

REVISTA DE LA
**ASOCIACION
ESPAÑOLA DE
NEUROPSIQUIATRIA**



NUM. 1 - MAYO/AGOSTO - 1981

Comentario psicoanalítico a una autobiografía infantil,
por Salvador Mascarell

Usos tópicos y abusos utópicos de las técnicas de grupo,
por Jesús Ibáñez

**Importancia de la perspectiva familiar en la clínica
psiquiátrica infantil,**
por Fernando Cabaleiro

**Acerca de la formación psicoanalítica:
Entrevista con Fanny E. Schutt**

Análisis de una experiencia de hospitalización,
por Manuel Desviat y colaboradores

Contra la institucionalización,
por David Cooper

ASISTENCIA - HEMEROTECA - CRITICA DE LIBROS
REVISTA DE REVISTAS - PAGINAS DE LA ASOCIACION

Páginas de la Asociación

LA ASOCIACION ANDALUZA DE NEUROPSIQUIATRIA

En el marco de las IV Jornadas de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, celebradas en Jaén los días 9, 10 y 11 de diciembre, se ha constituido la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría. La Asociación responde a los planteamientos de la Asociación Española de Neuropsiquiatría que, desde su cambio de Estatutos en octubre de 1980, propugna la apertura a todos los profesionales de la salud mental y la descentralización a través de Asociaciones federadas. Asimismo, responde a un proceso andaluz que viene desarrollándose en los últimos años, preocupado por la problemática de la salud mental y a una serie de encuentros previos: Jaén, Sevilla, Málaga, Huelva, Puerto de Santa María. No olvidemos que, en estos momentos, hay varias experiencias de cambio funcionando en Andalucía.

La Junta Directiva, integrada por diferentes estamentos, elegida en Jaén, es la siguiente:

<i>Presidente:</i>	<i>Onésimo González Alvarez.</i>
<i>Vicepresidente:</i>	<i>Jesús Cabezudo Artero.</i>
<i>Secretaria:</i>	<i>M.ª Teresa Capilla Roncero.</i>
<i>Tesorero:</i>	<i>Mercedes Boza Fera.</i>
<i>Director de Publicaciones:</i>	<i>Enrique González Duro.</i>
<i>Vocales:</i>	<i>Joaquín Mezquita (Almería).</i>
	<i>José María Cañete (Cádiz).</i>
	<i>Higinia Romero (Córdoba).</i>
	<i>Carmen Medina (Granada).</i>
	<i>Juan Antonio Fernández Sanabria (Huelva).</i>
	<i>Carlos Dueñas (Jaén).</i>
	<i>Fermín Mayoral (Málaga).</i>
	<i>Cristina Villalba (Sevilla).</i>

A tenor de nuestros Estatutos, el Presidente de la Asociación Andaluza, Dr. Onésimo González, pasa a formar parte de la Junta Directiva de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

EN TORNO AL MANICOMIO

Onésimo GONZALEZ

La Comisión de Asistencia de la Asociación Española de Neuropsiquiatría ha propuesto a la Junta Directiva que, en el tema asistencial, oriente sus actividades en dos niveles estrechamente vinculados: desarrollar una actitud beligerante frente a todas las situaciones vergonzantes y promover y favorecer las transformaciones y los cambios que supongan desbloqueo del estado actual.

Las «situaciones vergonzantes» son los casos de degradación y violencia institucional que, aunque características de las instituciones de internamiento, no son exclusivas de las mismas (en el borrador presentado por la Comisión de Asistencia a la Junta Directiva se contiene una referencia directa a la humillación y violencia que padece el enfermo mental dadas la organización y la práctica de algunos servicios ambulatorios).

En lo que se refiere a las instituciones de internamiento, nos ha interesado conocer el punto de vista de asilados y ex-asilados. Hace años venimos preguntando sobre el particular a dos grupos de personas, por una parte a quienes vivieron como internados el proceso de transformación de dos manicomios del país a principios de los setenta y a un grupo más reducido, que en fecha más reciente y en breve espacio de tiempo han recorrido, también como enfermos, varios hospitales psiquiátricos españoles. Los primeros resultados de estas encuestas fueron parte de nuestra aportación a las Jornadas de Psicopatología Institucional (Oviedo, mayo de 1981) donde, en el grupo de trabajo n.º 2 coincidieron con informes directos de ex-asilados.

Existe y sorprende la homogeneidad de las respuestas, con diferencias de matiz o de orden, pero en todos los casos el manicomio se define por tres características: la falta de libertad, el mal trato y las carencias o deficiencias de tipo material (comida, limpieza, ropa).

Primero el encierro... «el sufrimiento y la pena del encierro en el patio»... el encierro que hace «increíble... inimaginable la falta de encierro»... «Poder salir a tomar café, la libertad de poder dormir la siesta, de dar un paseo por la ciudad, de comprar tabaco»... «poder hablar con el médico»... Aunque el encierro es la característica definitoria del manicomio y la comúnmente expresada en primer lugar, suele dedicarse más tiempo y más detalles a la descripción de los malos tratos, que casi siempre proceden del personal auxiliar y que incluyen desde actitud distante, impersonal o autoritaria, a violencia verbal, violencia física (puñetazos, palos, sujeción mecánica) u otras formas peculiares de mal trato (por ejemplo para J.R., joven epiléptico internado desde muy niño, de fuerte complexión, objeto sistemático de agresiones del personal, en buena parte respuesta al temor que infundía, en varias ocasiones herido y sodomizado, recordaba sobre todo la sed en la noche, «sed negra», encerrado en la celda, sin agua, y sin que nadie se la proporcionara). Encontramos aquí el centro de la escisión básica de la institución total de que nos habla Soffman, expresión de su carácter binario, que, según dice, le mostró Batesón.

En cuanto a las carencias de tipo material, el hambre pura y simple o... «había un trapo en la pared del patio, sujeto con un clavo... allí nos teníamos que secar todos, la cara, los pies, en el mismo trapo»... «La miseria... que no hay sitio para sentarse... no hay bancos en el patio».

En las primeras semanas de este año de 1982, responsables técnicos de un gran Hospital psiquiátrico del Sur en una visita a otro Hospital de la misma región se vieron grandemente sorprendidos y alarmados porque todos los internos usaban cuchillo y tenedor.

Creemos que estas situaciones deben ser, *en primer lugar* objeto de valoración jurídica. Se trata de violaciones de derechos fundamentales de la persona... «Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes» (artículo 15 de la Constitución)... «Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad» (artículo 17), etcétera.

El R. D. 2.082/78 de 25 de agosto ("B.O.E." de 1 de septiembre) que puede conocerse por «el incumplido» en lo que se refiere a la composición y funciones de las Juntas de Gobierno de los Hospitales, Dirección, Gerencia, etc., se refiere en su segunda parte a las garantías de los usuarios y establece que «el respeto de la personalidad y dignidad humana del asistido» es «obligación para Establecimiento y su personal y derecho del enfermo». Se trata, pues, de un Real Decreto doblemente incumplido.

Es interesante recalcar cómo en la Carta sobre Derechos del enfermo Usuario del Hospital (Comité Hospitalario de la C.E.E., Luxemburgo, mayo de 1979) los enfermos psiquiátricos son ejemplo de categoría de enfermos que requieren una *protección complementaria* de sus derechos que, en todo caso, incluyen respeto a su dignidad humana, derecho a aceptar o rehusar toda prestación de diagnóstico y de tratamiento, derecho a ser informado, a la protección de su vida privada, respeto a sus convicciones religiosas y filosóficas, derecho a presentar reclamaciones, «a que sean examinadas y a ser informado de su trámite y consecuencias», etcétera.

En segundo lugar, la necesidad de luchar contra las situaciones vergonzantes, que nos puede venir dada por consideraciones humanitarias o como resultado de una postura de clase, *también es un imperativo científico y técnico*.

En el manicomio (y después del mismo, en desarrollos comunitarios técnicamente muy avanzados) funciona una falsa identificación, según la cual internado = enfermo. Esta supuesta identidad da paso a la intervención técnica que oculta y justifica las referidas (u otras) situaciones de degradación y violencia. Este es el primer momento real de relación entre internamiento y enfermedad, la enfermedad como máscara, justificación o pantalla que encubre el internamiento, sus verdaderas razones y las condiciones en que se desarrolla. Un segundo momento de la relación internamiento-enfermedad es la enfermedad como consecuencia del internamiento.

Los conceptos de psicosis de prisión (Myerson), institucionalismo psicológico (Bettelheim), neurosis institucional (Barton) o las formas más graves de la misma que Gruenberg denomina síndrome de derrumbamiento o colapso social, descubren el internamiento como generador de enfermedad e implica un enfoque crítico y científico de la hospitalización y del trastorno mental.

