

ORIGINAL

EL INTERNAMIENTO PSIQUIÁTRICO VOLUNTARIO

VOLUNTARY PSYCHIATRIC HOSPITALIZATION

José Sáez Rodríguez^{1,2}; Ana Belén Ordóñez de Haro³; Manuel López Alcaraz⁴

1. Médico Forense, Director del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Córdoba
2. Técnico Externo del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura y otros tratos inhumanos y degradantes (MNP)
3. Médico Forense, Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Huelva
4. Médico Forense, Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Córdoba

Enviado: 02.10.24 | Revisado: 27.10.24 | Aceptado: 22.11.24

DOI: [10.59457/cmef.2024.27.02.org03](https://doi.org/10.59457/cmef.2024.27.02.org03)

Cuad Med Forense. 2024; 27(2):101-108

Resumen

Desde que se impusiera el principio de autonomía del paciente para legitimar su consentimiento, éste pasa por los requisitos indispensables de ser informado de forma adecuada y de prestar un consentimiento válido. En el caso particular de los internamientos psiquiátricos voluntarios y en orden de garantizar sus derechos, se propone validar su consentimiento mediante cuestionario firmado por paciente y psiquiatra, incorporado a la historia clínica, en el que se hagan constar que el paciente tiene capacidad para prestar un consentimiento válido, que ha sido debidamente informado y que otorga de manera expresa su consentimiento para el internamiento.

Abstract

Since the principle of patient autonomy was imposed to legitimize his consent, he has gone through the essential requirements of being adequately informed and giving valid consent. In the particular case of voluntary psychiatric hospitalizations and in order to guarantee their rights, it is proposed to validate their consent by means of a questionnaire signed by the patient and the psychiatrist, incorporated into the clinical history, in which it is stated that the patient has the capacity to give valid consent, that he or she has been duly informed and that he or she expressly gives his or her consent for the hospitalization.

Palabras clave:

Internamiento psiquiátrico involuntario;
Internamiento psiquiátrico voluntario;
Consentimiento informado.

Key words:

Involuntary psychiatric hospitalization;
Voluntary psychiatric hospitalization;
Informed consent.

Correspondencia:

José Sáez Rodríguez

E-mail: jose.saez.ius@juntadeandalucia.es

INTRODUCCIÓN Y MARCO LEGISLATIVO

Un acto médico puede conllevar una alteración de la integridad corporal del paciente, como por ejemplo, en el caso de la cirugía o la administración de fármacos, así como una intromisión en su intimidad, como cuando se hace uso de ciertas técnicas diagnósticas. En caso de producirse, en sentido estricto, nos encontraríamos ante una lesión o cuanto menos una alteración en la intimidad personal. Para legitimar estos actos, y que no sean considerados como punibles, se precisan una serie de requisitos que son los siguientes: Que sea realizado por un profesional capacitado, que sea una actuación ajustada a la Lex Artis, que tenga finalidad curativa, preventiva o paliativa y que se realice con el consentimiento del enfermo (1,2).

Tradicionalmente y tal y como vino a reflejarse desde el Real Decreto de 19 de mayo de 1885 sobre Reclusión de Dementes Civiles, como prolegómeno del primer Código Civil en 1889, lo que primaba en la relación médico paciente era el principio ético de la beneficencia, según el cual el médico tenía la obligación inexcusable de curar al paciente, en clara relación con el concepto de *Parens Patriae* de ayuda a las personas necesitadas. El médico ejercía la medicina desde un prisma paternalista en beneficio del enfermo y el consentimiento de éste era irrelevante porque nada podría aportar en un asunto como la enfermedad, en el que era lego. Lo primero era el supuesto bienestar del paciente, sin importar su opinión, pues de forma implícita subyacía la función de control social derivada de la peligrosidad de orden psíquico, con el fin de proteger a las personas cuando pudieran quedar comprometidos el orden público o la seguridad de las personas. Por tanto, la información al paciente estaba en un segundo plano y sólo se utilizaba para aquello que podría beneficiarle (como terapéutica) o cuando era necesaria su colaboración (tomar la medicación, no tomar determinados alimentos o bebidas, llevar cierto tipo de vida, etc). Lo más importante era conseguir la salud del enfermo a toda costa, incluso en contra de su voluntad, creencias o convicciones (3,4).

