

Artículo

## Internamiento involuntario vs. Retención ilegal en pacientes con trastorno mental grave

Juan Lázaro Mateo<sup>1</sup> , Pau Soldevila-Matias<sup>2</sup> , Víctor González-Ayuso<sup>2</sup> 

<sup>1</sup> Asociación para el Bienestar Individual Familiar y Comunitario (ABINFA), Valencia, España, <sup>2</sup> Universidad de Valencia, España

### INFORMACIÓN

Recibido: Julio 20, 2022

Aceptado: Octubre 18, 2022

#### Palabras clave

Retención ilegal  
Enfermedad mental  
Internamiento involuntario  
Psicología jurídica  
Trastorno mental grave

#### Keywords

Illegal retention  
Mental illness  
Involuntary internment  
Legal psychology  
Severe mental disorder

### RESUMEN

Aunque una buena actitud hacia la terapia y el cumplimiento de la misma son claves para el éxito del tratamiento, en ciertas situaciones el uso de medidas coercitivas en personas con trastornos mentales es la única forma de prevenir daños graves al paciente y a otras personas. La decisión de utilizar estas medidas, como el internamiento involuntario, es un desafío para los médicos, ya que tienen que lidiar no solo con la voluntad del paciente y de sus familiares, que se encuentran en una situación emocional desbordada, sino también con el conocimiento de la normativa vigente, especialmente complejas. Para proteger los derechos del paciente en estas situaciones difíciles y del personal clínico es esencial que el mismo conozca los límites de su actuación en el marco del procedimiento legal. Por ello, se necesitan más estudios en la materia, que ofrezcan conclusiones contrastadas con respecto a las diferencias entre el internamiento involuntario y la retención ilegal.

### Involuntary internment vs. Illegal retention in patients with serious mental disorder

#### ABSTRACT

Even though a good attitude towards therapy and adherence are key to an effective treatment, in certain circumstances the use of coercive actions in people with mental disorders is the only way to prevent serious harm to the patient and to others. The choice to use coercive measures, such as involuntary internment, is a challenge for doctors, since not only do they have to deal with the patient and their relatives who are in a highly emotional situation, but there are also complex legal regulations. To defend the rights of patients in these difficult situations, and to avoid legal consequences for clinical staff due to illegal acts, it is essential that staff are familiar with all of the relevant legal rules and procedures. Further studies are warranted to obtain clear conclusions regarding differences between involuntary internment and illegal retention.

El derecho a la libre circulación es uno de los derechos fundamentales de la persona. Así lo reconoce el artículo 13 de la Declaración Universal de Derechos Humanos ([Organización de las Naciones Unidas, 1948](#)), al proclamar que “toda persona tiene derecho a circular libremente y a elegir su residencia en el territorio de un Estado” y que “toda persona tiene derecho a salir de cualquier país, incluso el propio, y a regresar a su país”. El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos ([Organización de las Naciones Unidas, 1966](#)), en el artículo 12.3 recoge que este derecho “no podrá ser objeto de restricciones a no ser que éstas se hallen previstas en la ley, sean necesarias para proteger la seguridad nacional, el orden público, la salud o la moral públicas o los derechos y libertades de terceros, y sean compatibles con los demás derechos reconocidos en el presente Pacto”. Una de estas restricciones se aplica cuando una persona afectada de un trastorno mental grave (TMG) tiene dificultades de autocontrol y presenta conductas de riesgo para sí misma o para otras personas. Es en estos casos cuando un juzgado puede dictaminar un auto de internamiento ([Barrios, 2012](#)).