La enfermedad es la disculpa, la justificación para el internamiento, también es la consecuencia de las condiciones en que se realiza, también es otra cosa, pero como ya decía Conolly a principios del pasado siglo, el análisis correcto de la enfermedad mental no puede empezarse más que cuando se hayan eliminado las medidas de control. La lucha contra las situaciones vergonzantes, es pues, un imperativo científico y técnico.

Este tipo de reflexión nos parece doblemente oportuna. Por una parte es evidente que la mayor parte de las instituciones psiquiátricas del país están en situación vergonzante. Por otra que los proyectos de tipo comunitario, desarrollados, no disminuyen el número de camas y *umentan* las admisiones (Häfner y Klug, 1980, Manheim, Kastrup y otros 1976-1980, Dinamarca, Greenblatt, etc.). Servicios extrahospitalarios desarrollados, diversos, disminuyen la duración de las estancias, pueden cambiar la ubicación y el tipo de cuidados de hospitalización pero, es importante repetirlo, aumentan las admisiones.

Huelva, 22 de abril de 1982

INFORME SOBRE EL HOSPITAL PSIQUIATRICO DE LA VIRGEN. GRANADA REALIZADO POR

- José García González. Vicepresidente Primero de la Asociación. Presidente de la Comisión de Asistencia.
- Onésimo González Alvarez. Vocal de la Comisión de Asistencia.

Comisión Delegada de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

Septiembre 1982

INTRODUCCION

Motivación del Informe. La elaboración de este informe hay que entenderla ligada a los objetivos de la propia Asociación: «... contribuir por cuantos medios estén a su alcance a la difusión y progreso de las ciencias de la conducta, de la salud mental, y de la asistencia psiquiátrica en España». Por otra parte, tanto en la historia más remota como en la más próxima de esta Asociación se constatan una serie de intervenciones de este tipo, dirigidas a orientar la superación de determinadas situaciones asistenciales difíciles y conflictivas o a contribuir a la denuncia del estado de cosas, cuando las circunstancias así lo requieran.

En este caso la Asociación acudió al Hospital Psiquiátrico de Granada a petición de algunos de los profesionales que allí trabajan. Recientes tensiones surgidas en ese centro han provocado la dimisión del director y del Diputado delegado; el vacío creado ante esas circunstancias y la falta de un proyecto en el que se definan claramente los objetivos que debe perseguir la institución han impulsado a esos profesionales a solicitar nuestra intervención.

Comunicada al Presidente de la Diputación nuestra decisión de intervenir, ha sido aceptada con toda cortesía y no se han regateado facilidades para que la visita pudiera llevarse a cabo. Así pues, la Asociación considera que esta intervención tiene un doble significado: de un lado responder a las necesidades de unos asociados, y de otro ofrecer nuestra colaboración a la Administración para impulsar un trabajo de transformación.

Metodología del informe

Se elaboró en base a los siguientes elementos: visita detenida a todas las dependencias del centro; examen de historias clínicas; reunión con el director del centro y el administrador; reunión con la gran mayoría de los médicos; reunión con un grupo de personal auxiliar sanitario; reunión con una asistente social. También participamos en una reunión mantenida entre los médicos y un Diputado de la Corporación provincial, en la que se abordaron las gestiones de algunos temas importantes.

Examinamos el proyecto de planificación psiquiátrica, de noviembre de 1979, suscrito por los Drs. García Sánchez y Mascarell; también la memoria técnica de 1980 y un borrador de plan de asistencia psiquiátrica de 1981, así como la situación económica al 14-6-82. También hemos leído las comparecencias en la prensa local (Diario de Granada, varios números de mayo y junio de 1982) del diputado Sr. Mansilla, del ex-director Dr. García Sánchez y un escrito de 62 trabajadores del Hospital.

Toda la información recogida la ordenaremos en los siguientes apartados: la que concierne al estado del centro en cuanto a hábitat y condiciones de vida; la relacionada con el régimen funcional; la referente a la dotación y calidad de recursos humanos; los niveles organizativos desglosados por sus diversas áreas. Finalmente recapitularemos sobre aquellos aspectos esenciales en torno a los cuales deben centrarse las intervenciones para el cambio.

1. De la situación del Hospital.

1.a. *Habitat. Condiciones de vida. Confortabilidad:*

Se trata de un hospital con 384 internados, de ambos sexos, situado en la periferia de la ciudad. La división de las unidades y la distribución de los internados están hechas con arreglo a criterios muy tradicionales, tales como el tiempo de estancia —salas de agudos/crónicos—, grados de vigilancia —unidades abiertas, cerradas y supervigiladas—, que en este último caso albergan a pacientes judiciales, criterios de separación sexual —parte de hombres y mujeres— y con criterios diagnósticos: unidad de toxicómanos.

De los 384 internos, 304 —casi el 80%— son enfermos de larga estancia que integran el sedimento asilar. Unos ochenta pacientes se hospitalizan en las unidades de corta estancia.

Se ha percibido una encomiable actitud entre los médicos, consistente en no trasladar pacientes de las unidades de corta estancia a las de crónicos para no contribuir a engrosar el sedimento hospitalario.

En las unidades de agudos y en las unidades cerradas, de los enfermos de larga estancia, existe cierto hacinamiento, con una excesiva concentración de camas por habitación. Esta es una de las razones que se dan para que esas habitaciones no puedan ser dotadas con el equipamiento necesario, a fin de que los internados puedan disponer y manejar sus pertenencias: no hay armarios, y todo se reduce a camas y a una pequeña mesilla de noche. Esta reducción del equipamiento necesario para que los internos puedan mantener su identidad se observa también en los comedores: no hay cuchillos y en algunos comedores solamente hemos visto cucharas.

Hemos podido comprobar que los internados en su ingreso son sometidos a una «operación de despojo»: son desposeídos de sus objetos materiales y de su ropa, dándoles ropa de la institución. Para tener acceso a sus pertenencias han de solicitarlo siempre al personal, puesto que éstas permanecen encerradas en el ropero. Como éste es un proceder que en su generalidad no obedece a exigencias de higiene, sino que es una ceremonia «típicamente institucional», se contribuye con ella a lesionar el yo del internado y por consiguiente su identidad.

En la totalidad de estas unidades que estamos comentando hay una evidente falta de espacio para la «convivencia». Hay además una imposibilidad de un libre manejo del espacio institucional. Todas ellas son cerradas, pero además también se cierran durante el día los dormitorios, de tal manera que los internados quedan obligados a estar en los pasillos, en un único salón o en el patio.

La falta de espacios para la convivencia era muy ostensible en las unidades de agudos. Nos parece que esas circunstancias representan un aspecto de la violencia institucional, que necesariamente contribuye a generar conductas desordenadas en los internados, las cuales son, a su vez, controladas por métodos coercitivos, descalificándose el sentido de esas conductas y potenciando así la espiral de la violencia.

En cuanto a condiciones de higiene y limpieza hay un gratuito desequilibrio entre la mañana y la tarde —en la que las condiciones son muy desfavorables— debido a un reparto de las limpiadoras que no tiene en cuenta las necesidades del centro.

El hábitat es muy distinto en las salas abiertas para enfermos de larga estancia. Se advierte en ellas cierta confortabilidad, aunque también hay restricciones para el manejo del espacio y una evidente falta de dinamismo.

Un comentario aparte nos lo merece la llamada «Unidad de judiciales».

Parece que algunos problemas surgidos antaño y la costumbre —la rutina de los comportamientos— fueron haciendo norma de que los enfermos que ingresan por orden judicial se recluyeran en una unidad con un «singular» régimen custodial, que diferencia a este hospital, negativamente por supuesto, de la inmensa mayoría de los hospitales psiquiátricos del país. Esta unidad, actualmente con 32 plazas, es un espacio exclusivo de custodia, con un régimen de vigilancia ejercido por la policía nacional, que en algunos casos decide la particularidades de esa vigilancia: ejemplo, ponerles esposas a los internados, mantenerles cerrados en una habitación de aislamiento, etc. Nos parece evidente que las características de esta unidad en el seno del hospital psiquiátrico conculcan los derechos de las personas calificadas como enfermas y atentan contra las libertades necesarias para la práctica del personal asistencial, al coartar o impedir, en su

caso, la aplicación de los métodos terapéuticos: cualquier tratamiento está desvirtuado, cuando no impedido, por ese régimen custodial.

Estimamos que el hospital ha permitido que parte de su espacio se organice con criterios judiciales y policiales que no le son propios ni existe fundamento legal para que así ocurra.

