

## ARTÍCULO ESPECIAL

# Internamientos psiquiátricos. Aspectos medicolegales

Clara Vega Vega\*, Rafael María Bañón González y Antonio Fajardo Augustín

*Instituto de Medicina Legal de Alicante, Alicante, España*

Recibido el 8 de enero de 2009; aceptado el 22 de julio de 2009  
Disponible en Internet el 17 de octubre de 2009

### PALABRAS CLAVE

Internamiento psiquiátrico;  
Internamiento involuntario;  
Aspectos medicolegales internamiento

### KEYWORDS

Psychiatric commitment;  
Compulsory psychiatric admission;  
Medicolegal aspects

### Resumen

El internamiento de un enfermo mental en un centro psiquiátrico es un tema complejo por los problemas materiales que genera su tramitación en la práctica diaria, sobre todo en lo que se refiere al transporte y la coordinación con las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado. Se ha realizado una revisión sobre el tema y se abordan, en el marco de la legislación vigente, los aspectos medicolegales de mayor interés que se le plantean al profesional sanitario en el ejercicio de la medicina.

Sobre la base de la actual legislación y teniendo en cuenta el consentimiento del paciente, se consideran 2 tipos de internamientos psiquiátricos: a) voluntarios o consentidos, y b) involuntarios, no consentidos o compulsivos. La Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil, en su art. 763, contempla las garantías legales de los internamientos involuntarios.

© 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

### Psychiatric commitments. Medicolegal aspects

### Abstract

Compulsory hospitalization of mentally ill patients in a psychiatric center is a controversial issue due to the problems affecting their management, mainly coordination between health services and the police forces. This subject has been reviewed with major focus on Spanish Law, and also the medicolegal aspects the health professionals have to cope with. We can distinguish two types of psychiatric admissions considering the consent of the patient: a) voluntary or b) compulsory hospitalization. The Spanish Law “Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil”, explains the procedure on the involuntary admission of mentally ill patients.

© 2009 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cvegave@coma.es (C. Vega Vega).

## Introducción y normativa

El internamiento psiquiátrico involuntario de un enfermo mental se considera una medida terapéutica excepcional, que se realiza por indicación médica en beneficio del paciente. Implica una pérdida de libertad personal, motivo por el que requiere un control judicial<sup>1-4</sup>. En la práctica plantea ciertas dificultades para llevarlo a cabo.

La protección de los derechos recogidos en la Constitución Española (art. 17, art. 43, art. 24, art. 53.2, art. 17.4) y en los tratados internacionales suscritos por España hizo necesaria la reforma del Código Civil (CC) de 1931 por la Ley 13/1983 de 24 de octubre. En su artículo 211 se establecía, por primera vez, la obligación de un control judicial de los internamientos de los enfermos mentales, que hasta entonces había sido esencialmente administrativo, y evitar así la posibilidad de abusos.

La entrada en vigor en 1996 de la Ley de Protección Jurídica del menor<sup>5</sup> modificó este artículo. Y más tarde, la vigente Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil (LEC)<sup>6</sup>, que en su art. 763 contempla las garantías legales de los internamientos involuntarios<sup>2,7,8</sup>, lo derogó.

Art. 763. Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico. 1 el internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a patria potestad o tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento. La autorización será previa a dicho internamiento salvo que razones de urgencia hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida. En este caso, el responsable del centro en que se hubiere producido el internamiento deberá dar cuenta de éste al tribunal competente lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de 24h, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación de dicha medida, que deberá efectuarse en el plazo máximo de 72h desde que el internamiento llegue a conocimiento del tribunal...”.

Los principios generales de la política sanitaria en materia de salud mental se regulan en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, art. 20, donde se establece la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general, y la “total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales”. Las administraciones sanitarias competentes adecuarán su actuación a los siguientes principios: a) reducción al mínimo posible de la necesidad de hospitalización mediante la atención de los problemas de salud mental de la población en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio; b) la hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales, y c) atención integral de los problemas del enfermo mental mediante la coordinación con los servicios sociales.

