**Título:** Tratamiento involuntario en pacientes con esquizofrenia.

**Autores:** Nahiara Pacheco Fernández (nahiara\_pa@hotmail.com). Enfermera Asepeyo Coslada, Madrid. Máster en Bioética por la Universidad Internacional de Valencia. Máster de Formación Permanente de Enfermería en Salud Mental por la Universidad Pontificia de Salamanca.

**Resumen**

La esquizofrenia es una enfermedad psiquiátrica que actualmente afecta a cerca de 24 millones de personas en todo el mundo. Existen diferentes tipos de tratamiento, pero debido a la severidad de sus síntomas en ocasiones se precisa optar por un tratamiento no consensuado con el paciente, lo que implica un riesgo en el cumplimiento de los derechos humanos y de los principios bioéticos.

Con esta revisión bibliográfica narrativa se pretende analizar el impacto y las implicaciones del tratamiento involuntario en pacientes con esquizofrenia.

A su vez, se van a tratar datos referentes a la prevalencia de adherencia al tratamiento, y prevalencia de la hospitalización involuntaria, además de, los diferentes tipos existentes de tratamiento para la esquizofrenia, una comparación de las políticas actuales de diferentes países que regulan el tratamiento involuntario, y las propias percepciones de los pacientes sometidos a este tratamiento coercitivo, todo ello bajo una perspectiva bioética.

**Palabras clave**

Esquizofrenia, tratamiento involuntario, Bioética, derechos del paciente.

**Abstract**

Schizophrenia is a psychiatric disorder that currently affects approximately 24 million people worldwide. Although various treatment modalities are available, the severity of symptoms sometimes necessitates the implementation of non-consensual interventions, which poses significant risks to the protection of human rights and adherence to bioethical principles.

This narrative literature review aims to analyze the impact and implications of involuntary treatment in patients with schizophrenia.

Additionally, it will address data concerning treatment adherence rates and the prevalence of involuntary hospitalization, as well as examine the different existing treatment approaches for schizophrenia. The review will also compare current policies regulating involuntary treatment across various countries and explore the personal perceptions of patients subjected to such coercive measures, all through a bioethical lens.

**Keywords**

Schizophrenia, involuntary treatment, Bioethics, patient rights. **Introducción**

Según la última edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, “los trastornos del espectro de la esquizofrenia se definen por anomalías en uno o más de los siguientes cinco dominios: delirios, alucinaciones, pensamiento (discurso) desorganizado, comportamiento motor muy desorganizado o anómalo (incluida la catatonía) y síntomas negativos” (1).

A nivel mundial, la esquizofrenia afecta a aproximadamente 1 de cada 300 personas (0,32%), lo que equivale a cerca de 24 millones de personas que sufren esta patología, la cual no sólo tiene repercusiones para los individuos diagnosticados, sino que también tiene un enorme impacto en sus familias, su entorno social y los sistemas de salud pública a nivel global (2).

Desde el primer diagnóstico conocido de esquizofrenia en 1809, los tratamientos de esta patología han ido evolucionando de la mano de avances tanto en la comprensión de la enfermedad como en las prácticas relacionadas con su manejo clínico. Estos avances en los tratamientos farmacológicos y las terapias psicológicas han permitido mejorar la calidad de vida de muchos pacientes, ofreciendo una mayor estabilidad y control sobre los síntomas (3), sin embargo, a pesar de estos avances, uno de los principales desafíos que persiste en el tratamiento de la esquizofrenia es la adherencia al tratamiento. La no adherencia a las indicaciones terapéuticas sigue siendo una de las barreras más significativas para el manejo adecuado de esta enfermedad; a menudo, los pacientes con esquizofrenia experimentan dificultades para adherirse a la medicación debido a factores como los efectos secundarios que esta produce, la falta de percepción de la enfermedad, la desconfianza hacia la medicación y el personal sanitario, y las distintas barreras psicosociales que sufren estos sujetos. Este fenómeno no solo está relacionado con el empeoramiento de los síntomas, sino también con altas tasas de recaída, reingresos hospitalarios, y una disminución en los resultados a largo plazo de la salud mental y calidad de vida del paciente. Todos estos efectos adversos pueden llevar a la necesidad de recurrir al tratamiento involuntario (4,5).