También es un derecho fundamental en la Constitución española, enmarcado dentro del derecho más amplio a la libertad personal. En 1983 se reformó el Código Civil español, con la Ley 13/1983 de 24 de octubre, que supuso principalmente dos avances. Por un lado, la derogación del Decreto del año 1931, *sobre la asistencia de los enfermos mentales*. Por otro, establece los límites de la incapacitación y tutela ([BOE núm. 256, de 26 de octubre de 1983](#)) ([Fernández y Eugenia, 1998](#)). Esta reforma incluye en su artículo 211 la normativa mínima sobre el internamiento, estableciendo que “El internamiento de un presunto incapaz requerirá la previa autorización judicial, salvo que razones de urgencia hiciesen necesaria la adopción de tal medida, de la que se dará cuenta al Juez y en todo caso dentro del plazo de 24 horas. El Juez, tras examinar a la persona y oír el dictamen de un facultativo por él designado, concederá o denegará la autorización y pondrá los hechos en conocimiento del Ministerio Fiscal, a los efectos previstos en el artículo 203. Sin perjuicio de lo previsto en el artículo 269.4º, el Juez, de oficio, recabará información sobre la necesidad de proseguir el internamiento, cuando lo crea pertinente y, en todo caso, cada seis meses, en forma igual a la prevista en el párrafo anterior, y acordará lo procedente sobre la continuación o no del internamiento”. Esta reforma tiene una importancia trascendental por considerar a la persona con TMG como sujeto con derechos.

Posteriormente la Ley 1/2000 de 7 de enero de enjuiciamiento civil, en su artículo 763 apartado a, titulado Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico ([BOE núm. 7, de 8 de enero de 2000](#)), explica en el apartado 1 que “el internamiento por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí misma, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada por el tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento. La autorización será previa a dicho internamiento, salvo que alguna razón de urgencia hiciera necesaria la inmediata adopción de la medida. En este caso, el responsable del centro en que se hubiese 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, que deberá efectuarse en el plazo máximo de setenta y dos horas desde que el

internamiento llegue a conocimiento del tribunal. En los casos de internamientos urgentes, la competencia para la ratificación de la medida corresponderá al tribunal del lugar en que radique el centro donde se haya producido el internamiento”. Dicho tribunal deberá actuar, en su caso, conforme a lo dispuesto en el apartado 2 del artículo 757 de la presente Ley, se especifica “Respecto a los menores, esta legislación señala que el internamiento se realizará siempre en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor”.

En la práctica se ha procedido a un uso cada vez más extendido de la figura del internamiento involuntario, basada en la consideración de que la intervención judicial que aplica el artículo 763 asegura una garantía adicional en ingresos de carácter prioritariamente asistencial, fomentada por la inexistencia de recursos alternativos y por la ausencia de mecanismos de apoyo que permitan a las personas con TMG tomar sus propias decisiones en relación con su ingreso en instituciones médicas o centros residenciales. Así, como han denunciado diversos operadores, entre ellos el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI), el internamiento involuntario se ha convertido en una medida ordinaria de atención a las personas con discapacidad ([Ferreirós, 2013](#)). Esta circunstancia –debido en parte a la carga de trabajo de los operadores implicados, pero también a una actitud benevolente en relación con su adopción que se justifica en el bienestar del afectado– ha redundado en una actividad judicial en muchos casos mecánica o rutinaria en la que se ha optado por una interpretación lo menos exigente posible de los requisitos recogidos en el artículo 763 ([Cuenca, 2015](#)). El Tribunal Constitucional (TC) en su sentencia 132/2010 de 2 de diciembre ha considerado “formalmente” inconstitucional el artículo 763 –o para ser más precisos su inciso 1– pues, a pesar de implicar una limitación del derecho fundamental a la libertad personal, no ostenta rango de ley orgánica sino de ley ordinaria. En todo caso el TC –apelando a la necesidad de evitar un “vacío normativo”– ha establecido el carácter orgánico de este artículo, desde el 12 agosto 2015, subsanando el motivo de declaración de inconstitucionalidad, conforme al apartado 1 de la disp. adic. 1ª de esta ley, en su redacción dada por art. 2.3 LO 8/2015 de 22 julio ([Barrilao, 2013](#)).

Previamente a autorizar o ratificar el internamiento que ya se ha efectuado, con arreglo a la ley, 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. Además, y sin perjuicio de que pueda practicar cualquier otra prueba que estime relevante para el caso, el tribunal deberá examinar por sí mismo a la persona de cuyo internamiento se trate y oír el dictamen de un facultativo por él designado. En todas las actuaciones, la persona afectada por la medida de internamiento podrá disponer de representación y defensa en los términos señalados en el artículo 758 de la presente Ley. En todo caso, la decisión que el tribunal adopte en relación con el internamiento será susceptible de recurso de apelación ([Barrilao, 2013](#)).