Posteriormente, el convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina, Convenio de Oviedo<sup>9</sup>, Capítulo II, art. 7 “Protección de las personas que sufren trastornos

mentales”, especifica las situaciones en que un enfermo mental puede recibir tratamiento sin su consentimiento: “La persona que sufra un trastorno mental grave sólo podrá ser sometida, sin su consentimiento, a una intervención que tenga por objeto tratar dicho trastorno, cuando la ausencia de este tratamiento conlleve el riesgo de ser gravemente perjudicial para la salud y a reserva de las condiciones de protección previstas por la ley, que comprendan los procedimientos de supervisión y control, así como los de recurso”.

Se aborda, desde un punto de vista práctico, la problemática que plantea este tipo de internamientos.

## Tipos de internamiento psiquiátrico

Sobre la base de la actual legislación y teniendo en cuenta el consentimiento del paciente se consideran 2 tipos de internamientos psiquiátricos: a) *voluntarios o consentidos*, y b) *involuntarios*, no consentidos o compulsivos. Los internamientos involuntarios deben considerarse una medida excepcional, cuando el sujeto no puede prestar un consentimiento válido debido a su enfermedad. En los internamientos involuntarios hay que distinguir, a su vez, los internamientos penales y los internamientos civiles.

## Internamiento voluntario o consentido

Es el internamiento no judicial, que se establece por contrato directo entre el paciente y la institución médica, y que ambas partes pueden rescindir sin más<sup>10</sup>. Es el que tiene lugar con el libre consentimiento del paciente, mentalmente competente, que pide que se le admita en un hospital psiquiátrico o bien acepta y da su consentimiento a una propuesta de internamiento que le hace un psiquiatra.

El consentimiento al internamiento será verbal por regla general. “Se prestará por escrito en los casos de utilizar procedimientos terapéuticos invasores” (art. 8.2 Ley 41/2002)<sup>11</sup>. Se recomienda la utilización de protocolos de consentimiento informado, así como para los tratamientos especialmente incisivos (farmacológicos, tratamiento electroconvulsivo, psicocirugía), la contención mecánica o restricciones cuando sean necesarias (dinero, salidas, teléfono, visitas), y debe quedar constancia documental como garantía de sus derechos<sup>12,13</sup>.

Es muy importante que el médico que realice un internamiento de este tipo tenga claro que el sujeto, a pesar de su enfermedad mental, está capacitado cognoscitiva y volitivamente para asumir la decisión del internamiento, puesto que si no es así o existe engaño, presión familiar, etc., tal consentimiento no es válido y el médico puede incurrir en el delito contra la libertad, recogido en el art. 163 del Código Penal (CP): “El particular que encerrare o detuviere a otro, privándole de su libertad será castigado con la pena de prisión de cuatro a seis años”, puesto que es una privación de libertad.

Corresponderían a este supuesto la mayoría de los internamientos de tipo psiquiátrico que se realizan. En ellos, la sola manifestación de voluntad del enfermo que solicita el ingreso o hace constar su conformidad con éste equipara la situación a cualquier otra actuación terapéutica,

y hace innecesaria la autorización judicial y la presenta vigilancia<sup>14</sup>.

Si durante el internamiento voluntario el paciente tiene un empeoramiento que afecta la validez del consentimiento y solicita el alta voluntaria, el médico que lo atiende debe, si considera que la falta de tratamiento conlleva el riesgo de ser gravemente perjudicial para su salud, transformarlo en involuntario, comunicarlo al juez y seguir los pasos que posteriormente indicaremos para el internamiento involuntario en el orden civil<sup>10,15</sup>.

## Internamiento involuntario, no consentido o compulsivo

Serían los casos en los que el paciente no tiene capacidad para otorgar un consentimiento válido y se lleva a cabo por decisión de otras personas distintas al enfermo mental. Está basado en criterios terapéuticos y está justificado cuando la desestabilización condiciona una situación de peligrosidad evidente para el paciente o para los demás<sup>2,4,16</sup>.