A lo largo del siglo XX se fue progresivamente imponiendo el principio ético de la autonomía del paciente que establece taxativamente que el consentimiento del enfermo es absolutamente esencial para cualquier actuación médica, algo que actualmente está totalmente consolidado

desde el campo de la bioética, la deontología y la norma legal (2, 5). En dicho contexto, durante el último cuarto del siglo pasado y a raíz de la Recomendación 818 de la Asamblea Consultiva del Consejo de Europa, que acabara con la promulgación por parte del propio Consejo de la Recomendación 83.2 en el año 1983, se destacó necesidad de una mejor protección jurídica de las personas afectadas de un trastorno mental y que estén sometidas a internamiento involuntario. Este tipo de internamiento se definía como el hecho de ingresar y retener en un hospital o establecimiento médico u otro lugar apropiado, con finalidad de tratamiento a una persona afectada de un trastorno mental y sin que el paciente haya demandado el ingreso, y la decisión debía tomarse por parte de un órgano judicial u otra autoridad mediante un procedimiento ágil y rápido y teniendo en cuenta la opinión del personal médico, debiendo por supuesto ser informado el paciente de sus derechos, especialmente el de recurso.

Hubieron de pasar 60 años desde que la Declaración Universal de los Derechos Humanos clamara la libertad como la más elevada aspiración del ser humano, hasta que la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, del 13 de diciembre de 2006 y que entrara en vigor el 3 de mayo de 2008, dotara de herramientas efectivas para que las personas con trastornos mentales contaran con medios para hacer efectivos sus derechos (6,7), de modo que el internamiento no voluntario de una persona diagnosticada conforme a la norma médica aceptada y actualizada, debiera ser relegado a los casos más graves de salud, una vez hayan sido agotadas otras alternativas viables menos restrictivas. Pese a todo, cualquier disposición arbitrada por la Convención no puede ser posible mientras no exista una adecuada estructura de servicios asistenciales que permitan garantizar los derechos de los enfermos mentales, motivo por el cual se continúa recurriendo a instrumentos jurídicos desproporcionados como el internamiento involuntario.

DISCUSIÓN

Para que un consentimiento sea válido, en general, se necesitan dos elementos imprescindibles sin los cuales no sería posible (2,5,8):

- Información adecuada. Se le deberá informar, como mínimo, sobre la finalidad y naturaleza de cada actuación, las alternativas posibles, beneficios esperados y riesgos probables, tanto específicos como generales. Se realizará de forma comprensible y adecuada a la situación personal del enfermo.
- Capacidad para prestar un consentimiento válido. El facultativo que va a realizar un acto médico sobre un paciente, salvo razones de urgencia, tiene que decidir si esa persona tiene capacidad para prestar un consentimiento válido y actuar en consecuencia. En caso de considerar que "no es capaz de tomar decisiones debido a su estado físico o psíquico", según se dispone en el artículo 9 de la Ley 41/2002 (9), deberá recurrir al consentimiento por representación que debe otorgar su representante legal o a las personas vinculadas por razones familiares o de hecho.

Este último supuesto, el consentimiento por representación, que es de aplicación a cualquier actuación médica y por tanto extensivo a los ingresos hospitalarios en general (8, 10), no tiene encaje en el internamiento por razón de trastorno psíquico tras la modificación del artículo 211 del Código Civil del año 1983 con motivo de la Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor (que inicialmente fijara el control judicial del ingreso y ligara el internamiento forzoso no tanto al rechazo o aceptación de la medida como a la incompetencia del enfermo para decidir), por el cual seguirá requiriendo autorización judicial aun cuando el enfermo esté sometido a patria potestad (11). Consecuentemente, la nueva redacción del artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (LEC), que sustituye al 211 anterior, establece que cuando el enfermo no esté en condiciones para decidir por sí mismo, aun estando sometido a patria potestad o tutela, se necesita una autorización judicial (12). Como en las normas anteriores, persiste la ausencia de inclusión de supuestos o indicaciones en que tendría cabida el internamiento forzoso, pese a que otros países de nuestro entorno sí lo contemplan, como son el caso de Francia, cuando el trastorno mental compromete el orden público o la seguridad de las personas, o el de Inglaterra, cuando se lleva a cabo en favor de la salud o seguridad del paciente o para protección de otros. Teniendo en cuenta todo lo expuesto partimos de la existencia de dos tipos de internamientos

psiquiátricos, los voluntarios y los involuntarios, aunque nada se dice en el artículo citado acerca de los primeros, por lo que serían de aplicación los criterios generales antes expuestos.

