

¿Tiene sentido la incapacitación de los enfermos mentales?

Aportación al curso: «La respuesta judicial ante la enfermedad mental». Consejo General del poder judicial. Servicio de formación continua, Madrid, 26, 27 y 28 abril, 2006.

1. En primer lugar deseo manifestar que me he sentido muy honrado al recibir la invitación para intervenir en el Curso, lo que agradezco vivamente a los organizadores.

2. En segundo lugar, daré unos apuntes sobre el punto de vista o perspectiva en el que hay que situar mi intervención, contextualización necesaria, como mínimo conveniente, para su mejor entendimiento.

2.1. Por una parte ofrezco mi experiencia profesional que se ha circunscrito con exclusividad al ámbito de la asistencia sanitaria pública, iniciada hace más de treinta y cinco años y que incluye manicomios tradicionales, experiencias de transformación institucional, atención a familias e instituciones en la comunidad, urgencias psiquiátricas y, en los últimos años, unidad de agudos de un hospital general. Todo ello supone un sesgo en la población atendida, el relativo a su extracción social y económica. La actividad docente, como profesor asociado a tiempo parcial, está vinculada íntimamente a la experiencia asistencial.

2.2. Por otra parte el contacto frecuente, creciente, con instituciones y asociaciones del campo jurídico, y con jueces y fiscales a título individual: informes y testimonios periciales, visitas regulares de la comisión judicial para el examen de los ingresos involuntarios urgentes y, sobre todo, desde los últimos años de la década de los setenta, encuentros regulares entre la Asociación Española de Neuropsiquiatría (A.E.N.) y colectivos de jueces y fiscales, representantes de instituciones jurídicas o fiscales y magistrados a título individual. Estos contactos, a muchos de nosotros, nos han marcado profundamente, no sólo en el plano profesional (1).

3. Sobre el modo de confluir entre Psiquiatría y Ley que he percibido a lo largo de la referida experiencia me parece oportuno apuntar algunos rasgos que tienen que ver con el contenido de mi intervención.

3.1. Por una parte concierne a las dos disciplinas «la continua divergencia entre las creencias aprobadas... la sabiduría convencional... y la realidad» (2).

3.2. Esta divergencia en el plano ideológico (científico o doctrinal) es más acusada en la práctica institucional. Las instituciones, probablemente todas, hacen cosas distintas a lo que son sus objetivos formales. Muchas veces hacen exactamente lo contrario. Los conceptos de hospitalismo, neurosis institucional, psicosis de prisión, o síndrome de derrumbamiento o colapso social son las denominacio-

nes dadas por la observación clínica a las consecuencias de la permanencia en instituciones totales del tipo de hospitales psiquiátricos, orfanatos, cárceles o asilos (3). Iván Illich llama contraproductividad o productividad paradójica a éste hacer lo contrario de las instituciones, iatrogenia en el caso de las sanitarias, donde distingue iatrogénesis clínica, social y cultural o fundamental, y muestra la misma paradoja en otros ámbitos, como el educativo (4).

3.3. La Psiquiatría ha sido presentada como el abrazo mortal entre Medicina y Justicia (5) y, efectivamente, tal ha sido (y sigue siendo) la consecuencia para alguno de los sujetos atrapados en esa confluencia. El diario *El País* de 12 de febrero de 2003, daba cuenta de la orden de un tribunal norteamericano para que se medicara a un reo psicótico, condenado por asesinato, para devolverle la cordura suficiente que permitiera ejecutarle. Más recientemente (8 de febrero de 2005) el mismo diario, con el título de «pena de muerte por mejorar» informa de un preso deficiente mental que puede ser ejecutado por aumentar su inteligencia.

«Entre enero de 1940 y septiembre de 1942, en la Alemania nazi, 70.723 pacientes fueron asfixiados con gas... La selección se hizo a partir de listas de individuos 'cuyas vidas no valían la pena ser vividas', reclutados por nueve eminentes profesores de psiquiatría y treinta y nueve doctores del más alto prestigio» (6) que, además, cobraron por ello. Desconozco el papel de las instituciones jurídicas en dicha «limpieza» pero, como mínimo, no se opusieron.

En mi experiencia personal las unidades de judiciales de los hospitales psiquiátricos y los hospitales psiquiátricos penitenciarios, donde estaban los pacientes por orden del juez (bien internamientos del decreto de 1931, o del Código Penal anterior a la reforma de 1983, medida de seguridad desproporcionada, sin revisión y sin límite, etc.) eran máquinas destructivas de la integridad física y moral de los internos que, aparte carencias materiales y de atención sanitaria, podían llegar al encadenamiento permanente (7).

