

REVISTA DE LA  
**ASOCIACION  
ESPAÑOLA DE  
NEUROPSIQUIATRIA**

ORGANO DE LA A.E.N., FUNDADA EN 1924

AÑO VII - NUM. 21 - ABRIL/JUNIO-1987

**Desinstitucionalización: otra vía,**  
Franco Rotelli

**La Unidad de Agudos como elemento terapéutico,**  
José Jaime Melendo Granados y Carlos González Juárez

**La contención del terapeuta en el tratamiento de la psicosis,**  
Raúl Fernández Vilanova

**Conocimientos actuales en neurotransmisión cerebral,**  
María Soledad Olmeda García

**INFORMES: Asistencia psiquiátrica y derechos humanos en Japón:**  
**entrevista con Nobuko Kobayashi,**  
Manuel González de Chávez

**El problema de la formación post-graduada en psicología clínica,**  
Begoña Olabarría González

DEBATE - INFORMES - CRITICA DE LIBROS  
REVISTA DE REVISTAS - PAGINAS DE LA ASOCIACION



# Páginas de la Asociación

---

**SR. D. JUAN J. ARTELLS HERRERO,**  
**Director General de Planificación**  
**Sanitaria.**  
**Ministerio de Sanidad y Consumo.**  
**Paseo del Prado.**  
**28014-MADRID.**

Rebullón, 10 de abril de 1987.

Muy señor mío:

Como vocal recientemente nombrado de la Comisión Nacional para la Especialidad de Psiquiatría, en representación de la AEN, queremos poner de manifiesto algunas anomalías que afectan directamente a esta Comisión.

1. La enorme extrañeza que nos produce el hecho que desde casi **seis meses** (tal y como me indica el doctor Aparicio antecesor representante de la AEN) no se convoque esta Comisión, a pesar de haber ocurrido acontecimientos que consideramos graves (huelgas MIR y su resolución) sin que la Comisión haya analizado en su seno dichos conflictos, al mismo tiempo que debería haber realizado un seguimiento de la cobertura de las plazas MIR de psiquiatría, recientemente adjudicadas.

2. En este último sentido, creemos que ha habido ciertas irregularidades en la cobertura de las plazas no dependientes de los presupuestos del INSALUD. Nuestra Asociación tiene noticias de que hos-

pitales o servicios, pertenecientes a Diputaciones o Comunidades Autónomas con plazas acreditadas perfectamente presupuestadas y dispuestas para ser ocupadas, han quedado vacantes, cuando parece lógico que, como ha sucedido otros años, se cubran en su totalidad, especialmente en psiquiatría donde hay un gran déficit de especialistas.

3. Por otra parte, la ANE quiere mostrar su desacuerdo con la publicación del cuaderno sobre acreditación de hospitales, ya que su contenido no responde al oficialmente elaborado y aprobado en esta Comisión, sino a uno de los borradores de trabajo.

En espera de solución, le saluda atentamente,

**Tiburcio ANGOSTO SAURA**  
(Vicepresidente 1.º de la AEN)

## **PREPROGRAMA DE LAS II JORNADAS DE LA SECCION DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL DE LA AEN**

**Días 23 y 24 de octubre de 1987.**

Colegio de Médicos de Oviedo.

*Comité Organizador:*

Presidente: Dr. J. L. Pedreira Massa.

Vocales: Lda. C. González; Lda. M.ª Fernández; Lda. M.ª D. Fernández; Lda.

M. Hevia; Lda. E. Sardinero; Dra. M.<sup>a</sup> R. Antolín; Dr. S. Parada; Dr. J. I. Mendez; Dr. E. Serrano.

*Actividades Científicas:*

«ATENCIÓN AL NIÑO GRAVE PSICICAMENTE AFECTO».

**Día 23, a las 17 horas:**

«Aspectos conceptuales»; Dr. E. Serrano Huerta; Dr. A. Lasa; Prof. Dr. F. López; Lda. B. Olabarría.

**Día 23, a las 20 horas:**

Inauguración oficial.

**Día 24, a las 10 horas:**

«Atención actual»; Dr. G. Morandé; Dr. J. Fuentes Biggi; Un representante de los Equipos de SMI-J de Asturias; Prof. J. Valverde.

**Día 24, a las 17 horas:**

«Perspectivas de atención para el futuro»; Dr. Ph. Vannier; Prof. F. de Vicente; Dr. F. Menéndez; Un representante del Royal College of Psychiatry (si se aprueba).