El tratamiento psiquiátrico no consensuado, también conocido como involuntario o forzoso, es una práctica que se implementa en situaciones donde los pacientes con enfermedades mentales, debido a su condición, no pueden tomar decisiones informadas acerca de su tratamiento o lo rechazan (6). A su vez, para instaurar este tipo de tratamiento se deben tener en cuenta varios factores claves como son la gravedad clínica (presencia de síntomas psicóticos intensos, conductas autodestructivas o agresivas), posibilidad de ser un riesgo para sí mismo o para otros y presencia de anosognosia, que consiste en la negación de la propia patología neurológica (7). Además, se debe optar por un tratamiento individualizado, debido a que la esquizofrenia no afecta de manera uniforme a todos los pacientes, ya que la severidad de la enfermedad y sus síntomas pueden variar significativamente entre individuos, incluso en un mismo individuo a lo largo del tiempo, implicando que, en algunos momentos, un paciente pueda estar en condiciones de otorgar un consentimiento válido, mientras que en otros momentos no, lo que requiere de un seguimiento constante de su capacidad decisional (8).

Asimismo, la relación entre los servicios de salud mental y la experiencia de los usuarios es otro aspecto clave en el correcto tratamiento de la enfermedad. El acceso a servicios profesionales adecuados y el apoyo social son factores cruciales no solo para reducir las tasas de hospitalización, sino también para mejorar la adherencia a los tratamientos y promover una recuperación más efectiva (9). Por su parte, los profesionales de la salud deben ser conscientes de la vulnerabilidad de estos pacientes, que pueden sentirse incomprendidos, despersonalizados y sin capacidad de decisión sobre su propio tratamiento, y por tanto, deben intentar instaurar una relación terapéutica basada en el respeto mutuo, la empatía y la comunicación abierta (9).

**Objetivo Principal**

Analizar el impacto y las implicaciones del tratamiento involuntario en pacientes con esquizofrenia, considerando los principios bioéticos involucrados.

**Objetivos Específicos**

1. Identificar la prevalencia de la no adherencia al tratamiento y de la hospitalización involuntaria en pacientes con esquizofrenia, así como los factores de riesgo asociados.

2. Evaluar los diferentes tipos de tratamiento en la esquizofrenia.

3. Describir la dimensión bioética en el tratamiento involuntario.

4. Comparar las políticas actuales que regulan el tratamiento involuntario.

5. Examinar las percepciones de los pacientes sobre la involuntariedad y su relación con la experiencia del tratamiento.

**Material y método**

La modalidad de trabajo que ha sido seleccionada para lograr los objetivos planteados fue la revisión bibliográfica narrativa, la cual se llevó a cabo mediante una búsqueda bibliográfica sistemática en algunas de las distintas bases de datos del área de ciencias de la salud cómo PubMed, Dialnet, IBECs, Scielo y el tesauros DeCS. Asimismo, se consultaron diferentes webs oficiales como la Organización Mundial de la Salud y la American Psychiatric Association.

Se incluyeron estudios empíricos y artículos teóricos que abordan tanto la adherencia al tratamiento como las implicaciones bioéticas del tratamiento involuntario.

En las bases de datos mencionadas anteriormente se utilizaron los siguientes descriptores o palabras clave: esquizofrenia (schizophrenia), tratamiento involuntario (involuntary treatment), tratamiento psiquiátrico involuntario (involuntary psychiatric treatment), Bioética (Bioethics) y derechos del paciente (patient rights). Estos términos fueron combinados mediante operadores booleanos, principalmente el operador booleano AND para poder acceder a la información más específica posible.