3.4. Existen, por el contrario, formas de confluencia entre Psiquiatría y Ley de efectos benéficos, liberadores para los sujetos implicados de lo que, en primer lugar, hay que señalar el trabajo de algunas sedes judiciales, con profesionales motivados, pacientes y que logran el concurso de médicos y personal de los servicios sociales siendo, habitualmente, un miembro de la carrera fiscal el activador y catalizador de la actividad.

En un plano histórico, en épocas de crisis y transformación social (Revolución Francesa, revoluciones europeas de mitad del siglo XIX, final de la II Guerra Mundial con la Declaración Universal de Derechos Humanos) se han producido cambios legislativos e institucionales liberadores, como los habidos en nuestro país en los primeros años de la transición.

3.5. En este momento, sin embargo, la relación entre Psiquiatría y Ley, sin superar la ambigüedad de sus efectos lesivos/liberadores, según qué circunstancias y qué sujetos, está dominada por la medicalización galopante a la que más tarde aludiremos que consigue, a veces mediante sentencia, llamar enfermedad a la preocupación, la tristeza, la timidez, la violencia, el odio, la falta de previsión, la inestabilidad o las dificultades familiares, escolares y laborales, etc.

4. La pregunta que me piden contestar ¿tiene sentido la incapacitación de los enfermos mentales? no me cabe duda que ha sido dictada por D. Fernando Santos Urbaneja, por lo que me siento autorizado para utilizar sus categorías de causa y motivo de la incapacitación (8).

4.1. La primera dificultad con que nos encontramos es el concepto mismo de enfermedad mental. Ni la Psicopatología como supuesta ciencia ni la Psiquiatría como práctica profesional tienen definido ni delimitado su objeto que, en nuestros días, además, se extiende y se expande de modo incontenible. Los intereses industriales, mercantiles y corporativos convierten los problemas normales de la existencia en problemas médicos, medicalizan la vida (9), lo que concierne a la totalidad de la medicina pero, especialmente, a la Psiquiatría, y que ha sido analizado en multitud de contextos, como mínimo desde Durkheim (*La división del trabajo social* es de 1893). El delito pasa a ser considerado vicio o pecado y más tarde enfermedad, cambiando simultáneamente la institución encargada del control social (ejército, fuerza pública, iglesia, sistema sanitario). Se protege el orden existente, entre otras maneras, tratando de etiquetar y acotar «el mal».

A la vez, en nuestra sociedad, la enfermedad es un recurso (Laín Entralgo), depara beneficios y ventajas (Freud) y el rol social de enfermo (Parsons) está definido por la pasividad, la dependencia y la desresponsabilización.

«La omnipresencia del sistema jurídico en los países occidentales favorece la materialización de ese ser pasivo que juega a la víctima»; «La victimización es el recurso del que, presa del miedo, se convierte en objeto de compasión en vez de afrontar lo que le atemoriza»; «el individualismo que consiste en tratar de escapar de las consecuencias de los propios actos, ese intento de gozar de los beneficios de la libertad sin sufrir ninguno de sus inconvenientes» (10).

La falsa solución individual y consoladora desactiva socialmente, dificulta la posibilidad de respuestas solidarias, colectivas a los problemas sociales, y beneficia tanto a la industria como a los profesionales de la psiquiatría, la psicología y otras disciplinas relacionadas.

La marea de reconocimiento como enfermedad de todo tipo de malestar o conflicto personal, laboral o familiar tiene el soporte referido y lleva camino de anegarnos.

4.2. Además de contribuir a la ampliación incontenible del objeto de la disciplina, la Psiquiatría Académica, está caracterizada en este momento histórico por

un reduccionismo biológico-mecanicista, mimetizando la medicina clínica de orientación individual y corporal, empeñada en definir y delimitar entidades nosológicas, enfermedades, en el complejo mundo de los trastornos psicológicos y de la conducta, empeño categorial impuesto por las compañías de seguros y la industria farmacéutica. El malestar psicológico, la complejidad y unidad sustancial de la psicopatología deben ser expresados con criterios diagnósticos y evolutivos definidos ya que, de otro modo, no es posible el pago del acto médico ni el convenio de la aseguradora con la institución que presta servicios (en países con sistema de aseguramiento privado y múltiple, como los EE.UU.). Por otro lado, desde los primeros años de la década de los sesenta, y después de la conmoción producida por la manifestación de los efectos de la talidomida, entre las normas que dicta la F.D.A. americana se incluye la autorización de remedios específicos sólo para enfermedades específicas. «La industria tuvo que crear las enfermedades que necesitaba para hacer aprobar sus productos» (11).