## **PRIMEROS ENCUENTROS DE LA SECCIÓN DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL DE LA AEN**

Tras la celebración de las I.<sup>a</sup> Jornadas de la Sección en Madrid, se acordó la creación de una serie de grupos de trabajo con el fin de actualizar temas importantes y actuales relativos a la Salud Mental Infanto-Juvenil. Dichos grupos de trabajo expondrán sus resultados al conjunto de la Sección. De los grupos constituidos, por diversas razones, funcionaron dos, los cuales expusieron sus conclusiones el día 17 de enero de 1987 en Madrid, en el Salón de Actos del Ministerio de Sanidad y Consumo, en sesiones de mañana y tarde.

El primer grupo de trabajo se dedicó al análisis de la articulación de los distintos equipos que trabajan en el ámbito escolar y existieron dos subgrupos: el primero desarrolló su actividad en la Comunidad Autónoma de Madrid y el segundo estuvo localizado en una comarca de Castilla-La Mancha (Alcázar de San Juan), el conjunto del grupo fue coordinado por la psicóloga Consuelo Escudero. El segundo grupo de trabajo lo coordinó Serafín Carballo sobre el tema de la legislación del menor.

Las conclusiones de los grupos de trabajo, tras los debates realizados en los encuentros, podrían cifrarse en las siguientes:

### **1. Grupo de trabajo de la Comunidad de Madrid:**

1.1. Enormes dificultades, tanto administrativas como técnicas, para ordenar la atención a la influencia de una forma coherente y con criterios técnicos adecuados.

1.2. Necesidad de articular una integración de los diversos equipos en un mismo programa que implique la asistencia integral y el abordaje de los problemas de la infancia.

1.3. Se precisaría revisar las diferentes sectorizaciones de educación y de salud, con el fin de que lleguen a ser coincidentes.

1.4. Este programa tendría que incidir sobre la población infantil y las instituciones donde se desarrolla el niño, así como los servicios sanitarios, educativos y sociales que reciben demandas de atención.

1.5. Es necesario desarrollar una atención integral e integradora en cuanto a aspectos preventivos, asistenciales y sociales con especial atención a la edad temprana, así como garantizar la continuidad en el tiempo.

1.6. El programa debería contemplar diferentes niveles de intervención para los distintos profesionales, lo que posibilitaría delimitar a nivel teórico-técnico lo que significa «población a atender», unifican-



do el análisis de la demanda y la atención específica posterior.

## **2. Grupo de trabajo de la comarca de Alcázar de San Juan:**

2.1. La coordinación entre los diversos equipos que actúan en la vida del niño debe realizarse también a nivel institucional-administrativo de aquellos ministerios y/o consejerías con responsabilidades en el tema.

2.2. A nivel de cada territorio los equipos deben buscar un espacio común, con el fin de diseñar las líneas de intervención conjuntas y delimitar los campos de intervención preferente, por parte de cada equipo, sobre todo en lo tocante a las psicoterapias.

2.3. Se reclaman más apoyos por parte de la Administración, con el fin de superar voluntarismos y se ponga fin a las acciones puntuales, sea de instituciones o de profesionales.

2.4. La información debe ser precisa para educadores, sistema sanitario y otros profesionales, sobre los recursos existentes en cada territorio para la atención del niño, con el fin de evitar solapamientos y duplicidades.

2.5. Es preciso estudiar la introducción de elementos con fines preventivos en los distintos programas que se desarrollen.

2.6. La dotación de los recursos, humanos y técnicos, debe ser racional para que respondan a las necesidades de la población, partiendo de una correcta optimización de lo ya existente.

## **3. Puntos a destacar del debate surgido:**

3.1. Se destacó que la dificultad inicial surgía de una confusión y deficiente delimitación de campos por parte de la Administración, pero que también los componentes de los diversos equipos tenían su responsabilidad en la descoordinación o falta de delimitación de campos, a pesar de que los escasos intentos de

coordinación venían prioritariamente a nivel de los equipos.

3.2. Se veía que tanto en la demanda como en su canalización existía una sumación de factores (sociales, institucionales, familiares e individuales) que debían ser abordados en conjunto.

3.3. Se constató la necesidad de diferenciar entre instrumento, método y teoría, para evitar confusionismos entre los técnicos y entre la población.

