

# El ingreso psiquiátrico involuntario de carácter urgente: una revisión, tras la STC 141/2012, de 2 de julio.

Urgent psychiatric involuntary internment: a review, after CCJ 141/2012, of July 2.

Luis Fernando Barrios Flores <sup>a</sup>.

<sup>a</sup>Área de Derecho Administrativo de la Universidad de Alicante.

Correspondencia: Luis Fernando Barrios Flores (luisfbarrios@ua.es)

---

RESUMEN: El internamiento psiquiátrico involuntario en España ha sido regulado con importantes carencias a través de la historia. Actualmente incluso existen importantes déficits sobre esta materia y existen también prácticas inadecuadas. Este artículo aborda estas cuestiones y, especialmente, analiza la reciente Sentencia del Tribunal Constitucional 141/2012, de 2 de julio, acerca del internamiento psiquiátrico involuntario por vía de urgencia. Esta Sentencia trata sobre las garantías de esta modalidad de ingreso, especialmente sobre plazos de la resolución judicial, motivación de la misma y derechos procesales del paciente. Sobre esta materia la sentencia es pionera.

PALABRAS CLAVE: Internamiento psiquiátrico involuntario. Ingreso psiquiátrico urgente. Derechos del paciente mental.

ABSTRACT: The Psychiatric involuntary internment has been regulated with significant gaps through history in Spain. Currently there are significant deficits in this area and there are inappropriate practices also. This article discusses these issues and, especially, it analyzes the recent Constitutional Court Judgment 141/2012, July 2, about the urgent psychiatric admission. This Judgment tries about the guarantees of this admission modality, especially on deadlines of the judicial resolution, motivation of this resolution and the patient's procedural rights. On this matter the judgment is pioneer.

KEY WORDS: Psychiatric involuntary internment. Urgent psychiatric admission. Mental Patient's rights.

## 1.- Introducción.

Nuestro Tribunal Constitucional (TC) aborda, en su STC 141/2012, de 2 de julio, por vez primera de forma sistemática, las garantías que han de concurrir en los ingresos psiquiátricos involuntarios urgentes.

Esta Sentencia pudo no haberse dictado, por el desistimiento del demandante que alegó “pérdida de interés legítimo”. Pero el TC –asumiendo la posición del Ministerio Fiscal– rechazó tal desistimiento, debido a la presencia de un interés público, al ser el primer caso “en el que se enjuicia desde la óptica del derecho fundamental a la libertad personal, un caso de internamiento psiquiátrico urgente, con las peculiaridades que éste presenta en nuestro ordenamiento al acordarse *ab initio* sin control judicial” y, además, porque “el colectivo al que afecta esta medida es con alguna frecuencia el de las personas con discapacidad mental, al cual califica [el Ministerio Fiscal] con razón de ‘especialmente vulnerable’, lo que confiere a esta materia una innegable importancia social”.

Podría haberse añadido un argumento cuantitativo: el ingreso involuntario por vía de urgencia es el más utilizado en la práctica, desde hace ya tiempo (1, 2).

## **2.- Los antecedentes fácticos de la Sentencia.**

El 2 de mayo de 2007 el Director del Hospital Universitario San Cecilio de Granada participó al Juez de 1ª Instancia el ingreso urgente -invocando erróneamente el derogado art. 211 CC- de un paciente diagnosticado de “trastorno bipolar”, al que se pautó medicación narcolítica, expresando la pertinencia de continuar la hospitalización. El Juzgado recibe tal comunicación el 3 de mayo y dicta providencia al día siguiente ordenando la incoación del correspondiente procedimiento y requiriendo la emisión de un dictamen facultativo del médico forense.

El 9 de mayo se procedió al examen judicial del ingresado, sin detallar ninguna conducta anómala del mismo. En el Acta no hay constancia de que se hubiera informado al paciente de su situación legal ni del derecho que le asiste a designar procurador y abogado y a solicitar pruebas. El mismo día se levantó Acta de Peritación Médico Forense, en un impreso con espacios en blanco, y en el que consta: “T. Bipolar. Refiere que lo trabajo la ambulancia del SDS desde Almuñécar el 2-5-07. Tiene T. Bipolar y tto. con litio. Dice que tiene problemas familiares y que le pidió la separación por [palabra ilegible] a su mujer”. Añade en formato estereotipado: “Dado su estado sería conveniente la continuidad del ingreso en el centro”.

El Ministerio Fiscal presenta escrito no oponiéndose al ingreso el 14 de mayo.

El 16 de mayo el Director del Hospital Universitario de San Cecilio participa al Juzgado el alta del paciente, pero aún así el día 21 el Juzgado autoriza el internamiento.

El paciente apeló invocando la vulneración del derecho fundamental a la libertad personal por el incumplimiento por exceso (19 días) del plazo máximo de 72 horas de que disponía el Juzgado para resolver y por la falta de procedimiento contradictorio. La Audiencia Provincial desestimó el recurso el 1 de abril de 2009.

## **3.- Relevancia constitucional del internamiento psiquiátrico involuntario.**

El art. 17.1 CE establece que “toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad... nadie puede ser privado de su libertad, sino con la observancia de lo

## INFORMES

establecido en este artículo y en los casos y en la forma previstos en la ley”. Prácticamente este precepto reproduce el art. 5.1 CEDH.

La CE no alude al internamiento por razones médicas, como suele ser usual en Derecho Comparado, a excepción del caso italiano (art. 32.2 de su Constitución). Pero el art. 5.1 CEDH, considera legítima la privación de libertad “conforme a derecho... de un enajenado”. Además, como recuerda la STC 141/2012, el Comité de Derechos Humanos de la ONU, “fuente interpretativa válida”, considera que el art. 9.1 del Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos de 16 de diciembre de 1966 es “aplicable a todas las formas de privación de libertad... como por ejemplo las enfermedades mentales”<sup>1</sup>. El valor de estos instrumentos internacionales de referencia es resaltado por la STC 141/2012.

El art. 5.1 CEDH remite a la legislación nacional la determinación de los supuestos de privación de libertad y el procedimiento a seguir. En nuestro caso tal regulación se circunscribe al art. 763 LEC, ya que el art. 20.2 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, se limita a establecer el lugar de ingreso (“las unidades psiquiátricas de los hospitales generales”).

Pero nuestro marco normativo sobre la materia adolece de un importante déficit jurídico-formal, la ausencia de regulación por Ley Orgánica de los aspectos sustantivos del internamiento involuntario. Así las SSTC 131/2010, de 2 de diciembre y 132/2010, de 2 de diciembre (3), declararon inconstitucionales determinados párrafos del art. 763 LEC. A la declaración de inconstitucionalidad no se anudó sin embargo la declaración de nulidad, aún requiriendo al legislador solventar tal situación, “sin que a día de hoy este requerimiento haya sido todavía atendido, por lo que procede reiterarlo”, recuerda la STC 141/2012.