La especificidad de los síndromes y evolución respecto a las causas (reales o hipotéticas) y lesiones subyacentes, así como la especificidad de los remedios para las supuestas enfermedades son imposiciones doctrinales de las fuerzas económicas y contradicen tanto la evidencia clínica como los hallazgos de la reflexión psicopatológica. Asclepiades de Bithinia (80 a. de C.) ya señaló el hecho de la transformación de una forma de locura en otra; y, Kraepelin, supuesto paradigma de las ordenaciones categoriales y modelo de los clasificadores americanos señala en 1920: «Los hechos desconcertantes de que por una parte se repitan los mismos trastornos en enfermedades distintas y que los cuadros clínicos, en el curso del mismo padecimiento, pueden estar sometidos a múltiples variaciones» (12).

En realidad, el supuesto dimensional en la ordenación de los trastornos psíquicos y la inespecificidad han dominado el pensamiento psicopatológico europeo. Recuérdese la clasificación francesa, las aportaciones de la Escuela de Heidelberg, el propio Jaspers o Kretshmer, por no citar a Llopis, Büsow, Menninger y demás postulantes de la Psicosis Única.

4.3. El empeño doctrinal en definir y ordenar categorías como si fuesen verdaderas enfermedades, y su continua remisión al cuerpo, al daño o lesión, que si no se conoce ya se descubrirá, y la compulsiva utilización de escalas, que impiden atender otra cosa que no sea el aquí y ahora del paciente, ignoran y tratan de impedir los dos aspectos fundamentales del trabajo clínico psiquiátrico:

4.3.1. Por una parte, el esclarecimiento de las áreas de la vida mental del paciente perturbadas, el grado de dicha perturbación, y la evaluación de la parte no afectada, «sana». En palabras de don Carlos Castilla del Pino... (13): «La pregunta, pues, que el psiquiatra de hoy debe hacerse ante un paciente está muy lejos de la simple calificación de sujeto psicótico a todo aquél que presenta manifesta-

ciones psicóticas de la índole que sean... Hay que dilucidar en qué aspectos de su mundo mental el sujeto se comporta como psicótico y en cuáles no, y cuánto hay además de psicótico y cuánto de no psicótico».

Esta observación de don Carlos me parece de la mayor importancia tanto teórica como práctica, y remite a una parte de la reflexión de Hegel sobre Pinel (14). «La locura no es una pérdida abstracta de la razón, ni en lo que respecta a la inteligencia ni en lo que respecta a la voluntad y a su responsabilidad, sino un simple desorden del espíritu, una contradicción de la razón que sigue existiendo».

4.3.2. El segundo aspecto fundamental del trabajo clínico psiquiátrico tiene que ver con la interpretación del significado (de los significados) del síntoma, lo que nos remite al contexto: «el... contexto... inseparablemente unido al significado. Todo comportamiento verbal y no verbal toma su significado del contexto en el cual tiene lugar. Un comportamiento humano permanece inexplicable... hasta que no sea observado en el interior del conjunto de situaciones, de relaciones, de acciones y reacciones que constituyen su matriz... no sólo en el interior de la familia, sino también entre la familia y el vecindario, la escuela, el ambiente de trabajo; los diferentes grupos étnicos y culturales, etc» (15).

5. Lo referido en 4.3. pone de manifiesto la identidad (y la complejidad) de las tareas clínica y jurídica. La cita del profesor Castilla puede aplicarse a la graduación de la incapacidad que impone el artículo 760 de la L.E.C. (La sentencia que declare la incapacitación determinará la extensión y los límites de ésta). Como dice la fiscal doña Aurora López Sánchez-Vizcaíno (16), lo único que se persigue es constatar las carencias que efectivamente tiene esa persona, articulando los mecanismos legalmente previstos para suplir o completar esa falta de capacidad únicamente en aquellos ámbitos afectados, para que así el declarado incapaz pueda ejercitar sus derechos (de los que seguirá siendo titular, en condiciones de igualdad respecto a los demás ciudadanos). Pero ha de ponerse especial énfasis en que aquellos ámbitos que no se encuentren afectados por la enfermedad o deficiencia padecida habrán de dejarse intactos.

