



EL TRATAMIENTO AMBULATORIO INVOLUNTARIO DE LOS ENFERMOS MENTALES. EL TRASFONDO DE UN PROLONGADO DEBATE

OUTPATIENT INVOLUNTARY TREATMENT FOR THE MENTALLY SICK. THE BACKGROUND OF A PROLONGED DEBATE

ONÉSIMO GONZÁLEZ ÁLVAREZ
onesimo@uhu.es
Hospital Juan Ramón Jiménez
Universidad de Huelva

RESUMEN

Llevamos tres años debatiendo la propuesta de modificación del artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (L.E.C.) con el objeto de autorizar expresamente tratamientos ambulatorios involuntarios de los enfermos mentales. A muchos nos parece una iniciativa innecesaria dado que los tratamientos involuntarios, para todo tipo de pacientes y en todo tipo de circunstancias están contemplados en las leyes vigentes (Convenio de Oviedo, Ley 41/02 de Autonomía, etc.). Se trata, en el fondo, de un nuevo intento de judicializar la asistencia psiquiátrica, expresión de las importantes resistencias sociales, institucionales y corporativas para reconocer la ciudadanía de los enfermos mentales y su plena equiparación a otras clases de enfermos, tal y como recogen las leyes en vigor en nuestro país, desde la promulgación de la Constitución de 1978.

ABSTRACT

We have already been three years debating the proposal of modification of the article 763 of the Law of Civil Judgement (L.E.C.) with the purpose of explicitly authorising involuntary outpatient treatments for psychiatric patients. To many of us, this seems an unnecessary initiative, given that the involuntary processing for all kinds of patients and in all kinds of circumstances are already contemplated in the laws in force (Covenant of Oviedo, Law 41/02 of Autonomy etc.). In fact, this is new attempt to transform psychiatric assistance into a judicial process, which is the expression of the important corporate, institutional, and social resistances to recognize the citizenship of the mentally sick and their full comparison to other kinds of patients, just as inforced by the current laws in our country, since the promulgation of the Constitution of 1978

PALABRAS CLAVE: Enfermedad mental. Tratamiento involuntario. Ciudadanía. Legislación no específica.

KEYWORDS: Mental Illness. Involuntary processing. Citizenship. Non-specific legislation



El Grupo Parlamentario de Convergencia y Unió, a instancias de la Confederación española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales (F.E.A.F.E.S.) ha propuesto modificar el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (L.E.C.) para permitir tratamientos ambulatorios involuntarios de los enfermos mentales. Tal iniciativa ha suscitado un debate, que ya ha cumplido su tercer año, manifestado tanto en sede parlamentaria (Comisión de Justicia e Interior del Congreso) como en foros verbales, escritos y electrónicos¹. Aunque la discusión ha perdido una parte de la agresividad de los primeros momentos y se adivinan acercamientos entre colectivos inicialmente muy enfrentados, la controversia continua y no parece fácil la resolución parlamentaria.

En un par de ocasiones ha sido solicitado mi parecer sobre la iniciativa que comentamos, y en otras lo he expresado sin que me lo pidieran². A mi entender la reforma es innecesaria dado que las intervenciones clínicas sin el consentimiento de los pacientes para todo tipo de pacientes, están contempladas en la Ley 41/2002 de 14 de noviembre “de Autonomía del paciente”, particularmente en su artículo 9. Dicha Ley desarrolla y precisa el Convenio de Oviedo, que posee el carácter de legislación interna en España desde enero de 2000. La suficiencia de la normativa vigente ha sido sostenida tanto por la Asociación Española de Neuropsiquiatría (A.E.N.) como por el Defensor del Pueblo Español, en su recomendación al Ministerio de Justicia de 11-11-05, quien se refiere expresamente al artículo 9 de la Ley 41/02 y al 6 del Convenio de Oviedo.

La legislación vigente en España incluye otras posibilidades de tratamiento no voluntario que, por una parte no son específicas para enfermos mentales, ya que pueden afectar a otros ciudadanos, y por otra cuentan con la máxima garantía, ya que se producen mediante sentencia, tras juicio, con intervención del interesado y/o de su defensa y representación así como tras el examen de pruebas y argumentos eventualmente contradictorios.