1. b. *Del régimen funcional y de la organización de la vida institucional.*

Los niveles de sociabilidad que se observan son bajos, las unidades traducen una ostensible apariencia de falta de dinamismo y la vida institucional está organizada de tal forma que no fomenta las relaciones de convivencia ni las interacciones entre los internados.

La abundancia de espacios cerrados, la rígida separación sexual y la ausencia de actividades sociorecreativas de tipo colectivo contribuyen, sin duda, a ello.

En las unidades abiertas para internados de larga estancia, a pesar de que las condiciones de hábitat son propicias para la introducción de un mayor dinamismo que facilite su reintegración social, se percibe, por parte del personal asistencial, una actitud de «pesimismo terapéutico» y una tendencia a aceptar esa situación —la de crónicos— como un estado irreversible. Sin embargo, es un hecho reconocido en diversos estudios y constatado por diversas experiencias de cambio que, modificando la organización de la vida en esas unidades y contando con la provisión de recursos sociales y de apoyo en la comunidad, un número importante de internados puede salir a vivir fuera del hospital sin mayores dificultades.

El tipo de organización de la vida institucional reduce las posibilidades de expresión de los internados; no hay circunstancias propicias, ni encuentros adecuados para que hagan uso de su palabra o para que se produzca una actitud de escucha por parte del personal asistencial. Esos momentos quedan circunscritos a la entrevista con el médico en su despacho, y, ciertamente, esto es insuficiente.

Si los internados no recuperan la palabra no hay manera (sobre todo en el caso de los de larga estancia) de que se reconstruya su historia real.

El hospital aparece como fragmentado, no hay cohesión entre los diversos estamentos asistenciales, y esta fragmentación tiene su máxima expresión a nivel de los pacientes.

La ausencia de una mínima estructura que organice y coordine la actividad del diverso personal asistencial es llamativa. La falta de equipos asistenciales o terapéuticos hace que la intervención del médico se reduzca a una acción individualizada; el personal auxiliar sanitario se limita a su función custodial, la información que posee de los pacientes no la comunica porque cree que no va a ser estimada. Algo similar ocurre con la asistencia social: sus aportaciones no son analizadas o consideradas a la hora de elaborar los programas a seguir con los pacientes.

Otro capítulo fundamental es el de la admisión de pacientes. El hospital funciona, en la práctica, como un lugar para recoger a todos aquellos sujetos protagonistas de conductas desordenadas, que en otro lugar o instancia se califican como «de enfermo mental». Hemos comprobado que el personal asistencial no dispone de unos criterios claros en función de los que se valore la necesidad y conveniencia de los ingresos. El ingreso no surge, en una parte de los casos, como un hecho médico, sino como la consecuencia de una presión social y/o de una exigencia legal.

De otro lado, se producen ingresos de sujetos necesitados de asistencia, pero no precisamente de una asistencia hospitalaria; sino que se beneficiarían mucho más de otro tipo de respuesta: asistencia ambulatoria o en una estructura intermedia.

Lo antedicho enlaza, de un lado, con el marco de actuación del personal asistencial, reducido exclusivamente al ámbito hospitalario; con la demanda que recibe el hospital —pequeña en relación con la población de la provincia y con la ineficiencia de nuevos servicios que no surgen en base a necesidades reales ni con un funcionamiento coordinado.

El personal asistencial no realiza ningún tipo de trabajo extrahospitalario: ni previamente a los ingresos ni en el seguimiento de los que causan alta. Este funcionamiento, aparte de dejar en cierto desamparo a muchos de los enfermos que causan alta, limita la eficiencia del tratamiento hospitalario e incrementa las necesidades de hospitalización. Es previsible que una proporción importante de personas necesitadas de asistencia estén desatendidas en la comunidad o acudan a otros servicios. El hospital debe pensar en

desarrollar otras formas de intervención alternativas a la hospitalización que serán, en muchos casos, más efectivas y menos costosas.

Aparentemente, podría considerarse al módulo del hospital de día, que funciona dentro del hospital, como una alternativa de ese tipo. Nuestra impresión es que ese servicio no surgió en base a unas necesidades claras, sus objetivos no aparecen bien definidos y su total falta de coordinación con los servicios de admisiones lo vuelve inoperante; nos pareció un «servicio de escapatate» y, sin embargo, pensamos que bien planteado y coordinado podría aportar respuestas muy útiles.

En el funcionamiento institucional percibimos algunas reglas que, aunque de forma no explícita, están determinando el comportamiento del personal asistencial. Una de estas reglas es la de que si no se responsabiliza todo el mundo de la vigilancia y custodia de los internados pueden incurrir en responsabilidad penal. El fantasma de que «si eres negligente en la custodia te pueden sentar en el banquillo» atenaza por igual a médicos y a personal sanitario auxiliar, y este fantasma actúa con más fuerza que sus responsabilidades terapéuticas. Consideramos que esa situación debería ser analizada y debatida colectivamente entre el personal asistencial y que la Administración debería promover encuentros entre ellos y juristas expertos en el tema para poner la cuestión en su justo sitio.

Se echa de menos en este hospital servicios consultantes básicos, tales como medicina interna, laboratorio, neurología y electroencefalografía, que además de contribuir a mejorar la asistencia permitirían que el tiempo que el personal usa ahora para los desplazamientos al hospital provincial, se dedicara al propio centro.

2. De los recursos humanos.

El hospital cuenta con una plantilla de 161 personas, lo que representa un índice personal/cama = 0,4, que si bien lo pone a la altura de la media nacional, no es el óptimo ni mucho menos para desarrollar una asistencia comunitaria que se plantee con eficacia la detección, diagnóstico y tratamiento de los casos de modo precoz.

2.a. Médicos psiquiatras

El hospital cuenta con nueve médicos psiquiatras. Su denominación es muy irregular: algunos son jefes de servicio, médicos ayudantes y médicos de guardia. Falta un ordenamiento eficaz de la plantilla médica. La denominación de médico de guardia es anacrónica como cargo o puesto, y debe aludir específicamente a la función que realizan los médicos de plantilla o los médicos residentes o becarios, según se convenga durante parte de la jornada. La plantilla médica debe ordenarse delimitando niveles de responsabilidad y en consonancia con sus funciones. No es necesario ni conveniente una jerarquización excesiva.

El grupo de médicos de este centro, si bien no posee una amplia experiencia acerca de las transformaciones institucionales, tiene una excelente motivación para realizar el cambio y, en su gran mayoría, no tienen intereses que puedan chocar con las exigencias y la práctica que el cambio impone, sino todo lo contrario.

La Administración debe escuchar sus peticiones tanto en lo que se refiere a su clasificación como a una remuneración que se debería fijar de acuerdo con la dedicación—que en todo caso deberá ser plena—, y con los niveles que se aplican en otros centros también en cambio. Es imprescindible darles facilidades para que flexibilicen su práctica, en el sentido de que puedan salir de la institución para el seguimiento de pacientes o para la valoración de ingresos.

2.b. Personal auxiliar sanitario

Se trata de un personal muy heterogéneo, reclutados sin ningún criterio básico, o únicamente pensando en su función custodial. Se podría decir que no es un personal considerado como asistencial y por eso falta una organización y una dirección clara de ese estamento. De todas maneras, a pesar de su heterogeneidad, la reunión que mantuvimos con un grupo, quizá el más destacado, deja percibir que se aceptaría de muy buen grado una mayor cualificación y una consideración como personal asistencial. Son gentes dispuestas a cambiar.

si se les dan elementos, esa cultura custodial, que prevalece ahora, por una cultura terapéutica en la que ellos son unos elementos fundamentales.

Al mismo tiempo que se estudia la forma de mejorar su cualificación profesional, tanto médicos como Administración deben hacer un esfuerzo para que la palabra y la información de los auxiliares sea escuchada y debatida.

2.c. De los asistentes sociales

Nos ha llamado la atención que se dedican a cosas, escasamente relacionadas con lo que debiera ser su cometido funcional. Buena parte del tiempo se ocupan en tareas propias de secretaría médica, telefonista o relaciones públicas, preferentemente en el seno del Hospital, en detrimento de las tareas que les son propias, y que deben desarrollarse preferentemente en el exterior (el barrio, la familia o el lugar de trabajo de los pacientes) y de un modo no necesariamente subordinado a los psiquiatras.

2.d. De los psicólogos.

Poseemos escasa información, aunque sus actuaciones nos parecen poco integradas en los programas terapéuticos y que responden muy poco a los problemas reales que plantean los pacientes hospitalizados.

