel, seguidor de las ideas de Jean-Baptiste Poussin que propugnaba el tratamiento moral de los locos, fue el primero que con sus reformas en el hospital de Bicêtre aboliendo las cadenas, las purgas, las sangrías y los tratamientos inútiles y abogando por la alianza con el paciente permitió los cambios sobre derechos del enfermo mental que acontecieron posteriormente.

La regulación judicial del internamiento surgió en Francia en 1838 y tuvo mucha repercusión en toda Europa.

*En la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, 29a Sesión Ordinaria, la recomendación 818 (1977) sobre situación de los enfermos mentales indicaba que los gobiernos de los estados miembros (19):*

- a) revisaran su legislación y reglamentos en materia de confinamiento de los enfermos mentales, redefiniendo conceptos básicos como "peligroso", reduciendo al mínimo la detención compulsiva por "periodo indeterminado", abandonando la práctica de censurar su correspondencia y poniendo bajo jurisdicción médica a los declarados insanos en el momento de cometer un crimen y estableciendo procedimientos de apelación contra las medidas de detención.

## INGRESOS INVOLUNTARIOS. ¿RESPETAMOS SUS DERECHOS?

- b) Instituyendo tribunales o comisiones especiales e independientes que ejerzan funciones protectoras a fin de investigar quejas o intervenir por propia iniciativa y poder dar de alta a los pacientes cuando descubran que el confinamiento no es necesario.
- c) Garantizando que las decisiones judiciales no se tomen solamente en base a informes médicos sino que el paciente mental tiene derecho a ser escuchado y en los casos en que se lo acuse de un crimen, esté presente un abogado durante el proceso.
- d) Modificar la legislación civil con el fin de asegurar que la hospitalización no derive necesariamente en una incapacidad legal.

En España el Real Decreto de 1885 sobre Reclusión de Dementes Civiles fue anterior al primer Código Civil (1889). En ese Decreto se distinguía entre un ingreso administrativo por plazo de seis meses ampliable y la reclusión definitiva con control judicial. Esta normativa estuvo vigente hasta 1931. (18)

El mencionado Decreto de 3 de Julio de 1931 incluía dentro de las indicaciones de internamiento *la peligrosidad de origen psíquico, la incompatibilidad social y las toxicomanías incorregibles que pongan en peligro la salud de los enfermos, sus bienes y los de los demás* (9).

El enfermo mental era tenido en cuenta en cuanto peligroso o cuando concurrían circunstancias ajenas a su dolencia que la sociedad consideraba dignas de atención pero las garantías para privar de libertad al presunto enfermo eran casi inexistentes desde el punto de vista jurídico y no existía defensa de sus intereses. Posteriormente al internamiento no había ninguna vigilancia judicial y la persona quedaba a merced del buen o mal funcionamiento de los establecimientos y de sus familias.

En el Decreto de 1885, la familia jugaba un papel determinante ya que podía solicitar el ingreso de observación y anular el internamiento de oficio siempre que se hiciera cargo de la custodia del enfermo y asumiera los posibles riesgos penales derivados. (18)

Esta política obsoleta en la actualidad, queda aún en el recuerdo popular. De ahí que algunas respuestas de nuestros pacientes acerca del internamiento involuntario atribuyan a la familia, a la policía o al juez la obligación de ingresar.

La decisión de ingreso es siempre competencia médica aunque en caso de involuntariedad debe ponerse en conocimiento del juzgado competente quien tras entrevista personal con el paciente y tras recabar los informes que crea oportunos ratificará o no dicho internamiento. El juez solo puede autorizar un ingreso para evaluación o tratamiento pero es el médico quien decide la indicación o no del mismo. Y lo mismo ocurre en caso de alta que es exclusiva competencia del facultativo. El juez puede no ratificar el internamiento involuntario, en cuyo caso, el paciente podría quedar internado de forma voluntaria o solicitar el alta voluntaria.



## INGRESOS INVOLUNTARIOS. ¿RESPETAMOS SUS DERECHOS?

Solo en caso de sentencia judicial, el juez podrá ordenar un ingreso en el centro adecuado para recibir el tratamiento que proceda.