Se trata, en primer lugar, y en ámbito jurisdiccional civil, de la declaración de incapacidad. Las enfermedades o deficiencias físicas o psíquicas persistentes, de una determinada intensidad, pueden impedir a la persona gobernarse por sí misma. Iniciado el procedimiento y producida la sentencia esta deberá fijar los límites y la extensión de la incapacidad, así como quien haya de asistirle y velar por él, en aquellas específicas competencias en que haya sido declarado carente de aptitud (y no en otras) que puede limitarse o incluir el tratamiento médico u otras clases de cuidado sanitario.

¹ El debate parlamentario ha sido recogido tanto por Luis Fernando Barrios (2005) como por Vicente Magro Servet (2005). Diario Médico, a lo largo del mismo año ha publicado diversos reportajes, tribunas y noticias, recogiendo pronunciamientos individuales y colectivos, tanto del campo jurídico como del sanitario. El documento de la Asociación Española de Neuropsiquiatría se publicó en el nº 92 de la Revista y la Recomendación del Defensor del Pueblo Español al Ministerio de Justicia es del 11-11-05.

² El Presidente de la A.E.N. solicitó mi opinión en mayo de 2003 y se la di el 25 de junio de ese año. Formé parte de la Comisión de la A.E.N. que elaboró el documento referido en **1** y me he manifestado en un par de Tribunas de Diario Médico y en actividades científicas de la A.E.N.

En ámbito penal, entre los supuestos de exención o atenuación de responsabilidad criminal, junto a otros se incluyen las alteraciones o anomalías psíquicas que, al tiempo de cometer la infracción, impidan comprender su ilicitud o actuar conforme a dicha comprensión. Entre las medidas de seguridad que eventualmente pueda incluir la sentencia se encuentra la sumisión a tratamiento ambulatorio.

Las resistencias familiares, principalmente, impiden, dificultan o retrasan tanto la apertura de diligencias penales como el inicio de procesos de incapacitación. Más tarde volveremos sobre ello.

En fecha reciente, el Dr. J. M. Bertolote responsable de Trastornos Mentales y Cerebrales de la O.M.S. se refería públicamente³ al carácter avanzado... “el más avanzado” del marco legal español en lo que se refiere a los enfermos mentales. En efecto:

La promulgación de la Constitución significó el reconocimiento de la condición de ciudadanos de los enfermos mentales (artículos 14 y 49 principalmente), titulares de derechos y susceptibles de imputación de responsabilidades como el resto de las personas. Hasta entonces era posible la privación de libertad, por tiempo indefinido, sin ninguna clase de control judicial (internamientos del Decreto de 3 de julio de 1931). El enfermo mental estaba expresamente equiparado a los animales feroces o dañinos, en el Código Penal, el mismo Código que establecía medidas de seguridad desproporcionadas, sin límite y sin revisión.

El desarrollo legislativo posterior mantiene el principio no discriminatorio e integrador de la norma constitucional:

-La Ley 13/82 de Integración Social de los Minusválidos (L.I.S.M.I.) no discrimina a los enfermos mentales cuyo padecimiento suponga menoscabo persistente o permanente de sus capacidades y que dificulte o impida la integración educativa, laboral o social. Junto a los demás disminuídos, sean físicos o sensoriales, la ley propugna expresamente la integración de las medidas de promoción educativa, social, laboral o cultural en las instituciones de carácter general (artículo 6), siendo el último objetivo de la Ley, tal como fué expresado por D. Ramón Trías Fargas, quien presidió la Comisión Especial del Congreso para el estudio de los problemas de las minusválidos... “llegar a un punto en el que no hagan falta leyes especiales porque las personas afectadas están integradas en un plano de igualdad absoluta en la legislación general aplicable a todos los españoles”⁴.

³ Se trata de las declaraciones al diario *El País* del martes 8-noviembre-2005 (sección sociedad, p. 42) ...“España es el país más avanzado en materia de protección de los derechos del enfermo mental y así lo destaco en todas las conferencias que doy por el mundo”... “... “Otra cosa es su cumplimiento en la vida real”...