3.4. No existía consenso sobre la necesidad de unidades funcionales de atención a la infancia o programas específicos.

3.5. Es capital delimitar funciones y roles de cada componente de los equipos y de cada institución en la atención a la infancia.

En el grupo de legislación del menor se llegaron a las siguientes conclusiones:

### **1. Exposición de las conclusiones del grupo de trabajo:**

1.1. Se señaló como grave el retraso que estaba sufriendo la Ley del Menor, pues quedaba desprotegido legalmente el niño.

### **1.2. Principios fundamentales a defender:**

- Inimputabilidad al menor.
- Graduar la respuesta penal a las necesidades del sujeto.
- Evitar lo meramente sancionador, así como su confusión con lo educativo, evitando el reproche moralizante.
- Los centros que reciban a sujetos en edad infanto-juvenil deben reunir los requisitos más adecuados para esa edad.
- Exigir la simplificación del proceso legal.

### **1.3. En cuanto a la política asistencial de protección de menores:**

- Se constató el importante incremento de expedientes tramitados,



así como de los menores sometidos a protección.

- Permanecen un elevado número de instituciones privadas con cargo a fondos públicos sin ningún tipo de control sobre la calidad de la tarea realizada.

1.4. En el presente momento se está creando una red paralela asistencial (psicoterapia para internados), con todos los peligros que ello encierra.

1.5. En la mayoría de los centros existentes en el momento actual la acción de tutela recae de forma fundamental sobre los cuidadores, por lo que no hay un contexto de servicios sociales, sino un contexto asilar.

1.6. El acceso al sistema judicial infantil debiera realizarse por medio de los servicios de atención primaria de tipo comunitario, por el personal de trabajo social.

1.7. Existe la dificultad actual de que la justicia no se encuentra territorializada.

1.8. Existen unos vacíos legales importantes: Ley de adopción, guarda y custodia, falta de sensibilidad social hacia los maltratos infantiles, etc.

## 2. Planteamientos en el debate:

2.1. El Tribunal Tutelar de Menores parece que puede ser inconstitucional, pues sus sentencias no se pueden recurrir.

2.2. Parece que existen dificultades para trabajar con los jueces en equipo, por muchas razones y de muy diverso tipo, aunque, cada vez más, aparecen jueces con mayor sensibilidad hacia estos problemas y hacia un tipo de trabajo diferente.

2.3. Es preciso y urgente buscar vías de salida para la infancia que se encuentra en grave crisis familiar, pero estas vías deben tender a ser transitorias.

2.4. Se informó que un juez de Oviedo, había dictado sentencia respetando la intimidad del sujeto infantil, lo que pareció un gran avance.

2.5. Se insistió en la necesidad de trabajar sobre los vacíos legales para urgir un cuerpo legal más fundamentado en favor de la infancia.

José Luis PEDREIRA

### **ENCUENTRO-DEBATE: «SITUACION ACTUAL DE LA SALUD MENTAL EN MADRID» (Constitución de la Asociación Madrileña de Salud Mental)**

Se celebró durante los días 26, 27 y 28 de marzo de 1987 en el Aula Magna del Hospital Provincial de Madrid. Fue organizado por la Comisión Gestora de la Asociación Madrileña de Salud Mental.

Tuvieron lugar cuatro meses redondas. La primera se centró en el tema de la «Formación en Salud Mental», actuando de moderadora la doctora Ana Isabel Romero. La segunda versó sobre la «Organización actual y planificación de los Servicios de Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Madrid», siendo el moderador el doctor Manuel González de Chávez. La tercera fue sobre «Demanda y oferta de hospitalización psiquiátrica», moderándola el doctor Enrique González Duro. La cuarta y última sobre «Asistencia ambulatoria comunitaria», fue moderada por la doctora Isabel Rodríguez Goroostiza.

Los resúmenes realizados por los moderadores han sido los siguientes:

*Mesa redonda:*  
**«Formación en Salud Mental».**

*Moderador:*  
**Dra. Ana Isabel ROMERO.**

Excusaron su ausencia de la mesa el doctor Baca y D. Pedro Pérez.



D. Alejandro Avila, profesor titular de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, puntualizó diversos aspectos problemáticos de la formación pre-graduada, valorándose como positivo los intentos de formación PIR, intentos que no llegan a concretarse y establecerse en los hospitales públicos.