Por otra parte, la contextualización está continuamente presente en el Derecho, desde el artículo 3 del Código Civil al Código Penal «de acto», el enjuiciamiento criminal que, según nos refería hace muchos años el fiscal Jesús Vicente Chamorro, imponía «hablar con los vecinos», y en el proceso de incapacitación, cuyo artículo 759 obliga, entre otras cosas, a oír a los parientes más próximos.

Como dice el fiscal don Fernando Santos Urbaneja (17), «debemos analizar a la persona concreta en sus circunstancias particulares porque la incapacidad civil es algo más que un diagnóstico, es fundamentalmente un concepto individual y circunstancial». Y precisa doña Aurora López: «Se hace preciso... analizar con sumo cuidado y exquisitez las particulares circunstancias de toda índole que rodean a la

persona sometida (al procedimiento de incapacidad) medio rural o urbano en que habita, existencia o no de personas que atiendan, instrucción con que cuenta, que sea o no titular de un importante patrimonio... en definitiva, determinar qué necesidades reales tiene dicha persona, y en qué parcelas de su vida precisa, en su caso, de ayuda» (18). De este análisis se puede deducir lo que don Fernando Santos califica como motivo de la incapacitación, el beneficio e interés de la persona que se pretende incapacitar, el incremento de su protección. Hace muchos años que el Dr. R. Willie, del Instituto de Psiquiatría de Londres, nos recordaba cómo el tratamiento es sólo una variable de un muy complejo campo de fuerzas. «Debemos examinar cómo la gente actúa por sí misma, cómo utiliza a sus amigos, a sus familias, cómo se entrelaza la vida del individuo con los hechos fortuitos y con los acontecimientos de la vida, y analizar entonces el tratamiento en ese contexto». De nuevo la identidad de las tareas clínica y jurídica, ya que en vez de tratamiento podría decirse intervención judicial, con toda legitimidad..., teniendo en cuenta, además, que la evolución de la incapacidad es relativamente independiente de la evolución psicopatológica, y se relaciona más con las circunstancias del entorno (19).

6. De todo lo anterior puede deducirse, pues, que, como opinan otros profesionales del Derecho y de la Psiquiatría, deben agotarse los mecanismos previos o alternativos a la incapacitación como los que ofrece el artículo 762 de la L.E.C. o el 158 del C.C. En su caso debe reconocerse la Guarda de Hecho cuando sea evidente su carácter protector y respetuoso con el presunto incapaz. Si se abre el procedimiento y se dicta sentencia es preferible la curatela a la tutela, en la medida que el tutor sustituye y el curador asiste y completa (20).

7. Desde mi experiencia personal me parece oportuno señalar alguno de los problemas que insisten y persisten, de solución difícil, compleja, a veces insolubles y que, seguramente, tienen que ver con asuntos de fondo, de naturaleza social y económica.

En 1994, en el Coloquio sobre Responsabilidad y Protección en Salud Mental en el Ámbito Europeo celebrado en Madrid, me referí a estos asuntos, citándolos (21).

7.1. Tutela y Registro de la Propiedad: don José María Segura Zurbano, notario, dice que «La tutela ha tenido siempre una relación clarísima con el Registro de la Propiedad: existen tutelas formalmente constituidas cuando el incapaz debe realizar algún acto jurídico que ha de inscribirse en el Registro de la Propiedad» (22). Esta observación recuerda lo que decía R. Bercovitz en 1980: «La incapacitación y la tutela no son, pues, sino una vía de emergencia de recuperación de un patrimonio para la sociedad, normalmente a través de la familia del enfermo titular del mismo. Este patrimonio es el que interesa a la sociedad y no la situación personal del enfermo mental» (23).

El cambio de tutela de familia a tutela de autoridad producido en 1983, así como la promulgación de la L.E.C. ofrecen elementos protectores, garantistas, pero el carácter voluntarista de las leyes hace muy difícil remover las situaciones del fondo (antes era imposible).

Las dificultades para encontrar personas físicas o jurídicas que asuman la tutela de personas carentes de recursos contrasta con la celeridad e incluso la competencia entre personas e instituciones para tutelar a incapacitados con propiedades, dinero o rentas.

Entre los años 1983 y 2000 en que los procedimientos de incapacitación y tutela estaban separados, algún enfermo grave, incapacitado, rechazado por su familia y sin tutor, llegó a tener centenares de miles de pesetas en la cuenta donde le ingresaban la pensión no contributiva, cuenta que él no podía tocar, ni nadie por él.