⁴ Sobre la gestación de la LISMI me ha parecido muy importante la información proporcionada por el profesor A. Vila, publicada en la Revista Médica Internacional sobre Síndrome de DOWN (2001) y que he citado sobre todo en “La atención que excluye”, publicado en el nº 4 del efimero “Rayo que no cesa” así como en el nº 38 de “Siso – Saude” (2003) y en el nº3 de “Portularia” (Universidad de Huelva, 2003).

-La Ley 14/86 General de Sanidad, en su artículo 20 establece la total equiparación de los enfermos mentales a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales, así como la plena integración de las atenciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general. Dicho artículo es el resumen o destilado del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica.

-La normativa sanitaria posterior insiste, y en ocasiones precisa y concreta la equiparación y la integración a que se refiere el artículo 20: La Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud (R.D. 63/1995) incluye la atención de la salud mental y la asistencia psiquiátrica, el diagnóstico, seguimiento clínico, psicofarmacoterapia, psicoterapias individuales, de grupo o familiar, y en su caso la hospitalización, como el resto de la asistencia especializada.

-La Ley 16/2003 de 28 de mayo de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud incluye expresamente la atención de salud mental en las prestaciones de atención primaria y de atención especializada, y le concierne tanto lo que se refiere a la atención sociosanitaria como de urgencia...“ que se dispensará tanto en centros sanitarios como fuera de ellos, incluyendo el domicilio del paciente, durante las 24 horas del día, mediante atención médica y de enfermería”...

-La Ley 41/02 “de Autonomía” se refiere a toda clase de pacientes. El artículo 9 enumera los supuestos en que los facultativos pueden llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables a favor de la salud de los pacientes, sin contar con su consentimiento. Se definen los supuestos de consentimiento por representación, la responsabilidad del médico encargado de la asistencia, el recurso a familiares y allegados y hay referencia expresa a la participación del paciente en la toma de decisiones, el modo y grados de tal participación a lo largo del proceso asistencial. Todo ello independientemente de que el tratamiento sea hospitalario, ambulatorio o domiciliario.

-En otros ámbitos legislativos se mantiene el principio no discriminatorio a que nos referimos: Las causas de incapacidad civil son las enfermedades y las deficiencias, físicas o psíquicas, persistentes, que impidan a la persona gobernarse por sí misma.

Lo mismo en el Código Penal: La exención y la atenuación de la responsabilidad criminal no están ligadas mecánicamente a diagnósticos clínicos o a procesos patológicos. Se trata de la situación del sujeto en el momento de cometer la infracción, y en que medida una anomalía o una alteración psíquica, un estado tóxico, un síndrome de abstinencia o un trastorno perceptivo congénito o adquirido en la primera infancia le impiden comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a dicha comprensión.

El mismo Código Penal (Ley orgánica 10/95 de 23 de noviembre) deroga la Ley de Peligrosidad Social y por ello acaba con la peligrosidad predelictual, es decir, con la inseguridad jurídica en que se encontraban los enfermos mentales y otros “vagos y maleantes” a los que estaban equiparados... Y acaba también con el carácter desproporcionado, sin límite y sin revisión que tenían las medidas de seguridad en la legislación penal precedente. Las dificultades y resisten-



cias sociales y corporativas para aceptar y asumir los cambios que ha traído el “Código Penal de la democracia” están en el origen de los repetidos intentos de judicializar la asistencia psiquiátrica, cuya última manifestación, por ahora, es la propuesta de modificación del artículo 763 de la L.E.C., que comentamos.

-La Ley Orgánica 2/1986 de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad (artículo 11.1b, artículo 53.1) contempla sus funciones de auxilio y protección a las personas y bienes y su cooperación cuando sean requeridos para ello, que puede ser motivada por un accidente de tráfico, un accidente cerebrovascular en la calle o una agitación psicótica. La normativa andaluza sobre atención a urgencias, traslados e ingresos psiquiátricos contempla este recurso, bajo el principio de que la urgencia de salud mental se equipara expresamente al resto de las urgencias sanitarias.