Esta búsqueda se llevó a cabo entre los meses de Septiembre de 2024 a Enero de 2025, y para su realización se aplicaron los siguientes criterios de inclusión y de exclusión:

* *Criterios de inclusión:* artículos y publicaciones que traten sobre tratamiento involuntario en pacientes con esquizofrenia, publicados en español o inglés, sin rango de edad de los sujetos, de cualquier zona geográfica.
* *Criterios de exclusión*: artículos y publicaciones con más de 15 años de antigüedad, que no estén basados en bibliografía basada en la evidencia científica.

Aplicando la estrategia de búsqueda basada en los criterios de selección se localizaron 281 documentos, de los cuales, tras ser revisados, fueron escogidos un total de 35 para ser analizados y utilizados en este trabajo.

**Resultados y discusión**

**1. Prevalencia y factores de riesgo**

La no adherencia al tratamiento farmacológico es un fenómeno prevalente entre los pacientes con esquizofrenia, con tasas que varían entre el 30% y el 41% (10,11). Este comportamiento sigue siendo una de las barreras más significativas para un manejo adecuado de la enfermedad, ya que diversos factores como los efectos secundarios de los medicamentos, la falta de conciencia sobre la enfermedad, la desconfianza hacia los tratamientos y los profesionales de salud, así como las barreras psicosociales, dificultan que los pacientes sigan las indicaciones terapéuticas (4,5). Asimismo, es un fenómeno multifactorial influido por variables demográficas, clínicas, psicológicas y sociales. La juventud, el sexo masculino, el bajo nivel educativo, antecedentes psiquiátricos y un nivel socioeconómico bajo aumentan el riesgo de incumplimiento. Clínicamente, los síntomas graves, la comorbilidad con abuso de sustancias y los efectos adversos de los psicofármacos, como la sedación o el aumento de peso, son factores relevantes, así como la complejidad del régimen terapéutico. Además, las creencias negativas sobre la medicación y la falta de apoyo social contribuyen significativamente a este problema (10,11). Los pacientes, por su parte, reportan obstáculos como olvidos, falta de motivación y la ausencia de una mejora inmediata en su condición como razones clave para no seguir consistentemente el régimen farmacológico (12).

Esta destacada no adherencia al tratamiento en los pacientes con esquizofrenia habitualmente desencadena en la necesidad de una hospitalización involuntaria, para un adecuado control de síntomas y la búsqueda de una correcta adherencia al tratamiento (13-18). Se estima que aproximadamente un 35% de los pacientes ingresados con esquizofrenia son hospitalizados de manera involuntaria (13), siendo el promedio de estancia hospitalaria de 30 días (16). Dentro de los factores de riesgo de la hospitalización no consensuada encontramos factores sociodemográficos, clínicos y relacionados con el sistema de salud. Los pacientes jóvenes, hombres, solteros, con bajo nivel educativo o provenientes de entornos rurales y de bajos ingresos presentan mayor riesgo, debido a una mayor vulnerabilidad, menor acceso a servicios adecuados y escaso apoyo social. El estigma familiar y social también contribuye, especialmente cuando se percibe al paciente como un peligro. La falta de redes de apoyo incrementa la probabilidad de readmisión, al dificultar el manejo ambulatorio de la enfermedad. Clínicamente, los trastornos graves como la esquizofrenia, los síntomas severos, el riesgo de suicidio o agresividad, el rechazo al tratamiento y los antecedentes de hospitalización involuntaria son factores determinantes en la decisión de internar sin consentimiento (13-18).

**2. Tipos de tratamiento en la esquizofrenia.**

La combinación de tratamientos farmacológicos y psicosociales, junto con un seguimiento adecuado, es esencial para optimizar los resultados clínicos y la calidad de vida de los pacientes (5, 19, 20).