Un paciente ingresado conforme al decreto de 1931 se consideraba incapaz mediante unos trámites burocráticos someros y solos se procedía a una incapacitación judicial si tenía patrimonio. Se sometía al enfermo a mero control administrativo, sin ninguna intervención judicial y sin ninguna garantía de sus derechos con ingresos de por vida y sin revisión.

El diagnóstico para el ingreso no era imprescindible sino que bastaba una conducta reputada como anormal y se justificaba como necesario para tratar el proceso patológico por peligrosidad potencial a los demás y hacia sí mismo.

La reclusión suponía la pérdida de garantías civiles y su descalificación como persona y como persona social pero no implicaba un mejor tratamiento (17).

Aunque en la legislación española vigente, el concepto de peligrosidad a terceros no se especifica como justificación de ingreso a diferencia de otras legislaciones europeas, en las creencias de nuestros pacientes se seguía haciendo mención a "portarse mal" o a recibir castigo y solo algunos mencionaban la enfermedad mental como exigencia *sine qua non*.

La Constitución española de 1978 reconoce el derecho a que el Estado provea las medidas oportunas para la adecuada asistencia psiquiátrica del enfermo mental (14).

La Carta Magna señala a los poderes públicos las dos coordenadas en las que centrar la atención a los enfermos mentales: la protección asistencial y la protección jurídica (9)

La Ley 13/1983 introduce con el artículo 211 el control judicial y el Decreto de 1931 es abolido por anticonstitucional. Desde ese momento, el internamiento involuntario requerirá autorización judicial y se establece un procedimiento con plazos para su comunicación, ratificación y revisión posterior. Así mismo, se hace mención a la comunicación del hecho al Ministerio Fiscal (7).

En el art. 20 de la Ley General de Sanidad de 1983 se integran las actuaciones referentes a la salud mental en el sistema sanitario general y se equipara al enfermo mental a cualquier persona que necesite atención sanitaria y social. Es cuando la hospitalización es un recurso a usar en último término, potenciando el tratamiento en la comunidad, y además en caso de llevarse a cabo deberá ser voluntario, por el menor tiempo posible y en unidades específicas en hospital general (2,3).

El art 763 (LEC) revisa el procedimiento para el internamiento involuntario que siempre debe estar en conocimiento y ser ratificado por la autoridad judicial, pero además habla de los derechos que asisten al paciente y que son: Derecho a que la autoridad judicial escuche al propio paciente, a cualquier persona que él decida, y al Ministerio Fiscal; Derecho a ser defendido por un abogado, Derecho a ser representado por un procurador. La resolución que se adopte será

## INGRESOS INVOLUNTARIOS. ¿RESPETAMOS SUS DERECHOS?

motivada y notificarse siempre al interesado que puede recurrir en apelación a la Audiencia Provincial (10).

En caso de no tener medios económicos se le designará un abogado de oficio. También tendrá derecho a los servicios de un intérprete.

El paciente y el asesor pueden requerir y presentar ante cualquier audiencia un informe independiente de salud mental y cualesquiera otros informes, ya sea orales o escritos y otras pruebas que sean pertinentes y aceptables.

Se le darán al paciente o al asesor copias de los registros y de cualquier informe o documento para ser presentados, con excepción de los casos en los que se determine que revelar al paciente ciertos datos ocasionaría un grave daño a su salud o pondría en peligro la seguridad de otros (20).

En el Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales a nivel Europeo se insta a que las personas internadas deberán ser informadas <<en el plazo más breve posible y en una lengua que comprendan sobre los motivos del internamiento>> (art 5.2) y <<tienen derecho a presentar un recurso ante un órgano judicial a fin de que se pronuncie en breve plazo sobre la legalidad de su privación de libertad y ordene su puesta en libertad si fuera ilegal>> (art 5.4)

En España el internamiento de los menores viene regulado en el art 763.2 y al igual que en caso de internamiento de un incapacitado, es obligado la comunicación al juzgado del mismo, no valiendo la autorización ni de los padres ni del tutor para considerarlo voluntario.

En cualquier caso todas las medidas de restricción física o reclusión involuntaria, sus motivos, naturaleza y duración deberían quedar reflejadas en la historia clínica del paciente (20).