Por otra parte, el artículo 763, apartado 4, establece que “el internamiento 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. Los informes periódicos serán emitidos cada seis meses, a no ser que el tribunal, atendida la naturaleza del trastorno que motivó el internamiento, señale un plazo inferior. Recibidos los respectivos 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. Sin perjuicio de lo dispuesto en los párrafos anteriores, 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”.

En consecuencia, si una persona afectada de TMG no tuviese un auto de internamiento dictaminado por un juzgado, tendría su derecho a la libre circulación intacto. Siendo necesario recordar que las personas, a pesar de su enfermedad mental, poseen la capacidad cognitiva y volitiva de asumir la decisión del internamiento, y de no ser así podría incurrirse en engaño, dejando de tener validez el internamiento y pudiéndose incurrir en un delito contra la libertad, establecido en el artículo 163 del Código Penal (CP) (Veiras y Carrera, 2009). Por lo cual, cualquier particular, profesional, administrador/a de una institución o entidad que dictaminase o mantuviese el internamiento involuntario de una persona con pleno derecho a la libre circulación, podría incurrir, -de realizarse todos los elementos típicos-en un delito de detención ilegal (BOE núm. 281, de 24 de mayo de 1995). Las instituciones dedicadas a la salud mental o la recuperación psicosocial, poseen un reglamento interno para sus usuarios, que incluye normas sobre cuando pueden salir de la institución o cuando no. Estas normativas internas no serían aplicables a personas con el derecho a la libre circulación intacto.

### La detención ilegal

En España, la Ley Orgánica 10/1995 del 23 de noviembre, del Código Penal, en su Título VI, dentro de los “Delitos contra la libertad”, dedica el Capítulo I, “De las detenciones ilegales y secuestros (BOE núm. 281, de 24 de mayo de 1995)”, a la tipificación del delito de detención ilegal, en el artículo 163, considerando como sujeto activo del mismo al “particular que encerrare o detuviere a otro, privándole de su libertad”. La pena establecida para dichas modalidades de conducta es de prisión de cuatro a seis años.

Para que exista este delito no es necesario que la detención se realice por la fuerza o con violencia, siendo admisibles otros medios comisivos, como por ejemplo, la utilización de engaño para privar de libertad a la persona. La detención también es ilegal (art.167) cuando se realiza por un funcionario público cuando dicho “funcionario público o autoridad, mediando o no causa por delito, acordare, practicare o prolongare la privación de libertad de cualquiera y que no reconociese dicha privación de libertad o, de cualquier otro modo, ocultase la situación o paradero de esa persona privándola de sus derechos constitucionales o legales”, siendo igualmente tipificada la conducta del “particular que hubiera llevado a cabo los hechos con la autorización, el apoyo o la aquiescencia del estado o de sus autoridades”.

El responsable de un delito de detención ilegal puede ser condenado a prisión de 4 a 6 años, dependiendo los límites de su condena de las diferentes circunstancias en las que se haya producido la detención (art.163 CP). Si el que comete el delito es

la autoridad o funcionario público, la pena se aplicará en su grado superior y el responsable podrá ser inhabilitado para el ejercicio de su profesión por tiempo de 8 a 12 años (art. 167.3). Por su parte, el particular que, fuera de los casos permitidos por la ley, retenga a una persona para presentarla inmediatamente a la autoridad, será castigado con multa de 3 a 6 meses (art.163.3). El delito de secuestro, que supone la detención ilegal de una persona exigiendo un rescate o el cumplimiento de alguna condición para su liberación, como por ejemplo que un profesional de la salud mental realice alguna exigencia a un paciente interno para concederle el permiso para salir, está penado con prisión de 6 a 10 años (art. 164), pudiendo dicha pena aumentar o disminuir en función de las circunstancias en las que se ha cometido el delito (BOE núm. 281, de 24 de mayo de 1995). En resumen, si sencillamente se prohíbe la salida a un paciente que no tiene un auto judicial de internamiento es un delito de retención ilegal, pero si además se le ponen condiciones para poder liberarlo, se trataría ya de un delito de secuestro, implicando una condena todavía mayor.