**2.1. Tratamiento Farmacológico**

El tratamiento farmacológico es fundamental en el manejo de la esquizofrenia, con el objetivo principal de controlar los síntomas psicóticos mediante el uso de antipsicóticos, que se dividen en típicos y atípicos. Los antipsicóticos típicos, como el haloperidol, son eficaces contra los síntomas positivos, pero presentan efectos secundarios motores (trastornos extrapiramidales) que pueden afectar la adherencia al tratamiento. Por otro lado, los antipsicóticos atípicos, como la clozapina, risperidona y olanzapina, son mejor tolerados y también efectivos para síntomas negativos como la anhedonia y el aislamiento, aunque pueden causar aumento de peso y trastornos metabólicos. Estos efectos secundarios, si no son adecuadamente gestionados, pueden tener un impacto negativo en la adherencia al tratamiento, lo que pone de relieve la necesidad de una evaluación rigurosa y personalizada del perfil de efectos secundarios en cada paciente, a fin de minimizar su impacto en la calidad de vida del mismo (5, 19).

**2.2. Tratamiento Psicosocial**

El tratamiento psicosocial es un complemento esencial del enfoque farmacológico en la esquizofrenia, ya que aborda aspectos psicológicos, sociales y familiares que influyen directamente en la recuperación y calidad de vida del paciente. Su objetivo es mejorar la integración social y emocional, así como la adherencia al tratamiento. Entre sus componentes clave se encuentra la psicoeducación, que informa al paciente y su entorno sobre la enfermedad, reduce el estigma y fortalece el apoyo familiar. La terapia cognitivo-conductual (TCC) que ayuda a manejar síntomas psicóticos, ansiedad y depresión mediante la reestructuración de pensamientos y conductas. La rehabilitación psicosocial y cognitiva que busca desarrollar habilidades sociales, laborales y de autonomía para facilitar la reintegración social. Y, finalmente, el apoyo social, tanto profesional como familiar, es fundamental para mantener la adherencia al tratamiento y reducir el aislamiento, actuando como un pilar clave en el proceso terapéutico (5, 6, 10, 14, 19, 21).

**2.3. Tratamiento de Seguimiento**

El seguimiento continuo es esencial para mantener la adherencia al tratamiento y ajustar las intervenciones según la evolución del paciente. Esta monitorización permite responder a los cambios en los síntomas y adaptar el tratamiento de forma individualizada. Además, debe incluir evaluaciones periódicas de la capacidad decisional, ya que, si esta se ve comprometida, puede ser necesario un tratamiento involuntario, el cual debe aplicarse solo como último recurso, bajo criterios éticos y con respeto a los derechos del paciente (6, 14, 19, 21).

**2.4. Modelos de Atención Integral y Enfoque Comunitario**

Los modelos de atención integral y comunitaria son una innovación a tener en cuenta en el tratamiento de la esquizofrenia, ya que abordan las necesidades del paciente en su entorno social y familiar, más allá del enfoque exclusivamente institucional. Este enfoque holístico integra recursos médicos, sociales y psicológicos, promoviendo la participación activa del paciente y su reintegración en la comunidad. La colaboración interdisciplinaria y el apoyo familiar y comunitario son claves para diseñar tratamientos personalizados y eficaces. Además, este modelo debe ser dinámico y adaptable a la evolución de los síntomas, favoreciendo la autonomía del paciente y garantizando una atención continua, relevante y centrada en la persona. (6, 9, 14, 22).

**3. Dimensión bioética en el tratamiento involuntario.**

La bioética, al abordar los dilemas del tratamiento involuntario en pacientes con esquizofrenia, exige equilibrar sus principios fundamentales: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia (23).

El principal conflicto ético surge entre respetar la autonomía del paciente, comprometida durante episodios psicóticos, y aplicar tratamientos necesarios para su bienestar (beneficencia). Esta tensión obliga a evaluar continuamente la capacidad decisional del paciente y a justificar éticamente cualquier intervención involuntaria, asegurando que sea proporcional, necesaria y con mínimo daño (6, 7, 8, 24, 25).

El principio de justicia por su parte destaca la necesidad de ofrecer atención equitativa y sin discriminación, combatiendo la estigmatización que sufren estos pacientes, y garantizando servicios dignos y accesibles (7, 8, 26).