A diferencia de la mayoría de los países no existe en España una legislación específica para enfermos mentales, lo que no es fruto del azar, sino consecuencia del esfuerzo cooperativo de colectivos profesionales de la Psiquiatría y el Derecho convencidos de que su misma existencia supondría institucionalizar de diferencia, la separación, la discriminación, y por tanto favorables a una legislación común a la existente para el resto de los ciudadanos, para el común de los enfermos y, en su caso, para los discapacitados. En la Comisión que se constituyó en el Ministerio de Justicia en

1982 para estudiar la problemática del internamiento de los enfermos mentales y la sustitución del decreto de 1931 (inconstitucional porque permitía privaciones de libertad sin control judicial), se llegaron a manejar hasta siete borradores de Ley alternativos al decreto referido, imponiéndose al final la tesis de que el tratamiento de los enfermos mentales no debiera tener un abordaje específico, para evitar discriminaciones, remitiéndose a lo que estableciera la Ley General de Sanidad. En ese contexto, el internamiento no debe ser concebido mas que como medida de tratamiento o condición para el mismo, por ello, y en tanto se promulgaba la Ley General de Sanidad, y dada la existencia de internamientos (hospitalizaciones) involuntarios se introduce el artículo 211 en la nueva redacción del Título IX del Código Civil (Ley 13/83) que establece el control judicial en los casos de ingresos involuntarios⁵. Debe advertirse que, desde el primer momento, el papel del juez viene determinado por su condición de garante del derecho a la libertad del paciente que se ha ingresado o se quiere ingresar contra o sin su consentimiento, acreditando que hay motivo médico o clínico suficiente (o no) para la adopción de medida tan extrema como la privación de libertad. Aquí el juez no interviene para defender el orden social ni a los profesionales sanitarios.

Las modificaciones legislativas posteriores han mejorado el contenido del artículo (La Ley 1/96 sustituye “presuntos incapaces” por persona que no está en condiciones de decidirlo por sí, por razón de trastorno psíquico) y el 763 de la L.E.C. que lo sustituye es una norma muy garantista, debido al extenso y

⁵ Véase al respecto el Cuaderno Técnico nº 3 de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, que incluye en un disquete un amplio dossier documental (apartados 3.2 y 4.3).

prolongado debate que precedió a su aprobación, debate suscitado por la pretensión contenida en el 765 del proyecto legislativo (felizmente abortado) de responsabilizar a los jueces de las altas médicas⁶.

El carácter avanzado y garantista del 211 y del 763 que le sucedió queda eclipsado por su propia existencia, en primer lugar, y por su ubicación, fuera de las leyes sanitarias, en el Código Civil primero y en la L.E.C. después, junto a los procedimientos de incapacitación, siendo fuente de continua confusión así como “desbordamientos” y desnaturalización de la función judicial, hasta llegar a pervertirla.

En primer lugar la dificultad para respetar la diferencia entre la competencia facultativa, médica, de indicar y ordenar las hospitalizaciones, y la judicial de autorización o aprobación de la misma. Algunos jueces siguen dictando autos ordenando ingresos hospitalarios civiles, reaccionando a veces de modo violento o amenazador cuando se les trata de hacer ver su falta de indicación o contraindicación clínica.

Otras veces es el personal sanitario quien trata de eludir su responsabilidad en la indicación o la orden de ingreso, contra la voluntad del paciente, tratando de refugiarse en la autoridad del juez.

Con la primitiva redacción del 211, y su ubicación, era frecuente la confusión entre dos instituciones jurídicas diferentes, aunque próximas, como son la autorización de ingreso involuntario y la incapacitación civil.

Lo más frecuente, sin embargo es el recurso al juez civil, por parte de familiares o allegados del paciente, en materia que son de ámbito penal, por rechazo expreso de las familias da utilizar esa vía...” cómo voy a denunciar a mi hijo“...

A mi modo de ver, el artículo 211 del Código Civil debió ser derogado tras la promulgación de la Ley General de Sanidad, cuyo artículo 10 incluía los supuestos de intervención médica no consentida.