Este artículo pretende profundizar en este tipo de internamientos y los requisitos necesarios para ser reconocidos como tales.

Los internamientos voluntarios y el consentimiento informado:

El internamiento psiquiátrico voluntario no es algo nuevo. En nuestro medio fue regulado por vez primera en el Decreto 3 de julio de 1931 sobre Asistencia a Enfermos Psíquicos. Sin embargo, fue el grupo Task Force de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), quien en 1993 y amparándose en la idea de que no era tan determinante la voluntad como la competencia o capacidad del enfermo para comprender la situación a la que se enfrenta quien estableció las garantías clínicas, que no legales, de las que gozan los pacientes hospitalizados (4,11).

Corresponden a este supuesto la mayoría de los internamientos psiquiátricos que se realizan, en los que sólo la manifestación de voluntariedad del enfermo y la constancia de su conformidad equipara esa actuación a cualquier otra actuación terapéutica haciendo innecesaria la autorización judicial y la vigilancia.

Pero para que un internamiento sea considerado como voluntario, con todas las garantías legales, debiera verse sometido al marco doctrinal que integra el consentimiento informado: Voluntariedad, información en cantidad y calidad suficiente y competencia (8,10,12,13). Y no sólo respecto del internamiento, como medida privativa de la libertad, sino del tratamiento o tratamientos a administrar durante el mismo.

Hablar de voluntad en el caso de la enfermedad mental resulta cuanto menos controvertido, ya no sólo por verse inexorablemente en entredicho, dadas las características intrínsecas de la propia condición patológica, como por la dificultad de discriminar de qué manera se constriñe la decisión en favor de la manipulación, toda vez que la propia figura del psiquiatra detenta en sí mismo una autoridad. No en vano, siempre sobrevuela la "amenaza" de tornar el internamiento en involuntario en caso de no acceder a ello

(11). La voluntariedad por tanto debe implicar la exención de dominio, coacción y manipulación.

Pero mayor es la complejidad cuando ha de valorarse la capacidad del paciente, que define y determina si se pueden cumplir las restantes, puesto que podría estar comprometido el análisis de la información y la trascendencia de la decisión tomada (14).

Para salvar el escollo conceptual, Pablo Simón propone el concepto, más operativo si cabe, de la competencia, definiendo tal como "la capacidad del paciente para comprender la situación a la que se enfrenta, los valores que están en juego y los cursos de acción posibles con las consecuencias previsibles de cada uno de ellos, para a continuación tomar, expresar y defender una decisión que sea coherente con su propia escala de valores" (4,13,15) ¿Pero qué ocurre si en su plena competencia de toma de decisiones hay desacuerdo con las indicaciones terapéuticas propuestas por el facultativo?

Se puede estar de acuerdo en que no todas las decisiones requieren el mismo nivel de exigencia y, por tanto, exigir mayor o menor competencia para poder enfrentarse a ellas (16). Habrá medidas de baja exigencia, tales como manejar una conciencia básica de la propia situación, al alcance incluso de ciertos déficit intelectivos, mientras que otras exigirán una capacidad de comprensión más reflexiva y crítica. Es más, incluso dentro de una misma decisión, su aceptación o rechazo conforme al grado conocido de eficacia terapéutica, podrá ser valorado como decisión de baja o elevada exigencia, como por ejemplo pudiera ser el hecho de aceptar o rechazar un tratamiento oncológico de conocida eficacia para abordar un determinado tipo de enfermedad neoplásica (17).

