

## EN TORNO AL PACIENTE

# Internamiento no voluntario del paciente psiquiátrico: normas legales y aspectos críticos



M. Ibáñez Bernáldez\* y M. Casado Blanco

*Medicina Legal, Facultad de Medicina, Universidad de Extremadura, Badajoz, España*

Recibido el 30 de julio de 2016; aceptado el 17 de mayo de 2017

Disponible en Internet el 19 de junio de 2017

### PALABRAS CLAVE

Aspectos legales;  
Dilemas éticos;  
Internamiento  
psiquiátrico;  
Salud mental

**Resumen** Clásicamente la asistencia sanitaria que han recibido los pacientes con enfermedad mental implicaba su ruptura con la sociedad, mediante su aislamiento en instituciones cerradas, configurando así una tendencia estigmatizadora sobre el enfermo, y por extensión sobre la enfermedad mental, hecho que en cierta manera ha llegado hasta nuestros días.

Importantes han sido en el ámbito de la Psiquiatría las profundas reformas, que se vieron reflejadas tanto en el campo terapéutico, como en el legislativo, lo que ha contribuido a fijar un cambio en referencia a la imagen social del enfermo mental.

El propósito del presente artículo tiene como objetivo revisar, desde la visión crítica, el marco legislativo vigente referente a la situación del internamiento involuntario psiquiátrico como medida terapéutica del paciente mental, ya que la práctica médico-legal nos indica la carencia de habilidades legales y ético-deontológicas que se plantean en el ámbito de la Atención Primaria.

© 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

### KEYWORDS

Ethical dilemmas;  
Mental health, Legal  
aspects;  
Psychiatric  
commitment

### Involuntary commitment of the psychiatric patient: legal regulations and critical aspects

**Abstract** Traditionally, medical care received by psychiatric patients involved their separation from the society through their isolation in closed institutions, thereby setting a stigmatising trend on the sick, and by extension on mental illness, a practice that somehow has remained until now.

The profound changes in the field of psychiatry have been important and are reflected in the therapeutic field, as well as in the legislative one, and have contributed to establish changes concerning the social opinion about psychiatric patients.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [maria.ibanez@justicia.es](mailto:maria.ibanez@justicia.es) (M. Ibáñez Bernáldez).

The purpose of this article is to review, from the critical perspective, the current legislative framework concerning the situation of involuntary psychiatric commitment as a therapeutic measure in the psychiatric patient, as well as the legal medical practice which indicates the lack of legal skills and ethical and professional conduct arising in the field of primary care.

© 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

### Panorama actual del paciente psiquiátrico en nuestra sociedad

Históricamente, tanto la enfermedad mental como el enfermo mental han sido considerados como un tema de difícil manejo, y a la vez han sido motivo de rechazo social y de estigmatización.

Erving Goffman<sup>1</sup> usó el término «*estigma*» como un «*atributo profundamente desacreditador*», lo cual implica el carácter negativo, así como efectos desfavorables para la persona portadora de tal etiqueta.

Esta situación ha ido modificándose de forma paulatina y básicamente debida a diversas cuestiones. En primer lugar por la transformación conceptual de la propia enfermedad mental así como un cambio en su abordaje terapéutico. Y además por la desaparición de los ancestrales hospitales psiquiátricos o manicomios y la creación de Centros o Unidades de Salud Mental, integrados dentro del sistema sanitario, donde el paciente puede recibir tratamiento ambulatorio psicoterápico, farmacológico y social, y la configuración de equipos multidisciplinares (médicos, enfermeros, psicólogos, asistentes sociales...). Pero junto a ello, todo esto no hubiera sido posible sin un marco legal de reconocimiento de una serie de derechos a los enfermos mentales.

De esta manera, todos estos cambios suscitados en los últimos años, han pretendido la inserción social del paciente mental y la abolición de su clásica reclusión. Se pretende que el paciente alcance la mayor responsabilidad y seguridad en sí mismo, potenciando una mayor autonomía personal, relegando la medida del internamiento hospitalario para casos muy concretos y específicos y un mayor control y protección tanto médico como judicial.

