



Revista Chilena de Neuropsiquiatría

ISSN: 0034-7388

directorio@sonepsyn.cl

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y
Neurocirugía de Chile
Chile

Barrera P., Alvaro

La ley de salud mental en Inglaterra

Revista Chilena de Neuropsiquiatría, vol. 54, núm. 1, marzo, 2016, pp. 59-66

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile

Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331545602008>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

La ley de salud mental en Inglaterra

The mental health act in England

Alvaro Barrera P.¹

Introduction: People can become extremely vulnerable during episodes of severe mental ill health. Their ability to protect themselves can become impaired. They can also pose significant risks to the safety of others through their erratic or hostile behaviour. It could be actually argued that it is precisely during a mental health crisis when explicit legal safeguards are of critical importance for the protection of people's rights, including their dignity and autonomy. **Method:** An outline is provided of how the Mental Health Act operates in England, with particular reference to involuntary admissions to hospital as well as the right of appeal through the Mental Health Review Tribunal. **Results:** The roles of medical professionals, Approved Mental Health Professionals, the Nearest Relative as well as the type of evidence that professionals must submit to the Mental Health Review Tribunal and how this evidence is challenged are discussed. **Conclusions:** The independent legal review of the involuntary detention of a person in hospital is discussed both regarding the protection of human rights it provides as well as in terms of its impact on promoting higher standards of care.

Key words: Mental Health Act, compulsory admission, Mental Health Review Tribunal. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2016; 54 (1): 59-66

Introducción

Este artículo busca contribuir al debate en Chile respecto de una ley de salud mental moderna y efectiva¹ ofreciendo una descripción de la ley de salud mental inglesa. En el caso británico, desde 1601, la legislación que regula el tratamiento de los pacientes aquejados de un desorden mental ha sido modificada en al menos 34 ocasiones², la más reciente en el año 2007. La necesidad de adaptar la legislación a los cambios culturales en la sociedad

así como a los nuevos conocimientos sobre los desórdenes mentales ha hecho dichas reformas inevitables, lo que se ha plasmado en los cinco principios orientadores de la actual ley de salud mental inglesa, a saber: i) Privilegiar la opción menos restrictiva y maximizar la independencia de los pacientes; ii) Empoderar e involucrar a los pacientes; iii) Respeto y dignidad hacia los pacientes y sus familiares; iv) Efectividad de las intervenciones basadas en la mejor evidencia disponible, y v) Equidad y eficiencia en los servicios disponibles

Recibido: 10/11/2015

Aceptado: 09/12/2015

El autor no presenta ningún tipo de conflicto de interés.

Fuente de apoyo financiero: El autor no recibió apoyo financiero durante la preparación de este artículo.

¹ Miembro del Royal College of Psychiatrists (Reino Unido), PhD (Universidad de Cambridge), Honorary Senior Clinical Lecturer (Universidad de Oxford), Consultant Psychiatrist (Oxford Health NHS Foundation Trust).

(3, p. 22). Como aclaración, el presente artículo se centrará en la ley de salud mental de Inglaterra, uno de los cuatro países del Reino Unido.

La ley de salud mental se aplica en la práctica clínica cotidiana

Una característica central de la práctica psiquiátrica en Inglaterra es el rol que la legislación de salud mental tiene regulando la relación entre pacientes, clínicos, y servicios psiquiátricos, promoviendo la autonomía y la libertad personal de los pacientes así como escrutando el tratamiento dado a los pacientes forzosamente hospitalizados. De hecho, estos aspectos legales figuran de manera central en el currículo y en el entrenamiento clínico de los psiquiatras a todos los niveles. El cuerpo legal que contiene estas disposiciones es la Ley de Salud Mental 1983 (reformada en el año 2007) y su reglamento operativo, el Código de Práctica³. En este artículo se describirá la experiencia clínica cotidiana en un sistema de atención psiquiátrica en que las relaciones entre los actores del quehacer clínico están reguladas por este cuerpo legal, proveyendo una protección efectiva y no sólo retórica a las personas que están sufriendo de un episodio severo de desorden mental. A continuación daremos una breve sinopsis del contexto organizacional en el cual la ley de salud mental opera.