En cualquier caso no debe olvidarse que la indicación de un ingreso psiquiátrico, sobre todo los que se hacen en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (UHP), suponen la existencia de una patología psiquiátrica descompensada cuyas posibilidades de tratamiento en régimen ambulatorio han sido sobrepasadas y se considera necesario su manejo y control hospitalario. En estos casos, la presunción de capacidad para prestar un consentimiento válido que tiene la población general y adulta se puede poner en duda. Por ello se considera necesario que exista un juicio de valor expreso sobre dicha opción

respecto a su condición y como ésta afecta a su capacidad (18).

En ocasiones el psiquiatra que evalúa al paciente se limita sólo a dictaminar un diagnóstico en salud mental sin emitir juicio respecto a su capacidad para tomar o no sus propias decisiones, es decir, si es capaz de participar en el proceso del consentimiento informado, dando por sentado que el diagnóstico de algunos trastornos llevan implícito el hecho de que el paciente no es capaz de tomar decisiones respecto a su salud.

No obstante, existen estudios sobre la capacidad para consentir en pacientes psicóticos, en los que se presupone la disminución en la conciencia de enfermedad y los déficit de comprensión y procesamiento afectarían gravemente su capacidad/competencia. Muchos de estos estudios son ambiguos, pero en ellos se pone de manifiesto que la competencia para decidir del paciente psicótico nunca es una incapacidad generalizada en todos ellos, ni durante todo su proceso (3). Por ejemplo, Amador et al encontraron incompetencia asociada a falta de conciencia de enfermedad en un 60% de los casos (19), Candia et al, evaluando la competencia del paciente psicótico encontraron que hasta el 48% tenían capacidad de consentir, medida mediante la escala MacArthur Competence Assessment Tool (MacCAT) (20), y otros autores como Brown et al y Oaks no hallaron diferencias claras en comprensión respecto de la población control, sugiriendo que la capacidad de comprender y consentir no está relacionada con la sintomatología psicótica (21,22). En cualquier caso, el paciente psicótico no suele ser informado (3,23,24).

La valoración de la competencia en pacientes psiquiátricos

El Defensor del Pueblo en España, por medio del Mecanismo Nacional de Prevención (MNP), reiterándose en ello en sus sucesivos informes anuales, denuncia el hecho no sólo de no resultar inhabitual encontrarse durante el ejercicio cotidiano entre las unidades de hospitalización psiquiátrica, que se haya considerado como internamiento voluntario algún caso en el que el único criterio valorado ha sido la ausencia de verbalización de una oposición al ingreso, sino que en otras situaciones se ha ido más allá, llegando a considerar que el enfermo ha sido engañado con argumentos falaces para no opo-

nerse al internamiento, lo cual supone una merma inasumible de garantías y derechos del enfermo mental (25).

Sin desmerecer las evaluaciones basadas en conocimiento y experiencia clínica, estas pueden no cumplir una validación rigurosa, conceptual y transcultural, por lo que se entiende como un requisito la necesidad de contar con un procedimiento estandarizado de evaluación en el ámbito clínico.

En 1977, profesionales del Western Psychiatric Institute and Clinic de Pensilvania (EEUU) publicaron el primer trabajo explícitamente dedicado al problema de la capacidad y en donde se fijaban criterios para evaluarla. En este primer trabajo ya se marcaban las cuestiones básicas acerca de la evaluación de la capacidad: Si el paciente es capaz de expresar una elección, si la decisión tomada es "razonable", si la decisión está basada en motivos "racionales", si comprende los riesgos, beneficios y alternativas terapéuticas y, por último, si comprende realmente todos los aspectos relevantes de la decisión a tomar y emite un consentimiento verdaderamente voluntario e informado (13,26). Más tarde, Appelbaum abordaría los problemas de la evaluación de la capacidad en pacientes psiquiátricos, para consentir ingresos voluntarios y los problemas prácticos llevaron a la publicación de trabajos posteriores

junto con Roth, que establecían cuatro criterios de capacidad para consentir (el sujeto expresa una decisión, el sujeto comprende realmente los problemas más relevantes del estudio, el sujeto maneja racionalmente la información de forma adecuada y el sujeto aprecia correctamente la situación en la que se encuentra) y los aspectos psiquiátricos relevantes que pudieran afectar a cada uno de ellos (como por ejemplo el mutismo respecto del criterio de expresión o el grado de inteligencia del de comprensión) (27). Aunque otros estudios hayan realizado aportaciones adicionales, estos criterios de evaluación han prevalecido como esenciales, hasta el punto de contribuir a la base de los procedimientos actuales validados de evaluación como el MacCAT-T (Tabla 1), convirtiéndose en todo un referente (24).