Así, y aunque se trate de un enfermo mental, sigue manteniendo derechos, dignidad personal y autonomía de su voluntad. Pero aun así, es frecuente que la enfermedad mental presente descompensaciones y con ello genere problemas de convivencia familiar y social, que en ocasiones sea compleja y hasta difícil. Ante esto se plantea qué hacer, cómo actuar e incluso dónde trasladar al paciente. Y ahí es donde deben tenerse en cuenta el desarrollo de dispositivos asistenciales específicos y particularmente para las familias con pacientes mentales, que les garantice apoyo y orientación en el abordaje a estos pacientes<sup>2</sup>.

Desde la Psiquiatría, el propio Comité de Ética de la Asociación Mundial de Psiquiatría consideraba, hace ya algunos

años, imperiosa la necesidad de desarrollar unas normas concretas para situaciones específicas en la práctica del manejo del paciente psiquiátrico<sup>3</sup>.

Todo este escenario de dificultades plantea importantes problemas legales y abundantes dilemas ético-deontológicos.

### Cuestiones legales referidas al internamiento involuntario del paciente mental en España

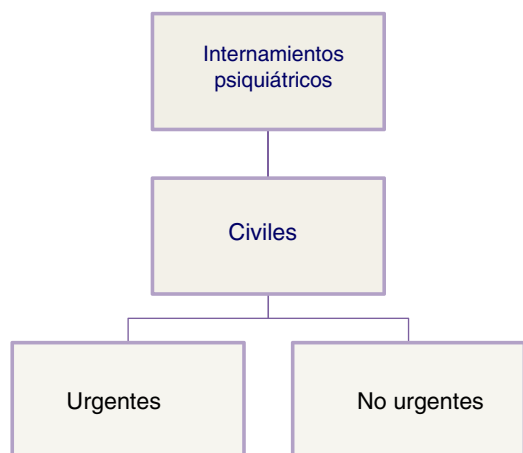
Antes de analizar las normas legales, tres cuestiones sobrevelan el internamiento psiquiátrico:

1. Que el ingreso psiquiátrico es una cuestión esencialmente clínica o médica y por tanto en las decisiones debe prevalecer el criterio clínico.
2. Que el internamiento psiquiátrico se regula por normas legales muy precisas, que es necesario conocer.
3. Que es obligado el utilizar criterios éticos y deontológicos tanto generales como particulares.

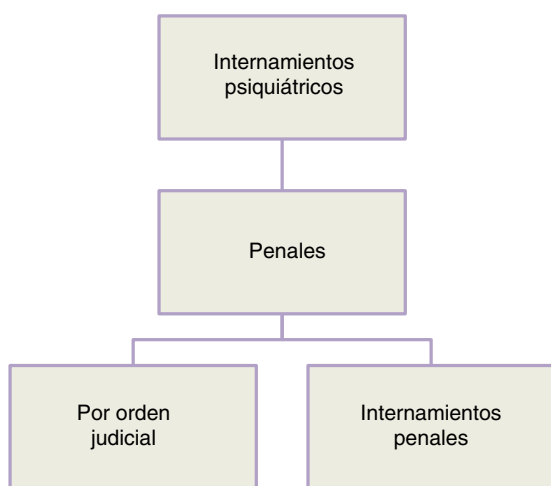
Establecidas estas premisas, el internamiento psiquiátrico involuntario es un acto médico-sanitario, que en ocasiones se mueve en el terreno del razonamiento ético, y que no busca la certeza sino el juicio prudencial, a diferencia del razonamiento científico. Además, desde el ámbito legal y al verse afectado un derecho fundamental, como es la libertad personal, es obligado someterlo a la garantía judicial, la cual se limita exclusivamente a «*autorizar*» o a «*aprobar*» la medida<sup>4</sup>.

El Convenio relativo a los derechos humanos y la bio-medicina del año 1979<sup>5</sup>, es el punto de partida de nuestra exposición legal, ya que este compendió las situaciones en las que un enfermo mental puede recibir tratamiento sin recabar su previo consentimiento.

Por su parte, la Jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, en relación con el internamiento de pacientes mentales estableció los criterios esenciales, que fueron suscritos por España, estableciendo que el internamiento psiquiátrico involuntario es una medida terapéutica de carácter excepcional, que no puede prolongarse si no persiste la alteración mental que la ocasionó, siendo preciso y necesario el control judicial en el mismo, así como que el paciente tenga la posibilidad de ser oído personalmente o, en su caso, mediante alguna forma de representación; que sea informado de las condiciones del internamiento y que la decisión judicial se adopte en breve plazo. Las



**Figura 1** El internamiento psiquiátrico civil. La autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida (art. 763 L.E.C.).