En estos momentos el artículo 9 de la Ley 41/02 hace innecesario el 763 de la L.E.C., que debe desaparecer del lugar que ocupa, sin que se pierdan sus elementos garantistas. De hecho, la Ley orgánica 3/86 de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública contempla intervenciones facultativas sin contar con el consentimiento del paciente integradas en el art. 9.2 a de la Ley 41/02 y cuyo control judicial, por cierto, corresponde a la Jurisdicción contencioso – administrativa (Disposición final décimocuarta de la L.E.C.).

Desconozco si desde el punto de vista de la técnica jurídica cabe una integración del 763 de la L.E.C. en el 9 de la 41/02, como se ha hecho con la ley 3/86, o si sería más razonable ir a una Ley de intervenciones médicas no consentidas que incluya todos los supuestos, como hace años viene proponiendo el fiscal de la Audiencia de Córdoba D. Fernando Santos Urbaneja.

En otros países⁷, en la mayoría, existen normas específicas, solo para enfermos mentales.

⁶ El amplio debate que suscitó dicha iniciativa legislativa está muy bien resumido en el artículo editorial (de Carlos Dueñas) del nº 72 de la Revista de la A.E.N.

⁷ En el artículo del prof. Luis F. Barrios antes citado (2005) hay una exhaustiva revisión de la legislación internacional, que también está referida en la monografía de la O.M.S. de 2003 “Legislación sobre salud mental y derechos humanos”.



ONÉSIMO GONZÁLEZ ÁLVAREZ

Las normas europeas que se citan en la polémica sobre tratamiento ambulatorio involuntario (Francia, Alemania, Portugal...) hablan de “salidas de ensayo”, “suspensión condicionada del internamiento”, “tratamiento posthospitalario”... es decir, lo propio del enfermo mental es estar encerrado, el supuesto es el internamiento.... La repetidamente citada Ley Kendra es una norma específica dentro de una Ley específica (sección 9.60 de la Ley de Higiene Mental).

El desasosiego que nos produce la generalización de legislaciones específicas aumenta sobremanera al considerar algunas realidades asistenciales y formas de relación entre justicia y ley presentes en el mundo supuestamente democrático y desarrollado, como el “abuso psiquiátrico por motivos económicos de Japón”, el caos del hospital psiquiátrico británico de Ashworth, supuesto centro de seguridad para delincuentes peligrosos, o la reciente resolución de un tribunal en U.S.A. que ordena tratar a un enfermo psicótico, condenado a muerte, para poder ejecutarlo⁸.

Tales normas y prácticas están muy alejadas de las atinadísimas reflexiones de Rodrigo Bercovitz ...”El enfermo mental es en primer lugar un ciudadano, en segundo lugar un ciudadano enfermo y en tercer lugar un ciudadano afectado por un tipo de enfermedad peculiar”. Es decir, sujeto de derechos por su condición de persona, anterior a la de enfermo, a quien también le corresponden obligaciones, como muy bien precisa J. Fernández Entralgo ...”Los conflictos jurídicos que pueden surgir en torno a una persona aquejada de enfermedad mental han de resolverse partiendo de que es un ser humano, titular de derechos y, en mayor o menor medida, centro de imputación de responsabilidades”.

Este tipo de consideraciones, que resumen y precisan el “espíritu” de la legislación vigente en España están muy lejos de reflejar la consideración social dominante sobre la locura, que sigue siendo percibida como peligro o amenaza sobre cualquier otra valoración, provocando la respuesta del encierro como principal mecanismo de defensa social, a la vez que forma de muerte simbólica, en un vano intento de negar, acotar o exorcizar el mal que el loco expresa y representa, loco que sigue siendo percibido peligroso, irresponsable e incapaz. Los avances contenidos en las leyes tardan en impregnar el tejido social y modifican muy lentamente la realidad, que persiste miserable y violenta. Intereses y actitudes de diversos colectivos sociales se interponen entre norma y realidad, obrando como potentes resistencias que impiden el acercamiento entre una y otra.