Podemos, a su vez, subdividir esta modalidad en urgente y ordinario.

### Internamiento civil urgente

Es el facultativo quien decide, en primera instancia, proceder al ingreso, con la obligación de comunicarlo en el plazo de 24 h al juez competente, quien deberá ratificar o dejar sin efecto la decisión en las 72 h siguientes (art. 763.1 LEC). Son los más frecuentes.

### Internamiento civil ordinario

Se caracteriza porque es la autoridad judicial quien autoriza el ingreso con carácter previo a éste, sin perjuicio de que posteriormente esta decisión venga confirmada por el criterio de un facultativo especialista mediante indicaciones terapéuticas reflejadas en informes médicos<sup>7,17</sup>.

## Internamiento involuntario. Consideraciones prácticas

### Pacientes a los que se puede internar

Podrán ser internadas las personas que tengan una enfermedad o deficiencia de carácter psíquico “que afecte la capacidad de decidirlo por sí mismo” (art. 763.1 LEC).

Este precepto será aplicable tanto a los mayores de 16 años (mayoría de edad a efectos de autonomía como pacientes) como a menores e incapaces, sin que respecto de los menores baste el consentimiento de los padres, ni respecto de los incapaces baste el consentimiento del tutor<sup>1,3</sup>, y requerirá autorización o posterior ratificación judicial (art. 763 LEC). En el internamiento ordinario de los menores de edad, éstos han de ingresar “en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor” (art. 763.2 LEC). En el internamiento ordinario de los incapacitados, el tutor necesita autorización judicial “para internar al tutelado en

un establecimiento de salud mental o de educación o formación especial” (art. 271.1 CC).

Existe una serie de situaciones que la mayoría de los autores<sup>18-20</sup> reconoce como susceptibles de indicar un internamiento psiquiátrico involuntario, cuando existe un riesgo para la integridad del enfermo o para la de quienes le rodean: riesgo de autoagresividad, riesgo de heteroagresividad, pérdida o grave disminución de la autonomía personal con incapacidad para cuidar de sí mismo.

### Personas autorizadas para solicitar el internamiento

Nada dice la ley al respecto; por analogía se acude al art. 757 LEC, que se refiere a la legitimación en los procesos de incapacitación y de declaración de prodigalidad; pueden promover este internamiento el cónyuge o quien se encuentre en una situación de hecho asimilable, los descendientes, los ascendientes o los hermanos y el Ministerio Fiscal<sup>2,3,13,14</sup>. En el internamiento urgente, ante situaciones de necesidad de atención urgente, cualquier persona puede comunicarlo a los servicios de urgencias llamando al número de teléfono 112.

### Competencia para decidir el internamiento

En cuanto *al internamiento involuntario urgente*, quien lo decide en primera instancia es el facultativo (art. 763.1 LEC), que tiene la “obligación” tras el correspondiente juicio clínico de adoptar la medida<sup>2</sup>.

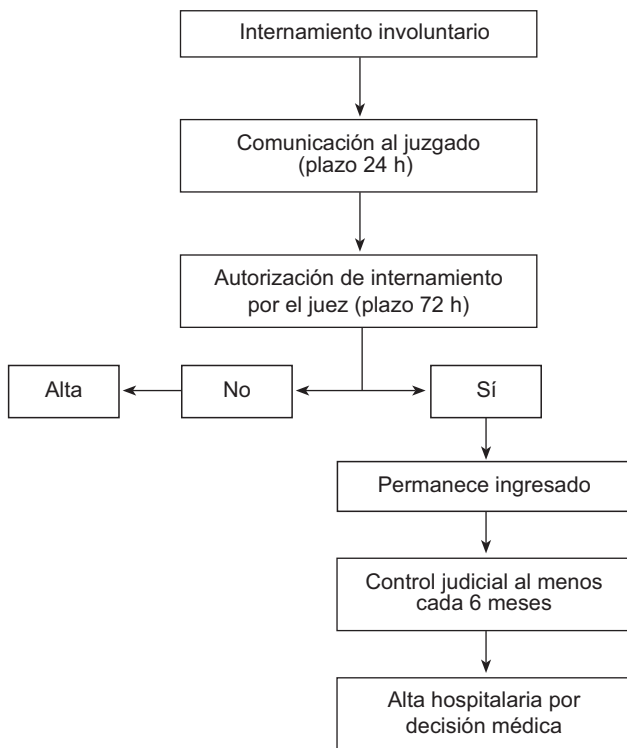
En relación con el *internamiento involuntario ordinario*, quien lo autoriza previamente es el juez del lugar donde reside el enfermo (art. 763.1 LEC). Puede darse el caso de que posteriormente el especialista del centro rechace el internamiento al no considerarlo indicado<sup>2,7,21</sup>.