**Figura 2** El internamiento psiquiátrico penal.

restricciones a la libertad personal del paciente deben limitarse a las que sean necesarias por la situación psicopatológica y el encuadre terapéutico.

Toda esta Jurisprudencia dimana de importantes sentencias judiciales derivadas de significativos casos; entre otros, caso Winterwep<sup>6,7</sup>; caso x contra el Reino Unido<sup>8,9</sup>; caso Luberti<sup>10,11</sup>; caso Ashingdane<sup>12</sup>; caso Weeks<sup>13,14</sup> y caso Van Der Leer<sup>15</sup>.

Particularmente, en España el internamiento psiquiátrico es un tema que compete a la esfera privada y por tanto su regulación es civil (Código Civil y Ley de Enjuiciamiento Civil) (fig. 1). La vigente Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil (LEC)<sup>16</sup>, en su artículo 763, es la norma básica que contempla las garantías legales de los internamientos involuntarios por razón de trastorno psíquico<sup>17,18</sup>.

Este coexiste con el internamiento psiquiátrico de ámbito penal (fig. 2), que no es objeto del presente trabajo, el cual queda sujeto a una resolución judicial y definida para aquellos pacientes mentales a los que se les exima de responsabilidad penal por causa psíquica, o bien se trate de una situación de enfermedad mental sobrevenida, o porque

el presunto delincuente sea sometido a observación, tal y como establece el Código Penal.

Las disposiciones reguladoras de los internamientos psiquiátricos del paciente mental en España vienen recogidas a modo de esquema en la figura 3.

## Dilemas éticos ante el internamiento psiquiátrico involuntario

Entramos en el terreno de los significados, del porqué y el para qué. Nos adentramos en el campo de la filosofía, la cual reflexiona sobre los principios y el sentido de las cosas y, más específicamente, de la conducta humana, donde los matices son muy importantes. De esta manera y a pesar de la específica regulación legal de los internamientos psiquiátricos involuntarios, lo cierto es que cuando estas situaciones tienen lugar, al médico se le plantean diversos dilemas éticos, que en cierta manera son similares a los que se plantean en cualquier otro tipo de acto médico<sup>19</sup>, pueden resultar más complejos en estos casos, pero que siempre deberán estar basados en la prudencia y en el respeto.

La evidencia científica y las normas legales se muestran insuficientes, por sí solas, para alcanzar la auténtica calidad asistencial que el paciente necesita<sup>20</sup>.

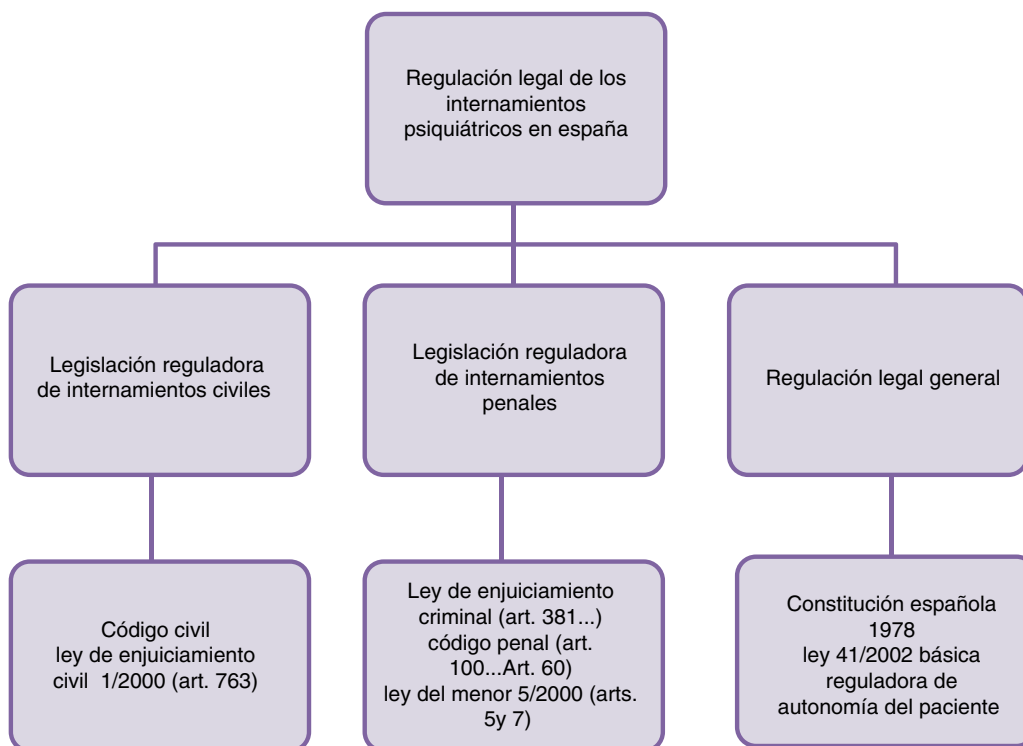
Por ello, la reflexión ética tiene una enorme trascendencia práctica pues acaba planteando una cuestión de prioridades, que a veces pueden ser sutiles o difíciles de matizar.