Una vez expuestas la Ley y recomendaciones anteriores, observamos que nuestra muestra involuntaria correspondió a un 30% del total padeciendo todos ellos una enfermedad mental grave y habiéndose llevado a cabo la comunicación judicial en plazo de 24 horas, la revisión judicial en plazo de 72 horas y recibiendo el posterior documento de ratificación. Es decir, que la forma fue aparentemente correcta (5). Sin embargo, nos preocupa todo aquello que no está especificado en la ley y donde observamos fallos importantes.

Cuando un paciente ingresa de forma voluntaria debe dejarlo por escrito en un documento con su firma, hecho que tiene lugar a su llegada a la Admisión de psiquiatría y antes de ser hospitalizado. Sin embargo, dos pacientes ingresados de forma voluntaria decían no haber dado su consentimiento y 3 desconocían que se les consideraba voluntarios. La realidad era que todo el grupo había firmado que aceptaba el ingreso, pero estas respuestas nos hacen ver que no entendieron correctamente lo que estaban haciendo, lo que nos hace pensar si realmente eran

## **INGRESOS INVOLUNTARIOS. ¿RESPETAMOS SUS DERECHOS?**

competentes para decidir y en caso negativo, su firma no sería válida y deberían haber sido considerados internamientos involuntarios y haberse comunicado al juzgado.

En el mismo sentido pero al contrario, tan solo dos pacientes del grupo involuntario eran conscientes de esta situación, pero es que uno decía haber ingresado de forma voluntaria y el resto no lo sabía. Esto supone claramente una mala praxis por parte del psiquiatra que ingresa al paciente de forma involuntaria, en tanto que a ninguno se le informó de esta situación ni de los motivos de tal decisión hecho que suele ser frecuente en ingresos no voluntarios (20).

Para algunos autores, hasta el 86% de los involuntarios y el 44% de los voluntarios serían incompetentes para consentir el tratamiento. El rechazo del mismo sería un síntoma de su enfermedad y no reflejaría un funcionamiento autónomo o creencias consistentes sobre la enfermedad o el tratamiento. Por eso, Arechederra considera una contradicción ingresar a un individuo voluntariamente cuando la patología que presenta provoca una alteración temporal en su capacidad de decisión (9).

No obstante, la falta de información al paciente puede entenderse desde un estilo de relación paternalista (21) que arrastramos de épocas pasadas o que se considere una medida puramente burocrática y sin la mayor importancia clínica. Posiblemente sea un poco de ambas. De ahí que constataríamos que pese a existir todos los documentos legales exigidos, en la historia clínica no se hiciera referencia en la mitad de los pacientes involuntarios a esta medida, lo que habla de la poca importancia que le da el psiquiatra, considerándola pura burocracia que se lleva a cabo de forma protocolizada pero no individualizada y más para evitarse problemas legales que atendiendo a la importancia que tiene para velar por los derechos del paciente.

Además nos preocupa la ligereza con que se toma, ya que en ninguno de los casos se hizo alusión a ningún argumento que avalase dicha decisión.

En la práctica de la asistencia psiquiátrica actual en España, seguimos observando cómo los internamientos involuntarios urgentes en pacientes tanto en los menores como en los adultos superan a los internamientos ordinarios. En el estudio de Valencia, un 97% de los menores fueron ingresados por vía de urgencia mientras el 56% de los adultos involuntarios fueron por procedimiento urgente. En ambos grupos de edad el internamiento ordinario es más frecuente en mujeres, mientras el urgente es más habitual en varones. (22)

Todos nuestros pacientes involuntarios lo fueron de forma urgente. Aunque existe un procedimiento para que la familia solicite un internamiento involuntario ordinario en caso de descompensación grave, la lentitud de dicho procedimiento judicial lleva a que la mayoría de los casos sean conducidos de una forma u otra a la urgencia y desde allí se comunique al juzgado.

En las urgencias no es infrecuente la llegada de enfermos con severas descompensaciones psíquicas y falta de adherencia terapéutica con riesgos de diversa índole, para los que pensamos sería mejor un internamiento en unidad de agudos, encontrándonos con la reticencia de estos a

## INGRESOS INVOLUNTARIOS. ¿RESPETAMOS SUS DERECHOS?

ingresar. En esta situación es fundamental valorar si el paciente está capacitado cognoscitivamente y volitivamente para asumir o no esa decisión. Pero es que además, encontramos otra fuerza que no siempre apoya la opinión del enfermo que es la de la familia, que suele presionar para forzar el internamiento.