#### 4.- El supuesto de hecho del internamiento.

##### 4.1.- Trastorno psíquico.

La finalidad terapéutica del ingreso involuntario requiere la constancia de que nos encontramos ante un sujeto que padece un “trastorno psíquico” (STC 141/2012, FJ 4). Antaño era más común utilizar el término “enfermedad mental”; en la actualidad se ha extendido el empleo del término “trastorno mental” o “trastorno psíquico”. Este último es el término que ha prevalecido, siendo el recogido por nuestra legislación (art. 763.1 LEC 2000 y con anterioridad 211 CC). La STC 141/2012 afirma: “El significado de lo que ha de entenderse por *trastorno psíquico*, transitorio o permanente, en línea con lo dispuesto en instrumentos internacionales, remite a los conocimientos propios de la ciencia médica; sin que en ningún caso puedan

<sup>1</sup> El art. 9.1 establece: “Todo individuo tiene derecho a la libertad y a la seguridad personales. Nadie podrá ser sometido a detención o prisión arbitrarias. Nadie podrá ser privado de su libertad, salvo por las causas fijadas por ley y con arreglo al procedimiento establecido en ésta”.

considerarse como expresión de trastorno o enfermedad mental la discrepancia del afectado con los valores sociales, culturales, políticos o religiosos imperantes en la comunidad”.

Ello es coherente con lo establecido en el Ppio 4.1 PONU’91: “La determinación de que una persona padece una enfermedad mental se formulará con arreglo a normas médicas aceptadas internacionalmente”; de “cánones de la ciencia médica” habla el art. 2 Rec (83) 2. Fijar cuáles son tales “normas” o “cánones” no es labor fácil, aunque en parte la existencia de clasificaciones internacionales sobre la materia (ICD-10 y DSM.IV-TR) facilite la tarea.

La no catalogación como “enfermedad mental” de cualquier discrepancia ideológica o creencias es también lugar común a nivel internacional<sup>2</sup>. Es más, ni “los conflictos familiares o profesionales” ni “el hecho de que un paciente tenga un historial de tratamientos o de hospitalización” son factores suficientes para determinar la existencia de trastorno psíquico (Ppio 4.3 PONU’91).

La evaluación de la pertinencia del ingreso corresponde a “profesionales” con adecuada cualificación y formación [Ppio 16.1 PONU’91 y arts. 11.1 y 2 y 20.2 Rec (2004) 10]. Pero ¿qué profesionales? Ha de distinguirse: a) el profesional externo a la institución hospitalaria que prescribe (o sugiere) el ingreso (Médico de Atención Primaria o Especialista en Psiquiatría, Trabajador Social, Psicólogo, policía,...) b) el responsable del Centro (Director Gerente o quien ostente su representación), el cual está obligado a realizar la preceptiva comunicación al órgano judicial (art. 763.1 LEC); c) el facultativo que materializa dicho ingreso, el cual parece natural que sea un especialista en Psiquiatría (la necesidad de evaluar no sólo el estado psíquico, sino incluso el físico –por ejemplo para descartar la existencia de estados confusionales derivados de un traumatismo–, así lo aconseja y d) el que emite el dictamen facultativo (art. 763.3 LEC).

Como criterios de ingreso cabe citar los siguientes:

a) Entidad clínica del trastorno. Es decir que la “enfermedad mental sea grave” (Ppio 16.1.b) PONU’91). La STC 141/2012, recogiendo la jurisprudencia del TEDH<sup>3</sup>, igualmente afirma que tal trastorno ha de revestir un carácter o amplitud que legitime el internamiento.

b) Carencia de autonomía. El art. 17.1.ii Rec (2004) 10 habla de la persona “cuya capacidad de juicio esté afectada”. No basta un criterio biológico o psiquiátrico puro para aceptar el internamiento, sino que –además de lo anterior– debe valorarse que dicho trastorno origine efectos y consecuencias que justifiquen el internamiento (4). Y es que “el autogobierno tiene, por tanto, un significado fun-

<sup>2</sup> STEDH, 24.10.1979, Winterwerp v. The Netherlands (par. 37); art. 2 Rec (83) 2; Principio 4.1 y 2 PONU’91; 2.4 CDBI’2000; art. 2.2 Rec (2004) 10].

<sup>3</sup> STEDH, 24-10-1979, Winterwerp v. The Netherlands, par. 39. Doctrina que se reitera en pronunciamientos posteriores: SSTEDH, 28.5.1985, Ashingdane v. The United Kingdom, par. 37; 24.10.1997, Johnson v. The United Kingdom, par. 60; 12.6.2003, Herz v. Germany, par. 47; 28.10.2003, Rakevich v. Russia, par. 27; 19.5.2004, R.L. M.J.D. v. France, par. 115.

## INFORMES

damentalmente psíquico” (5); pero es más, “la enfermedad mental afecta no sólo a la salud -psíquica- del paciente, lo cual ya es grave, sino también, lo que es mucho más, a su capacidad de autodecisión” (6).

El art. 763.1 LEC habla del ingreso de quien “no esté en condiciones de decidirlo por sí”. El art. 9 LAP contiene varias referencias a la ausencia de autonomía: 1) En el caso de riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo, *cuando no sea posible conseguir su autorización*, no es preciso que concorra consentimiento alguno –aunque, si las circunstancias lo permiten, ha de consultarse a los familiares o personas vinculadas de hecho al paciente- (art. 9.2.b) LAP); 2) En el caso de los mayores de edad -dejo para mejor ocasión el supuesto de los menores de edad, art. 9.3.c) LAP-, se contempla el mecanismo de consentimiento por representación. El consentimiento sustituto tiene lugar: a) “cuando *el paciente no sea capaz de tomar decisiones*, a criterio del médico responsable de su asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación” (art. 9.3.a) LAP), en cuyo supuesto “si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho” y b) “cuando *el paciente esté incapacitado legalmente*” (art. 9.3.b) LAP), lo que erróneamente pudiera inducir a una presunción de falta de autonomía, que no es compatible con el art. 760.1 LEC que establece que “la sentencia que declare la incapacitación determinará la extensión y los límites de ésta” (art. 760.1 LEC). Habrá que estar pues al contenido de dicha sentencia, pues ésta puede referirse solo al ámbito patrimonial y no a la autodeterminación en el ámbito sanitario.

c) La situación clínica ha de comportar un riesgo para el propio paciente o para terceros. Se habla de “riesgo grave de daño inmediato o inminente para esa persona o para terceros” [Principio 16.1.a) PONU’91] o de “riesgo real de daño grave a su salud o para otro” [art. 17.1.ii Rec (2004) 10]. El art. 7 CDHB solo contempla intervenciones involuntarias en situaciones de riesgo propio y no de terceros.