El contexto organizacional

Toda legislación, como forma de 'tecnología social', no opera en el vacío. Factores económicos, políticos y culturales afectan su implementación práctica. La Ley de Salud Mental no es una excepción. En el Servicio Nacional de Salud (NHS) los pacientes no pagan al momento de recibir atención de salud pues el NHS es financiado a través de los impuestos generales de la nación, es decir, la cobertura de atención es universal y no depende de la capacidad para pagar. El punto nodal del sistema es la atención primaria donde los '*General Practitioner*' (GPs), médicos específicamente entrenados para dicho rol por 5 años y quienes permanecen en el mismo consultorio por largos años, conocen

bien a sus pacientes. Esto último le permite referir al nivel secundario sólo cuando lo considera necesario; es decir, no existe la consulta directa al especialista. Entre 1997 y 2009 el Estado llevó a cabo una fuerte inversión en psiquiatría e impulsó una agenda centrada en la medicina basada en la evidencia, la creciente participación de los pacientes y sus familiares, y el incremento sustancial en el acceso a tratamientos psicológicos en la atención primaria, fundamentalmente la terapia cognitivo-conductual. En relación a la atención secundaria, un aspecto esencial de la psiquiatría británica es que la norma es el tratamiento en la comunidad siendo la hospitalización una excepción. Del mismo modo, los servicios de salud mental están sectorizados, de modo que los equipos de salud mental comunitaria con su respectiva unidad de hospitalización atienden sólo los pacientes referidos por los consultorios de su área. Finalmente, no existen grandes hospitales psiquiátricos.

La Ley de Salud Mental 1983 (reformada el año 2007)

Esta ley consta de 10 capítulos que cubren una variedad de aspectos tales como la definición de 'desorden mental' la hospitalización involuntaria, los pacientes involucrados con el sistema judicial, el consentimiento para el tratamiento, los Tribunales de Salud Mental, la propiedad y otros asuntos de los pacientes, actos criminales como el maltrato a los pacientes, y otras materias misceláneas³. El reglamento para el uso de la Ley de Salud Mental en la práctica clínica diaria se encuentra en el Código de Práctica, muy recientemente actualizado³. A continuación nos centraremos en el proceso de hospitalización involuntaria y en la apelación contra esta a una instancia judicial independiente, pues ellos ilustran de manera clara cómo la Ley de Salud Mental funciona en la práctica.

La hospitalización involuntaria en Inglaterra

La hospitalización involuntaria de personas consideradas como sufriendo de un episodio de

desorden mental se realiza utilizando uno de los tres posibles mecanismos legales conocidos como ‘Secciones’ (*Section*). Estas son las Secciones 2, 3, y 4. En este artículo nos centraremos en las primeras dos dado que el uso de la última (la Sección 4) es extremadamente infrecuente. A continuación discutiremos principalmente la Sección 2 mientras que la Sección 3 será descrita después. Dos puntos son importantes aquí. En primer lugar, estas Secciones dicen relación con pacientes que no están involucrados con el sistema judicial criminal. En segundo lugar, la ley explícitamente excluye su uso para lidiar con personas que dependen del alcohol o las drogas o cuya conducta pueda ser considerada inmoral, antisocial o ilegal (3, p 27).

La hospitalización forzosa: la Sección 2

En el caso de la Sección 2 un paciente puede ser hospitalizado contra su voluntad por hasta 28 días para su “evaluación clínica o para evaluación clínica seguida de tratamiento médico”. Para poder detener a un paciente bajo esta Sección un procedimiento denominado Evaluación de Salud Mental (*Mental Health Act Assessment*) debe tener lugar. En este procedimiento se deben establecer si se cumplen las condiciones descritas en la Tabla 1; es importante aquí prestar atención a las conjunciones ‘o’ e ‘y’.

En la Evaluación de Salud Mental el paciente es examinado por un Profesional Aprobado de Salud Mental (*AMHP* o *Approved Mental Health Professional*), quien normalmente es un trabajador social con especialización en salud mental, y dos médicos de los cuales uno debe tener el status de ser aprobado por el Ministerio del Interior (*Home*

Office) para efectos de la Ley de Salud Mental (*Section 12 Approved*). Cada médico completa sendas recomendaciones médicas en las que enumeran si el paciente cumple los criterios 1 y 2 arriba mencionados y deben: 1) Describir los síntomas y la conducta del paciente; 2) Explicar cómo dichos síntomas los llevan a dicha opinión médica; 3) Por qué el paciente debe ser hospitalizado, y finalmente 4) Por qué una hospitalización voluntaria no es posible. Con dichas recomendaciones médicas el AMHP debe decidir si presenta un escrito formal dirigido a los administradores del hospital respectivo para proceder a hospitalizar a la persona involuntariamente. No es inusual que los dos médicos no estén de acuerdo respecto de la necesidad de detener al paciente y en dichos casos la detención forzosa no puede proceder. También puede ocurrir que pese a que los dos médicos hayan recomendado la detención del paciente el AMHP no esté de acuerdo con dichas recomendaciones, en cuyo caso el paciente tampoco puede ser involuntariamente hospitalizado.