D. Carlos González, representante MIR en la Comisión Nacional de Especialidades, planteó la escasa homogeneidad en la formación y comentó los resultados de una encuesta realizada a residentes de último año, indicando que independientemente de las aportaciones docentes de algunos profesionales a nivel individual, se apreciaba un descontento casi general en relación a la organización docente.

*Mesa redonda:*

**«Organización actual y planificación de los Servicios de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Madrid».**

*Moderador:*

**Manuel GONZALEZ DE CHAVEZ.**

En primer lugar intervino el doctor Valetín Corcés, Director de Área de Salud Mental de la CAM, que se refirió, principalmente, a algunos aspectos que configuraban la organización actual de los Servicios de Salud Mental de Madrid. En su opinión, el paso del modelo sanitario hospitalario al modelo comunitario se había visto afectado, en Madrid, por un error: la creación del INSAM y el desarrollo a partir de este organismo de un modelo propio de caracteres burocráticos, y por un obstáculo: que el modelo comunitario no había sido asumido por los políticos responsables, en su esencia radical. Además, en los últimos años, el modelo psiquiátrico comunitario se estaba viendo afectado también por el crecimiento, también erróneo, de un modelo monográfico como el del programa de toxicomanías de la CAM, que estaba alcanzando excesivas y extravagantes dimensiones.

El doctor Fernando Lamata, Director Provincial del INSALUD de Madrid, intervino posteriormente, haciendo inicialmente una exposición de las necesidades asistenciales de Madrid en la asistencia primaria, de acuerdo con las previsiones de crecimiento demográfico. Los nuevos equipos de asistencia primaria cubrirían, en 1987, el 15 % de la población, programándose para 1988 que este porcentaje ascendería al 30 %. El doctor Lamata expuso posteriormente la situación de los recursos del INSALUD de Madrid dedicados a la asistencia psiquiátrica. Ocho equipos y dos semiequipos de las nuevas Unidades de Salud Mental del INSALUD se habían añadido a los 46 psiquiatras y neuropsiquiatras, que trabajaban en los ambulatorios, de los cuales seis especialistas, exclusivamente psiquiatras, habían optado por la jerarquización y se habían integrado en los nuevos equipos citados. Todavía está lejos el objetivo de integrar a los especialistas de los ambulatorios y los hospitales generales en un solo equipo para cada Área. Señaló que el INSALUD disponía de ocho unidades psiquiátricas en hospitales generales de Madrid, tres de las cuales (H. Ramón y Cajal, H. Cruz Roja y H. Clínico) contaban con hospitalización. El INSALUD no tenía ninguna participación en los hospitales psiquiátricos de Madrid.

A juicio del doctor Lamata, desde la Dirección Provincial del INSALUD, se plantean varios retos de cara al futuro para superar los dos principales déficits actuales. Uno de ellos será el vencer las resistencias y dificultades para crear servicios psiquiátricos con hospitalización en los hospitales generales que aún no los tienen. El otro importante reto es el de la coordinación de servicios y en primer lugar de los propios servicios del INSALUD, los diferentes de salud mental entre sí y con los equipos de atención primaria, para posteriormente conseguir la coordinación de los recursos psiquiátricos del INSALUD con los del Ayuntamiento de Madrid y los de la Comunidad Autónoma.



El doctor Luis Prieto, Jefe de los Servicios de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Madrid, habló seguidamente, con detalle, de la política en materia de salud mental seguida por la CAM, en un proceso lleno de avances y dificultades, que pretende integrar la salud mental en la atención a la salud en general, superar los hospitales psiquiátricos, asistir a los pacientes agudos en los hospitales generales y responsabilizar a los servicios sociales del cuidado de los enfermos crónicos. Hizo alusión a las importantes dificultades estratégicas que creaba la falta de integración de todos los recursos existentes y a las dificultades derivadas de la ausencia de cooperación adecuada entre administraciones e instituciones diversas.

Posteriormente expuso el panorama actual de los centros de salud mental en Madrid, 22 en total, su insuficiente capacidad para atender a la demanda actual y su coexistencia y duplicación con otros del Ayuntamiento o del INSALUD. La política de convenios interinstitucionales no había dado resultado en Madrid capital. Sí se había conseguido unificar funcionalmente los recursos en algunos ayuntamientos del área metropolitana como Móstoles, Getafe, Leganés o Fuenlabrada, y se había conseguido una buena cooperación de dichos recursos en otros ayuntamientos como Parla, Alcobendas y Alcorcón. Subrayó la importancia de que toda la demanda en salud mental acuda en una única red y que los convenios interinstitucionales se tropezaban actualmente con algunos obstáculos que habrá que superar, como la no coincidencia entre la zonificación realizada por la Consejería de Salud y Bienestar Social de la CAM y las áreas sectoriales del INSALUD.