Italia y España constituyen una excepción en el panorama legislativo europeo en relación a este requisito (7)<sup>4</sup>. En ambos países es la concurrencia de un trastorno mental grave y la necesidad de tratamiento la que legitima el internamiento involuntario. La inexistencia en el ordenamiento jurídico español de una explícita referencia al factor “riesgo” (para sí o para terceros), no impide *de facto* que tras un importante número de ingresos involuntarios subyazca este criterio (8), que de uno u otro modo ha sido recogido por la doctrina bajo diversas formulaciones (9).

Probablemente nuestra legislación no haya incluido este criterio en base a la negativa experiencia que supuso la normativa sobre “peligrosidad social”. Sin

<sup>4</sup> En Austria, Bélgica, Bulgaria, Chipre, República Checa, Alemania, Estonia, Hungría, Lituania, Luxemburgo, Malta y Holanda se requiere para el ingreso voluntario que concorra un grave problema mental y un significativo riesgo para sí o para terceros, no requiriéndose de forma explícita la necesidad de tratamiento; en Dinamarca, Grecia, Finlandia, Francia, Irlanda, Letonia, Polonia, Portugal, Eslovaquia, Eslovenia, Suecia y el Reino Unido se precisan dos criterios de ingreso, el riesgo de daño y la necesidad de tratamiento.

embargo, nuestra legislación sí contempla como causa de tratamiento involuntario el riesgo para terceros, en el caso de los pacientes infecto-contagiosos (art. 2 Ley Orgánica 3/1986, de 14 abril, de medidas especiales en materia de salud pública y art. 9.2.a) LAP).

Apelar a la existencia de un riesgo para terceros para justificar el internamiento, ciertamente puede suponer una discriminación, ya que en el caso de una persona con conductas violentas o agresivas –no delictuales- pero que no padece trastorno psíquico no se aplica una medida privativa de libertad. Es necesario pues un “plus” para justificar el ingreso de pacientes con trastornos psíquicos que constituyen un riesgo para terceros. Ese “plus” es el beneficio del afectado. No cabe el internamiento con el solo fin de apartar a una persona de la sociedad (10) (con meros fines preventivos o de mera custodia o vigilancia (4, 6), es preciso que –además- el internamiento -a través de la intervención terapéutica (11, 12) - redunde en beneficio del afectado (13).

Stone (14) y Roth (15) abogaron en su día por contemplar otro criterio de ingreso: “el riesgo de sufrir un sustancial deterioro físico o mental”. La Asociación Psiquiátrica Americana acogió tal aportación en 1982 (16). Se consideró que tal riesgo existe cuando el sujeto es sustancialmente incapaz para proveerse de sus necesidades básicas, tales como alimentación, vestido, alojamiento, salud o seguridad, debido a un deterioro de la capacidad preexistente para autogobernarse.

La existencia del trastorno ha de documentarse, como toda intervención clínica (art. 2.6 LAP). Por tanto ha de emitirse un “informe médico que acredite el trastorno psíquico justificante del internamiento inmediato”, lo que “se condiciona al hecho de que consten acreditadas en ese momento y tras su reconocimiento, la necesidad y proporcionalidad de la medida” (STC 141/2012, FJ 5.a).

#### **4.2.- Situación de urgencia.**

La urgencia justifica la intervención clínica, aún sin contar con el consentimiento del paciente (art. 8 CDHB y art. 9.2.b) LAP). En la modalidad de internamiento que aquí se analiza ha de concurrir tal situación de urgencia o necesidad inmediata de intervención médica (STC 141/2012, FJ 4). Es la urgencia lo que justifica un régimen de autorización que difiere del ingreso ordinario. En éste la “autorización será previa a dicho internamiento”, pero en el caso de que “razones de urgencia hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida” surge una modalidad de autorización a posteriori que es preceptiva (art. 763.1.II LEC). La urgencia pues produce una exención relativa o reducción de las formalidades (ob-sérvese que se habla de incumplimiento de determinadas formalidades (6) o de las “garantías habituales”<sup>5</sup>), aunque manteniéndose las garantías esenciales (763.1.II LEC) (17, 18).

<sup>5</sup> STEDH, 5.11.1981, Caso X contra Reino Unido), par. 45.

## INFORMES

La percepción de que nos encontramos ante una situación de urgencia puede surgir de personas ajenas al dispositivo sanitario (19), aunque corresponde a los clínicos determinar si el estado de un paciente justifica el ingreso. Ahora bien “la posibilidad de un perjuicio es una condición necesaria pero no suficiente del acto urgente” (20). Concorre urgencia sanitaria si existe riesgo para la seguridad propia o ajena (21), lo que justifica la intervención en beneficio del paciente (22. 23), “a favor de la salud de la persona afectada” (art. 8 CDHB).

#### 4.3.- Necesidad de la medida.

Enfatiza la STC 141/2012 (FJ 4) la relevancia de los requisitos de necesidad y proporcionalidad.

El principio de necesidad alude a la “indicación terapéutica” (no cabe imponer una medida/medio coercitivo si no concurre el supuesto de hecho clínico que la hace necesaria e impostergable en el caso de la urgencia) (24). Para que el acto urgente (ingreso) esté justificado “se requiere que el peligro no pueda ser evitado por otro medio que no suponga una confrontación de intereses (en este caso libertad-protección de la persona)”. Por consiguiente, “el acto urgente ha de ser necesario y no simplemente oportuno”. Y tal necesidad se refiere a las “circunstancias concretas del sujeto” (por ejemplo, a la existencia o no de familiares o allegados que razonablemente puedan hacerse cargo del seguimiento del tratamiento en régimen ambulatorio) (25).

En lo competencial deben quedar descartadas las intromisiones de los profesionales no sanitarios en la instauración de tratamientos/medidas forzosos/as (1)<sup>6</sup>.

En lo objetivo, la finalidad del internamiento ha de ser exclusivamente sanitaria (26), ha de tener un fin terapéutico [art. 17.1 .iii Rec (2004) 10], debiendo acabar cuando desaparezca tal fin [art. 24.1 Rec (2004) 10] (10). Es cierto que en alguna ocasión el TEDH (Winterwerp v. The Netherlands) afirmó que el art. 5.1.e CEDH no cubre el postulado de que el internado involuntariamente tiene un derecho al tratamiento y que en alguna otra ha admitido el internamiento para meros fines de prevención de daños –sin tratamiento-<sup>7</sup>. Sin embargo, en nuestro ordenamiento, los términos que utiliza el art. 763.1 LEC (“internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí”) no remite a meras indicaciones de protección social, sino a una inequívoca correlación entre internamiento y tratamiento (27, 28), constituyéndose así aquel en medida instrumental de éste. Precisamente el carácter terapéutico-asistencial es el que justifica lesionar legalmente el fundamental derecho a la libertad” (29).