El conflicto en el que se ve inmerso el psiquiatra, en muchos casos residente sin demasiada experiencia, es forzar un ingreso lo menos violento posible por lo que puede caer en el error de intentar convencer al paciente utilizando la persuasión indebida, la manipulación o la coacción (18) unidas a la presión familiar sin contemplar que el consentimiento bajo esas circunstancias no es válido y puede incurrir en un delito contra la libertad recogido en el artículo 163 del Código Penal castigado con pena de prisión de 4 a 6 años. (23)

En estas circunstancias, no es infrecuente observar cómo pacientes conducidos a nuestra unidad de forma más o menos voluntaria pueden cambiar de opinión al llegar a la misma y cómo automáticamente se suele optar por judicializar el ingreso. Deberíamos preguntarnos: ¿qué argumentos existen para admitir que un paciente puede decidir ingresar de forma voluntaria y al minuto siguiente considerar que ya no es competente para solicitar el alta?

Lo recomendable es que en aquellos casos en los que tras el ingreso voluntario, el paciente demande el alta voluntaria deberá ser evaluado en ese momento por el psiquiatra quien en caso de que considere que no es competente para decidir y el alta es gravemente perjudicial para su salud puede transformar el ingreso en involuntario y comunicarlo al juez. Pero el cambio del pacto inicial debería ser muy bien explicado al paciente y a la familia explicitando nuestro malestar por tomar tal medida e informando que será el juez quien lo autorice o no (24).

El ingreso involuntario urgente debe reunir una serie de requisitos (23):

- Enfermedad mental grave
- Incapacidad para consentir el ingreso
- Que este sea para beneficio del paciente o protección de terceras personas
- Que el pronóstico inmediato sea negativo si no se lleva a cabo el ingreso
- Que el tratamiento no pueda llevarse a cabo de forma ambulatoria por abandono social, condiciones asistenciales o peligro de la vida del paciente.

El ingreso involuntario urgente es en una gran parte de los casos una experiencia desagradable o traumática (36,4% de nuestra muestra). Sin embargo, los propios pacientes apoyaban los supuestos previstos por la ley como justificación para tomar dicha medida en un 87% y tan solo un paciente dijo que nunca podría justificarse la privación de libertad. Además, es muy llamativo que los propios pacientes, al paso del tiempo y suponemos que al mejorar la crisis que dio lugar a ese internamiento involuntario, lo valoraron en un porcentaje elevado como beneficioso para ellos (30,3%). Todo esto nos lleva a la conclusión de que la medida de internamiento involuntario

## INGRESOS INVOLUNTARIOS. ¿RESPETAMOS SUS DERECHOS?

tal y como recomiendan las distintas guías y legislaciones debe usarse lo menos posible y que los psiquiatras debemos ser muy cuidadosos para evitar el máximo de trauma a la experiencia, informando de forma adecuada y justificando los motivos de la decisión, siendo muy recomendable que quede constancia en la historia clínica (17).

Los derechos de los pacientes psiquiátricos han de ser idénticos al del resto de los ciudadanos (24) y esto lo tenían claro algunos de nuestros pacientes. Sin embargo, todos ellos desconocían su derecho a ser escuchados por el juez, a solicitar que este escuche a las personas que ellos soliciten, a que el Ministerio Fiscal sea informado, a solicitar procurador que le represente o abogado que le defienda según el artículo 758 de la Ley 763 (LEC), a que la resolución sea motivada y a que se le notifique y a que en caso de no estar de acuerdo, pueda recurrir en apelación a la Audiencia Provincial (23).

Sin embargo, ninguno de nuestros pacientes involuntarios ni en el ingreso actual ni en los previos había sido nunca informado por la comisión judicial de los derechos que le asisten. Estamos seguros de que este hecho no ocurre cuando un ciudadano sospechoso de cometer un delito es detenido, por lo que podría ser discriminatorio hacia nuestros pacientes.