En el *internamiento involuntario urgente*, el responsable del centro o el facultativo que adopta la medida debe comunicarlo rápidamente, “lo antes posible”, al juez y, desde luego, en el plazo máximo de 24 h (art. 763.1 LEC). Posteriormente, el tribunal, una vez que tenga conocimiento de la noticia y, en todo caso, en el plazo máximo de 72 h, ratificará o no esta medida (art. 763.1 LEC).

### Control periódico/vigilancia del internamiento

Es necesario llevar a cabo un control posterior del internamiento. El juez puede revisar en cualquier tiempo, siempre que lo crea pertinente, la situación del internado, y solicitar informes médicos, pero está obligado a hacerlo en todo caso cada 6 meses. No es necesario volver a realizar el examen directo de la persona internada que antes exigía el art. 211 CC.

En la resolución judicial se fijará la periodicidad de los informes y la obligación de los facultativos de emitirlos directamente, respetando esta periodicidad, sin esperar, por tanto, a que se los pida el juez<sup>3</sup>. Art. 763.4 LEC: “En la misma resolución que acuerde el internamiento se expresará la obligación de los facultativos que atiendan a la persona internada de informar periódicamente al tribunal sobre la necesidad de mantener la medida, sin perjuicio de los demás informes que el tribunal pueda requerir cuando lo crea pertinente”.



**Figura 1** Control periódico/vigilancia del internamiento involuntario por enfermedad psíquica.

Los informes periódicos se emitirán cada 6 meses, a no ser que el tribunal, atendida la naturaleza del trastorno que motivó el internamiento, señale un plazo inferior. Recibidos los referidos informes, el tribunal, previa la práctica, en su caso, de las actuaciones que estime imprescindibles, acordará lo procedente sobre la continuación o no del internamiento (art. 763.4). No obstante, en la práctica, el tiempo de hospitalización suele ser breve, 3-4 semanas<sup>19</sup>.

Como ocurre con cualquier otro tipo de enfermedad, no será necesaria la autorización judicial para dar de alta al paciente<sup>3</sup>, ya que la decisión del alta corresponde al médico psiquiatra encargado del tratamiento del paciente<sup>13</sup>. “Cuando los facultativos que atiendan a la persona internada consideren que no es necesario mantener el internamiento, darán el alta al enfermo y lo comunicarán inmediatamente al tribunal competente” (art. 763.4 LEC) (fig. 1).

### Procedimiento y garantías legales

Como requisitos comunes a los internamientos involuntarios se establece la necesidad de que el juez, antes de adoptar o convalidar la decisión del internamiento que ya se ha efectuado, examine personalmente a la persona afectada por la medida, solicite un informe del Ministerio Fiscal y oiga el dictamen de un facultativo por él designado (art. 763.3 LEC).

### Examen de la persona

El juez deberá realizar el examen personalmente. “El tribunal deberá examinar por sí mismo a la persona de cuyo

internamiento se trate” (art. 763.3 LEC). Este examen de la persona, que no es equiparable al interrogatorio o la confesión, sino a la inspección ocular o el reconocimiento<sup>14</sup>, viene justificado tanto para poder constatar el estado del paciente como para poder descartar cualquier tipo de confabulación<sup>1,4</sup>.