Por consiguiente el internamiento sería indispensable: a) cuando el examen del paciente y el diagnóstico del trastorno no puede llevarse a cabo de forma extrahospitalaria y b) cuando el tratamiento no puede suministrarse en un medio ex-

<sup>6</sup> Esto que Cobreros lo afirma en relación a las medidas de la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril de medidas especiales en materia de salud pública debiera ser extensivo a todo tratamiento o medida forzosa, a salvo de las provisionales (por ej. traslado policial a unidad o establecimiento psiquiátrico).

<sup>7</sup> STEDH, 20.2.2003, Caso Hutchison Reid v. The United Kingdom, par. 52.

trahospitalario (por necesidad de una especial vigilancia del tratamiento instaurado) (10).

En lo temporal, la indicación terapéutica tiene lugar en un contexto de urgencia motivado por la presencia de un riesgo próximo propio o ajeno. El Ppio 16.1.a) PONU'91 emplea el término de “daño inmediato o inminente”.

El Decreto de 3 de julio de 1931 (Gaceta, 7 de julio), antecedente del art. 211 CC, contemplaba el ingreso para observación por “orden gubernativa” (art. 16.a). El Ppio. 16.2 PONU'91 y el art. 17.2 Rec (2004) 10 también se refieren al mismo. Los amplios términos que utiliza nuestra legislación, a juicio de algunos autores, harían posible tanto el internamiento para tratamiento como para observación (10). Sin embargo, parece oportuno someter esta modalidad de internamiento a las pertinentes garantías (Principio 5 PONU'1991), siendo deseable su explícita regulación, tal como recientemente ha propuesto un grupo de trabajo de la AEN al referirse al ingreso involuntario “para diagnóstico” (30).

#### **4.4.- Proporcionalidad en la adopción de la medida.**

Este principio tiene las siguientes dimensiones (24):

a.- Congruencia. El tratamiento sanitario ha de ser proporcional y razonable en relación a los medios disponibles, a su eficacia (31) y a la finalidad que se pretende (siempre sanitaria) (1), lo que remite al “estado de salud de la persona” (art. 19.1.ii Rec (2004) 10). Es preciso ponderar la gravedad del riesgo y el valor jurídico del bien (libertad) que se limita (31).

b.- Menor restricción. A ello aluden tanto los arts. 8 y 17.1.iv Rec (2004) 10 como los Ppios 9.1, 15.1 y 16.1.b). La meta es conseguir “la máxima asistencia posible dentro de la mínima limitación de los derechos del enfermo” (32).

En la mayor parte de los países de la Unión Europea aparece recogido este requisito, no así en Bulgaria, Chipre, República Checa, Grecia, Irlanda, Letonia, Eslovaquia y España (7).

c.- Temporalidad. El internamiento involuntario no puede ser indefinido y deberá ser periódicamente reevaluado [Ppio 17 PONU'91 y arts. 24 y 25.1.ii Rec (2004) 10].

#### **4.5.- Beneficio del paciente.**

En la STC 141/2012 no existe referencia alguna a este principio que, por el contrario, sí aparece recogido en algunos instrumentos internacionales: PONU'91 (Ppios 8.1, 9.4, 10.1) y 11.6.c); Rec (2004) 10 (art. 29.4); CDHB (art. 6.1) y CDBI'2000 (ap. 3). Ya se ha apuntado con anterioridad la relevancia de este requisito.



## 5.- La “fase extrajudicial”: garantías del establecimiento sanitario.

Efectuada la solicitud, es imprescindible que los responsables del establecimiento autoricen el ingreso (6, 19).

### 5.1.- Admisión del paciente.

La necesidad de una previa evaluación médica para proceder a un internamiento involuntario aparece reconocida en el art. 20.4 Rec (2004) 10, en el apartado 4.2 CDBI’2000 y en la jurisprudencia del TEDH<sup>8</sup>.

Es precisa la “existencia de un informe médico que acredite el trastorno psíquico justificante del internamiento inmediato: si bien el responsable del centro médico está facultado para tomar *ab initio* la decisión de internar a la persona, es evidente que esto se condiciona al hecho de que consten acreditadas en ese momento y tras su reconocimiento, la necesidad y proporcionalidad de la medida, de la que ha de informarse al interesado hasta dónde le sea comprensible, debiendo quedar plasmado por escrito el juicio médico para su posterior control por la autoridad judicial” (STC 141/2012, FJ 5.a).

### 5.2.- Información al afectado.

La STC 141/2012, FJ 5.b), refiriéndose a la “información al afectado o su representante acerca del internamiento y sus causas” afirma que “resulta evidente que nadie puede ser privado de libertad sin conocer los motivos que lo determinan, como proclama el art. 17.2 CE para la detención”<sup>9</sup>. Se trasladan así al ámbito civil garantías propias del procedimiento penal, ya que el sustrato común a ambos es la privación de libertad. La información ha de proporcionarse “de forma inmediata” (art. 17.3 CE); de ahí precisamente que competa esa obligación al centro asistencial de ingreso.

En síntesis:

- Se informará al paciente de los motivos para la admisión o retención sin demora (16.2 PONU’91) y de la “necesidad y proporcionalidad de la medida... hasta donde le sea comprensible” (STC 141/2012, FJ 5.a).

- Se informará al paciente “de modo regular y apropiado de las razones que han motivado la decisión y de los criterios aplicados para una eventual prolongación o interrupción” [art. 22.2 Rec (2004) 10].

- “Las personas tratadas o internadas por razón de trastornos mentales deben ser informadas individualmente de sus derechos en tanto que pacientes” [art. 6 Rec (2004) 10] y de la forma de ejercerlos [12.1 PONU’91 y art. 6 Rec (2004) 10]. Dicha información se proporcionará “lo más pronto posible después de la admisión

<sup>8</sup> SSTEDH, 24.10.1979, Winterwerp v. The Netherlands, par. 39; 5.10.2000, Varbanov v. Bulgaria, par. 47 ; 19.5.2004, R.L. y M.J.D. v. France, par. 117.