2.e. De los A.T.S

Sabemos que algunos se limitan a poner inyecciones y a realizar curas de urgencia, con escasa dedicación; uno de ellos asume la secretaría de la dirección, mecanografía y responsable del archivo.

2.f. En cuanto al *personal religioso*, de la sección de mujeres, al parecer, por su condición religiosa acumulan un gran número de responsabilidades administrativas y técnicas en las unidades. Estimamos que deben profesionalizarse, desligando la función de la condición religiosa.

2.g. Existe carencia absoluta de *secretarias médicas* (en otros lugares se denominan auxiliares de asistencia), indispensables una vez que se organicen los equipos.

2.h. Sorprende, por último, que haya solamente dos personas en la *administración*, expresión del actual sistema de gestión, con lo que es imposible responder a las exigencias de este orden que tiene planteado el centro.

3. Niveles Organizativos.

3.1. De la gestión y administración

El tipo de gestión directa del hospital psiquiátrico ententece y burocratiza todo el proceso de su administración. Las medidas y las decisiones son lentas en su elaboración, van de comisión en comisión, salvando obstáculos y autogenerando demoras que repercuten en la solución eficaz de los problemas y, consiguientemente, generan desánimo en el personal asistencial.

La reunión en la que participamos, de varios médicos con uno de los Srs. Diputados, fue muy ilustrativa de las nefastas consecuencias que tiene este sistema de gestión para el funcionamiento del Hospital.

De otro lado, sorprende la despreocupación existente por un mejor ordenamiento financiero del centro. La institución está tratada en este sentido como un organismo de beneficencia, se desaprovecha la utilización de otros recursos y fuentes de financiación —es preciso aplicar las tarifas oportunas a usuarios que tienen cubierta esta asistencia y estudiar otras fórmulas que provean recursos— que podrían representar un aporte importante para la modernización de la asistencia.

Consideramos que la Diputación, proporcionalmente a su presupuesto, dedica a la asistencia psiquiátrica una partida pequeña. El coste por estancia y día resulta bajo si se compara con otros centros.

3.2. De la Dirección

Es patente la ausencia de un proyecto y de unas directrices claras que definan los objetivos y las metas del hospital. Tanto los médicos como el personal auxiliar son sensibles a esta falta de dirección, el quehacer de cada estamento no puede enmarcarse en una estrategia de cambio porque ésta no existe. No existen tampoco los necesarios órganos de participación que faciliten el trabajo de la dirección y el análisis colectivo (Junta Facultativa, comisiones consultivas, etc).

4. Acciones para el cambio

4.1. Es necesario modificar el sistema de gestión del Hospital, recurriendo a fórmulas como la establecida en el R.D. 2.082/78, o a lo previsto en la sección 3ª, artículos 67-84, del reglamento de servicios de las corporaciones locales. Sea cual sea la forma jurídica y la denominación (Junta de Gobierno, Consejo de Administración, Patronatos, etc.) que se adopte, posibilita una correcta y ágil elaboración y utilización de los recursos presupuestarios, con una mayor agilidad en las adquisiciones de tipo ordinario así como una política de selección y contratación del personal adecuada a las funciones asistenciales del Hospital.

Por otra parte esta modificación del sistema gestor permite que se integren en el mismo otras instituciones y estamentos a quienes también concierne la Asistencia Psiquiátrica: una representación de los usuarios y representación del personal del Hospital, sin perjuicio de que la representación mayoritaria y el control último correspondan a la Corporación Provincial.

4.2. Debe contarse con un director, gerente, o responsable de los servicios psiquiátricos, ejecutivo del órgano gestor, en régimen de dedicación exclusiva, con capacidad para acometer la transformación institucional y el plan de salud mental provincial que se elabore.

4.3. Todo esto exige, por parte de la Corporación, un compromiso explícito con una política asistencial psiquiátrica de tipo comunitario y el establecimiento, para su correcto desarrollo, de un marco político de relaciones con otras instituciones de la provincia que tienen competencias y responsabilidades de esa naturaleza (Insalud, Universidad, Inerser, Ayuntamiento, etc). En ese marco político deben situarse las medidas de coordinación técnica que impidan duplicidades (p. ej. definiendo las áreas de hospitalización psiquiátrica correspondiente a las camas del Clínico y a las del Hospital, o articulando el dispensario de Sanidad y los consultorios de la S. Social en el plan global), así como otras medidas administrativas dirigidas a la provisión de fondos y servicios de nueva creación (negociar con los Ayuntamientos la ubicación y dotación de los dispensarios y centros de Salud Mental comarcales, dotación por parte de FONAS de personal y medios para talleres de rehabilitación, etc).

4.4. De modo inmediato, puede constituirse la Junta Facultativa del Hospital. Se trata de un órgano técnico, consultivo y representativo. Es el máximo órgano asesor de la dirección y del órgano gestor, en cuestiones técnico-sanitarias. Debe contar con miembros natos (el director o gerente que la preside, los jefes o responsables de los equipos) y miembros representantes de los estamentos asistenciales del Hospital (titulados y no titulados). Entendemos que sus tareas prioritarias, en este momento, serían la propuesta de un proyecto de organización y de funcionamiento técnico, los aspectos técnicos de la reglamentación hospitalaria, los criterios de selección del personal de funciones sanitarias, así como el programa de docencia e investigación (por sí mismo ó a través de comisiones delegadas).

4.5. Es urgente crear dentro de la institución las unidades asistenciales, los equipos, que se propongan como objetivos inmediatos la desinstitucionalización (reducción progresiva del centro), cesar en el acúmulo del sedimento hospitalario y actuar en la comunidad. La directriz que debiera desde ahora regir la práctica es: la

detección, diagnóstico y tratamiento de los pacientes de un modo precoz, preferentemente en régimen ambulatorio, recurriendo a la hospitalización sólo cuando sea estrictamente necesario y del modo más breve y transitorio posible.

Para que esto sea posible los equipos tienen que actuar simultáneamente dentro y fuera de la institución: a través de dispensarios o de otros servicios intermedios entre la comunidad y el hospital.

4.6. La formación de equipos implica modificar los instrumentos de trabajo, pasando de la actuación predominantemente individualizada de ahora a una actuación colectiva, en la que se utilicen todos los recursos que aporta una más amplia visión interdisciplinaria. La modificación de los instrumentos de trabajo creará nuevas formas de relación entre personal asistencial/pacientes.

4.7. Es necesario abordar con interés el tema de la formación del personal médico y sanitario auxiliar. No se alude aquí únicamente a una formación impartida en forma de clases, sino fundamentalmente a través del análisis de la práctica, de los acontecimientos de la vida institucional, mediante el contacto y visitas a centros próximos en proceso de transformación, mediante seminarios a los que se puede invitar a profesionales de estos centros etc. Es un hecho reconocido que en el proceso de desinstitucionalización juega un papel esencial el personal auxiliar y casi se podría afirmar que no hay transformación si no se produce un cambio en las actitudes típicas del personal auxiliar institucionalizado.

4.8. Es necesario que cualquier servicio que se cree, se ubique en un plan de actuación coordinado con el resto de los servicios. En ese sentido es preciso cambiar el cometido que tiene ahora el «hospital de día», que ni está definido ni está coordinado con el resto del hospital. La creación de un servicio no coordinado o integrado en el marco global de las actuaciones, no viene más que a duplicar las demandas y el coste asistencial.

4.9. Modificar el hábitat del hospital tanto en lo que se refiere a equipamiento como al régimen de funcionamiento. El hospital puede funcionar en su gran mayoría en régimen abierto. El encierro que deteriora tanto al encerrado como a quien encierra carece siempre de justificación técnica. A veces son necesarias medidas de control, pero siempre es de modo breve y transitorio, y pueden efectuarse por otros medios (personal y dedicación en vez de rejas).

4.10. Creemos que el Hospital Psiquiátrico La Virgen de Granada y la Corporación de quien depende, deben estar atentos a los procesos de transformación psiquiátrica, actualmente en curso, en provincias próximas (Málaga, Sevilla, Jaén) en las que, partiendo de condiciones, en general, más desfavorables que las de Granada, se está dando respuesta a problemas tanto técnicos como administrativos y políticos similares a los que hoy allí se plantean.

COMISION DE INVESTIGACION

DERECHOS DEL SUJETO SOMETIDO A INVESTIGACION

Durante la pasada campaña electoral la Comisión de Investigación envió a algunos partidos políticos de ámbito estatal —AP, UCD, CDS, PSOE y PCE— un escrito acerca del estado actual de la investigación en salud mental en España y las actividades de la AEN en este campo. El escrito apareció publicado en la revista «Profesión Médica» del 4-11 Nov.