El examen de la persona puede realizarse en el domicilio del paciente, en el hospital donde éste se encuentre o incluso en el juzgado, y no está sometido a ninguna formalidad; se recoge lo actuado en un acta<sup>2</sup>.

El tribunal reclamará, asimismo, la comparecencia de cuantas personas considere, normalmente los familiares, allegados, vecinos, etc., o las que el enfermo solicite. Y siempre oirá al Ministerio Fiscal, quien emitirá informe preceptivo, aunque no vinculante, sobre la necesidad o no del internamiento o de su ratificación, lo que resulta conforme a la obligación de éste de velar por la legalidad, por los derechos de los ciudadanos y por el interés público tutelado por la Ley (art. 124 de la Constitución Española)<sup>2</sup>.

Se contempla la posibilidad de que el enfermo nombre abogado para su defensa y procurador para su representación, de la misma manera que en el procedimiento de incapacitación<sup>2,4,7</sup>. “En todas las actuaciones, la persona afectada por la medida de internamiento podrá disponer de representación y defensa en los términos señalados en el art. 758 de la presente ley” (art. 763.3 LEC). No obstante, esta situación no suele darse en la práctica.

La resolución judicial que se adopte sobre el internamiento será motivada, debe notificarse siempre al interesado y puede recurrirse en apelación ante la Audiencia Provincial (art. 763.3 LEC)<sup>2,3,7,14</sup>.

### Dictamen facultativo

Un trámite fundamental, asimismo, lo constituye el dictamen de un facultativo designado por el juez: “el tribunal deberá... oír el dictamen de un facultativo por él designado” (art. 763.3 LEC). En la práctica suele ser el médico forense, pero también puede ser otro facultativo diferente, sin que sea necesario un médico especialista en psiquiatría; bastaría, por ejemplo, el médico de atención primaria de la localidad o del centro de salud correspondiente<sup>1,2,7</sup>. En el internamiento urgente es recomendable que el facultativo designado sea distinto del facultativo que indique el ingreso<sup>7,14</sup>.

En todo caso, el tribunal que, según el citado precepto, “puede practicar cualquier otra prueba que estime relevante para el caso” (art. 763.3 LEC) está facultado para recabar cuantos informes y documentos médicos estime convenientes, como el historial clínico del enfermo, el testimonio de diversos facultativos que hayan reconocido en alguna ocasión al enfermo, etc<sup>2</sup>. El dictamen no es vinculante puesto que el garante último de los derechos del paciente debe ser en cualquier caso el juez.

### Criterios clínicos o causas de internamiento involuntario

En cuanto a los criterios clínicos de internamiento involuntario, no existen unos criterios claramente fijados para proceder al internamiento psiquiátrico de una persona<sup>13</sup> por

cuanto dependen no sólo del cuadro psicopatológico de cada paciente, sino también de la situación sociofamiliar y del contexto en que se produzca el trastorno, y ello exige, invariablemente, la evaluación de ese conjunto de factores en cada caso<sup>1,15</sup>.

Respecto a las entidades nosológicas susceptibles de englobarse terapéuticamente en el internamiento en centros psiquiátricos, parece fuera de toda duda la aceptación incondicional del mundo de las psicosis, especialmente las esquizofrenias y las psicosis afectivas en sus fases de descompensación, de los síndromes psicoorgánicos graves, de los cuadros tóxicos con manifestaciones psiquiátricas graves, entre otras<sup>10</sup>.