⁸ El abuso japonés está señalado en el capítulo relativo a “mal uso y abuso de la psiquiatría, visión general”, del Manual de Ética y Psiquiatría de Bloch, Chodof y Green. La frase entrecorrida es de Harding. El caos de Ashworth se describe en la contraportada del diario *El País* del miércoles 13 de enero de 1999, el mismo diario que el 12 de febrero de 2003 recoge la decisión de un tribunal federal de apelaciones de St Louis (Misuri) que ordena a los responsables penitenciarios de Arkansas “administrarle por fuerza una medicación que le devuelva cordura suficiente para ser ejecutado”.

Por ejemplo: veinte años después de promulgada la Constitución y dos años después de aprobado el “Código Penal de la Democracia”, un estudioso y conocedor riguroso de estos asuntos, Julián Espinosa Iborra, podía decir que... “hasta hoy mismo, la mayor parte de las sentencias que he visto hacían una correlación automática enfermo – esquizofrénico – peligroso – inimputable, aunque el delito nada tuviera que ver con la enfermedad”. El enfermo mental, pues, al contrario de lo que dice Bercovitz, es antes que nada loco, todo él loco, solo loco, condición que invade y anula las anteriores de ciudadano y enfermo.

Estas resistencias corporativas del campo jurídico se acomodan muy bien con las de los profesionales de la Psiquiatría, en su reivindicación de instituciones, servicios y recursos específicos, solo para enfermos mentales, distintos y separados⁹, o en su rechazo a la responsabilidad que les concierne en el establecimiento de límites y contención de las conductas psicóticas.

Las familias (“las madres”) en su negativa al recurso penal, en multitud de ocasiones sobradamente justificado y necesario, y en las actitudes mantenedoras de la relación fusional cuya permanencia, precisamente, impide el acceso a la ciudadanía de los pacientes, atrapados en ese vínculo excluyente¹⁰.

La judicialización de la asistencia psiquiátrica responde a esos intereses y actitudes, y ha tenido dos manifestaciones resonantes en los últimos años, como son la propuesta de T.A.I. que inicia el debate que comentamos y el artículo 765 del Proyecto de L.E.C. que, felizmente rechazado trasladaba al juez civil la tarea de dar altas médicas.

En una y otra propuesta, además, subyace una concepción reduccionista de la enfermedad mental, impregnada del paradigma biológico mecanicista imperante, “la pseudopsicopatología psicofarmacológica” o “clínica del medicamento”¹¹, para quien tratamiento se reduce a la prescripción de psicofármacos, y más concretamente a la inyección periódica de neurolépticos de depósito. Olvidan que tratar tiene que ver con trato y que trato es intercambio. En demasiadas ocasiones el paciente mejora al hospitalizarse al reducir o suspender la medicación que tenía prescrita, medicación que trata, vanamente, de suplir carencias sociales, aliviar la consecuencia de relaciones asfixiantes o la falta de referencias y límites de un medio desestructurado .

⁹ Tanto en U.S.A. en los 60, como en Italia en los 70 está documentado (Gerald Caplan y Mario Tommasini respectivamente) la resistencia de los psiquiatras a los programas de tratamiento comunitario de los legisladores y políticos, y su tendencia a mantener tratamientos institucionales. Los responsables técnicos de la Reforma Andaluza, hasta 1989 mantuvieron el “no rotundo a la respuesta unívoca y al centro monovalente” y la “decidida obstrucción a cualquier intento de hacer perdurar o crear instituciones monovalentes compuestas por pacientes psiquiátricos y sus terapeutas”, aunque pocos años después (1993) ellos mismos impulsaron una Fundación solo para enfermos mentales

¹⁰ Lo dice muy bien Eugenio Trias (2001) ...”El imperativo cívico exige la prescripción de la exogamia, y la tabuización del ensueño psicótico de mantenerse encerrado en el nido matricial, o en unión especular con la propia madre”.

¹¹ Los términos “pseudopsicopatología psicofarmacológica” y “clínica del medicamento” los he tomado de Fuentenebro de Diego (1994) y Maleval (1994) respectivamente.

El acto médico, reducido a intervención física o química sobre el cuerpo, repetido al infinito, como perversión consoladora que bloquea las posibilidades de intervención global social y sanitaria¹².