<sup>9</sup> En realidad la sentencia debiera haber citado el art. 17.3 CE que es el que se refiere al derecho de toda persona detenida a ser informada “de forma inmediata, y de modo que le sea comprensible, de sus derechos y de las razones de su detención”.

y en una forma y en un lenguaje que comprenda” (12.1 PONU’91). “Mientras el paciente no esté en condiciones de comprender dicha información, los derechos del paciente se comunicarán a su representante personal, si lo tiene y si procede, y a la persona o las personas que sean más capaces de representar los intereses del paciente y que deseen hacerlo” (12.2 PONU’91).

- Si el paciente tiene la capacidad necesaria podrá designar a un representante personal (12.3 PONU’91). A dicho representante se le informará de los motivos de admisión y retención y de los derechos y recursos [16.2 PONU’91 y art. 22 Rec (2004) 10].

- Salvo que el paciente se oponga a ello, los motivos de admisión y retención se comunicarán a sus familiares (16.2 PONU’91).

### **5.3.- Comunicación a la autoridad judicial.**

En el ingreso urgente “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 veinticuatro horas, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación de dicha medida” (art. 763.1.II LEC).

La STC 141/2012 aborda con cierto detalle y por vez primera las características de esta comunicación. Son varias las cuestiones que conviene abordar.

Este plazo “el legislador actual o futuro no podría elevar[lo] en ningún caso más allá de las 72 horas, al resultar vinculante en este ámbito privativo de libertad la limitación que fija el art. 17.2 CE para las detenciones extrajudiciales, el cual, como tenemos declarado, no opera con carácter exclusivo en el orden penal (SSTC 341/1993, de 18 de noviembre, FJ 6; 179/2000, de 26 de junio, FJ 2; 53/2002, de 27 de febrero, FJ 6)” (STC 141/2012, FJ 5.c”).

Tan breve plazo puede plantear problemas organizativos y funcionales (33), si bien el precepto es taxativo: “en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas” (12, 34, 35). Pero ha de hacerse “lo antes posible” (art. 763.1 LEC). Como afirma la sentencia comentada “se trata, en todo caso, no de un plazo fijo sino máximo, que por ende no tiene que agotarse necesariamente en el supuesto concreto ni cabe agotarlo discrecionalmente”; el cómputo del mismo se inicia “desde el momento en que se produce materialmente el ingreso del afectado en el interior del recinto y contra su voluntad” (STC 141/2012, FJ 5.c).

Dada la pretertoriedad del plazo fijado, parece admisible el uso de los modernos medios de comunicación que la propia ley (art. 162 LEC) prevé para los actos de comunicación judicial (“medios electrónicos, informáticos y similares”). E incluso, nada impide que se haga de forma verbal (12) o telefónica (25), documentándose después (art. 146.1 LEC).

INFORMES

En cuanto al contenido de la comunicación parece plausible que:

- La comunicación no se limite a poner meramente el hecho del internamiento, según ha manifestado el Defensor del Pueblo (36) y la doctrina (1, 9, 32, 37).

- Deberá constar día y hora exacta del ingreso (32).

- Debe participarse las circunstancias que lo rodearon e hicieron pertinente la decisión del internamiento (6, 37).

- Es básico informar del “diagnóstico provisional, razones por las que el hipotético enfermo es aceptado en el centro, tratamiento de urgencia que se le ha suministrado y que se le va a suministrar” (1,9, 37).

- No estaría de más exponer la conveniencia de confirmar la medida y la duración previsible del mismo, en el supuesto de que se pueda predecir a corto o medio plazo (6).

- La comunicación estará motivada, máxime cuando nuestro ordenamiento jurídico no enumera con detalle las causas que pueden justificar un internamiento, ni qué ha de entenderse por supuesto de “urgencia” (9, 37).

Cabría un internamiento de urgencia por plazo inferior a 24 horas. Aunque algún autor habla en tal caso de tratamiento de urgencia (43), lo cierto es que de hecho el internamiento también se ha producido. En aras de evitar cualquier atisbo de arbitrariedad (12), debiera participarse al Juzgado dentro de las 24 horas el ingreso y el alta subsiguiente y ambos de forma motivada.

#### **5.4.- Control judicial de la permanencia en el establecimiento.**

El control judicial es la garantía máxima de la legalidad del ingreso: “desde que tiene lugar la comunicación antedicha ha de considerarse que la persona pasa a efectos legales a disposición del órgano judicial” (STC 141/2012, FJ 5.d), aunque no necesariamente en su sede, ya que “lo normal es que el examen judicial directo del afectado se realice en el propio establecimiento hospitalario”.

### **6.- La “fase judicial”: garantías procesales.**

#### **6.1.- Información al paciente.**

La STC 141/2012 afirma: “El Juez ha de informar al interno o a su representante acerca de su situación material y procesal, lo que implica a su vez el derecho del afectado (o su representante en su nombre) a ser oído personalmente dentro del procedimiento” (FJ 6).

También la autoridad judicial tiene su propio deber de información. Aún tratándose de una privación de libertad civil, es extrapolable la previsión existente en el orden procesal penal (art. 520.2 Ley de Enjuiciamiento Criminal). El paciente tiene derecho a conocer “su situación material y procesal” y los derechos que le asisten. Entre los mismos se encuentra el relativo a nombramiento de abogado y procurador. La STC 141/2012 afirma al respecto: “Además y conforme recoge expresamente el art. 763.3 LEC, el privado de libertad también será informado de su derecho a contar con abogado y procurador en este trámite y de su derecho a la práctica de pruebas”. Pero tal cosa no se hizo, en el caso concreto, lo que es reprochable pues “ese derecho a la información se integra por la jurisprudencia del TEDH como una garantía propia del derecho a la libertad personal y su omisión además de infringir el propio art. 763.3 LEC no es constitucionalmente aceptable” ya que “la persona interna se halla prácticamente indefensa mientras está encerrada” y “la ley y la jurisprudencia de derechos humanos impone que el órgano judicial tome la iniciativa en la información, no presuponer su conocimiento por el afectado... El resultado es una nueva lesión del derecho fundamental del art. 17.1 CE del recurrente” (STC 141/2012, FJ 7).

Este derecho a la información sobre derechos y recursos y sobre las razones del internamiento aparece reflejado en los arts. 5.2 y 4 CEDH, 4.3 Rec (83) 2, Ppios 12 PONU'91 y arts. 6 y 22.1 Rec (2004) 10, entre otros.

### **6.2.- Postulación y defensa.**

En efecto, el ingreso involuntariamente por razón de trastorno psíquico tiene derecho a representación y defensa (Ppio 18.1 PONU'91) y así lo establece el art. 763.3 LEC. El problema es que, como señala el Grupo de “Ética y Legislación” de la AEN, lo cierto es que, “salvo supuestos absolutamente excepcionales, los expedientes de ingreso se tramitan sin que la persona ingresada disponga de representación y defensa” (30).