En la práctica cotidiana, se han utilizado de forma generalizada varias herramientas para evaluar la capacidad de las personas, entre las que se encuentran test neuropsicológicos, que resultan útiles como apoyo, considerando sus propiedades psicométricas, tales como el Mini Mental State Examination (MMSE) y la Escala de Inteligencia de Wechsler (WAIS, Wechsler Adult Intelligence Scale), protocolos específicos de evaluación de capacidad como el Competence Interview Schedule (CIS) (28), el Hopkins Competency Assessment test (HCAT) (29) y el California

Tabla 1: Criterios de puntuaciones del MacCAT-T

CRITERIO	SUBCRITERIO	PP	PT
Compresión	Comprensión de la enfermedad	0-2	0-6
	Comprensión del tratamientos	0-2	
	Comprensión de riesgos y beneficios	0-2	
Apreciación	De la situación de la enfermedad	0-2	0-4
	Del objetivo general del tratamiento	0-2	
Razonamiento	Lógico secuencial	0-2	0-8
	Lógico-comparativo	0-2	
	Predictivo (consecuencias derivadas de las posibles elecciones)	0-2	
	Consistencia interna del procedimiento de elección	0-2	
Elección	Expresa una decisión	0-2	0-2

PP: Puntuación Parcial de cada subcriterio
 PT: Puntuación Total posible del criterio

Scale of Appreciation (CSA) (30), así como protocolos generales como el Capacity Assessment Tool (CAT) (31) o el propio MacCAT-T (24).

De entre los mencionados instrumentos para evaluar la capacidad del paciente para consentir o rechazar decisiones específicas, destacan el CIS, protocolo destinado a evaluar la capacidad de aceptar o rechazar la terapia electroconvulsiva y el HCAT, que se ha utilizado en el contexto de la medicina general, para medir la capacidad para recibir información, procesar información, deliberación, ponderación, razonamiento y comunicación de la decisión tomada, pero los protocolos estructurados o semiestructurados incluyen algunas de las más conocidas y validadas como la ya mencionada MacCAT-T, que además de valorar de forma integral los dominios de la capacidad, está sobradamente validada y se considera de aplicación en diversas poblaciones, tengan o no antecedentes psiquiátricos (32). Estos guiones suelen estar asociados a un sistema de evaluación de respuestas expresado en un puntaje, a través del cual se trata de establecer un continuo desde la nula a la completa capacidad, visión que trata de traducir la realidad clínica (32,33).

En nuestro país no parece haber un protocolo estandarizado para valorar la capacidad/competencia en el ámbito del consentimiento informado. El Protocolo de requisitos de unidades de psiquiatría, elaborado conforme a lo dispuesto en el RD 1277/2003 de 10 de octubre, establece en el apartado de derecho a la toma de decisiones autónomas (consentimiento informado) que los centros deben promover la información veraz, pertinente, suficiente, comprensible y adecuada a las necesidades de la persona, sobre las actuaciones a realizar, ya sean tanto para el diagnóstico como para el tratamiento, así como de las alternativas posibles, de forma que le permita participar en la decisión y elegir libremente con conocimiento. Se realiza con el paciente un proceso válido de información y obtención del consentimiento o rechazo previo a la toma de decisiones clínicas (34).

Los profesionales deben respetar el derecho de la participación de las personas en las tomas de decisiones sanitarias que les afecten. El centro sanitario debe disponer de formularios de consentimiento informado por escrito sólo para las actuaciones sanitarias establecidas en la ley 41/2002. Asimismo, deben ofrecer una información suficiente y adecuada para que el pacien-

te pueda ejercer su derecho al consentimiento sobre dichas decisiones, pero nada se explicita sobre la necesidad de reflejar en la historia si se cumplen los criterios para ser considerado competente para la firma del consentimiento informado. Debe también quedar registrado en la historia clínica el proceso verbal del consentimiento informado, la información ofrecida y la decisión tomada (9).