Posteriormente se ha trasmitido a otros partidos políticos, que por la premura del tiempo no fueron contactados en un primer momento, en particular aquellos que asientan en comunidades autónomas y que, por estar presentes en las Cortes, están llamados a participar en la promulgación de leyes que contemplan la investigación en salud mental (Ley de Bases de la Investigación, Ley de Autonomía Universitaria y Ley de Reforma Sanitaria, en los enunciados de los proyectos en la anterior legislatura).

La mayor parte del contenido del escrito está recogida en la noticia que sobre la Comisión de Investigación apareció en el nº 4 de la Revista de la AEN. Por habersele dado mayor extensión y por la importancia del tema, reproducimos lo que se refiere a los «Derechos del sujeto sometido a investigación»:

Es importante señalar la relativa indefensión en que se encuentran los sujetos sometidos a investigación, toda vez que la recientemente promulgada orden del 3 de agosto de 1982, por la que se desarrolla el real decreto 944/1978 sobre Ensayos Clínicos en Humanos, apenas es conocida y su normativa aún no ha entrado en las costumbres. Su origen coyuntural, tras la denuncia de los posibles efectos tóxicos de un fármaco en venta libre y en el clima social posterior al síndrome tóxico epidémico, ha determinado su aspecto improvisado y parcelar. Es así que dicha normativa se limita a los «ensayos clínicos de productos farmacéuticos y medicinales» y no hace referencia a las intervenciones u omisiones intencionadas a nivel estrictamente psicológico o ambiental, que son específicas de la salud mental. A este respecto es a señalar que hace algunos meses el Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS) ha adoptado una serie de directrices que nos permitimos transcribir:

- La necesidad del consentimiento claramente expresado y con conocimiento de causa por parte del sujeto sometido a investigación, así como de su representante legal y, en el caso de las enfermedades mentales el sometimiento previo del proyecto de investigación a un órgano independiente de los investigadores;
- la necesidad de que las investigaciones realizadas sobre base comunitaria sean controladas por las comunidades afectadas, mediante la delegación del consentimiento por parte de ésta en comités próximos a esa comunidad y capaces de comprender los factores locales implicados en la investigación, para lo que deben de participar en ellos profesionales, y determinarse sobre proyectos de investigación con protocolos experimentales detallados.
- la protección de los sujetos implicados en la investigación debe ser particularmente cuidadosa en los casos de niños, mujeres embarazadas, madres lactantes, enfermos mentales o de otra afección evitando su inclusión si puede realizarse la investigación en adultos sanos e incluyéndoles tan sólo en las investigaciones terapéuticas cuando puedan beneficiarles a ellos directamente, sin diferir la utilización de otros métodos que puedan aportarles mejoría ni suscitar esperanzas que puedan verse defraudadas.

Al tiempo, y desde una óptica más clínica y tradicional, los Colegios de Médicos han divulgado la Declaración de Lisboa sobre los Derechos del Paciente y la llamada Declaración de Ginebra que, en lo que afecta a la investigación, reafirman ambas la exigencia de respetar el secreto profesional.

En este sentido se hecha de menos en nuestro país la regulación del uso de la informática, como se ha hecho en EEUU con la Privacy Act de 1974, la creación de la Privacy Protection Study Commission y los acuerdos de la Society for Epidemiologic Research, ya que sigue sin desarrollarse un código deontológico de la Informática y un sistema de control del acceso y tratamiento del contenido de los bancos de datos. No obstante.

conviene recordar que en nuestra Constitución se recoge en el Art. 18, apart. 1 «Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen», que se amplía en el apart. 4 con «La Ley limitará el uso de la informática para garantizar el honor y la intimidad personal y familiar de los ciudadanos y el pleno ejercicio de sus derechos».

COMISION DE DOCENCIA

CARTA AL MINISTRO DE SANIDAD

Madrid, 8 de octubre de 1982

Excmo. Sr:

La Junta de Gobierno de esta Asociación muestra su preocupación por la inexistencia de una formación postgraduada, según el modelo MIR, para aquellos psicólogos que van a ejercer sus funciones en el campo de la psicología clínica, tanto hospitalaria como extrahospitalaria. Además esta situación está provocando un vacío docente que denota la escasa valoración, por parte de la Administración, a este grupo de profesionales. Vacío docente, que a su vez, presupone una discriminación con respecto al grupo de profesionales que tienen acceso al sistema MIR (médicos, biólogos, farmacéuticos, químicos).

Ante estos hechos solicitamos que en la actual convocatoria MIR se incluyan plazas para psicólogos en formación. Consideramos que para la modernización, tan imprescindible hoy, de nuestra asistencia psiquiátrica, es necesario contar con profesionales de la psicología clínica adecuadamente formados.

INFORME DE LA COMISION DE PSICOLOGOS EN HOSPITALES

Pedro PEREZ GARCIA (Coordinador de la Comisión de Psicólogos en Hospitales)

1. COMO SURGIO LA COMISION

La Comisión de Psicólogos en Hospitales, de la Delegación de Madrid del Colegio Oficial de Psicólogos, nació hacia mediados de octubre de 1981. Respondía a una preocupación común y cada vez más urgente y generalizada entre nosotros: dar a conocer la situación profesional del Psicólogo Clínico en el Hospital. Y más específicamente informar de la insuficiencia numérica e inadecuación del equipo o departamento de Psicología Clínica, tal como actualmente está funcionando tanto en los Hospitales Generales como Psiquiátricos. La escasa dotación de plazas en plantilla; la desconexión y aislamiento entre los distintos Hospitales y sus problemas comunes; modos distintos de integración y relación con el Servicio de Psiquiatría; relación con otros Servicios; posibilidades y dificultades para determinadas tareas asistenciales y de investigación; reconocimiento de la identidad profesional de la Psicología Clínica como cuerpo profesional independiente de la Psiquiatría aunque en estrecha relación con ella; posibilidad de creación de Servicios de Psicología Clínica...; y sobre todo, necesidad de la creación de Programas de Formación para Psicólogos postgraduados, en régimen de residencia en los Hospitales o en centros sanitarios.

2. OBJETIVOS DE LA COMISION

En una primera reunión, totalmente informal, a la que asistimos representantes de unos cuantos Hospitales (Leganés, La Paz, Cruz Roja y Fundación Jiménez Díaz), concretamos nuestros primeros objetivos, lugar y periodicidad de las futuras reuniones. Sería una reunión quincenal en el Colegio Oficial de Psicólogos, y abierta a todos los psicólogos que actualmente trabajan en los Hospitales.

En un principio nuestros planteamientos quedaban muy en lo genérico: posibilidad de contacto e intercambio mutuo de experiencias; plataforma desde la que aunar esfuerzos y buscar en común, de una manera coordinada y eficaz, alguna vía de resolución de nuestra problemática. Poco a poco nuestro objetivo se hizo más específico y modesto:

2.1. Elaborar un informe acerca de la necesidad de creación de Servicios de Psicología Clínica, con Programas de Formación para postgraduados internos y residentes en los Hospitales. No se trata de un programa de formación teórica paralela, sino complementaria al ya iniciado en la Universidad, en el campo de la práctica clínica.

Este informe incluiría entre otros puntos, las bases de un posible Programa de Formación a partir de la experiencia asistencial y docente en el Hospital: necesidad de la práctica clínica hospitalaria; definición y contenido de la Especialidad; Areas de especialización; duración y modo de desarrollo de estos programas; condiciones de acceso y evaluación...

2.2. Este informe se entregaría a la Junta de la Delegación de Madrid del Colegio Oficial de Psicólogos para su discusión y gestión posterior en los trámites oficiales correspondientes de la Comisión Nacional de Especialidades.

2.3. A su vez se daría publicidad y difusión a este informe en el Boletín Oficial del Colegio de Psicólogos, y de otras asociaciones afines: Sociedad Española de Neuropsiquiatría, etc., que se habían ofrecido a apoyar nuestra iniciativa y gestión ulterior.

3. DESARROLLO DEL TRABAJO EN LA COMISION

3.1. Comenzamos elaborando una lista lo más completa posible de todos los psicólogos que actualmente trabajan en los Hospitales de Madrid, con el fin de que la convocatoria a las sucesivas reuniones de la Comisión

llegara a todos sin excluir a nadie. Recogimos el nombre de treinta psicólogos repartidos entre trece Hospitales de Madrid, con contratos muy diversos: contratados provisionalmente algunos, otros, los más, fijos en plantilla con contrato laboral; y otro grupo, también numeroso, como funcionarios del Estado. Dos de estos psicólogos habían tenido acceso a las plantillas del Hospital a través de los cursos de formación como Psicólogos Residentes, aprobados por el Ministerio años atrás y luego suspendidos (B.O.E. nº 299, 15 Dic. 1977).