Aunque no hay alusión alguna al derecho de asistencia de un intérprete, recuérdese que el mismo sí se contempla en el Ppio 18.2 PONU'91. Sería bueno que se reconociera en nuestro ordenamiento en consideración al elevado número de población inmigrante que existe en nuestro país.

### **6.3.- Examen judicial y sistema de audiencias.**

Afirma el art. 763.3 LEC: “el tribunal deberá examinar *por sí mismo* a la persona de cuyo internamiento se trate...”. El Consejo de Europa en el art. 4.3 de su R (83) 2, proclamó el derecho del paciente a ser oído personalmente por el juez, excepto en el caso de que su estado de salud así lo impidiera. Por su parte, el

## INFORMES

Informe del Gabinete Técnico del CGPJ de 23.2.1984 puso de relieve la necesidad de cumplir “escrupulosamente” con este trámite, sin que pudiera servir de excusa la carga de trabajo que ello supone para nuestros tribunales. La jurisprudencia consagra asimismo el valor esencial de este examen<sup>10</sup>. La doctrina es prácticamente unánime en la exigencia de este examen personal (6, 37-39).

En el caso que aquí se comenta el examen tuvo lugar, pero extemporáneamente (la comunicación al Juzgado tuvo lugar el 2 de mayo, y el Acta del examen es de 9 de mayo).

En cuanto al lugar del examen, ya se vio que la STC 141/2012 recomienda que se haga en el propio establecimiento hospitalario.

La LEC establece además un sistema de audiencias: “Antes de conceder la autorización o de ratificar el internamiento que ya se ha efectuado, el tribunal oír a la persona afectada por la decisión, al Ministerio Fiscal y a cualquier otra persona cuya comparecencia estime conveniente o le sea solicitada por el afectado por la medida”.

Me referiré exclusivamente a la audiencia a la persona afectada. Teóricamente al menos el examen personal por el juez y la audiencia a la persona afectada son actuaciones diferentes. Pero en la práctica, se producen simultáneamente. Es más no es inusual en algunos centros que sean coetáneos el examen personal por el juez, la audiencia al interesado y el examen por el médico designado por el Juez. Además de lo cual puede ser también momento para que el Juez ilustre a la persona concernida sobre los motivos del ingreso y le ilustre acerca de sus derechos y de la forma de ejercerlos.

La audiencia al interesado permite tener en consideración su opinión, como reclama el art. 17.1.v Rec (2004) 10.

#### **6.4.- Pruebas.**

El conjunto probatorio o, como denomina la STC 141/2012 (FJ 7), “el material de convicción” de que dispone el Juzgado para resolver acerca de la ratificación o no de un ingreso psiquiátrico involuntario urgente está integrado, en resumidas cuentas, por: a) El informe médico del establecimiento en donde tuvo lugar el ingreso, b) el Acta del examen judicial, en el que se incluirán a su vez las manifestaciones que lleve a cabo la persona ingresada, c) el dictamen que emita el Ministerio Fiscal, d) el dictamen del médico expresamente designado por el Juzgado, e) el testimonio de otras personas que cuya comparecencia estimara conveniente el Juzgado y f) eventualmente otro tipo de pruebas.

Me limitaré aquí a un breve comentario acerca del dictamen facultativo y las pruebas propuestas por el paciente o su defensor.

<sup>10</sup> SSTS 1ª, 20.2.1989, Az. 1214, 2.6.1989 (Az. 4420) y 20.3.1991 (Az. 2266).

El dictamen facultativo es absolutamente preceptivo, como se deduce del tenor del art. 763.3 LEC y resalta la STC 141/2012 (FJ 6): “el juez proveerá a la práctica del reconocimiento pericial por un médico designado por él” (en este caso, el Médico forense).

El art. 763.3 LEC hace mención a la comparecencia de personas que solicite el afectado por la medida y a otras posibles pruebas que este solicite. Sobre esta cuestión el Ppio 18.3 PONU’91 establece: “El paciente y su defensor podrán solicitar y presentar en cualquier audiencia un dictamen independiente sobre su salud mental y cualesquiera otros informes y pruebas orales, escritas y de otra índole que sean pertinentes y admisibles”.

### **6.5.- Plazos.**

La doctrina ya venía insistiendo en la necesidad de que el plazo de resolución se estableciera en 72 horas, el tiempo establecido para la detención preventiva en el art. 17.2 CE(32, 34, 40-44). E incluso tal fue el plazo propugnado también en el Informe del Comité de Estudio al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud sobre la problemática jurídico-asistencial del enfermo mental” (Pleno de 13.7.1988) (45). Sin embargo, también hubo críticas a la fijación de este período, por su equiparación con la detención (46).

La nueva LEC establece que la ratificación de la medida de internamiento urgente “deberá efectuarse en el plazo máximo de setenta y dos horas desde que el internamiento llegue a conocimiento del tribunal” (763.1.II LEC). Por tanto, no desde la fecha del ingreso, ni desde la comunicación formal del establecimiento, sino desde la entrada en el juzgado de dicha comunicación (47).

Sobre esta cuestión, que constituye el fondo del asunto de la STC 141/2012, se afirma en la misma (FJ 6 y 7):

- Este plazo es “sin duda una de las principales garantías de este marco regulador del internamiento urgente”. Por tanto “la superación del plazo de las 72 horas conllevará la vulneración del derecho fundamental del art. 17.1 CE”.
- Es improrrogable, al igual que sucede con otros plazos de detención judicial.
- Vencido el plazo, el paciente ha de ser puesto en libertad, lo cual no obsta para que el Juez autorice posteriormente el internamiento.
- El incumplimiento de la autoridad judicial no puede justificarse trasladando la responsabilidad al centro médico por su obligación de conceder el alta.
- Si se vulnera el plazo de 72 horas para dictar resolución cabe acudir al procedimiento de *habeas corpus* ante el Juez de instrucción competente<sup>11</sup>.

<sup>11</sup> STC 104/1990, de 4 de junio, FJ 3.

### **6.6.- Resolución judicial.**

La resolución judicial que ponga fin a este procedimiento deberá concluir ratificando o no el ingreso involuntario por razón de urgencia (STC 141/2012, FJ 6).

En caso de que el órgano judicial no ratifique la medida se devuelve a la persona concernida el autogobierno que le fue sustraído con motivo del ingreso involuntario urgente. Esto no es obstáculo para que la persona libremente decida la continuación del internamiento, pero bajo la modalidad voluntaria.