Como figuras relacionadas con la detención, que también pueden realizarse en el ámbito de los internamientos involuntarios, podemos citar el artículo 169 del Código penal, cuando castiga al que: “amenazare a otro con causarle a él, a su familia o a otras personas con las que esté íntimamente vinculado un mal que constituya delitos de homicidio, lesiones, aborto, contra la libertad, torturas y contra la integridad moral, la libertad sexual, la intimidad, el honor, el patrimonio y el orden socioeconómico”. Lo que supone, que si a un paciente que no tenga auto de internamiento se le dice, que no se le va a dejar salir de la institución, como forma de coacción o para conseguir cualquier objetivo, se está incurriendo en un delito de amenazas. El delito de amenazas según el citado precepto se sanciona con prisión de 1 a 5 años, si la producción del daño en que consiste la amenaza se condiciona (por ejemplo, exigiendo una cantidad de dinero para evitar el perjuicio o exigiendo que haga algo), o de 2 a 6 años de prisión si no se impone ninguna condición (art 169. 2). Las penas se graduarán en función de las circunstancias que rodeen a la comisión del delito y se agravarán si se realizan por teléfono o cualquier otro medio de comunicación, o cuando se dirijan contra una multitud de personas. Las amenazas con causar a otro un daño que no es constitutivo de delito también están penadas con prisión de 2 meses a 2 años o multa de 12 a 24 meses (art.171.1).

Por otro lado, el Código penal, bajo la rúbrica *de las coacciones*, en el artículo 172, define esta modalidad delictiva como la acción de impedir, con violencia física o psicológica, que una persona haga lo que la ley no le prohíbe hacer. También se incluye el hecho de obligar a una persona a hacer lo que no desea, ya se trate de hacer algo justo o injusto. Si lo que se impide es la libertad de movimiento fuera de los casos de detención legalmente establecidos, el delito cometido será el de detención ilegal. La pena aplicable al delito de coacciones es la de prisión de 6 meses a 3 años, o multa de 6 a 24 meses, dependiendo de la gravedad de la coacción o de los medios que se empleen en la comisión del delito.

### Altas voluntarias en pacientes muy graves

En la práctica asistencial diaria en centros de salud mental se puede dar la posibilidad de que cualquier usuario/a solicite el alta, por diversos motivos, bien por disconformidad con el tratamiento

que se le está suministrando, por motivos religiosos o éticos, por querer someterse a otro tratamiento en otro centro o por cualquier otro motivo. En estos supuestos la pregunta inmediata que surge es cómo hemos de actuar ante estas circunstancias, siendo cuestionable también si tenemos alguna obligación con estos pacientes, especialmente los graves.

En el caso en el que el paciente decida no someterse o continuar con un tratamiento apto para su salud en contra del criterio médico o psicológico, surge la duda de si no se debe permitir que el paciente ponga en peligro su propia salud o si se debe permitir aun cuando sabemos el peligro que la falta de seguimiento o de tratamiento médico conlleva. Estas dudas se agudizan en los casos de pacientes muy graves en los que la ausencia de tratamiento puede tener consecuencias irreversibles. Recordar que una baja adherencia al tratamiento posee repercusiones directas respecto al aumento de las recaídas y peor evolución del proceso de recuperación de la persona con TMG (Lluch, Fornés y Giner, 2010). Y la falta de conciencia de los síntomas, especialmente delirios, anhedonia y sintomatología negativa, junto con la baja adherencia pueden ser factores relacionados con el suicidio, pues actualmente el porcentaje de suicidios entre personas con esquizofrenia se sitúa alrededor del 10% (Sher y Kahn, 2019).