De esta forma, cuando el médico forense, en su labor de asistencia a la Administración de Justicia para saber si concurren los requisitos legales oportunos para validar un internamiento, analiza a posteriori un ingreso psiquiátrico y trata de valorar la capacidad que tenía el enfermo para prestar un consentimiento válido, lo que suele hacer es analizar la descripción de la psicopatología del enfermo en el momento del ingreso que existe en la historia clínica, lo cual, a juicio de los autores no resulta suficiente, dado que la mera descripción de la sintomatología que presenta el enfermo en el momento del ingreso dificulta hacer una valoración retrospectiva sobre cómo se encontraba en el dicho momento. A partir de ahí, decidir si tenía o no capacidad para prestar el consentimiento, puede estar sometido a error.

La solución propuesta, para que no existan dudas a la hora de considerar que el paciente tenga esa capacidad de prestar consentimiento y garantizar sus derechos, sería contar con el juicio de valor previo sobre la capacidad que el enfermo tiene para prestar un consentimiento válido, haciendo uso de herramientas estandarizadas para la evaluación de la capacidad, que quedara plasmado por escrito e incorporado a la historia clínica, en documento firmado por facultativo y paciente y en el que se hagan constar los elementos expuestos, con el fin de dar completa cobertura legal y jurídica:

- Que el paciente tiene capacidad para prestar un consentimiento válido, a pesar de su psicopatología, en los términos establecidos por la 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 (24).
- Que el paciente ha sido convenientemente informado, de forma comprensible para él, de la naturaleza del internamiento, de los beneficios que se esperan y de las alternativas posibles.

- Y que el paciente otorgue de manera expresa su consentimiento para el mismo.

CONCLUSIONES

El presente análisis responde a la necesidad creciente de evaluar objetivamente al usuario candidato a internamiento psiquiátrico para así garantizar su derecho a consentir o denegar en condiciones idóneas de capacidad/competencia.

Se propone que se arbitre un procedimiento estandarizado previo al internamiento, que finalice con un dictamen sobre la capacidad para consentir. Para ello, se sugiere el uso de herramientas de consenso para evaluación de la capacidad/competencia, debiendo quedar reflejado dicho dictamen en la historia clínica del paciente.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Este trabajo no ha contado con financiación pública o privada para su elaboración.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores/as de este artículo declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses respecto a lo expuesto en el presente trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chiriboga GW, Moreno JA y Molleturo JA. El consentimiento informado documentado es el elemento esencial en la legitimidad del acto médico. *Revista arbitrada de ciencias jurídicas y criminalísticas*. 2022; 7 (1): 716-735.
2. Organización Médica Colegial de España. Código de deontología médica. 1ª Edición. Edita: Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos; 2022.
3. Valverde MA, Inchauspe JA. ¿Hay lugar para el consentimiento informado en los tratamientos de las personas con psicosis?: una reflexión sobre el tratamiento de las psicosis. *Rev Bioética y Derecho*. 2014;(30):40-65.
4. Gracia Guillén D. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema, 1989.
5. Instrumento de Ratificación del 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. BOE n.º 251, de 20 de octubre de 1999, páginas 36825-36930.
6. Declaración Universal de Derechos Humanos, 10 de diciembre de 1948.
7. Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las Personas con Discapacidad, del 13 de diciembre de 2006.
8. Pacheco A. *Legitimación del acto biomédico*. 1ª Edición. México DF. Editorial Alfil; 2011.
9. 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.
10. Moreno-Alatorre CR. Legitimación del acto anestésico. *Revista Mexicana de anestesiología*. 2007; 30 (Supl. 1): S151-S156.
11. Medrano Albéniz J. Ingreso voluntario e ingreso incompetente. *Anales de Psiquiatría*. 2001; 17(5). ISSN: 0213-0599.
12. Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. BOE n.º 7, de 8 de enero de 2000.
13. Simón-Lorda P. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2008; 28(2):325-48.
14. Ortiz Rubio J. Consentimiento informado en la especialidad de Psiquiatría. *Revista de Bioética*. 2009; 9(3): 18-21.
15. Sánchez-Caro J, Sánchez Caro-J. *Consentimiento informado y psiquiatría: Una guía práctica*. Madrid: Mapfre, 1998.