En este tema, los elementos que se ven afectados son tanto la «autonomía de la persona» como la determinación de la «capacidad de obrar», sin olvidar el deber de «secreto médico» y consecuentemente el derecho de «confidencialidad» del paciente, los cuales son elementos claves.

Otras cuestiones de gran calado ético, son las que hacen referencia al proceso de la «información» tanto asistencial como terapéutica que debe recibir el paciente psiquiátrico, el «derecho a la libre elección y decisión» entre las opciones que le sean planteadas, sobre todo teniendo en cuenta que la capacidad de decisión y por ello el consentimiento del paciente pudiera estar limitado, tal y como refleja tanto el Código de Deontología Médica<sup>21</sup> (art. 13) como la Ley 41/2002<sup>22</sup> (artículos 4 y 5), arbitrándose para estos casos que la toma de decisiones sean adoptadas por familiares o allegados<sup>23</sup>.

También es elemental el determinar el tipo de ingreso o internamiento psiquiátrico, es decir si debe ser con carácter urgente o no urgente, el cual dependerá básicamente del criterio clínico o diagnóstico. Si se trata de un internamiento urgente, este generalmente se inicia fuera del dispositivo asistencial, aunque una vez inserto en el ámbito clínico requerirá la correspondiente autorización judicial, necesaria para compensar las garantías jurídicas de un paciente que puede rechazar la medida y no prestar su consentimiento. Es preciso tener presente que en nuestra legislación la finalidad del internamiento ha de ser exclusivamente sanitaria y terapéutica, ni preventiva ni punitiva, y finaliza cuando su necesidad desaparece<sup>24</sup>.

Partiendo del presupuesto legal de que la libertad de la persona inherente a la condición humana es uno de los derechos fundamentales que establece nuestra Constitución, en



**Figura 3** Principales disposiciones normativas reguladoras del internamiento involuntario del paciente mental en España.

su artículo 17.1<sup>25</sup>, el actual modelo, ético y legal, autonomista de relación médico-paciente se fundamenta en el respeto a la capacidad de decisión, la cual queda representada por la exigencia del «*consentimiento informado*» que es obligado obtener previamente a cualquier tipo de asistencia.

De acuerdo a este principio ético-deontológico, nadie puede ser ingresado en ningún lugar, en contra de su voluntad, ni aún para el bien de su propia salud física o psíquica, siempre que cuente con los elementos necesarios para ejercer correctamente este derecho de toma de decisiones sanitarias, siendo precisamente el ingreso psiquiátrico en un centro cerrado una de las medidas asistenciales que suscita intenso debate tanto en el campo de la Medicina como del Derecho, cuando se efectúa sin el permiso del paciente<sup>26</sup>. El internamiento psiquiátrico nunca puede ser considerado como una medida represora, para que, lejos de privar al paciente de su libertad, pueda este recuperar su autonomía personal y su libertad; es por ello que prevalecen los tres principios fundamentales de la ética médica: la beneficencia, la no-maleficencia y la autonomía personal.

Por ello, cuando un paciente rechaza el ingreso, los médicos del centro psiquiátrico están obligados a notificar el hecho a la autoridad judicial competente (Juez de Primera Instancia), el cual, garantiza los derechos del paciente, mediante su correspondiente reconocimiento y tras recabar informe médico, para posteriormente acordar o no el ingreso.

Técnicamente suele ser el médico forense quien emita el preceptivo dictamen médico-legal. Pero en ocasiones puede ser otro médico, y diferente al médico forense, como ocurriría con el médico de Atención Primaria del centro de salud correspondiente<sup>17</sup>.