El juicio de ratificación, señala la STC 141/2012 (FJ 6), abarca dos aspectos:

- La valoración, a la vista de la actividad probatoria.
- La verificación de la procedencia del ingreso adoptado por el responsable sanitario y ello por dos razones: a) porque el Juez ha de garantizar la tutela judicial efectiva evitando que la fase extrajudicial pueda convertirse en un “limbo sin derechos para el afectado” y b) porque si aparecieran dudas acerca de la no necesidad del internamiento inicialmente adoptado, pero posteriormente “sí parece justificarse a posteriori con el resultado de las pruebas judiciales, deberá dilucidar el tribunal si ello se debe a la implementación -o no- de un tratamiento inadecuado para el paciente, lo que dejando al margen otras consecuencias legales, podría ser justo motivo para no ratificarla”.

Hay quien defiende que otro pronunciamiento posible de la autoridad judicial puede consistir en atender lo decidido por el representante o apoderado (30). Personalmente entiendo que tal pronunciamiento se reconduce a la autorización judicial, aún basándose ésta en la petición del representante. Es decir, el CDHB no ha venido a sustituir, en el caso español, la autorización judicial por la del representante legal. Nuestro sistema legal, al exigir la autorización/ratificación judicial como garantía del derecho a la libertad y seguridad del enfermo proporciona una protección más amplia que la prevista por el CDHB (48).

La resolución judicial ha de estar motivada (art. 120.3 CE). Mas, en el caso aquí comentado, la STC 141/2012 exige una motivación reforzada “teniendo en cuenta su incidencia como medida privativa de libertad personal”<sup>12</sup>. Tal motivación en dicho caso no tuvo lugar, como se describe en el FJ 7.c ya que:

- Ni el informe del Hospital, ni el acta de examen judicial, ni el informe del médico forense permiten llegar a un diagnóstico de anulación de las capacidades cognitivas y volitivas, ni que el estado de salud hiciera necesaria la intervención inmediata.

- Aunque los informes del Hospital y del médico forense recomendaran el internamiento, no existe ninguna argumentación sobre la necesidad y proporcio-

<sup>12</sup> SSTC 251/2005, de 10 de octubre, FJ 4; 120/2008, de 13 de octubre, FFJJ 2 y 3; 191/2009, de 28 de septiembre, FJ 4 y 179/2011, de 21 de noviembre, FFJJ 3 y 5

nalidad de la medida, no explicando tampoco por qué no hubiera bastado con un tratamiento ambulatorio para tratar el trastorno.

Este déficits, en buena parte son debidos al empleo de “textos preimpresos”, “formatos estereotipados”, vicio sobre el que ha alertado el TS (así ATS, 3<sup>a</sup>, 20.12.1990) y el CPT en alguno de los informes<sup>13</sup>.

SIGLAS:

Az.	Aranzadi Jurisprudencia. BOE Boletín Oficial del Estado. CC Código Civil. CDBI'2000 Consejo de Europa. Libro Blanco sobre protección de los derechos humanos y la dignidad del paciente que sufra trastorno mental, especialmente aquellos ingresados como pacientes involuntarios en un establecimiento psiquiátrico, CM (2000) 23, 10 February 2000, Steering Committee on Bioethics (CDBI)
CDHB	Consejo de Europa. Convención para la protección de los derechos humanos y la dignidad de los seres humanos en relación a la aplicación de la biología y la medicina: Convención de Derechos Humanos y Biomedicina. Oviedo, 4 de abril de 1997.
CDPD	Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006.
CE	Constitución Española de 27 de diciembre de 1978.
CEDH	Convenio Europeo para la protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, de 6 de noviembre de 1950.
CPT	Comité para la Prevención de la tortura y de las penas o tratos inhumanos o degradantes.
FJ	Fundamento Jurídico.
LAP	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.
LEC	Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil.
par.	Parágrafo.
PONU'91	Principios para la protección de las personas con enfermedad mental y para la mejora de su asistencia, adoptada por la Asamblea General de las Organización de las Naciones Unidas, Resolución 46/119 de 17 de diciembre de 1991.

<sup>13</sup> CPT/Inf (2010) 31, 28 October 2010, par. 108 y CPT/Inf (2011) 5, 17 February 2011, par. 189.



INFORMES

- Rec (83) 2      Recomendación No. R (83) 2, del Comité de Ministros a los Estados Miembros relativa a la protección legal de las personas aquejadas de trastorno mental ingresadas como pacientes involuntarios (adopta por el Comité de Ministros el 22 de febrero de 1983, en la 356ª reunión de los Delegados Ministeriales).
- Rec (2004) 10    Recomendación Rec (2004)10, del Comité de Ministros del Consejo de Europa a los Estados Miembros relativa a la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastorno mental (adoptada por el Comité de Ministros el 22 de septiembre de 2004, en la 896ª reunión de Delegados Ministeriales).
- STC              Sentencia del Tribunal Constitucional.
- STEDH          Sentencia del Tribunal Europeo de los Derechos Humanos.
- STS              Sentencia del Tribunal Supremo.
- TC                Tribunal Constitucional.
- TS                Tribunal Supremo.

BIBLIOGRAFÍA:

- (1) Cobreros E. Los tratamientos sanitarios obligatorios y el derecho a la salud (Estudio sistemático de los ordenamientos italiano y español). Oñati: HAEE/IVAP, 1988.
- (2) Carrasco JJ. Responsabilidad médica y Psiquiatría. Madrid: Colex, 1990.
- (3) Barrios LF. La regulación del internamiento psiquiátrico involuntario en España: carencias jurídicas históricas y actuales. *Derecho y Salud* 2012;(22)1:31-56.
- (4) Carrasco JJ, Maza JM. Manual de Psiquiatría Legal y Forense. 2ª edic. Madrid: La Ley, 2003.
- (5) Parra MA. Comentario al art. 199. En: Rams J, coord. Comentarios al Código Civil. Barcelona: Bosch, 2000, II-2º.
- (6) Romeo CM. El tratamiento jurídico del enfermo mental en el Consejo de Europa y sistema de garantías en el Derecho Español. En: Delgado S, Dir. *Psiquiatría Legal y Forense*. Madrid: Colex, 1994, II.
- (7) Fra European Union Agency for Fundamental Rights. Involuntary placement and involuntary treatment of persons with mental health problems. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2012.
- (8) Heiman C, López L, Pregel J, Vilar J. Ingreso psiquiátrico muy breve. Características en el Hospital Psiquiátrico de Bétera. *Revista AEN* 1988;8(27):611-621.
- (9) Bercovitz R. La protección jurídica de la persona en relación con su internamiento involuntario en centros sanitarios o asistenciales por razones de salud. *Anuario de Derecho Civil* 1984;37(4):953-974.