16. Drane JF. The many faces of incompetence. *Hastings Cent Report*, 1985; 15(1): 17-21.
17. Culver CM, Gert B. The inadequacy of incompetence. *Milbank Q*. 1991; 68(1): 619-43.
18. Tunzi M, Satin DJ, Day PG. The consent continuum: a new model of consent, assent, and non-dissent for primary care. *Hastings Center Report*. 2021; 51(2): 33-44.
19. Cavieres A. ¿Pérdida de la conciencia de enfermedad o percepción subjetiva en personas enfermas de esquizofrenia? *Rev GPU*. 2013; 9(1): 59-63.
20. Candia PC, Barba AC. Mental capacity and consent to treatment in psychiatric patients: the state of research. *Current Opinion in Psychiatry*. 2011; 24: 442-446.
21. Brown KB, Billcliff N, McCabe E. Informed consent to medication in long-term psychiatric in-patients. *Psychiatric Bulletin*. 2001; 25: 132-134.
22. Oaks DM. Whose voices should be heard? The role of mental health consumers, psychiatric survivors, and families. En: Dudley M, Silove D, Gale F. *Human health and human right vision, praxis, and courage*. EEUU, Oxford University Press, 2012.
23. Amador X. *¡No estoy enfermo, no necesito ayuda!* EEUU, Vida Press, 2010.
24. Applebaum PS, Grisso T. Assessing Patient's Capacities to Consent to Treatment. *NEJM*. 1988; 319(25): 1635-38 .
25. Defensor del Pueblo. Mecanismo Nacional de Prevención (MNP). Informe anual 2022.
26. Roth LH, Meisel A, Lidz CW. Test of competency to consent to treatment. *Am J Psychiatry*. 1977; 134: 279-84.
27. Applebaum PS, Roth LH. Competency to consent to research: a psychiatric overview. *Arch Gen Psychiatry*. 1982; 39: 951-58.
28. Bean G, Nishisato S, Rector NA, Glancy G. The assessment of competence to make a treatment decision: an empirical approach. *Can J Psychiatry*; 41(2): 85-92.
29. Janofsky JS, McCarathy JS, Folstein MF. The Hopkins Competency Assessment Test: a brief method for evaluating patient's capacity to give informed consent. *Hosp Community Psychiatry*. 1999; 43(2): 132-136.
30. Saks ER, Dunn LB, Marshall BJ, Nayak GV, Golshan S, Jeste DV. The California Scale of Appreciation: a new instrument to measure the appreciation component of capacity to consent to research. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2002; 10(2): 166-174.
31. Carney MT, Neugroschl J, Morrison RS, Marin D, Siu AL. The development and piloting of a capacity assessment tool. *J Clin Ethics*. 2001; 12: 17-23.
32. Robert B S, Reculé JI, Prato JA. Evaluación de la capacidad del paciente para emitir un consentimiento válido: ¿es posible la estandarización? *Rev Med Chile*. 2016; 144: 1336-1342.
33. Cabello-Rangel H, López-Munguía F, Aranda-Rodríguez R. Evaluación de la aplicación del consentimiento informado en un hospital psiquiátrico. *Bioeth Updat*. 2022;8(2):96-102.
34. Protocolo U.6g de la Junta de Andalucía (14 de julio de 2024). En: <https://juntadeandalucia.es/export/drupaljda/ProtocoloU6gPsiquiatria20181118sv.pdf>

Si desea citar nuestro artículo:

Sáez Rodríguez J, Ordóñez de Haro AB, López Alcaraz M. El Internamiento psiquiátrico voluntario. *Cuad Med Forense*. 2024; 27(2):101-108. DOI: 10.59457/cmef.2024.27.02.org03