Obviando los problemas de los hospitales psiquiátricos de Madrid, que se trataban en otra Mesa de estos Encuentros, el doctor Prieto dedicó el final de su exposición a la asistencia psiquiátrica concertada de la CAM, que dijo en 1982 afecta-

ba a 2.400 enfermos que la CAM tenía en hospitales psiquiátricos de todo el país y que en la actualidad ha sido reducida a sólo 1.040 internados en centros psiquiátricos que no pertenecen a la CAM. Esa drástica reducción era principalmente producto de la transferencia a servicios sociales de la atención de los subnormales y de los pacientes geriátricos y de la natural disminución de una población envejecida, ya que desde 1982 se había bloqueado completamente el traslado de nuevos pacientes desde centros de la CAM a centros concertados. La amortización, por causas naturales, de 621 camas concertadas estaban suponiendo un ahorro de 1.300 millones de pesetas cada año, ahorro que, el doctor Prieto se lamentó, no había revertido en la financiación de programas de salud mental, ni en la financiación que consiguiese el desarrollo de servicios alternativos a la desinstitucionalización, ya que tampoco se había materializado finalmente el presupuesto, que fue en su día aprobado por la CAM, para el Plan de Servicios Sociales de la Comunidad.

El doctor García Reyes, psiquiatra del Hospital Provincial de Madrid y también diputado del grupo comunista en la Asamblea de Madrid, cerró las intervenciones de los ponentes de esta Mesa con una exposición documentada de los presupuestos económicos aprobados por la CAM en materia de salud mental durante los últimos años. Criticó la política seguida por el INSAM y posteriormente el IRES, a los cuales calificó de superestructuras de gestores y planificadores incapaces de cambiar la asistencia y que confunden el proceso de cambiar la realidad sanitaria con el de la mera redacción de planes sanitarios. Fue exponiendo con detalle los presupuestos que desde su creación tanto el INSAM como el IRES habían consumido en su burocracia supuestamente planificadora, sucesivas cantidades de millones de pesetas que se habían restado o detrído de los presupuestos económicos dedicados a la dotación de



recursos directamente asistenciales que beneficiasen a los enfermos.

Criticó también el doctor García Reyes la persistencia de redes paralelas en la asistencia psiquiátrica de Madrid: la de los ayuntamientos, la del programa de toxicomanías, la de la CAM con el agregado de la AISNA y para colmo, el INSALUD, que podía ofrecer dispositivos en los hospitales generales, no lo estaba haciendo, sino que añadía a este caos, los nuevos equipos de salud. Estas múltiples redes estaban imposibilitando una asistencia psiquiátrica comunitaria, con una desorganización que alcanza niveles intolerables en las situaciones de urgencia.

*Mesa redonda:*

### **«Oferta y demanda de hospitalización psiquiátrica».**

*Moderador:*

**Enrique GONZALEZ DURO.**

Enrique González Duro, que moderaba esta mesa redonda, señaló que en los últimos años los ingresos psiquiátricos están disminuyendo sensiblemente, como consecuencia de las nuevas garantías jurídicas exigidas para el internamiento forzoso de los pacientes. La demanda social no ha decrecido, pero ahora puede ser desviada o rechazada, aunque sólo sea por la escasez de camas disponibles. Claramente está aumentando la proporción de ingresos voluntarios, que incluye a pacientes que antes no hubiesen demandado hospitalización, tales como las amas de casa; o enfermos en situación de abandono y sin recursos que pretenden refugiarse en los hospitales y que casi siempre son desatendidos.

Los servicios psiquiátricos reducen como pueden los ingresos, por la escasez de camas. La oferta de hospitalización psiquiátrica ha sido drásticamente reducida. En Madrid concretamente sólo existen 349 camas para todos los ingresos del sector público; las restantes son de larga

estancia y están en vías de paulatina extinción. El índice de ocupación de las camas de «agudos» es muy elevado, alcanzando a menudo el cien por cien, lo que significa que en Madrid hay días en que no hay ni una sola cama psiquiátrica disponible en el sector público. La situación es caótica y grave.