En estos supuestos hay dos derechos fundamentales enfrentados el derecho a la vida e integridad física y el derecho a la libertad y autonomía de la voluntad, ¿A cuál de ellos se debe dar prevalencia? El Código de Deontología Médica establece el respeto al rechazo del paciente a una prueba diagnóstica o a un tratamiento (artículo 12). Por su parte, el Código Deontológico de la Psicología, indica en su artículo 7º que 'El/la Psicólogo/a no realizará por sí mismo, ni contribuirá a prácticas que atenten a la libertad e integridad física y psíquica de las personas. La intervención directa o la cooperación en la tortura y malos tratos, además de delito, constituye la más grave violación de la ética profesional de los/las Psicólogos/as. La Ley reguladora de la autonomía del paciente de 2002 reconoce legalmente al paciente una amplia serie de derechos en los procesos asistenciales entre los que se incluye el derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles, el derecho a negarse a recibir un tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley 41/2002, del 14 de noviembre, relacionada con la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, en cuyo artículo 21 establece el derecho a no aceptar el tratamiento prescrito y a solicitar el alta voluntaria. Se dispone de esta manera que si un paciente se niega a recibir un tratamiento y no se pueden ofrecer tratamientos alternativos -aunque sean paliativos- que se puedan administrar en el centro se debe proponer el alta voluntaria si el paciente no la ha pedido, y se le debe conceder aun cuando sea en contra del criterio técnico (BOE núm. 274, de 15 de noviembre de 2002).

En cuestión de altas voluntarias es fundamental la información trasladada al paciente. Ante una situación en la que el paciente está poniendo en peligro su propia vida o agravando su patología es imprescindible que adopte la decisión de forma consciente, lo que debe implicar que el psicólogo informe de modo completamente comprensible sobre el tratamiento y las alternativas terapéuticas, o en su caso sobre la ausencia de estas alternativas, y sobre las posibles consecuencias psicológicas de no someterse al tratamiento

y del alta voluntaria. Esta información trata de dar la máxima perspectiva al paciente sobre el alcance y las consecuencias de la decisión que va a tomar, ya sea para continuar con el tratamiento, no seguirlo o acometer otra alternativa.

Un elemento a tener en cuenta a la hora de solicitar el alta de manera voluntaria es el estado de toma de conciencia de la persona respecto a la enfermedad. Los estudios revelan una relación directa entre el *insight* y el cumplimiento del tratamiento, es decir, cuanto menor es la conciencia de enfermedad, menor es la adherencia al tratamiento y viceversa, (Bitter et al, 2015); y en consecuencia, la baja conciencia de enfermedad va ligada a falta de adherencia a la medicación antipsicótica (Kim et al, 2020, Soldevila-Matías et al 2021, Lui et al, 2021, Hsieh et al 2022).

Por lo tanto, respecto a la posibilidad de solicitar el alta voluntaria en pacientes graves, las leyes nos hablan del hecho de que si durante el trascurso del internamiento en régimen voluntario la persona padece un empeoramiento, afectará de manera directa a la validez de su consentimiento a la hora de solicitar el alta voluntaria. Además si dicho empeoramiento puede conllevar un riesgo perjudicial para su salud, el consentimiento del alta repercute en el psicólogo u otro profesional de la salud mental que le atienda, pudiendo realizarse una solicitud al juzgado de cambio en el régimen de internamiento de voluntario a involuntario. En algunas ocasiones también se observa, en sentencias impuestas a personas con TMG que han cometido delitos, que el tribunal las envía a cumplir condena a centros de salud mental. Sobre esto es importante resaltar que los jueces no pueden imponer el internamiento de pacientes si los profesionales de la salud mental evalúan e informan que dicho internamiento pueda estar contraindicado. Cuando la decisión judicial de enviar a la persona a un centro de salud mental se tome sin informes técnicos que apoyen dicha decisión, podría incurrir el juzgado en un delito de prevaricación judicial imprudente. Tal sentencia podría ser impugnada mediante un recurso de apelación, lo cual deberá ser informado al paciente para que pueda ejercer sus derechos. El psicólogo en su deber de cumplimiento del Código Deontológico debe conocer los derechos de sus pacientes e informarles si considera que puedan estar siendo violados, así como orientarles hacia la mejor solución que esté en su mano.