La no maleficencia recuerda que no basta con procurar el bien; también es esencial evitar daños, en este caso tanto físicos como psicológicos asociados a la desconfianza, ansiedad o pérdida de dignidad, propiciados por el tratamiento coercitivo (6).

Por otro lado, el consentimiento informado, pilar del respeto a la autonomía, se vuelve complejo en pacientes con enfermedades mentales, ya que los síntomas pueden dificultar la comprensión del tratamiento (8, 9, 23, 25, 27). Por ello, debe evaluarse la capacidad cognitiva del paciente en cada fase de la enfermedad (6, 25). En casos de incapacidad, se puede recurrir a la decisión subrogada, es decir, que las decisiones sean tomadas por un familiar o tutor, exigiendo criterios éticos claros, transparencia y respeto por los deseos previos del paciente (6, 9, 23, 25).

Finalmente, la dignidad y los derechos humanos deben ser protegidos en todo momento. La estigmatización social y el trato deshumanizado vulneran gravemente a los pacientes, especialmente durante hospitalizaciones involuntarias. Por tanto, los profesionales deben actuar con respeto, empatía y compromiso ético, asegurando una atención centrada en la persona y su reintegración social, minimizando los efectos negativos del tratamiento involuntario (7, 9, 14, 24,28, 29).

**4. Políticas actuales que regulan el tratamiento involuntario.**

El tratamiento involuntario de pacientes con trastornos psiquiátricos graves, como la esquizofrenia, constituye una cuestión compleja que involucra no solo factores médicos y éticos, sino también legales. Las políticas que regulan este tipo de tratamiento varían sustancialmente entre países, reflejando distintas tradiciones jurídicas y culturales. Estas políticas buscan equilibrar dos principios fundamentales: la protección de la salud y el bienestar del paciente, por un lado, y el respeto a sus derechos humanos y autonomía, por otro (7, 30-34).

**Tabla 1.** Tabla comparativa sobre la legislación referente al tratamiento involuntario de los países seleccionados para estudio (elaboración propia basada en 7, 30-34).

**5. Percepciones de los pacientes.**

La experiencia de estos tratamientos suele ser ambivalente: por un lado, muchos pacientes relatan sentimientos negativos como la pérdida de autonomía, impotencia, desesperanza y vulnerabilidad emocional, lo que puede generar consecuencias psicológicas duraderas como ansiedad, depresión o trastornos de estrés postraumático. Esta situación se agrava cuando los pacientes perciben que su identidad se reduce a su diagnóstico, lo que refuerza la despersonalización y la estigmatización, tanto social como autoimpuesta (4, 12, 26, 35).

El entorno institucional y los protocolos rígidos también contribuyen a esta deshumanización, debilitando la relación profesional-paciente, especialmente cuando el trato es percibido como autoritario o poco empático. Esta pérdida de confianza repercute negativamente en la adherencia futura al tratamiento y dificulta la construcción de una alianza terapéutica, fundamental para una recuperación efectiva (26, 27, 29, 35).

Sin embargo, algunos pacientes reconocen beneficios del tratamiento involuntario, especialmente en la reducción de síntomas psicóticos graves. Aunque al inicio se resisten o rechazan la intervención, posteriormente valoran los efectos positivos sobre su estado mental y su calidad de vida. En estos casos, el tratamiento es percibido como una medida necesaria que, a pesar de su carácter coercitivo, les permitió alcanzar una estabilidad que no habrían logrado por sí solos (4, 12).

**Conclusiones**

1. La no adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con esquizofrenia constituye una de las barreras más significativas para el manejo adecuado de la enfermedad, con una prevalencia considerable que varía entre el 30% y el 41%. Este fenómeno se ve influenciado por una variedad de factores que desencadenan que muchos pacientes no logren adherirse al tratamiento, lo cual repercute negativamente en su salud y en la evolución de la enfermedad.