Es cierto que da un poco de reparo imaginarnos nuestras salas de agudos llenas de letrados que vengan constantemente a defender a nuestros pacientes involuntarios ante el juez y que dada la cantidad de casos que tenemos, las unidades se convirtieran en salas judiciales más que en unidades terapéuticas. Además, todo ello prolongaría de forma innecesaria las estancias y la labor judicial pero debemos reflexionar al respecto y se deben articular medidas para que nuestros pacientes puedan ejercer sus derechos constitucionales como cualquier ciudadano.

Por otra parte, esta medida también podría servir como corrector de las decisiones del psiquiatra a la hora de hacer un paciente involuntario ya que debería esforzarse más en individualizar y argumentar su decisión.

Los jueces también tendrían que reflexionar acerca de su función con los pacientes ingresados de forma involuntaria. Como se deduce de las respuestas de nuestros enfermos sobre la función judicial (tabla 6), ninguno tenía idea clara de para qué les visitan y ninguno sabía que su función primordial es velar por sus derechos puesto que no habían sido informados de los mismos.

Denuncias de pacientes psiquiátricos que han visto afectados sus derechos han dado lugar a sentencias muy importantes, como la STC 132/2010 que ha declarado la inconstitucionalidad del párrafo 1º y 2º del artículo 763 aunque sin plantear la nulidad de las disposiciones por no dejar un vacío pero insta al legislador a regular lo antes posible la medida de internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico mediante ley orgánica (26). O la más reciente STC 141/2012 sobre recurso de amparo de paciente bipolar tras desestimarse su recurso de apelación por la Audiencia Provincial de Granada y donde se aclaran unos puntos que no aparecen en la Ley 763 y que son de gran interés para los profesionales como que el Diagnóstico debe quedar

## INGRESOS INVOLUNTARIOS. ¿RESPETAMOS SUS DERECHOS?

por escrito a disposición del juez; que según el artículo 17.3 para la detención <<nadie puede ser privado de libertad sin conocer las causas>> por lo que debe informarse al afectado o su representante del internamiento involuntario y de sus causas; los plazos de comunicación al juzgado y ratificación; el procedimiento de <<habeas corpus>> en caso de superar el plazo de 24 horas sin que el centro comunique la situación de retención al juzgado, en cuyo caso el afectado pasará automáticamente a tutela judicial; el hecho de que será el juez quien se traslade a valorar al paciente y no a la inversa y explicita que será el juez quien tiene la obligación de informar al paciente de sus derechos legales (27).

En la literatura no hemos encontrado estudios similares al nuestro. Una revisión alemana solo encontró un artículo donde se preguntara al paciente sobre su visión del ingreso involuntario. La mayoría iban dirigidos a población general o profesionales (28), en otros se comparaba la visión de profesionales médicos y profesionales de la judicatura (29) pero solo en uno se preguntaba sobre su experiencia y sus vivencias a pacientes voluntarios e involuntarios (30), que coincidía con la encontrada en nuestra muestra.

Es importante que tengamos en cuenta a nuestros pacientes a la hora de tomar decisiones tan importantes como el internamiento involuntario y que seamos muy cuidadosos tanto en informarles como en escucharles y hacer todo lo que esté en nuestra mano para evitar el trauma y para defender sus derechos constitucionales. Es nuestra responsabilidad cuidar de nuestros pacientes más vulnerables.

### ANEXO: TABLAS

¿ESTÁ VD INGRESADO DE FORMA INVOLUNTARIA?				
	SÍ	NO	NO SÉ	TOTAL
Involuntario	2(20%)	1(10%)	7(70%)	10(100%)
Voluntario	2(8,7%)	18(78,3%)	3(13%)	23(100%)

TABLA 1

## INGRESOS INVOLUNTARIOS. ¿RESPETAMOS SUS DERECHOS?

<b>¿QUÉ ES UN INGRESO INVOLUNTARIO. ( respuesta libre)</b>	
Cuando no quieres ingresar	11 respuestas
Cuando no quieres ingresar y estás enfermo mental	5 respuestas
Ingreso a la fuerza	5 respuestas
Inconsciente o loco y no quieres ingresar y lo dice un juez	2 respuestas
Ingreso contra la voluntad de la familia o la policía	4 respuestas
Cuando lo decide el psiquiatra	1 respuesta
Cuando lo decide el médico y lo ratifica un juez	1 respuesta
La ley no permite dañarse a sí mismo	1 respuesta
Que no te dejan salir el doctor	1 respuesta