Lo básico en estas situaciones, aparte del diagnóstico clínico, será el determinar la «*capacidad de obrar*» que posee el paciente durante dicha valoración médico-legal, lo cual, no olvidemos, va a condicionar la resolución que acuerde posteriormente la autoridad judicial. Ahora bien hay ocasiones en que un paciente, con suficiente capacidad y conciencia, puede plantear su negativa al ingreso, lo cual implicará una valoración específica en referencia al criterio de riesgo que pudiera existir para el propio paciente y para los demás. Es aconsejable que en caso de dudas, el médico mantenga al paciente en observación médica hasta nueva valoración.

Otra cuestión interesante y que ya se ha hecho referencia anteriormente, es considerar la medida de internamiento del paciente como medida alternativa cuando no exista otra, es decir, el internamiento hay que considerarlo como método o mecanismo beneficioso para el propio paciente, siempre con el objetivo de poder compensar el cuadro psíquico<sup>27</sup>.

Se trata por tanto de un proceso donde juegan un papel fundamental tanto derechos como responsabilidades muy sutiles, por ello resulta primordial que exista claridad en el procedimiento que los médicos no siempre encuentran, por eso se han desarrollado protocolos de actuación reglados que intentan objetivar la toma de decisiones ante un paciente con indicación de ingreso psiquiátrico.

## Discusión

El tema del internamiento involuntario es complejo desde diferentes campos. Los cambios en la atención psiquiátrica, que marcó la Ley General de Sanidad<sup>28</sup>, ensalzaban la

clásica conceptualización del paciente mental y constituyeron un elemento fundamental para que estas personas pudieran compararse en referencia a los derechos fundamentales al igual que cualquier otro tipo de paciente.

Para garantizar este objetivo, es fundamental la protección jurídica, pero no exclusivamente a la hora de acordar la medida del internamiento, sino también efectuando controles del tratamiento psiquiátrico periódicos, mientras dure el mismo, sobre todo cuando se trate de terapias complejas. Por ello resulta obligada la remisión al juez, por parte del centro psiquiátrico de informes médicos de seguimiento del paciente e incluso en caso de alguna duda del desplazamiento de la autoridad judicial al propio hospital. Otra cuestión fundamental es que todo centro psiquiátrico debe incluir dentro de la historia clínica del paciente, las correspondientes resoluciones judiciales que contengan las medidas acordadas sobre el paciente.

Pasado ya tanto el proceso de desinstitucionalización y las críticas que suscitaba el clásico manicomio-asilo, actualmente la asistencia se fundamenta en el modelo biopsicosocial y comunitario el cual promueve la articulación de redes asistenciales y de reinserción, arraigadas en el entorno social del paciente<sup>29</sup>. En esta línea se pronuncia la Asociación Española de Neuropsiquiatría, cuyo Comité de Ética y Legislación se opone a una posible Ley específica de internamiento psiquiátrico, que a buen seguro descompensaría el delicado equilibrio entre derecho y salud, como contra los intentos conservadores de implantar el tratamiento ambulatorio involuntario<sup>30,31</sup>.

El Comité de Expertos de la Convención de la ONU sobre Derechos de las Personas con Discapacidad ha ido más lejos aún al recomendar a España que «*adopte medidas para que los servicios médicos, incluyendo todos los servicios relacionados con la salud mental, se basen en el consentimiento otorgado con conocimiento de causa por el interesado*»<sup>32</sup>.

Igualmente, desde un punto de vista jurídico-constitucional, está siendo cuestionado el procedimiento previsto para los internamientos no voluntarios. A este respecto diversas sentencias del Tribunal Constitucional, han constatado el carácter inconstitucional de la peculiar situación de la regulación de la privación de libertad de los pacientes mentales. Al fin, hubo una autoridad –en este caso judicial– que reparó en que se venía padeciendo un déficit de rango normativo sobre esta materia y cuestionó, en base a ello, la constitucionalidad de dicha regulación. Ya la Doctrina lo había destacado años antes, pero ni el poder legislativo ni el ejecutivo consideraron relevante tal situación legal ni las críticas doctrinales publicadas. Esto es lo que el Tribunal Constitucional ha declarado, aunque calificando esta situación de «*inconstitucionalidad diferida*», para no declarar la nulidad de la norma<sup>13,33,34</sup>. Asimismo, a la vista de la doctrina contenida en la Sentencia del Tribunal Constitucional 141/2012, dictada en resolución de un recurso de amparo al respecto, nuevamente el régimen constitucional de los internamientos involuntarios y urgentes por trastorno mental se entiende como un supuesto de limitación de derechos fundamentales<sup>35,36</sup>. Se trata en definitiva, de no diferenciar un proceso patológico de tipo médico o quirúrgico al proceso psiquiátrico, equiparando las necesidades clínicas, y donde debe primar la libertad del paciente, reservando la medida de internamiento para supuestos concretos y