En España, como en la mayoría de los países, los criterios para el internamiento involuntario son en la práctica bastante amplios: delirios o alteraciones sensorio-perceptivas, alteraciones de conducta por incumplimiento terapéutico, ideación o intentos suicidas, incapacidad para cuidar de sí mismos por ausencia de conciencia de enfermedad, heteroagresividad en pacientes con psicopatología de base<sup>1,10,16</sup>, anorexia nerviosa<sup>16</sup>, etc. En un trabajo realizado en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario San

Carlos de Madrid en pacientes ingresados de forma involuntaria, el motivo de ingreso más frecuente fueron las alteraciones de conducta en su entorno familiar, donde el agravamiento de la psicopatología (esquizofrenia, trastorno delirante, trastorno de personalidad) precipitaba el internamiento en la mayoría de las ocasiones<sup>19</sup>.

Tradicionalmente se vienen citando los siguientes criterios para tener en cuenta en los ingresos involuntarios:

- *Que exista una indicación médica:* síntomas psiquiátricos<sup>12</sup> o que exista un diagnóstico psiquiátrico de trastorno mental grave descompensado<sup>2,10,15,16,19</sup> que requiere tratamiento inmediato hospitalario<sup>1</sup>.
- *Que la situación psicopatológica impida al paciente la toma de decisión por sí mismo* (su estado le hace imposible el ejercicio del derecho a estar informado, así como aceptar o rechazar las medidas médicas que se le proponen)<sup>12,16,19</sup>; es decir, alteración de la capacidad para consentir el ingreso<sup>7,10,19</sup>.
- *Que el ingreso se efectúe en beneficio del paciente o para la protección de terceras personas*<sup>1,4,13,15</sup>, como serían riesgo de autoagresividad, riesgo de heteroagresividad,