2. La hospitalización involuntaria, presenta una prevalencia estimada en aproximadamente el 35% de los casos de pacientes con esquizofrenia, y los factores de riesgo asociados incluyen características de diversa índole. Estos hallazgos subrayan la importancia de una atención integral que no solo aborde los aspectos médicos del tratamiento, sino que también considere el apoyo social y la educación del paciente, con el fin de reducir la incidencia de la hospitalización involuntaria y mejorar la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia.

3. El tratamiento de la esquizofrenia debe abordarse de manera integral y personalizada, combinando estrategias farmacológicas, psicosociales y de seguimiento continuo. Además, debemos destacar que la integración de tratamientos comunitarios y la colaboración interdisciplinaria son esenciales para mejorar la calidad de vida de los pacientes y reducir la estigmatización asociada con la enfermedad. Asimismo, es fundamental que se sigan desarrollando alternativas menos invasivas al tratamiento involuntario, siempre que sea posible, para respetar la autonomía del paciente y promover su participación en el tratamiento.

4. La dimensión bioética en el tratamiento involuntario de la esquizofrenia plantea complejos desafíos que requieren un equilibrio delicado entre los principios fundamentales de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, y una especial atención en aspectos como el consentimiento informado, las decisiones subrogadas, la dignidad del paciente y sus derechos humanos. Además, es esencial que los profesionales de la salud minimicen los efectos adversos y coercitivos de estas intervenciones, garantizando que se lleven a cabo de manera justa, respetuosa y proporcional, considerando siempre el tratamiento involuntario como último recurso cuando no haya alternativas viables para salvaguardar el bienestar del paciente.

5. Aunque las políticas sobre el tratamiento involuntario en pacientes con trastornos psiquiátricos varían entre países, existe un enfoque común de considerar esta medida como excepcional y aplicarla solo cuando el paciente no puede tomar decisiones informadas y representa un riesgo para sí mismo o para otros.

6. Por último, la experiencia de los pacientes sometidos a tratamiento involuntario es compleja y ambivalente. Mientras que la pérdida de autonomía, la alienación y la estigmatización son emociones predominantes, algunos pacientes reconocen los beneficios derivados del tratamiento, especialmente en la reducción de síntomas graves.