## Conclusiones

A pesar de que Europa es la región del mundo en la que es más abundante la normativa sobre salud mental (Barrios, 2010), los derechos humanos en esta materia siguen preocupando a los profesionales del sector porque no terminamos de conseguir respetarlos en su totalidad. En los casos de las residencias de salud mental, cuyos usuarios no tengan autos de internamiento, ni estén legítimamente privados de su libertad, retenerlos contra su voluntad implica asumir una responsabilidad con potenciales consecuencias penales para los responsables del centro que ordenen la retención y para los individuos que la ejecuten. La retención ilegal en sus diferentes variantes, desde comentarios sutiles como "los residentes deben respetar los horarios del centro y estar aquí antes de la hora del cierre", hasta otras expresiones más preocupantes como "aquí se sale cuando lo permita el psiquiatra", es un lastre de nuestras instituciones para poder alcanzar un entorno respetuoso con los derechos de las personas

que residen en instituciones de tratamiento a la enfermedad mental. La legislación española avanza, respetando cada vez más sus derechos, como es el caso de la Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica (BOE núm. 132, de 03 de junio de 2021), dentro de la cual se engloba también a las personas con discapacidad psíquica. Sin embargo todavía es preciso que se legisle más explícitamente en contra de los modelos de intervención coercitivos en salud mental. Los y las profesionales de la psicología que observen retenciones ilegales de pacientes, tienen el deber de oponerse a estas prácticas. En caso de que a pesar de su oposición los responsables de los centros no cesen en su proceder, cualquier psicólogo o psicóloga cívicamente responsable, deberá denunciar los hechos, para no ser cómplice.

Disponer de estudios con datos empíricos sobre cuestiones de tal sensibilidad es harto complicado. No hay una gran abundancia de investigaciones accesibles que denuncien estas situaciones, o que midan con metodología fiable su incidencia, y en consecuencia no conocemos el alcance real del problema. Por ello, con el fin de mejorar la protección de los derechos humanos en los recursos para personas con trastornos mentales graves, sería conveniente aumentar el conocimiento de la magnitud de esta problemática. Consideramos necesario ampliar la investigación en este campo, mediante entrevistas a usuarios y ex usuarios de los recursos, así como a trabajadores y ex trabajadores de los mismos, con el fin de aportar una visión más clara del panorama a las administraciones públicas. Con evidencia sobre la incidencia del problema, las administraciones pueden decidir con mayor conocimiento de causa qué medidas de prevención y control se podrían adoptar para evitar que esto continuara sucediendo, consiguiendo que ese futuro más respetuoso y civilizado llegará algún día, salvando de muchas injusticias a las personas que residen y residirán en nuestros centros de asistencia a la salud mental.

### Conflicto de Intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés relacionado con el estudio actual.

### Agradecimientos

Nos gustaría agradecer por su supervisión y orientación jurídica a la profesora María Ángeles Matallín, profesora titular en la Facultad de Derecho de la Universidad de Valencia.