Inmediatamente tras su detención en el hospital, el paciente es informado oralmente y por escrito de sus derechos, los que incluyen el poder apelar contra su hospitalización forzosa y el poder designar un abogado para que lo represente en el correspondiente proceso legal. Los honorarios del abogado son pagados por el Estado y no por el paciente. La apelación contra la detención es procesada por una instancia legal independiente, el Tribunal de Salud Mental (*Mental Health Review Tribunal*), cuya independencia es de la mayor importancia (ver más abajo). El paciente debe presentar su apelación dentro de los primeros 14 días del inicio de su hospitalización forzosa y el Tribunal de Salud Mental debe sesionar dentro de siete días de la presentación de la apelación⁵. Para apelar el paciente sólo requiere firmar un documento y no requiere tener capacidad para tomar dicha decisión.

La Sección 2 puede ser terminada ya sea por decisión del Clínico Responsable (*RC* o *Responsible Clinician*), o por el Tribunal de Salud Mental, o por una solicitud del Familiar Más Cercano al Paciente (*NR* o *Nearest Relative*). Por supuesto, existe la posibilidad, que de hecho ocurre con

Tabla 1. Condiciones para el uso de la sección 2

1	La persona está sufriendo de un desorden mental (<i>mental disorder</i>) que es o de una severidad o de una naturaleza que justifica su detención en un hospital para su evaluación o para su evaluación seguida de tratamiento médico por un período limitado de tiempo; y
2	La persona debe ser detenida en un hospital en el interés de su propia salud o en el interés de su seguridad o para la protección de otras personas

cierta frecuencia, que el paciente acepte continuar hospitalizado voluntariamente. Es importante señalar que quien tiene el rol de Familiar Más Cercano al Paciente está legalmente definido en la Ley de Salud Mental. Cuando el Familiar Más Cercano al Paciente solicita el alta (lo que debe hacerse por escrito), el Clínico Responsable tiene hasta 72 h para decidir si acepta la solicitud de alta. En caso que el Clínico Responsable esté en desacuerdo con dicha solicitud él deberá expresar su decisión y razones por escrito lo que gatillará un proceso de revisión legal por una instancia independiente, la cual deberá sesionar a la brevedad.

La Sección 2 tiene una duración máxima de 28 días y el paciente no puede ser detenido más allá de dicho período a menos que, antes de que la Sección 2 expire, el paciente haya sido detenido bajo una Sección 3 de la Ley de Salud Mental. Esto último ocurre cuando el Clínico Responsable considera que se requiere continuar con la hospitalización y que dicha hospitalización no puede llevarse a cabo voluntariamente por razones que él deberá explicar por escrito.

La hospitalización forzosa: la Sección 3

En el caso de la Sección 3 de la Ley de Salud Mental, la persona puede ser hospitalizada involuntariamente por hasta seis meses, con el objetivo de recibir tratamiento. Para poder hospitalizar forzosamente a una persona bajo esta Sección se

deben cumplir las siguientes condiciones (es importante aquí también prestar atención a las conjunciones ‘o’ e ‘y’) (Tabla 2). Es importante señalar que cada uno de los términos usados en la Tabla 2 (por ejemplo, ‘desorden mental’ o ‘apropiado tratamiento médico’) tiene un significado legal preciso y su discusión requeriría de otro artículo dedicado sólo a ello.

La Sección 3 permite el tratamiento del paciente durante los primeros tres meses de la hospitalización involuntaria, incluyendo la medicación parenteral o de depósito pero no la terapia electro-convulsiva (TEC). En el caso de esta última, pacientes que tienen capacidad para consentir o rechazar TEC no pueden recibirlo a menos que consientan; similarmente, ningún paciente menor de 18 años puede recibir TEC a menos que un psiquiatra independiente llamado ‘*Second Opinion Appointed Doctor*’ (‘SOAD’) designado por la Comisión de Calidad del Cuidado (‘*Care Quality Commission*’) apruebe dicho tratamiento por escrito. Después de los primeros tres meses el tratamiento no puede continuar a menos que el paciente de su consentimiento válido e informado o, si esto no ocurre, el tratamiento sea aprobado por un (‘SOAD’). Dicho psiquiatra independiente examinará al paciente, entrevistará al equipo tratante no médico, y escribirá un informe en que aprueba o no el tratamiento en curso. Si no lo aprueba el tratamiento debe cesar en el acto.