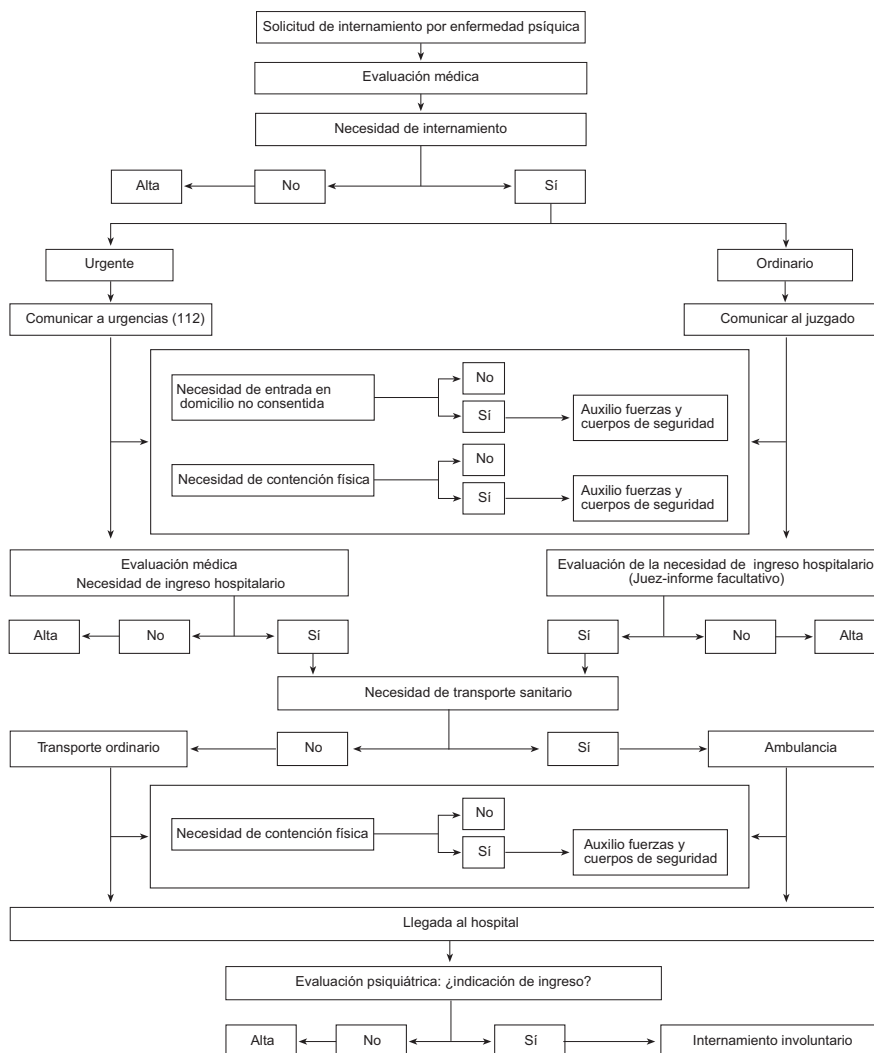


Figura 2 Tramitación de internamiento involuntario por enfermedad psíquica.

pérdida o grave disminución de la autonomía personal, con incapacidad para realizar las tareas de cuidado personal más necesarias<sup>22,23</sup>.

- *La ausencia de este tratamiento conllevaría el riesgo de ser gravemente perjudicial para su salud*<sup>4,9</sup>. Pronóstico inmediato para el paciente negativo si no se efectúa un tratamiento hospitalario<sup>10,15,19,22</sup>.
- *Que exista imposibilidad de tratamiento ambulatorio*<sup>1,4,13</sup> por abandono social<sup>15</sup>, condiciones asistenciales<sup>7</sup>, con peligro para la vida del paciente.

El ingreso involuntario debería ser una medida excepcional, pues “la falta de compromiso personal del paciente con la terapia reduce en grado sumo su efectividad”<sup>7</sup>.

En ocasiones, la urgencia psiquiátrica requiere la intervención policial para entrar en el domicilio sin disponer de autorización judicial o para la reducción y el traslado de enfermos mentales. Las fuerzas de seguridad, en estos casos, actúan prestando su auxilio y protección a las personas en peligro, y cooperan en la resolución de conflictos privados cuando se las requiere para ello. Así aparece recogido en la Ley Orgánica 2/1986, de 13 de marzo, de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado (arts. 11.1 b y 54.1.i) y regulado de modo concreto en la Ley Orgánica 1/1992, de 21 de febrero, de Seguridad Ciudadana (art. 21.3). Si se negaren injustificadamente a hacerlo, señalando que carecen de autorización judicial, que la persona no ha cometido ningún delito o cualquier otra objeción carente de respaldo legal, podrán incurrir en un delito de “denegación de auxilio” (art. 412.3 CP) o de “omisión del deber de socorro” (art. 195 CP), si bien lo razonable y deseable sería que los servicios sanitarios estuvieran dotados de medios propios<sup>23</sup>, ya que el internamiento es un acto sanitario y la policía actúa sólo en funciones de auxilio.

Al respecto, pueden sentarse las siguientes normas: siempre que sea posible, el traslado deberá llevarse a cabo con los medios propios de que dispongan los familiares o las personas de confianza del paciente. Si no fuera posible, en principio corresponderá gestionar el traslado a las autoridades sanitarias, haciendo uso de su dispositivo asistencial, como si de cualquier otra enfermedad médica se tratase<sup>3,13,23</sup>, y el traslado debe realizarse en vehículos sanitarios específicos para enfermos mentales<sup>12</sup>.

No obstante, en casos de grave riesgo, ya sea para el paciente o los que lo rodean, se solicitará la colaboración de las fuerzas y cuerpos de seguridad y se procederá a reducir al paciente para que, posteriormente, el facultativo, si lo considera necesario, disponga la contención física o mecánica (mediante dispositivos de sujeción homologados) o la contención farmacológica oportuna. En cualquier caso, es defendible distribuir la carga del traslado entre policía y centros hospitalarios: el personal sanitario especializado se encarga prioritariamente del traslado, salvo en caso de peligro cierto para las personas<sup>13,23</sup> (fig. 2).