Ahora mismo, instituciones tutelares «sin ánimo de lucro», algunas con nombre piadoso, comparecen en los procedimientos y se ofrecen cuando el presunto incapaz es titular, como mínimo, de pensión contributiva, piso, casa, huerta o solar. Como cuenta sólo con la pensión no contributiva no se toman la molestia.

En este contexto se entiende el recordatorio hecho por la Fiscalía General de Estado en abril de 1998 sobre la posibilidad de obligar a la asunción de tutela a la Administración entre cuyas competencias se incluye la atención al incapacitado o al presunto incapaz. Conozco algunas resoluciones judiciales que han impuesto dicha función, con desigual fortuna para la vida de los incapacitados. Personalmente creo que se debiera ampliar el automatismo con que los Servicios de Atención al Menor se hacen cargo de los declarados en situación de riesgo o desamparados.

7.2. La tutela de autoridad judicial, el aumento de medios materiales y de personal así como la especialización de los juzgados obran en el sentido de mejorar las garantías y asegurar el respeto a los derechos de los incapacitados. De especial importancia resulta, a mi entender, el imperativo procesal de oralidad y presencia que obliga al juez civil, en muchas ocasiones, a entrar en el domicilio familiar del presunto incapaz o en la institución donde reside o se trata (obligación que, por cierto, no ha llegado aún a todos los psiquiatras).

Sin embargo, el objetivo garantista resulta una tarea interminable, para lo que es necesario el concurso de otros profesionales y de otras instituciones.

7.2.1. La violencia que puede llegar a esconder la intimidad de la familia es sobrecogedora. Aireada la de género, comienza a salir a la luz la ejercida sobre niños o ancianos, incapacitados o no. Otras veces la dificultad radica en la objetivación de quejas y denuncias de abuso sexual, a veces expresión de la fantasía, el deseo insatisfecho o el despecho, o las quejas de los ancianos por mal trato o robo de sus pertenencias que atribuyen a sus familiares más cercanos, y que expresan

con gran emotividad, y son, a veces, reacciones paranoides a cambios forzados en la situación vital o fenómenos deliroides y delirantes que preceden y acompañan algunas demencias.

7.2.2. Y la vida cotidiana en las instituciones custodiales, públicas y privadas, con y sin ánimo de lucro, con o sin «fraude de etiqueta», etc. (21). Lo que ocurre en su interior celosamente guardado por los muros cerraduras y candados, así como por los intereses de la titularidad y el corporativismo del personal, etc.

Un solo dato, mientras que en España se procede a la contención mecánica de movimientos, diariamente, un 27% de personas mayores dependientes viven en residencias; en Dinamarca, 2,2%; 17,1%, en Francia; 16,5%, en EE.UU.; 8,5%, en Islandia (25).

Interminable, pues, o al menos prolongada y fatigosa es la tarea de conseguir que tales instituciones sean abiertas y públicas «para todos, en todas sus actividades y funciones» (26).

Huelva, 14 de abril de 2006

BIBLIOGRAFÍA

(1) En el *Cuaderno Técnico*, n.º 3 de la A.E.N. se da cuenta de la mayoría de dichos encuentros, hasta el año 2.000. Incluye un disquete con textos que considero de gran interés.

(2) La parte de texto entrecomillado la he tomado de GALBRAITH, J. K., *La economía del fraude inocente*, Barcelona, Crítica, 2004. Referido por el autor a la economía y a la política, me parece perfectamente aplicable a la Psiquiatría y a la Ley.

(3) Las denominaciones citadas son de clínicos como Spitz, Barton, Myerson, Martín, Bettelheim o Gruemberg. El concepto de Institución Total es sociológico (GOFFMAN, E., *Internados*, B. Aires, Amorrortu, 1970).

(4) ILLICH, I., «Patogénesis, Inmunidad y calidad de la Salud Pública», en *Archipiélago*, n.º 25, otoño, 1996, pp. 39-45. Su texto fundamental a estos efectos es *Némesis médica*, del que existe versión castellana (Barcelona, Barral, 1975). En la página web www.ivanillich.org pueden encontrarse otros datos sobre la vida y la obra de Illich.

(5) BASAGLIA, F., «Apuntes para un análisis de la normativa en Psiquiatría», Comunicación a la *Convención Nacional sobre Medicina Preventiva*, Roma, 17-20 de mayo, 1978.