**Referencias bibliográficas**

1. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5. 5ta ed. Arlington (VA): American Psychiatric Association; 2014.
2. Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Health Data Exchange (GHDx). Disponible en: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/27a7644e8ad28e739382d31e77589dd7>
3. OMS. Mental health systems in selected low- and middle-income countries: a WHO-AIMS cross-national analysis. OMS: Ginebra, 2009.
4. Plahouras, J. E., Mehta, S., Buchman, D. Z., Foussias, G., Daskalakis, Z. J., & Blumberger, D. M. (2020). Experiences with legally mandated treatment in patients with schizophrenia: A systematic review of qualitative studies. *European Psychiatry : The Journal of the Association of European Psychiatrists*, *63*(1). <https://doi.org/10.1192/J.EURPSY.2020.37>
5. Cahaya, N., Kristina, S. A., Widayanti, A. W., & Green, J. (2022). Interventions to Improve Medication Adherence in People with Schizophrenia: A Systematic Review. *Patient Preference and Adherence*, *16*, 2431. <https://doi.org/10.2147/PPA.S378951>
6. Mandarelli, G., Carabellese, F., Parmigiani, G., Bernardini, F., Pauselli, L., Quartesan, R., Catanesi, R., & Ferracuti, S. (2017). Treatment decision-making capacity in non-consensual psychiatric treatment: a multicentre study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *27*(5), 492. <https://doi.org/10.1017/S2045796017000063>
7. Saya, A., Brugnoli, C., Piazzi, G., Liberato, D., Ciaccia, G. di, Niolu, C., & Siracusano, A. (2019). Criteria, procedures, and future prospects of involuntary treatment in psychiatry around the world: A narrative review. *Frontiers in Psychiatry*, *10*(APR). <https://doi.org/10.3389/FPSYT.2019.00271>
8. Ramos Pozón, S. (2015). Elementos necesarios al consentimiento informado en pacientes con esquizofrenia. *Revista Bioética*, *23*(1), 20–30. <https://doi.org/10.1590/1983-80422015231042>
9. Pérez Ayala, M., & Pérez Ayala, M. (2017). Claves éticas en el tratamiento clínico-comunitario de personas con esquizofrenia. *Revista de Bioética y Derecho*, *41*, 171–186. <https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872017000300012&lng=es&nrm=iso&tlng=es>
10. Semahegn, A., Torpey, K., Manu, A., Assefa, N., Tesfaye, G., & Ankomah, A. (2020). Psychotropic medication non-adherence and its associated factors among patients with major psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*, *9*(1), 17. <https://doi.org/10.1186/S13643-020-1274-3>
11. Yaegashi, H., Haga, M., Misawa, F., Mizuno, Y., Suzuki, T., & Takeuchi, H. (2024). Intentional non-adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *274*, 427–432. <https://doi.org/10.1016/J.SCHRES.2024.10.018>
12. Simmons, A., O’Sullivan, A. K., Carpenter-Conlin, J., Carty, M. K., Saucier, C., & McDonnell, D. (2024). Using qualitative exit interviews to explore schizophrenia burden and treatment experience in clinical trial patients. *Frontiers in Psychiatry*, *15*, 1377174. <https://doi.org/10.3389/FPSYT.2024.1377174/FULL>
13. Ma, H. J., Zheng, Y. C., Shao, Y., & Xie, B. (2022). Status and clinical influencing factors of involuntary admission in chinese patients with schizophrenia. *BMC Psychiatry*, *22*(1), 818. <https://doi.org/10.1186/S12888-022-04480-3>
14. Geng, F., Jiang, F., Conrad, R., Liu, T., Liu, Y., Liu, H., & Tang, Y. L. (2020). Factors Associated With Involuntary Psychiatric Hospitalization of Youths in China Based on a Nationally Representative Sample. *Frontiers in Psychiatry*, *11*, 607464. <https://doi.org/10.3389/FPSYT.2020.607464>
15. O’Callaghan, A. K., Plunkett, R., & Kelly, B. D. (2022). The association between objective necessity for involuntary treatment as measured during admission, legal admission status and clinical factors in an inpatient psychiatry setting. *International Journal of Law and Psychiatry*, *81*, 101777. <https://doi.org/10.1016/J.IJLP.2022.101777>
16. de Giorgi, F., Menculini, G., Barbi, M., Cardelli, M., Zebi, L., Amantini, K., et al. (2013). Duration of Involuntary Treatment in a Psychiatric Inpatient Unit: the experience of Umbria, Central Italy - PubMed. *Psychiatr Danub.*, *Suppl 2*, 375–382. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37800259/>.