Tabla 2. Condiciones para el uso de la sección 3

1	El paciente está sufriendo de un desorden mental (‘ <i>mental disorder</i> ’) que ya sea es de una severidad o de una naturaleza que justifican su tratamiento médico en un hospital; y
2	Que dicho tratamiento en un hospital es en el interés de su propia salud o en el interés de su seguridad, o para la protección de otras personas, y
3	Que dicho tratamiento no puede ser realizado a menos que el paciente esté detenido bajo una Sección 3 porque (razones dadas en el punto 4 siguiente)
4	Aquí deben explicarse las razones que abarcan los puntos 1, 2 y 3, incluyendo 4.1. Los síntomas y conducta del paciente; 4.2. Cómo estos síntomas y conducta llevan al médico a dicha conclusión; 4.3. Si es el caso que otras modalidades de tratamiento están disponibles (por ejemplo, tratamiento ambulatorio u hospital de día) y, si ese es el caso, por qué dichas modalidades no son apropiadas; 4.4. También debe indicarse por qué la hospitalización voluntaria no es apropiada, y, finalmente; 4.5. Debe indicarse si un ‘tratamiento médico apropiado’ está disponible en el hospital donde la hospitalización forzosa tendrá lugar

Toda persona privada de su libertad tiene el derecho a apelar: el Tribunal de Salud Mental ('Mental Health Review Tribunal')

Los pacientes que han sido forzosamente hospitalizados bajo la Ley de Salud Mental tienen dos derechos de apelación contra su hospitalización voluntaria, uno ante el Tribunal de Salud Mental ('First-Tier Tribunal of the Health, Education and Social Care Chamber') y otro ante los Managers del Hospital ('Hospital Managers'). Estos últimos, pese a su denominación, no son funcionarios del hospital si no que son personas legas, con amplia experiencia en salud mental, cuyo rol es ser parte de estas instancias de apelación. A continuación nos referiremos solamente al Tribunal de Salud Mental.

El Tribunal de Salud Mental implementa en la práctica el derecho establecido en el Artículo 5 de la Convención Europea de Derechos Humanos (CEDH), incorporada en la legislación del Reino Unido en 1998. El Artículo 5 de la CEDH indica que toda persona privada de su libertad tiene el derecho a apelar contra dicha privación de libertad. El Panel del Tribunal de Salud Mental está formado por miembros que incluyen un juez que lo dirige, un miembro médico (un psiquiatra independiente), y un miembro especialista con amplia experiencia de trabajo en las áreas de salud y atención social en el sector público, de voluntariado, o el privado. El paciente tiene el derecho a ser representado por un abogado pagado por el Estado, quien tiene acceso a todos los registros y ficha médica del paciente. El paciente puede apelar contra la Sección 3 una vez en los primeros seis meses de la hospitalización forzosa. Después de los primeros seis meses, el paciente puede apelar una vez por cada ciclo en que la hospitalización forzosa se renueve (inicialmente semestral y después anualmente). El juicio tiene lugar dentro de las 6 a 8 semanas tras la presentación de la apelación por parte del paciente. Aun si el paciente no apela, la Sección es revisada por el Tribunal de Salud Mental cada vez que el Clínico Responsable la renueva. El Panel del Tribunal de Salud Mental debe recibir informes escritos

del Clínico Responsable, de un enfermero involucrado en el tratamiento hospitalario del paciente, y de un Profesional Aprobado de Salud Mental (AMHP o 'Approved Mental Health Professional'), así como de otros profesionales que el Panel pueda estimar conveniente⁵. A continuación describimos el informe del clínico responsable. El profesional aprobado de salud mental (AMHP) debe producir un Informe de Circunstancias Sociales, el que no será discutido aquí por razones de espacio.