TABLA 2

<b>¿CREE QUE ESTARÍA JUSTIFICADO EL INGRESO INVOLUNTARIO ?</b>	
PARA RECIBIR TRATAMIENTO	5 (15,2%)
PARA EVITAR DAÑOS A SÍ O TERCEROS	5 (15,2%)
EN AMBOS CASOS	17 (51,5%)
EN OTROS SUPUESTOS	3 (9,1%)
NUNCA	1 (3,0%)
NO SABE/ NO CONTESTA	2 (6,1%)
TOTAL	33 (100%)

TABLA 3

<b>SI HA ESTADO INGRESADO INVOLUNTARIO EN EL PASADO ¿CÓMO LO VIVIÓ?</b>	
BIEN	5 (27,8%)
MAL	12 (66,7%)
INDIFERENTE	1 (5,6%)
TOTAL	18 (100%)

TABLA 4

<b>¿CREE AHORA QUE AQUEL INGRESO FUE BENEFICIOSO PARA VD?</b>	
SÍ	10
NO	4
NO SÉ	4
TOTAL	18

TABLA 5

## INGRESOS INVOLUNTARIOS. ¿RESPETAMOS SUS DERECHOS?

¿POR QUÉ HABLAN LOS JUECES CON LOS INGRESOS INVOLUNTARIOS? (Respuesta libre) 20 RESPUESTAS
Para conocer las causas de ingreso Para ver si es obligado o no Porque no hay autorización explícita del paciente El juez debe saber que no es capricho del médico Para que los médicos sepan qué opinan los jueces Por la tutela que tienen Para ayudar a los pacientes Para hacerse cargo de ellos.
Solo ven a los casos más graves Para ver cómo están, cómo se portan y cómo progresan Para ver cómo se portan, como va el tratamiento y dar salidas Para ver cómo va la enfermedad Para dar el alta
Porque eres un riesgo para la sociedad o para ti Porque habrán hecho algo malo o se hacen daño Porque se habrán hecho daño Para ver si es culpable y meter en la cárcel Yo no he hecho nada malo y no quiero que hablen conmigo
Para cubrirse las espaldas Los jueces nunca hablan con los pacientes

TABLA 6

### BIBLIOGRAFÍA

1. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental. Legislación sobre salud mental y derechos humanos. (Versión española) OMS 2003. Editores Médicos S.A. EDIMSA 2005
2. Ley 14/1986 de 25 de Abril, General de Sanidad. Publicada en BOE nº102 de 29 de Abril de 1986
3. Ley Orgánica 3/1986 de 14 de Abril. Medidas especiales en Materia de Salud Pública. Publicada en BOE nº102 de 29 de Abril de 1986
4. Constitución Española. BOE nº 311 de 29 de Diciembre de 1978, paginas 29313-29424. Título I. Capítulo 2º. Sección 1ª. Artículo 17
5. Barrios Flores, L. F. La regulación del internamiento psiquiátrico involuntario en España: carencias jurídicas históricas y actuales. Derecho y Salud, Vol. 22, núm. 1, Ene-Jun. 2012, pp. 31-56. ISSN 1133-7400.
6. Santos Urbaneja, F. El ingreso psiquiátrico: problemas que plantea el ingreso involuntario. Estudios del Ministerio Fiscal III. 1995. Ministerio de Justicia.
7. Ley 13/1983 de 24 de Octubre de Reforma del Código Civil en materia de Tutela. BOE nº 256 de 26 de Octubre de 1983, páginas 28932 a 28935