(6) PORTER, R., *Breve historia de la locura*, Madrid, Turner / F.C.E., 2002, pp. 177-178.

(7) Véanse los apartados 3.1 y 4.2 del *Cuaderno Técnico* citado en 1.

(8) SANTOS URBANEJA, F., «Causa y motivo de la incapacitación civil. Una reflexión sobre el artículo 200 del Código Civil», en *Revisión de los procedimientos relativos a la incapacidad*, Jornadas Fundación Aequitas, Col. La Llave, n.º 3, Madrid, 2004, pp. 25-40.

(9) Véase BLECH, J., *Los inventores de enfermedades. Cómo nos convierten en enfermos*, Barcelona, Destino, Col. Imago Mundi, Volumen 65, 2005.

(10) BRUCKNER, P., *La tentación de la inocencia*, Barcelona, Anagrama, 1996.

DEBATES E INFORMES

(11) LAMAS, S., «A propósito de la era antidepresiva de David Healy de la historia de la Psicofarmacología y de la industria farmacéutica», SISO-SAUDE, *Boletín de Asociación Galega de Saude Mental*, H.^a 36, 2002, pp. 69-106.

(12) Existe versión española de *Las manifestaciones de la locura* de E. Kraepelin junto a textos de Hoche y Bumke, *Los síntomas de la locura*, Fundación Archivos de Neurobiología, Madrid, Triacastela, 1999.

(13) CASTILLA DEL PINO, C., «Palabras de contestación y Conferencia en el Homenaje de la A.E.N.», *Revista de la AEN*, VIII, 27, 1988, pp. 657-665.

(14) SCALIA, G., «La razón de la locura», en BASAGLIA, F. y F., *La mayoría marginada*, Barcelona, Laia, 1973, pp. 143-182.

(15) SELVINI, M., «¿Qué es la terapia de contexto?», *Revista de la AEN*, V, 12, 1985, pp. 15-22.

(16) LÓPEZ SÁNCHEZ-VIZCAÍNO, A., «La declaración de incapacidad: requisitos, problemas, ventajas, inconvenientes. Otras soluciones». Deficiencia, Enfermedad Mental y senilidad: Mecanismos Legales de Protección, *Foro Andaluz de Debate e Investigación sobre la Deficiencia y la Enfermedad Mental*, Curso 1995/96, pp. 41-54.

(17) SANTOS URBANEJA, F., ver referencia n.º 8.

(18) LÓPEZ SÁNCHEZ-VIZCAÍNO, A., véase referencia número 16.

(19) DUEÑAS, C., «La declaración de incapacidad por enfermedad mental», *Foro Andaluz*, Curso 1995/96, pp. 55-60.

(20) FERNÁNDEZ LÓPEZ, J. M., «El procedimiento de incapacitación», *Jornadas Fundación Aequitas*, Col. La Llave, n.º 3. Madrid, 2004, pp. 271-286.

(21) GONZÁLEZ, O., «La presunción de incapacidad en la ley española y sus problemas prácticos», *Revista de la AEN*, XV, 55, 1955, pp. 727-734; está reproducido (con menos errores) en *Cahiers Pollen*, 516, París, C.E.D.E.P., 1995.

(22) SEGURA ZURBANO, J. M., *Intervención en las Jornadas Fundación Aequitas*, La Llave, vol. n.º 3, Madrid, 2004, pp. 308-312.

(23) BERCOVITZ, R., «Psiquiatría y Derecho», en GONZÁLEZ DE RIVERA, J. L.; VELA, A.; ARANA, J., *Manual de Psiquiatría*, Madrid, Karpos, 1980, pp., 1239-1255.

(24) JIMÉNEZ SORIA, J., «Ingresos en Centros Geriátricos», *Jornadas Fundación Aequitas*, Col. La Llave, n.º 3, Madrid, 2004, pp. 219-224.

(25) BARTOLOMÉ, A., Entrevista a Antonio Bargueño, *Diario Médico*, miércoles, 8 febrero, 2006, p. 21.

(26) CASTILLA, C., «La ideología de la locura en la práctica psiquiátrica actual», prólogo al texto de Bercovitz, *La marginación de los locos y el derecho*, Taurus, Madrid, 1976.

* Onésimo González Álvarez, Psiquiatra. Coordinador de la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría del Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva.
Correspondencia: Onésimo González Álvarez, Carretera de Circunvalación s/n, 21005, Huelva. onesimo.gonzalez.sspa@juntadeandalucia.es