El informe del clínico responsable

El informe del Clínico Responsable debe cubrir los siguientes puntos, recientemente reformados en octubre de 2013⁵:

- a. Hay algún factor que pueda afectar la habilidad del paciente para entender la audiencia y si el tribunal debe considerar algún ajuste para ayudar al paciente a entender el proceso legal.
- b. Detalles de todas las ofensas que el paciente pueda haber cometido.
- c. Historia psiquiátrica previa.
- d. Razones de dichas hospitalizaciones previas.
- e. Circunstancias que llevaron a la actual hospitalización forzosa.
- f. Si el paciente sufre en este momento de un desorden mental y cuál es el diagnóstico y los fundamentos de dicho diagnóstico.
- g. Si el paciente sufre de una discapacidad de aprendizaje y si dicha discapacidad está asociada con conducta anormalmente agresiva o irresponsable.
- h. Si el desorden mental es de una severidad o de una naturaleza que requiere la hospitalización involuntaria para evaluación y/o tratamiento médico.
- i. Detalles del tratamiento médico disponible y apropiado que haya sido prescrito, u ofrecido o planeado para el desorden mental del paciente.
- j. Las fortalezas y factores positivos del paciente.
- k. Un resumen del progreso del paciente en términos de su conducta, capacidad, y conciencia de enfermedad hasta la fecha.

- l. La comprensión que el paciente tiene de la medicación, la adherencia a ella, así como la disposición del paciente a aceptar en el futuro el tratamiento médico para el desorden mental.
- m. En el caso de un paciente que carezca de capacidad para consentir u objetar su detención o tratamiento, considerar si el uso de la Ley de Capacidad Mental (2005) sería más apropiada y menos restrictiva.
- n. Detalles de cualquier incidente en el que el paciente se ha dañado a sí mismo u otros, o haya amenazado con hacerlo, o haya dañado la propiedad, o haya amenazado con hacerlo.
- o. Si el tratamiento médico en el hospital está justificado en el interés de la salud o la seguridad del paciente o en el interés de la protección de otros.
- p. Si el paciente, en caso de ser dado de alta del hospital, actuaría de una manera peligrosa para sí o para otros.
- q. Si lo anterior es el caso, cómo dicho riesgo podría ser manejado en la comunidad, incluyendo el uso de cualquier condición legal o a través de la potestad de retornar el paciente al hospital.

La audiencia del tribunal de salud mental: evidencia y transparencia

La audiencia del tribunal de salud mental es presidida por el juez del panel. El panel, el clínico responsable, los testigos, el paciente y su abogado ocupan la sala de una manera preestablecida. El familiar más cercano al paciente y otros familiares o amigos pueden asistir a la audiencia con el permiso del panel. La audiencia dura generalmente hasta dos horas aunque en ocasiones puede ser más prolongado. Al comenzar, el juez describe los hallazgos del miembro médico del panel al entrevistar al paciente y revisar los registros médicos y de enfermería. Después, cada uno de los profesionales debe dar evidencia oral en un orden establecido. El clínico responsable es el primero de los profesionales en dar evidencia, siendo interrogado por los tres miembros del panel, seguidos por el abogado del paciente. Los otros profesionales son interro-

Tabla 3. Posibles decisiones de la audiencia del tribunal de salud mental

1	Término de la hospitalización involuntaria que lleva al alta inmediata. Sin embargo, algunos pacientes aceptan permanecer en el hospital voluntariamente; un paciente voluntario puede dejar el hospital en cualquier momento
2	Término de la hospitalización involuntaria pero diferida hasta una fecha determinada, generalmente menos de una semana, para permitir que el equipo tratante establezca un plan de cuidado comunitario para apoyar al paciente
3	Aplazamiento de la audiencia para obtener más información o porque ciertos informes o ciertas personas no estuvieron disponibles para declarar

gados en el mismo orden. El familiar más cercano al paciente puede también dar evidencia. Cuando toda la evidencia ha sido examinada los presentes deben dejar la sala para permitir al panel deliberar y tomar una decisión. Los testigos, el paciente y su abogado son invitados a retornar para escuchar el veredicto del tribunal. Dentro de cinco días todas las partes recibirán el fallo y las razones por escrito. Los posibles resultados de la Audiencia en el caso de pacientes bajo una Sección 3 son descritos en la Tabla 3.