específicos. Salud y libertad van de la mano pero, las cosas no son tan sencillas, recordando que hay más intereses en juego (seguridad, perjuicio de tercero, alarma social...) que van a entrar en conflicto<sup>37</sup>.

Recalcamos por todo ello, que para conseguir los objetivos que hemos planteado en el desarrollo del presente artículo, se hace requisito imprescindible la cooperación directa entre el campo médico y el judicial, así como con las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado, garantizando de ese modo una atención eficaz de los pacientes así como la optimización de los recursos asistenciales en el tratamiento de aquellos que precisan de una medida de internamiento.

De este modo no pretendemos en este artículo más que una aproximación al análisis de la situación actual del internamiento involuntario hospitalario del paciente psiquiátrico como medida terapéutica, sin aspirar a conclusiones categóricas, si bien hacerlo desde un punto de vista crítico y objetivo, ya que si bien son notorias y manifiestas las reformas que en los últimos tiempos ha experimentado la asistencia sanitaria al paciente mental, a día de hoy todavía estamos obligados a rediseñar estrategias coherentes y nuevas reflexiones para lo que es necesario reforzar las medidas legislativas que garanticen la sostenibilidad de las mismas y una actitud diferente por parte del mundo sanitario. De este modo se hace preciso el elaborar protocolos<sup>38</sup>, que reflejen una mejor funcionalidad del sistema y eliminar situaciones conflictivas<sup>39</sup>.

Igualmente es útil el alcanzar consensos que permitan resoluciones ante los conflictos éticos, como el empleo de mecanismos de sustitución de la voluntad del paciente frente a la aplicación del tratamiento o hasta qué punto la autoridad judicial y el otorgamiento de la autorización para el internamiento, justifica este como única opción terapéutica con prioridad respecto al principio de autonomía de un paciente mental.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez AM, Aparicio A. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental una estrategia compleja basada en la información disponible. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsi.* 2008;28:43–83.
2. Fernández MA. Ética y salud mental. *Cuad Bioét.* 1999;10:632–43.
3. Declaración de Madrid sobre los requisitos éticos de la práctica de la Psiquiatría. Aprobada por la Asamblea General de Madrid, España, del 25 de agosto de 1996 y revisada por la Asamblea General de Yokohama, Japón. 2002, 26 agosto.
4. Blázquez R, Galarraga ME, Galtés JI. Internamiento psiquiátrico involuntario: criterios clínicos y cuestiones médico-forenses. *Anal. Psi.* 2003;19:15–21.
5. Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), Oviedo el 4 de abril de 1997, ratificado el 1 de septiembre de 1999 (BOE 251, 1999, 20 de octubre).
6. Caso Winterwerp S. 24 de octubre de 1.979 (B.J.C. 1.982).
7. Valdés AR, Souto MLC. El internamiento involuntario por razón de trastorno psíquico. [consultado 20 Jun 2016]. Disponible en:



- [http://www.092cr.net/vecinos/internamiento\\_involuntario.Pdf](http://www.092cr.net/vecinos/internamiento_involuntario.Pdf).
8. Caso X contra Reino Unido, S de 5 de noviembre de 1.981 (B.J.C. 1.983).
  9. Almeida S. Jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos en relaciones de familia. 2012.
  10. Caso Luberti, S. 23 de febrero de 1.984 (B.J.C. 1.985).
  11. Pol LM. El internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico: la evolución de la regulación en el ordenamiento español. *Revicade. Publicación de las Facultades de Derecho y Ciencias Económicas y Empresariales.* 2012;87: 137-67.
  12. Caso Ashingdane, S. 28 de mayo de 1.985 (B.J.C. de 1.986).
  13. Sanz MFM. La inacabada reforma psiquiátrica española: cuestiones sobre internamientos psiquiátricos no voluntarios y la ausencia de control judicial en los ingresos geriátricos. *Comunitania: Revista internacional de trabajo social y ciencias sociales.* 2011;1:69-87.
  14. Caso Nielsen, S 28 de noviembre de 1.988 (B.J.C. de 1.990).
  15. Caso Van der Leer, S. 21 de febrero de 1.990.
  16. Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. BOE 7. 2000, 8 de enero.
  17. Blázquez R. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). En: *Los internamientos involuntarios desde la perspectiva civil. Primer Congreso La salud mental es cosa de todos. El reto de la atención comunitaria de la persona con trastorno mental grave desde los servicios sociales.* Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2005. p. 243-8.
  18. Patrocinio JA. El internamiento de los presuntos incapaces. Aspectos procesales y sustantivos. [consultado 21 Jun 2016]. Disponible en: <http://www.futuex.com/index.php?id=2040>.
  19. Casado M. Valoración médico-legal de la documentación sanitaria. Badajoz: Autoedición; 2015.
  20. Altisent R, Gállego A, Delgado MT. Los Códigos de deontología profesional. *AMF.* 2014;10:651-8.
  21. Código de Deontología Médica. Organización Médica Colegial de España. 2011 Julio.
  22. 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 n.º 274-2002.
  23. García C, Cózar V, Almenara J. La autonomía del paciente y los derechos en materia de información y documentación clínica en el contexto de la Ley 41/2002. *Rev Esp Salud Públ.* 2004;78:469-79.
  24. Barrios LF. El ingreso psiquiátrico involuntario de carácter urgente: una revisión, tras la STC 141/2012, de 2 de julio. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2012;32.
  25. De España G. Constitución española de 1978. 2008.
  26. Hidalgo A, González J, Díaz JF, de Santiago A. Internamiento psiquiátrico involuntario urgente y consentimiento informado. En: Jiménez Basallote S, editor. *En Formación Práctica en Bioética. El Médico: Semergen;* 2007. p. 50-3.
  27. Casado M, Hurtado P, Jiménez A. Los internamientos psiquiátricos en atención primaria: aspectos médico legales. *SEMERGEN-Medicina de Familia.* 2000;26:346-8.
  28. Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril. BOE 102: 15207-15224.
  29. Ramos S. Una propuesta de actualización del modelo biopsicosocial para ser aplicado a la esquizofrenia. *Rev. Asoc. Esp. Neurops.* 2015;127:511-26.
  30. Salas AR, Álvarez OG, Fernández MED, Monsalve MH, Rubio JL, Urbaneja FS. Propuesta de regulación de los ingresos involuntarios. A propósito de la declaración de inconstitucionalidad del Artículo 763-1 de la Ley de Enjuiciamiento Civil en virtud de Sentencia del Tribunal Constitucional No 132/2010 de 2 de diciembre. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2012;32:429-34.
  31. Cañete-Nicolás C. Situación en España del tratamiento ambulatorio (TAI) para enfermos mentales graves. *Act. Esp. Psiq.* 2012;40:27-33.
  32. Martín NG. Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado.* 2007;120:951-61.
  33. López JJM. Los locos y su libertad: el artículo 211 del Código Civil: (Sobre la STC 129/1999, de 1 de). *Derecho privado y Constitución.* 1999;13:183-234.
  34. Jiménez PN. Internamientos forzosos: derechos humanos y protección de la salud mental El equilibrio necesario en beneficio del paciente. *Percurso Académico.* 2013;3:185-215.
  35. Barrilao JF. Régimen constitucional del internamiento involuntario y urgente por trastorno mental Constitutional framework on involuntary and urgent confinement due to mental disorder. *Rev Derecho Político.* 2013;87.
  36. Berenguer C. Los internamientos no voluntarios por razón de trastorno psíquico: especial consideración al procedimiento a seguir en los casos de urgencia médica. 2014.
  37. Santos F. El ingreso psiquiátrico: Problemas que plantea el ingreso involuntario Estudios del Ministerio Fiscal III. Ministerio de Justicia. 1995.
  38. Martínez O. El ingreso involuntario ordinario (no urgente). *Goze.* 1999;3:11-7.
  39. Ferreirós CE. El internamiento involuntario como incidencia del juzgado de guardia: protocolos de actuación. Curso de capacitación *urgencias en medicina forense.* Protocolos básicos de actuación del médico forense en funciones de guardia. 28-30 de mayo 2008. Consellería de Justicia y Menor y Escuela Valenciana de Estudios de la Salud. Alicante; 2008.