BIBLIOGRAFÍA

- BARRIOS L. (2005): *El tratamiento ambulatorio involuntario: perspectiva jurídica*. Psiquiatría Legal.
- BERCOVITZ y RODRÍGUEZ -CANO, R. (1976): *La marginación de los locos y el Derecho*. Taurus, Madrid.
- (1980): "Psiquiatría y Derecho". En GONZÁLEZ DE RIVERA, VELA Y ARANA. *Manual de Psiquiatría*. Karpos, Madrid.
- BLOCH S., CHODOF H.P. y GREEN S.A. (2001): *La Ética en Psiquiatría*. Triacastela. Madrid (traducción de la 3ª edición inglesa, de 1999, Oxford University Press).
- CAPLAN, G. (1980): *Principios de Psiquiatría Preventiva*. Paidós, Buenos Aires.
- DEFENSOR DEL PUEBLO ESPAÑOL (2005): *Recomendación al Ministerio de Justicia*. Expediente: 00411621.
- DIEZ FERNÁNDEZ, M. A. (2004): "Documento A.E.N. sobre la propuesta de regulación del tratamiento ambulatorio involuntario de las personas con trastornos psíquicos". *Revista Asociación. Española Neuropsiquiatría XXIII-92*, 177-185.
- DUEÑAS, C(1999): "Acerca de la propuesta legislativa para modificar los internamientos psiquiátricos no voluntarios" (Editorial). En *Revista Asociación. Española Neuropsiquiatría XIX- 72*, 567-570.
- ESPINOSA IBORRA, J. (1997): "El tratamiento del enfermo mental en el nuevo Código". *Revista Asociación. Española Neuropsiquiatría. XVII- 64*, 607-625.
- FERNÁNDEZ ENTRALGO, J. (1996): Prólogo. En CARRASCO J.J. y MAZA J.M. *Manual de Psiquiatría Legal y forense*. La Ley actualidad, Madrid.
- FUENTENEbro D. (1994): "De las variaciones de la melancolía al concepto de dilución en psicopatología descriptiva". *Psiquiatría Pública 6-3*, 125-131.
- GONZÁLEZ O. (2000): "La A.E.N. y la situación jurídica de los enfermos mentales". En *Cuadernos Técnicos nº 3* A.E.N. Madrid.
- (2003): "La atención que excluye". En *Siso –Saude 38*, 77-90.
- (2005a): *Psiquiatría y Ley de Autonomía*. En *Tribuna de Diario Médico*, 4-III-05.
- (2005b): "Acerca del tratamiento ambulatorio involuntario de los enfermos mentales". En *Diario Médico*. 1-XII-05.
- GRAMSCI, A (1974): *Antología*. Selección, traducción y notas de M. Sacristán Siglo XXI, Madrid.
- JERVIS G. (1977): *Manual crítico de Psiquiatría*. Anagrama, Barcelona.

¹² La reflexión es de G. Jervis (1977) aunque tiempo atrás, en 1933, en la posdata de una carta a Tatiana Schucht lo expresaba muy bien Antonio Gramsci: "tomarse una medicina y someterse a un tratamiento cuando siguen subsistiendo las condiciones que determinan la enfermedad es una burla"...

- MALEVAL J. C. (1994): "Como desembarazarse de la histeria o la histeria en el siglo XX". *Revista Asociación Española Neuropsiquiatría XIV*– 49, 269-290.
- MAGRO SERVET V. (2005): "Sobre la reforma de la L.E. C. para regular los tratamientos no voluntarios de personas con trastornos psíquicos". En *Diario La Ley nº 6260*, 25-V-05.
- O.M.S. (2003): *Legislación sobre Salud Mental y derechos humanos*. Ginebra.
- TORRES F., LARA L., LÓPEZ M. (1989): "Nuevas perspectivas en Salud Mental Comunitaria: La Reforma Andaluza". Libro de Ponencias. Simposio Regional. W.P.A. Granada 74-81.
- TRÍAS , E (2001): *Pensar en público*. Destino, . Barcelona; 199-202.
- VILA, A. (2001): "Los derechos sociales de las personas con discapacidad". *Revista Médica Internacional sobre el Síndrome de Down*, 5-2 , 27-31.