## INGRESOS INVOLUNTARIOS. ¿RESPETAMOS SUS DERECHOS?

8. Tamayo, G. La enfermedad mental y la ley. Cuadernos de Sección. Ciencias Médicas 3. (1994):53-70
9. Arechederra JJ, Ayuso PP, Choza J, Vicente J. Bioética, Psiquiatría y Derechos Humanos. Ed International Marketing and Communications SA 1995 Madrid
10. Artículo 763 de la Ley 1/2000 de 7 de Enero, de Enjuiciamiento Civil publicado en BOE nº 7 de 8 de Enero de 2000
11. Salize, HJ. Drebing, H. Peitz, M. Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients-Legislation and Practice in EU-Member States. Central Institute of Mental Health. Mannheim, Germany, May 15, 2002.
12. Calcedo Barba A. Psiquiatría Legal. 1º Congreso Virtual de Psiquiatría 2000. Disponible en: [http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa14/conferencias/14\\_ci\\_c.htm](http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa14/conferencias/14_ci_c.htm)
13. Barrios Flórez, L F. El Ingreso Psiquiátrico involuntario de carácter urgente: una revisión tras la STC 141/2012, de 2 de Julio. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2012; 32 (116), 829-847.
14. Constitución Española. BOE nº 311 de 29 de Diciembre de 1978, paginas 29313-29424. Artículo 49
15. Manual de Recursos Humanos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación 2006
16. Recomendación NºR(83) 2 del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre la Protección Legal de las Personas que padecen Trastornos Mentales Internados como Pacientes Involuntarios. Adoptada por el Comité de Ministros en 22 de Febrero de 1983 en la 356ª Reunión de los Funcionarios Ministeriales.
17. Bercovitz, R. La Marginación de los Locos y el Derecho. Ed Taurus. Madrid 1976.
18. Medrano Albéniz J. Ingreso voluntario e ingreso incompetente. Psiquiatria.com articulos 21 febrero 2001
19. Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, 29ª sesión ordinaria. Recomendación 818 (1977) sobre la Situación de los Enfermos Mentales.
20. Sánchez Barrilao, JF. Régimen Constitucional del Internamiento Involuntario y Urgente por Trastorno Mental. UNED. Revista de Derecho Político Nº 87, mayo-agosto 2013, pag. 179-222
21. Lay, B. Crack, T. Bleiker, M. Lengler, S. Blank, C. Rossler, W. Preventing Compulsory Admission to Psychiatric Inpatient Care: Perceived Coercion, Empowerment, and Self-Reported Mental Health Functioning after 12 Months of Preventive Monitoring. Frontiers in Psychiatry. 2015;11(6):1-9

## INGRESOS INVOLUNTARIOS. ¿RESPETAMOS SUS DERECHOS?

22. Beltran Aleu P, Bermejo Pérez M, Gisbert Grifo M. Internamientos Involuntarios de enfermos mentales menores de edad en España. Rev Latinoam de Derecho Médico y Medicina Legal 7 (2), Dic 2002 (8):1, Jun 2003:87-96
23. Vega Vega CL y cols. Internamientos psiquiátricos. Aspectos Médico Legales. Atención Primaria 2010;42(3):176-182
24. Montes JR. Enfoques de la problemática psiquiátrica en el ámbito civil: La hospitalización no voluntaria y la incapacitación. DS Vol 12(2) Julio-Dic 2004. Jornada Técnica
25. Baena, D M. La consideración de los derechos Humanos en los tratamientos a pacientes psiquiátricos. Etica, Bioética, Etica Médica en Enfermería, Medicina Forense y Legal, Otras Esp, Psiquiatría. Rev Electrónica de Portales Medico.com 28/10/2011
26. Sentencia 132/2010. BOE 5 de Enero de 2011. Sección Tribunal Constitucional. Nº4. Pag 106.
27. Sala Segunda. Sentencia 141/2012, de 2 de Julio de 2012 (BOE n1 181, de 30 de Julio de 2012)
28. Lamber C, Rossler W. Involuntary admisión and the attitude of the general population, and mental health professionals. Psychiatr Prax 2007 Apr;34 Suppl 2:S181-5
29. Lepping P, Steinert T, Gebhardt RP, Rottgers HR. Attitudes of mental health professionals and lay-people towards involuntary admission and treatment in England and Germany- a questionnaire analysis. Eur Psychiatry 2004 Apr;19(2):91-5
30. Spence ND, Goldney RD, Costain WF. Attitudes towards psychiatric hospitalisation: a comparison of involuntary and voluntary patients. Aust Clin Rev 1998 Sep;8(30):108-16