- (10) Santos MJ. El supuesto de hecho del internamiento involuntario en el artículo 763 LEC 1/2000. Valencia: Tirant lo Blanc, 2002.
- (11) Ferrer A. Internamientos de urgencia. *Revista Jueces para la Democracia* 1990;1.
- (12) García-Ripoll M. La protección civil del enfermo mental no incapacitado. Barcelona: Bosch, 1992.
- (13) Ramírez R. Internamiento involuntario y tratamiento ambulatorio forzoso. El supuesto de hecho del internamiento involuntario en el artículo 763 LEC 1/2000. X Jornadas Aequitas: Derecho y situaciones de discapacidad, Bilbao 22-24 de febrero de 2006.
- (14) Stone AA. *Mental Health and the Law. A System in Transition*, Superintendent of Documents. Washington (DC): U.S. Government Printing Office, 1975.
- (15) Roth L.H. A commitment law for patients, doctors and lawyers. *American Journal of Psychiatry* 1979;136:1121-1127.
- (16) American Psychiatric Association. Guidelines for legislation on the psychiatric hospitalization of adults. *American journal of Psychiatry* 1983;140:672-679.
- (17) Barrios LF, Barcia D. El marco jurídico de las urgencias psiquiátricas. Madrid: You & Us, 2005.
- (18) Clavero MF. Ensayo de una teoría de la urgencia en el Derecho Administrativo. *Revista de Administración Pública* 1953; 10:.
- (19) Mateo J. El internamiento de los enfermos o deficientes psíquicos. *Actualidad Civil* 1986;25:1761-1772.
- (20) Jestaz Ph. *L'urgence et les principes classiques du droit civil*. Paris: Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence, 1968.
- (21) Informe del Comité de Estudio al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (aprobado por el Pleno del Consejo de 13.7.1988). Boletín de Información del Ministerio de Justicia 1988;1503:97ss.
- (22) Gómez P. *Tratamientos médicos: su responsabilidad penal y civil*. Barcelona: Bosch, 1997.
- (23) Chimeno M. El ingreso forzoso de ancianos en centros especializados. *Sentencias de TSJ y AP y otros Tribunales* 2000;1: 9-15.
- (24) Barrios LF. Uso de medios coercitivos en Psiquiatría: retrospectiva y propuesta de regulación. *Derecho y Salud* 2003;11(2):141-163.
- (25) García-Ripoll M. Algunos problemas planteados por el internamiento de enfermos mentales: art. 211 CC. *Fundación Mariano Ruiz Funes* 1988;7:27-44.
- (26) Cobreros E. Notas acerca de los requisitos jurídicos de un eventual tratamiento sanitario obligatorio (A propósito de los enfermos del sida). *Revista Española de Derecho Administrativo* 1988;57:59-70.
- (27) Chimeno M. El internamiento psiquiátrico de menores. *El Foro* 2000;11.
- (28) Chimeno M. El internamiento psiquiátrico forzoso en Cataluña: análisis del art. 255 del Código de Familia y la ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil. *Revista Jurídica de Cataluña* 2001;100(2):321-343.
- (29) Ribera EA. Algunas cuestiones sobre el internamiento de los enfermos mentales. *Revista Jurídica de Catalunya* 1991;90(1):171-182.
- (30) Roig A, González O, Díez ME, Hernández M, Leal J, Santos F. Propuesta de regulación de los ingresos involuntarios. A propósito de la declaración de inconstitucionalidad del Artículo 763-1 de

INFORMES

la Ley de Enjuiciamiento Civil en virtud de sentencia del Tribunal Constitucional N° 132/2010 de 2 de diciembre. *Revista AEN* 2012;32(114):429-434.

(31) Agirreazcuénaga I. La coacción administrativa directa. Madrid: Instituto Vasco de Administración Pública-Civitas, 1990.

(32) Ramos E. El internamiento de incapaces presuntos. *Revista General de Legislación y Jurisprudencia* 1988;3:479-540.

(33) Sáez J. Algunas consideraciones sobre la regulación de los internamientos psiquiátricos. *Justicia: Revista de Derecho Procesal* 1998;1-2:103-138.

(34) Marín JJ. El internamiento de incapaces. En: en *Recopilación de ponencias y comunicaciones. Planes provinciales y territoriales de formación. Año 1993, Civil, Vol. I.* Madrid: Consejo General del Poder Judicial, 1994.

(35) Aznar M. Internamientos civiles y derechos fundamentales de los usuarios de centros sanitarios, sociales y sociosanitarios. Granada: Comares-Ministerio de Sanidad y Consumo, 2000.

(36) Defensor del Pueblo. Situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España. *Informes, Estudios y Documentos.* Madrid, 1991.

(37) Bercovitz R. Comentario al artículo 211 CC. En: *Comentarios a las reformas de nacionalidad y tutela.* Madrid: Tecnos, 1986:196-210.

(38) Lacaba F. Internamiento de incapaces: problemática del artículo 211 del Código Civil. *La Ley* 1993;4:1012-1017.

(39) Cutillas JM. Consideraciones sobre el internamiento de presuntos incapaces. *La Ley* 1988;1:875-886.

(40) García S. Internamientos psiquiátricos. En: *Jornadas sobre privaciones de libertad y derechos humanos.* Barcelona: Hacer, 1986.

(41) Dolz MJ. El internamiento psiquiátrico civil en España: Aspectos legales. *Justicia: Revista de Derecho Procesal* 1992;2:881-909.

(42) Dolz MJ. Las autorizaciones judiciales de los internamientos psiquiátricos civiles: problemática legislativa. En: *El internamiento del enfermo mental.* Barcelona: PPU, 1994.

(43) Couto RM. Los problemas legales más frecuentes sobre la tutela, asistencia y protección de personas mayores (procedimientos de incapacitación, internamiento, protección de la persona y del patrimonio. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas, 1999.

(44) García L. Marco jurídico de la enfermedad mental. Incapacitación e internamiento. Valencia: Editorial *Revista General del Derecho*, 2000.

(45) Plan sectorial de salud mental y asistencia psiquiátrica. Valladolid: Junta de Castilla y León, 1991.

(46) Duro C. El internamiento de los presuntos incapaces. Introducción. *Cuestiones procesales. En: Salud mental y justicia. Problemática civil y penal. Internamientos en derecho civil y penal. La peligrosidad.* Madrid: Consejo General del Poder Judicial, 1994.

(47) Magro V. La modificación legislativa de las medidas de internamiento no voluntario de personas por razones psíquicas en la nueva Ley de Enjuiciamiento Civil. *La Ley* 2000;4:1457-1463.

(48) García S. El convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina. Los internamientos por trastorno psíquico. *Revista AEN* 2000;20(74):313-318.