3.2. La convocatoria a cada reunión –quincenal– se hizo a través del Colegio y con la intención de que hubiera siempre al menos un representante de cada Hospital. La asistencia a las dos primeras reuniones fue relativamente alta: 15 o 20 psicólogos representantes de los Hospitales de la Cruz Roja, La Paz, H. Clínico San Carlos, Sta. Isabel y Sta. Teresa de Leganés, Ciempozuelos, Fray Bernardino, Fundación Jiménez Díaz, Niño Jesús, Hospital Provincial. A las siguientes reuniones la asistencia ha sido significativamente baja, oscilando entre 3 a 8 psicólogos, generalmente los mismos, representantes de los Hospitales de Fray Bernardino, La Paz, Sta. Teresa de Leganés, Hospital Clínico, Fundación Jiménez Díaz, Niño Jesús y Cruz Roja.

3.3. Las primeras reuniones se dedicaron a recoger las experiencias de cada uno de sus respectivos Hospitales, en relación a los siguientes puntos: situación actual del Psicólogo Clínico en el Hospital; número de plazas; sus funciones en el equipo psiquiátrico o Servicio en el que está; posibilidades o experiencias docentes del Hospital para postgraduados en Psicología Clínica; posibilidad de establecer un equipo de Psicólogos Clínicos suficientemente estable y adecuado a las demandas de los distintos Servicios o necesidades asistenciales, docentes y de investigación; necesidad de la creación de Servicios de Psicología Clínica en los Hospitales con suficiente dotación de plazas.

De este modo recogimos una serie de datos que podrían resumirse en el siguiente cuadro.

PSICOLOGOS CLINICOS EN HOSPITALES (MADRID)

Hospital	Nº de Psicol. Contrat.	Tipo de Contrat.*	Servicio	Categ. en el servicio	Funciones	Nº de asist. Voluntarios	Func. del Asist. Vol.
1 C. Roja	4	1 = F 3 = E	Psiquiatría y Psic. Médica	4 = Adj.	Psicodiagn. Psicoterapia Docencia Investig.	20	Práct. Clínic. en Psico- diagnos. y Psicoterapia
2 C. Sanit. La Paz	6	3 = D 3 = E	1 = Hematología 4 = Psiquiat. 1 = Paidopsiquia	6 = Adj.	Psicodiagn. Psicoterapia	4 = Hematol.	Psicodiagn. Psicoterap. (Práct. Clín.)
3 Psiquiat. de Leg.	5	5=A+B	Psiquiatría 3 Sta. Isabel 2 Sta. Teresa	5 = Adj.	Psicodiagn. Psicoterapia Docenc./Inv.	9	Psicodiagn. Psicoterap. (Práct. Clín.)
4 1º de Oct.	5	1 = D 2 = E	Psiquiatría Medic. Comunita.	Adj.	Psicodiagn.	4	(Práct. Clín.)
5 N. Jesús.	3	1 = F 2 = E	Psiquiatría y Psicología	3 = Adj.	Psicodiagn. Psicoterapia Docencia Investig.	3	Psicodiagn. Psicoterap. (Práct. Clín.)

Hospital	Nº de Psicol. Contrat.	Tipo de Contrat.*	Servicio	Categ. en el servicio	Funciones	Nº de asist. Voluntarios	Func. del Asist. Vol.
Fray Bernard.	5	1=A+B 4=A+C	Psicología	5 = Adj.	Psicodiag. Psicoterapia Docencia Investig.	3	Psicodiag. (Prác. Clín.)
7 Ciemp.	H.P.S.José=2 H.P.Sag.Cor=2	1 = D 2 = F 1 = F	Psic. Hombre Psic. Mujeres	Psicólogo	Psicodiag. Psicoterapia Docencia	4	Psicodiag. (Prác. Clín.)
Ramón y Cajal	3	3 = F 1 = G	Psiquiatría	3 = Adj.	Psicodiag. Psicoterapia		
C. Sanit. 9 Prov.	3	3 = F	Psiquiatría	- Adj.	Psicodiag. Psicoterapia Docencia Investg.		
H. Clín. 10S. Carlos	3	2=A+C 1 = D (Fac.M.)	Psic. infantil Psic. y Psicol. Médica	- Psicol. - Prof. Adj.	Psicodiag. Docencia	6	Psicodiag.
Puerta de Hierro	2	2 = E	Psiquiatría	2 = Adj.	Psicodiag. Psicoterapia Docencia	4	Psicodiag. Psicoterap. (Prác. Clín.)
F.J.D. 12C.N.S de la Concp.	1	1 = F	Psiquiatría	- Adj.	Psicodiag. Psicoterapia Docencia Investig.	7	(Prác. Clín.) Psicodiag. Seminarios Investig.
13Alon. Veg	2	2 = F	Psiquiatría	Col. Téc.	C Psicodiag.		

* Tipo de Contrato: -A: Funcionario del Estado.
 -B: Perteneciente a la Plantilla.
 -C: En Comisión de Servicios.
 -D: Interino.
 -E: Laboral eventual.
 -F: Laboral fijo en Plantilla.
 -G: Residente.

3.4 El acuerdo fue unánime desde el principio en cuanto a la necesidad de abordar como puntos más urgentes la insuficiencia numérica y la inadecuación del equipo de Psicología Clínica lo que hace cada vez más necesaria la creación de Servicios de Psicología Clínica con una dotación adecuada de plazas y medios. Sólo así es posible la formación de equipos de trabajo suficientemente estables e integrados para ser operativos en la tarea asistencial.

Los Hospitales que admiten la colaboración de Psicólogos Asistentes Voluntarios se ven en parte forzados a ello por la insuficiente dotación de la plantilla, no sólo por la necesidad de ofrecer a los postgraduados un espacio para la práctica o contacto directo con la realidad clínica y hospitalaria. Este modo de proceder no deja de ser precario y controvertido. Varios Hospitales no admiten este tipo de colaboración y experiencia docente en régimen de asistencia voluntaria.

Se considera que el Asistente Voluntario no debe de asumir determinadas responsabilidades ni cubrir servicios no remunerados que la Administración o Institución Hospitalaria estaría obligada a atender mediante personal contratado. Más aún cuando el índice de paro es tan alto en nuestra profesión. Por otra parte la carencia oficial de plazas hace que la necesidad de contacto directo con la práctica clínica como complemento ineludible a la formación iniciada en la Facultad, obligue a los nuevos graduados a buscar alguna solución por otras vías. Es un hecho ya constatable en todos los Hospitales y Centros Sanitarios, la afluencia masiva de psicólogos solicitando la asistencia voluntaria. Determinados Hospitales ofrecen esta posibilidad de experiencia docente a cambio de colaboración supervisada en la tarea asistencial. Es una forma de aliviar equívoca y precariamente la baja dotación de psicólogos en plantilla pero a su vez evita hasta cierto punto la creación y contratación de las plazas necesarias.

La integración y estabilidad del Psicólogo Asistente Voluntario en el equipo y en el Servicio está constantemente amenazada desde dentro y desde fuera. Desde dentro del Servicio en el que participa por la circunstancia interna de otras competencias profesionales con territorios no siempre bien delimitados; desde fuera por la circunstancia externa de posibles contratos de trabajo remunerados. Esto hace que su operatividad aún siendo alta, es muy vulnerable e insuficiente, cuando no frecuentemente reivindicativa o frustrante. Y en todo caso, la figura del Psicólogo Asistente Voluntario corresponde al hecho significativo de una carencia en la formación clínica que debe de subsanarse lo más pronto posible.

3.5. Recogimos cuanta documentación nos fue posible con respecto al tema específico de la formación de Psicólogos Postgraduados Internos o Residentes. Entre otros hemos revisado los siguientes documentos:

- Guía de Formación de Médicos Especialistas en Psiquiatría— Consejo Nacional de Especialidades Médicas.
- Programa de Formación de Psicólogos Residentes. Residencia en Psicopatología y Salud Mental de Niños y Adolescentes. —Hospital de Niños de Buenos Aires— Director: Dr. Alberto J. Campos. Argentina 1971.
- Programa de especialización en Psicología y Psiquiatría Infantil para Postgraduados (Programas especiales). Hospital del Niño Jesús de Madrid; Dr. C. Cobo Medina. Madrid, 1978.
- Charles A. Kiesler. *The training of Psychiatrists and Psychologists*.
- Herbert Dörken y Delmont Morrison. *JCAH Standars for Accreditation of Psychiatric Facilities Implications for the Practice of Clinical Psychology*. (Ambos artículos en *American Psychologist*. Vol. 32, n.º 2. Feb. 77).
 - a) La Psicología Clínica como profesión de salud independiente y autónoma.
 - b) Necesidad de los servicios de psicólogos clínicos y su formación a través del sistema de residencia.
 - c) Libertad del paciente para recibir tratamiento de un psiquiatra o de un psicólogo.
- «*La Práctica Psicológica en el Hospital Psiquiátrico*». VII Seminario Nacional de Psiquiatría. Diputación Provincial de Barcelona; Sta. Coloma de Gramanet, 1974.
- «*La interconsulta médico-psicológica en el marco hospitalario*». «*Asistencia Institucional. Nuevos desarrollos de la interconsulta médico-psicológica*». H. Ferrari y otros. Nueva Visión. Buenos Aires, 1977 y 1979.