17. Kaikoushi, K., Middleton, N., Chatzittofis, A., Bella, E., Alevizopoulos, G., & Karanikola, M. (2021). Socio-Demographic and Clinical Characteristics of Adults With Psychotic Symptomatology Under Involuntary Admission and Readmission for Compulsory Treatment in a Referral Psychiatric Hospital in Cyprus. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 602274. <https://doi.org/10.3389/FPSYT.2021.602274>
18. Arnold, B. D., Moeller, J., Hochstrasser, L., Schneeberger, A. R., Borgwardt, S., Lang, U. E., et al. (2019). Compulsory Admission to Psychiatric Wards–Who Is Admitted, and Who Appeals Against Admission? *Frontiers in Psychiatry*, *10*, 544. <https://doi.org/10.3389/FPSYT.2019.00544>
19. Pérez C. Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia. Rev Enferm Salud Ment. 2015; 1: 16-22. doi: 10.5538/2385-703X.2015.1.16.
20. Luppa, C. A. (2024). Involuntary medication treatment of schizophrenia in the inpatient setting. *The Mental Health Clinician*, *14*(6), 321. <https://doi.org/10.9740/MHC.2024.12.321>
21. McCreath, J., Larson, E., Bharatiya, P., Labanieh, H. A., Weiss, Z., & Lozovatsky, M. (2017). Long-acting injectable antipsychotics for schizophrenia: Sociodemographic characteristics and treatment adherence. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, *19*(1). <https://doi.org/10.4088/PCC.16M02005>
22. Schöttle, D., Ruppelt, F., Schimmelmann, B. G., Karow, A., Bussopulos, A., Gallinat, J., et al. (2019). Reduction of Involuntary Admissions in Patients With Severe Psychotic Disorders Treated in the ACCESS Integrated Care Model Including Therapeutic Assertive Community Treatment. *Frontiers in Psychiatry*, *10*(OCT), 736. <https://doi.org/10.3389/FPSYT.2019.00736>
23. Ramos Pozón, S. (2015). Las decisiones subrogadas en pacientes con esquizofrenia. *Revista de Bioética y Derecho*, *33*, 68–81. <https://doi.org/10.4321/S1886-58872015000100007>
24. Pérez Ayala, M. (2017). Claves éticas en el tratamiento clínico-comunitario de personas con esquizofrenia. *Revista de Bioética y Derecho: Publicación Del Máster En Bioética y Derecho, ISSN-e 1886-5887, No. 41, 2017, Págs. 171-186*, *41*, 171–186. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6299502&info=resumen&idioma=SPA>
25. Ramos Pozón, S., & Román Maestre, B. (2014). Las voluntades anticipadas en pacientes con esquizofrenia: un instrumento para potenciar la autonomía. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría, ISSN 0211-5735, Vol. 34, No. 121, 2014, Págs. 21-35*, *34*(121), 21–35. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4638988&info=resumen&idioma=ENG>
26. Kisely, S. R., Campbell, L. A., & O’Reilly, R. (2017). Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2017*(3), CD004408. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004408.PUB5>
27. Aftab, A., LaGrotta, C., Zyzanski, S. J., Mishra, P., Mehdi, S. M. A., Brown, K., et al. (2019). Impact of Psychiatric Hospitalization on Trust, Disclosure and Working Alliance with the Outpatient Psychiatric Provider: A Pilot Survey Study. *Cureus*, *11*(4), e4515. <https://doi.org/10.7759/CUREUS.4515>
28. Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos. Adoptada y proclamada por la Asamblea General en su resolución 217 A (III), de 10 de diciembre de 1948. Disponible en:<https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
29. Plunkett, R., & Kelly, B. D. (2021). Dignity: The elephant in the room in psychiatric inpatient care? A systematic review and thematic synthesis. *International Journal of Law and Psychiatry*, *75*, 101672. <https://doi.org/10.1016/J.IJLP.2021.101672>
30. España. 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. BOE, 2002, nov 15; 274: 40360-40363.
31. Reino Unido. Mental Health Act 1983. London: HMSO; 1983.
32. Alemania. Código Civil Alemán (Bürgerliches Gesetzbuch, BGB). 5.ª ed. Berlín: Deutscher Taschenbuch Verlag; 2008.
33. Alemania. Ley sobre la ayuda a la atención y tratamiento de personas con enfermedades mentales (Psychisch-Kranken-Gesetz, PsychKG). Berlín: Deutscher Taschenbuch Verlag; 1976.
34. Francia. Ley n° 2011-803 de 5 de julio de 2011 relativa a los derechos de los pacientes en psiquiatría. JORF, 2011, 6 jul; 0153: 11194-11199.
35. Duque, H., Aristizábal Diaz-Granados, E. T., & Suárez Colorado, Y. (2021). Análisis fenomenológico interpretativo de la experiencia de hospitalización en personas con diagnóstico de esquizofrenia. *Duazary*, *18*(4), 383–395. <https://doi.org/10.21676/2389783X.4383>