La elaboración de protocolos, como los de las ciudades de Bilbao<sup>17</sup>, Albacete y Alicante, favorece una mejor funcionalidad del sistema y elimina situaciones conflictivas<sup>24</sup>.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Barrios Flores LF. Uso de medios coercitivos en psiquiatría: retrospectiva y propuesta de regulación. *Derecho y Salud*. 2003;11:141–63.
2. Patrocinio Polo JA. El internamiento de los presuntos incapaces. Aspectos procesales y sustantivos [consultado 18/10/2007]. Disponible en: <http://www.futuex.com/index.php?id=2040>
3. Espejel Jorquera C. El internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico. Comentarios al art. 763 L.E.C. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*. 2004;4:47–62.
4. García García L. Enfermedad mental e internamientos psiquiátricos. In: *La respuesta judicial ante la enfermedad mental*. Madrid: Consejo General del Poder Judicial; 2006. p. 69–103.
5. Ley Orgánica 1/1996 de 15 de enero, de Protección Judicial del Menor. BOE n.º 15, de 17 de enero de 1996.
6. Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. BOE n.º 7, de 8 de enero de 2000.
7. Blázquez Martín R, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). 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.
8. Ferreirós Marcos CE. Salud mental y derechos humanos: la cuestión del tratamiento ambulatorio involuntario. Madrid: Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad-CERMI; 2007.
9. 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), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997, ratificado el 1 de septiembre de 1999 (B.O.E. n.º 251, de 20 de octubre, 1999). Corrección de errores (B.O.E. n.º 270, de 11 de noviembre, 1999).
10. Cabrera Forneiro J. El internamiento psiquiátrico. *Monografías de psiquiatría. Psiquiatría y Ley penal*. 1991;3:28–36.
11. 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, de 15 de noviembre de 2002.
12. Desviat Muñoz M. El internamiento psiquiátrico en España. *Psiquiatría pública en la red* [consultado 18/10/2007]. Disponible en: <http://www.dinarte.es/salud-mental/>
13. Defensor del Pueblo. Informes, estudios y documentos. Estudio y recomendaciones del defensor del pueblo sobre la situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España. Madrid: Mácula, S.L.; 1991.
14. Gómez Papi JM. El internamiento del enfermo mental. *Jornadas sobre psiquiatría forense*. Centro de Estudios Judiciales. Colección cursos Madrid. Ministerio de Justicia, centro de publicaciones. 1990;3:265–75.
15. Gracia González S. Internamiento psiquiátrico e internamiento forzoso. *Centro de Salud*. 2000;8:636–9.
16. Olavarrieta Bernardino S, Gómez-Jarabo García G, Esbec Rodríguez E. Valoración de la capacidad de obrar: el control de los impulsos. *Investigación en Salud*. 2004;6:35–42.
17. Martínez Azumendi O. El ingreso involuntario ordinario (no urgente). *Goze*. 1999;3:11–7.
18. Brooks RA. Psychiatrists' opinions about involuntary civil commitment: results of national survey. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2007;35:219–28.
19. Andrés MJ, Donaire L, Juárez C, Hernández M, De Miguel A, Guisado JA. Internamientos no voluntarios en el hospital general. *Psiquiatría.com* [revista electrónica]. 2002;6:1 [Consultado 18/10/2007]. Disponible en: <http://www.psiquiatría.com/psiquiatría/revista/79>

20. González Fernández J. Actuación del Médico Forense. Jornadas sobre Protección Jurídica en la Incapacidad 26–27 mayo 2005. Fundación Tutelar de la Rioja. Logroño, 2005.
21. San José-Sanz L, Sol-Ordiz T. Aspectos médico-legales del internamiento psiquiátrico y la incapacidad civil. *Med Clin (Barc)*. 2006; 126:549–53.
22. Ortega-Monasterio L, Talón Navarro MT. Valoración médico-forense de los criterios clínicos del internamiento forzoso. *Rev Esp Med Legal*. 1986;48–49:103–5.
23. Barrios Flores LF. Urgencias psiquiátricas: marco jurídico de actuación policial. *Newsletter (Sociedad Española de Psiquiatría Legal)*. 2003;5:1–17.
24. Ferreirós Marcos 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.