* * *

- B.O.E. nº 299; 15 Dic. 1977. Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Resolución de la Subsecretaría de la Salud por la que se convoca concurso para proveer plazas de Médicos Internos Residentes de primer año, Médicos Residentes extranjeros, y Residentes de Programas Especiales (Biólogos, *Psicólogos*, Ingenieros, Físicos, Químicos, Estadísticos, Bibliotecarios) en determinadas Instituciones Sanitarias.

- B.O.E. nº 39; 15 Feb. 1982; 3804. Presidencia del Gobierno, Real Decreto 3500/1981 de 27 de Noviembre por el que se aprueban las bases del Acuerdo Marco de colaboración en las Instituciones Sanitarias de rango universitario entre los Ministerios de Educación y Ciencia, y de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social.
- B.O.E. nº 131; 2 Junio 1982; 12997, Resolución de 13 marzo 1982, de la Dirección General del Instituto Nacional de la Salud por la que se regulan y fijan las condiciones para la acreditación de méritos de formación posgraduada por el sistema de residencia.
- Boletín Oficial de las Cortes Generales. Congreso de los Diputados. Num. 709-I. Creación de Servicios de Psiquiatría en las Residencias y Ciudades Sanitarias de la Seguridad Social. Proposición no de Ley, presentada por el Grupo Parlamentario Socialista del Congreso, el 16 de Junio de 1981, y aprobada por la Comisión de Política Social y Empleo el 31-3-82 (Boletín Cortes Generales nº 709-II, 22-abril-1982).
La creación de estos Servicios «deberá comenzar en enero 1982 y finalizar en abril 1983». Entre otros cometidos se incluye la «formación postgraduada del personal facultativo a través del programa MIR para médicos y del correspondiente o equivalente programa PIR para psicólogos clínicos».
- Boletín Oficial de las Cortes Generales. Congreso de los Diputados. 20 de abril de 1982, Num. 50-II Real Decreto Ley sobre prácticas y enseñanzas sanitarias especializadas.
La duración de los contratos celebrados entre los profesionales sanitarios que realicen cursos, prácticas o reciban enseñanzas sanitarias para la obtención de Especialista... será la que reglamentariamente se determine para cada especialidad... no podrá exceder en ningún caso de cinco años.

* * *

3.6. *En el momento actual*, la Comisión tiene discutidos, aceptados y ya redactados los siguientes puntos del Informe:

- a) Introducción: necesidad de los Programas de Formación Postgraduada en los Hospitales y Centros Sanitarios para Psicólogos Clínicos Residentes.
- b) Definición y contenido de la especialidad.
- c) Areas de especialización.
- d) Duración de los programas: tres años prorrogables a cuatro.
- e) Metodología de desarrollo del Programa de Formación (etapa de formación más genérica: 1 año; etapa de especialidad: 2-3 años). Modo de desarrollo del trabajo clínico asistencial en actividades específicas y supervisadas.
- f) Condiciones de acceso al Programa.

Resta aún por perfilar y ultimar, aunque ya está bastante avanzada la discusión y consiguiente elaboración de las materias específicas de cada especialidad, así como del tiempo proporcional distribuido para cada materia en un horario aproximado.

Esperamos poderlo acabar hacia finales de junio de 1982 o a lo más, antes de finales de octubre del 82. Nos parece más adecuado entregar el proyecto completo en cuanto al Programa Específico de Formación para su conocimiento y estudio cuando esté ya ultimado, por lo que posponemos para esas fechas (octubre 82) la comunicación del mismo, a través de un segundo informe a la Junta del Colegio. El resto de las gestiones y su discusión corresponde a los trámites que el Colegio Oficial de Psicólogos crea necesarios. Esperamos que nuestro trabajo pueda haber sido útil y sus resultados se dejen ver pronto en mejora de nuestra profesión.

Pedro Pérez García

Coordinador de la Comisión de Psicólogos en Hospitales

REUNION NACIONAL DE LAS ASOCIACIONES DE FAMILIARES DE ENFERMOS PSIQUICOS

La Asociación Española de Neuropsiquiatría ha estado presente, en tanto que invitada, en la reunión que varias asociaciones de Familiares de Enfermos Psíquicos celebraron en Vitoria, el 10 y 11 de Octubre, y en la que decidieron constituirse en Federación de Familiares de Enfermos Psíquicos.

Su estructura y cometidos no parecen ser equiparables a los de las Asociaciones de Familiares de Subnormales, en las que se presupone la necesidad de tutela familiar de los enfermos y se gestionan centros de asistencia y rehabilitación propios, pues a pesar del nombre, en las asambleas y gestión de estas asociaciones participan tanto los propios enfermos, como sus familiares y profesionales de la salud mental. No tienen en sí mismas una función asistencial y terapéutica, como es el caso de algunas de las Asociaciones de Alcohólicos o Ex-alcohólicos, aunque algunas de ellas dispongan de Clubs con finalidades de rehabilitación social.

Sus funciones se orientan preferentemente a

- sensibilizar a la opinión pública, autoridades y profesionales de la salud mental sobre la problemática de los enfermos psíquicos. Es así que AFES publica la revista «La otra cara» y la asociación de Valencia ha organizado unas Jornadas sobre Psiquiatría Comunitaria.
- reivindicar las modificaciones necesarias en la legislación que posibiliten la plena asistencia psiquiátrica en la Seguridad Social, superen las clasificaciones actuales de minusvalía psíquica del SEREM por facilidades para la reinserción laboral en un régimen de relaciones próximo al de otras empresas de producción y adecúen la asistencia psiquiátrica a los enfermos sometidos a la autoridad judicial al espíritu general de la actual legislación y al progreso en los conocimientos psiquiátricos.
- servir de aglutinante y apoyo mutuo entre enfermos y familias de enfermos que, sobre todo en los casos de hospitalizaciones o procesos crónicos, pueden encontrarse marginados en la vida social y en los procesos de cambios legislativos y asistenciales.

La Federación está en sus inicios, por lo que desea comunicar los teléfonos de localización:

Vitoria (28 86 48), Valencia (349 20 34), Sevilla (22 47 91), Madrid (430 97 05), Murcia (23 91 15), Santander (27 15 50), Tenerife (28 66 00) y Badajoz (23 81 00).

PROYECTO DE ORGANIZACION DE LAS ACTIVIDADES DOCENTES DE LA AEN

CATEDRA LAFORA-MIRA Y CURSOS DE VERANO

La Asociación Española de Neuropsiquiatría tiene entre sus objetivos primordiales abordar el tema de la docencia en todas sus facetas. Con ese fin se creó en el último congreso celebrado en Madrid una comisión que abordara esos aspectos y asesorara a la Junta de Gobierno. En esta línea la comisión de docencia ha visto la necesidad de programar una serie de actividades docentes, cuyo primer fruto han sido los cursos monográficos para el curso 82-83. Sin embargo hoy se ve que el esquema organizativo de estas actividades puede mejorarse por lo que se propone para su estudio el siguiente esquema organizativo:

Cátedra Lafora-Mira: Esta Cátedra se creó en 1975 con el nombre del primer catedrático de psiquiatría (Mira) y del considerado «primer profesor» de la Escuela Madrileña (Lafora). Bajo los auspicios de esta cátedra se pensaban desarrollar diversas conferencias por parte de expertos en psiquiatría y psicología, que sirvieran para dar una docencia de calidad. Sin embargo la realidad ha llevado al olvido esta iniciativa.

Hoy proponemos que esta Cátedra sea la denominación bajo la que se desarrollen las actividades docentes de la asociación de cada curso académico. Es decir que en ella quedarían englobados los cursos monográficos ya creados y los futuros seminarios.

Para el desarrollo de la Cátedra es aconsejable que se nombre a un responsable de la misma y que cada año se dote con un presupuesto adecuado (para el presente curso se puede considerar como presupuesto lo asignado a los cursos: 250.000 ptas).