La audiencia de los tribunales de salud mental es una experiencia interesante y positiva. Hay respeto y formalidad en el trato pero no hay una deferencia especial hacia los médicos o hacia los otros profesionales, y sus opiniones son cuestionadas de manera robusta por el abogado del paciente y por los miembros del panel quienes demandan evidencia factual, detallada y justa. El principio legal en operación en la audiencia es que el panel terminará toda hospitalización forzosa a menos de que se le haya dado suficiente evidencia escrita y oral que los lleve a decidir no ejercer dicha facultad. Es extremadamente importante señalar que toda la audiencia ocurre en la presencia del paciente quien escucha todo lo que los profesionales dicen sobre él o ella, incluyendo sus síntomas, los riesgos que él o ella suponen para sí mismo u otros, su falta de conciencia de enfermedad, y por cierto, su diagnóstico y tratamiento.

Conclusión

En el año previo a marzo de 2014 la ley de salud mental en Inglaterra fue usada para hospitalizar pacientes forzosamente en alrededor de 53.000 ocasiones (3, p. 6). Como se explicó más arriba, cada ocasión requirió que tres profesionales altamente calificados dedicasen varias horas de trabajo a determinar si un paciente debió ser detenido en hospital contra su voluntad. De la misma manera, al menos seis profesionales deben participar en el tribunal de salud mental, el que generalmente dura varias horas, incluyendo todo el trabajo previo y después de la audiencia. También, una cantidad significativa de trabajo administrativo

apoya todas estas y otras instancias de la ley de salud mental. Esto significa que, en Inglaterra, la sociedad haya democráticamente decidido destinar considerables recursos para proteger los derechos de sus ciudadanos en los momentos en que se encuentran altamente vulnerables debido a un problema de salud mental. Por otro lado, la ley de salud mental tiene también un indudable impacto positivo en la mantención de estándares clínicos de calidad, pues las acciones de los profesionales de salud mental son sometidas al escrutinio independiente por parte de otros profesionales de la salud mental, de abogados, y el poder judicial, todo en frente del paciente y de sus representantes legales.

Resumen

Introducción: Las personas afectadas de un episodio severo de enfermedad mental pueden encontrarse en un estado de alta vulnerabilidad, incluyendo el ser incapaces de protegerse. Durante estos episodios, dichas personas pueden también suponer un riesgo significativo para otros debido, por ejemplo, a una conducta errática u hostil. En este artículo se arguye que es durante estos períodos de crisis cuando se requiere de disposiciones legales explícitas que protejan los derechos, la dignidad, y la autonomía de dichas personas. **Métodos:** Se provee de un resumen de cómo funciona la Ley de Salud Mental en Inglaterra, con particular referencia a la hospitalización involuntaria así como al derecho de apelación que los pacientes tienen contra dicha hospitalización, la que es vista por el Tribunal de Salud Mental. **Resultados:** Se discuten los roles de los médicos, de los denominados Profesionales Aprobados de Salud Mental (AMHP) y del Familiar Más Cercano (Nearest Relative), así como el tipo de evidencia que todos los profesionales deben presentar ante el Tribunal de Salud Mental y cómo dicha evidencia es cuestionada en detalle tanto por el abogado del paciente como por los miembros del Tribunal de Salud Mental. **Conclusión:** Se discute la importancia del hecho de que la hospitalización involuntaria es sometida a una revisión legal independiente de la profesión médica. En particular, se hace referencia al efecto de dicho derecho de apelación en términos tanto de la protección de los derechos humanos de los pacientes así como de la mejoría de los estándares de la calidad de los servicios de psiquiatría.

Palabras clave: Ley de Salud Mental, hospitalización involuntaria, Tribunales de Salud Mental.

Referencias bibliográficas

1. Bahamondes A, Barrera A, Calderón J, Cordero M, Duque H. Mental Health Legislation in Chile. *International Psychiatry* 2014; 11: 88-90.
2. Puri BK, Brown RA, McKee HJ, Treasaden IH. (2005). *Mental Health Law. A Practical Guide*. Hodder Arnold, London.
3. Code of practice: Mental Health Act 1983 (2015), The Stationary Office, Great Britain: Department of Health.
4. Jones Richard. (2015). *Mental Health Act Manual*. 18th Edition, Sweet & Maxwell, Cornwall, England.
5. Tony Zigmond. (2014). *A Clinician's Brief Guide to the Mental Health Act (3rd Edition)*, RCPsych Publications, London.

Correspondencia:

Dr. Alvaro Barrera P.

Warneford Hospital, Warneford Lane, Oxford,
Reino Unido, OX3 7JX

Teléfono: 01865 901000

E-mail: Alvaro.Barrera@psych.ox.ac.uk