### Referencias

- Barrilao, J. F. S. (2013). Régimen constitucional del internamiento involuntario y urgente por trastorno mental. *Revista de Derecho Político*, 1(87), 179-222. <https://doi.org/10.5944/rdp.87.2013.12774>
- Barrios Flores, L. F. (2012). El ingreso psiquiátrico involuntario de carácter urgente: una revisión, tras la STC 141/2012, de 2 de julio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(116), 829-847. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352012000400011>
- Barrios Flores, L. F. (2010). Derechos humanos y salud mental en Europa. *Norte de Salud mental*, 8(36), 55-67. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830422>
- Bitter, I., Fehér, L., Tényi, T., y Czobor, P. (2015). Treatment adherence and insight in schizophrenia. *Psychiatria Hungarica: A Magyar Pszichiatriai Tarsasag Tudományos Folyoirata*, 30(1), 18-26. <https://europepmc.org/article/med/25867885#abstract>
- Cuenca Gómez, P. (2015). Discapacidad y privación de la libertad. *Discapacidad y Privación de la Libertad*, 2(1), 163- 203. <https://www.torrossa.com/en/resources/an/3033869>
- Fernández, D. y Eugenia, M. (1998). Cambios en el marco jurídico y legal de la enfermedad mental. En García González, J., Espino Granado, A., y Lara Palma, L. (Eds), *La psiquiatría en la España de fin de siglo: un estudio sobre la reforma psiquiátrica y las nuevas formas de atención en salud mental* (pp. 47-60). Díaz de Santos. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8372963>
- Ferreirós Marcos, C. E. (2013). *Salud mental y derechos humanos: la cuestión del tratamiento ambulatorio involuntario*. Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad – CERMI. <https://hdl.handle.net/11181/3858>
- Hsieh, W. L., Yeh, S. T., Liu, W. I., Li, I. H., Lee, S. K., & Chien, W. T. (2022). Improving medication adherence in community-dwelling patients with schizophrenia through therapeutic alliance and medication attitude: A Serial Multiple Mediation Model. *Patient Preference and Adherence*, 16, 1017–1026. <https://doi.org/10.2147/PPA.S351848>
- Kim, J., Ozzoude, M., Nakajima, S., Shah, P., Caravaggio, F., Iwata, Y., De Luca, V., Graff-Guerrero, A. y Gerretsen, P. (2020). Insight and medication adherence in schizophrenia: An analysis of the CATIE trial. *Neuropharmacology*, 168, 107634. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2019.05.011>
- Ley Orgánica 1/2000, de 7 de enero, de enjuiciamiento civil. *Boletín Oficial del Estado*, 7, de 8 de enero de 2000. <https://www.boe.es/eli/es/l/2000/01/07/1>
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de Noviembre, del Código Penal (1995). *Boletín Oficial del Estado*, 281, de 24 de mayo de 1995. <https://www.boe.es/eli/es/lo/1995/11/23/10>
- Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. *Boletín Oficial del Estado*, 132, de 03 de junio de 2021. <https://www.boe.es/eli/es/l/2021/06/02/8/con>
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín Oficial del Estado*, 274, de 15 de noviembre de 2002. <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41/con>
- Ley 13/1983, de 24 de octubre, de Reforma del Código Civil en materia de tutela. *Boletín Oficial del Estado*, 256, de 26 de octubre de 1983. <https://www.boe.es/eli/es/l/1983/10/24/13>
- Lui, S., Lam, J., Lam, J., Chui, W., Mui, J., Siu, B., Cheng, K. M., Cheung, E., & Chan, R. (2021). Cognitive insight is correlated with cognitive impairments and contributes to medication adherence in schizophrenia patients. *Asian Journal of Psychiatry*, 60, 102644. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2021.102644>
- Lluch, M. T., Fornés, J., Rodríguez, A., y Giner, J. (2010). Adherencia al tratamiento en la esquizofrenia: Consenso de enfermería en salud mental. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(1), 1-45. <https://actaspsiquiatria.es/PDFS/SUPLEMENTOS/38/AEP%20Vol%2038%20SPL%201.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU: Asamblea General) (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*, 10 Diciembre 1948, 217 A (III). Paris. <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

- Organización de las Naciones Unidas (ONU: Asamblea General) (1966). *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), 16 Diciembre 1966*, Naciones Unidas, Serie de Tratados, vol. 999, p. 171. <https://www.refworld.org/es/docid/5c92b8584.html>
- Sher, L., y Kahn, R. S. (2019). Suicide in schizophrenia: An educational overview. *Medicina*, 55(7), 361. <https://doi.org/10.3390/medicina55070361>
- Soldevila-Matías, P., Schoretsanitis, G., Tordesillas-Gutierrez, D., Cuesta, M. J., de Filippis, R., Ayesa-Arriola, R., González-Vivas, C., Setién-Suero, E., Verdolini, N., Sanjuán, J., Radua, J., & Crespo-Facorro, B. (2021). Neuroimaging correlates of insight in non-affective psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 15(2), 117-133. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2021.07.001>
- Veiras Veiras, T., y Carrera Alfonso, N. (2009). Aspectos ético-legales del internamiento en psiquiatría. *Metas de Enfermería*, 12(8), 20-24. <https://medes.com/publication/53512>