Cursos de verano: Estos cursos, al igual que los que se desarrollan en otros campos, tendrían un fin de formación claro y profundo, complementarían las actividades de la Cátedra Lafora-Mira y ampliarían el campo docente de la Asociación.

A nivel organizativo deberían de contar por su complejidad con un Consejo Directivo y un comité científico asesor, así como con una dotación presupuestaria adecuada a sus actividades.

CATEDRA LAFORA-MIRA

(cursos y seminarios, 1982-1983)

La Cátedra Lafora-Mira se crea en el seno de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, en el año 1975. En su denominación se recogen dos nombres ilustres de nuestra Psiquiatría con una fuerte inclinación docente. Mira y López fue el primer catedrático de psiquiatría al acceder en 1933 a la cátedra de la Universidad de Barcelona, y Lafora es considerado uno de los «maestros» de la Escuela madrileña de psiquiatría. Bajo este prisma se concibe, en sus inicios, a la cátedra, como el marco adecuado para desarrollar una serie de conferencias dictadas por especialistas de reconocido prestigio. Sin embargo este proyecto, después de una corta existencia, fue languideciendo hasta pasar al olvido.

Hoy, la comisión de docencia de esta Asociación, ha decidido retomar esa iniciativa adecuándola a las necesidades docentes en el campo de la psiquiatría y de la psicología. Con este espíritu, la cátedra es el marco que recoge y programa los cursos monográficos y seminarios desarrollados durante un año académico. Esta programación ha tenido un carácter descentralizador, buscando que las actividades docentes de la cátedra vayan desarrollándose en las distintas comunidades autónomas.

Deseamos y esperamos, que en próximos años las actividades aumenten en cantidad y calidad. Es un esfuerzo digno de realizarlo.

CURSOS

LAS PALMAS

"PSICOSOMATICA"

Dirigido por **Antonio de la Nuez** (Psicoanalista).

Sesiones mensuales.

Comienzo: Enero 1983.

Lugar: Colegio Universitario de Medicina de Las Palmas.

Organización: Asunción González de Chávez.

c/ Dos de Mayo, 9, 4º dcha. Telf. (928) 26-32-86. Las Palmas.

OVIEDO

"DE LAS URGENCIAS PSIQUIATRICAS A LAS TECNICAS DE INTERVENCION EN CRISIS"

Dirigido por **Guillermo Rendueles y José García González**.

Sesiones quincenales (El curso terminará con unas jornadas en mayo).

Comienzo: Noviembre 1982.

Lugar: Facultad de Psicología y Ciencias de la Educación (martes, a las 19 horas).

Organización: Guillermo Rendueles.

c/ Marqués de San Esteban, 17, 2.º puerta 6 Tel. (985) 35-78-59. Gijón.

SAN SEBASTIAN

"APROXIMACION A LAS PSICOSIS"

Participan especialistas españoles y extranjeros.

Sesiones mensuales.

Comienzo: Diciembre 1982.

Lugar: Salón de la Caja de Ahorros Provincial.

Organización: Dolores Aparicio Tellería, Cristina Azpilicueta, Carlos Odriozola y Ana Olivan Plazaola.

Av. de Navarra, 4 Tel. (943) 28-49-00 (ext. 13) San Sebastián.

Colaboran el Departamento de Psicología Social (Fac. de Zorroaga) y el Colegio Oficial de Psicólogos de Guipúzcoa.

PREMIOS AEN V EDICION (1982-1983)

B A S E S

La Junta de Gobierno de esta Asociación convoca el premio «Luis Martín Santos».

Las condiciones son:

Primera. — Tema libre y de investigación, relacionado con la salud mental.

Segunda. — Extensión mínima de 50 holandesas a doble espacio.

Tercera. — Puede redactarse en castellano, catalán, euskera o gallego. Se ruega a los que redacten en los tres últimos idiomas que presenten una traducción en castellano para facilitar la labor del Jurado.

Cuarta. — Los trabajos se enviarán a la sede de la Asociación (Consejo General de Colegios de Médicos, Villanueva, 11, segunda planta, Madrid) Los trabajos irán en sobre cerrado con un lema y se acompañarán de otro sobre que contenga el(los) nombre(s). Se enviarán cinco copias del trabajo.

Quinta. — La recepción de trabajos se hará hasta el día 31 de mayo de 1983. El fallo del jurado será en el XVI Congreso.

Sexta. — Los premios pueden ser declarados desiertos. Los trabajos no premiados serán devueltos, quedando a disposición de la Asociación dos copias.

Séptima. — La Asociación editará los premios en el plazo de un año, quedando la primera edición en su poder. Si pasado un año la Asociación no hubiera podido editar los premios, estos quedarán a disposición de los autores.

Octava. — La dotación del premio es de 150.000 ptas.

Novena. — Pueden concursar los profesionales de la salud mental.

CONGRESOS Y REUNIONES CIENTIFICAS

- CONGRESO INTERNACIONAL SOBRE PSIQUIATRIA EN EL HOSPITAL GENERAL
Madrid, 23-27 enero.
Secretaría: Avda. Nueva Zelanda, 44. Madrid-35.

- CURSO SOBRE FARMACOLOGIA DE LA DEPENDENCIA DE DROGAS
Barcelona, 31 enero-4 febrero.
Secretaría: Departamento de Farmacología. Universidad Autónoma. Barcelona.

- I JORNADAS DE SOCIOLOGIA DE LA SALUD
Bilbao, 2-4 febrero.
Secretaría: Asociación Vasca de Sociólogos. Ldo. Poza, 31-7.º. Bilbao-11.

- COLOQUIO DE L'EVOLUTION PSYCHIATRIQUE
Tema: **Sociedad y psiquiatría-Imágenes de la psiquiatría.**
París, 18-19 marzo.
Secretaría: F. Caroli, Hôpital Henri Rouselle. 1 rue Cabanis. 75014. París.

- II CONGRESO MUNDIAL DE PSIQUIATRIA DEL LACTANTE
Tema: **El bebé en un mundo en cambio.**
Cannes, 29 marzo-1 abril.
Secretaría: Mazet. Hôpital de la Salpetriere. 47 Boulevard de l'Hôpital. 75651. París.

- CONGRESO INTERNACIONAL DE PSICOANALISIS
Madrid, junio.

- 7.º CONGRESO DE LA SOC. EUROPEA DE PSIQUIATRIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE
Tema: **Agresión, agresividad y familia.**
Lausanne, 4-8 julio.
Secretaría: B. Steck. Mon repos 14.1005 Lausanne. Suiza.

- VII CONGRESO MUNDIAL DE PSIQUIATRIA (WPA)
Viena, 11-16 julio.
Secretaría: P.O.Box 9.A-1095 Vienna. Austria.
(La AEN está organizando un viaje a este Congreso).

- VII CONGRESO MUNDIAL DE LA SOCIEDAD INTERNACIONAL DE MEDICINA PSICOSOMATICA
Hamburgo, 17-22 julio.
Secretaría: Psychosomatics. P.O.Box 302360. D-2000-Hamburg-36. Alemania.

- XVI CONGRESO NACIONAL DE NEUROPSIQUIATRIA (AEN)
Oviedo, 16-19 noviembre.
Ponencias: 1.—Psicosis, 2.—Terapia de familia, 3.—Deterioro psicológico en enfermos org.
Secretaría: Dr. Pedro González Quirós. Servicio de psiquiatría. Residencia Sanitaria. Oviedo.

NORMAS PARA EL ENVIO DE TRABAJOS

Las colaboraciones que se hagan llegar a la Revista de la A.E.N. deberán cumplir las siguientes indicaciones:

- Los trabajos deberán ser inéditos, mecanografiados a dos espacios en papel tamaño folio, en original y cuatro copias.
- Los autores harán constar su profesión, centro de trabajo y lugar de residencia.
- Cuando el trabajo incluya gráficos, grabados, etc., éstos deberán presentarse debidamente numerados, en originales en tinta negra sobre papel blanco. Se admitirán diapositivas y positivos-papel.
- La Dirección de la Revista se reserva el derecho de publicar el trabajo en el número que estime más conveniente. Se acusará recibo de todos los trabajos recibidos, pero no se mantendrá otra correspondencia acerca de los originales previamente no solicitada. Los originales no serán devueltos.
- Toda la correspondencia y material deberá ser enviado a: Villanueva, 11, 2.º Madrid-1.

AVISO A LOS SOCIOS

Los socios que deban una cuota (anual), dejarán de recibir la Revista hasta que se pongan al corriente de pago.