La demanda psiquiátrica presiona más insistentemente sobre el Hospital Provincial de Madrid, como explicó minuciosamente Ricardo Crisóstomo. Los ingresos y las consultas externas son muy numerosos, y las urgencias psiquiátricas se han incrementado vertiginosamente, lo que parece indicar que los dispositivos comunitarios creados no están aliviando precisamente la demanda que pesa sobre los hospitales.

Antonio Latorre explicó la evolución del Hospital Psiquiátrico de Madrid (antiguo Alonso Vega), con una política de reducción de camas, de desinstitucionalización de los crónicos, de disminución de las consultas externas y con la creación de una unidad de hospitalización breve, que tiende a asistir exclusivamente la demanda de su autoadjudicada zona de influencia. Algo similar ha acontecido en el Hospital Psiquiátrico de Leganés, que desde hace pocos años dispone de una unidad de hospitalización breve conectada funcionalmente con los centros de salud de su zona. Dicha unidad será próximamente trasladada al Hospital General de Leganés, según expuso Luis Prieto, Jefe del Servicio de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Madrid.

Prieto se refirió también a los éxitos logrados por la CAM en el apartado de la hospitalización de crónicos, cuyo número ha descendido notablemente tanto en los centros propios como en los concertados. Muchos pacientes han sido «reconvertidos» y traspasados a los servicios sociales. Del lamentable estado de los pacientes en los centros concertados habló Alfredo Aranda, que hizo una detallada exposición histórica de los mismos y de su incapacidad para dispensar una asistencia moderna y rehabilitadora.



Esteban Acosta, aportando datos y cifras, catalogó de mala la situación de la hospitalización psiquiátrica en Madrid, muy inferior a la de otros países del mismo entorno. Lamentó que desde arriba se haya renunciado a la política del sector, cuya eficacia ha sido suficientemente demostrada en otros sitios. Y se refirió a la hospitalización parcial como alternativa específica para un gran número de pacientes, aunque aquí las plazas del «hospital de día» hayan descendido en los últimos años.

*Mesa redonda:*  
**«Asistencia ambulatoria comunitaria».**

*Moderador:*  
**Maribel R. GOROSTIZA.**

Francisco de Dios expuso un planteamiento global de las Unidades de Salud Mental del INSALUD, desde su creación el 27-12-85. Hizo hincapié en la actualidad de estas unidades y en las dificultades de coordinación con el resto de los dispositivos asistenciales, a la vez que resaltó el desborde asistencial que están sufriendo en la actualidad, al faltar la unificación entre los equipos de la CAM y el INSALUD.

Ernesto Díaz Noriega hizo un análisis crítico sobre la orientación del modelo asistencial de los CPS, del Ayuntamiento de Madrid. Estos CPS se inician como un movimiento de transformación del modelo sanitario y evolucionan hacia una asistencia marginal por las dificultades de integración institucional. Asimismo trató, desde el punto de vista político-económico, las grandes diferencias que fueron sucediéndose entre el presupuesto global municipal y el sanitario.

Alfredo Abrines hizo una presentación del proyecto, creación y desarrollo de una Unidad de Salud Mental Comunitaria de Alcobendas de la CAM, que a través de convenios con los ayuntamientos

del Distrito XV, INSALUD y acuerdos con el Hospital Psiquiátrico de Madrid, permitió la puesta en marcha de dicha unidad. También resaltó el período transitorio que atraviesan dichas unidades, que de no continuar su potenciación corren el riesgo de convertirse en redes paralelas con objetivos asistenciales marginales, como ha ocurrido con los CPS.

Francisco Montilla, inicialmente mostró su desencanto por la escasa concurrencia, que parecería indicar un desinterés por parte de los profesionales de la Salud Mental y en especial de los trabajadores hospitalarios, lo que motivó el que no leyera la ponencia. Posteriormente y a requerimiento de alguno de los asistentes, pasó a describir con breves pinceladas el desarrollo de la Unidad de Salud Mental de Getafe.

Durante el coloquio, que resultó enriquecedor y participativo, se pudo percibir una clara visión de conjunto del momento actual de la salud mental madrileña.

Entre otras conclusiones son de resaltar:

1.º La necesidad de una integración entre las distintas instituciones con competencias en salud mental y se destacó las dificultades que plantea el INSALUD a la hora de esta integración.

2.º El voluntarismo de los profesionales que hasta ahora ha imperado, debe ser sustituido por un claro apoyo y refuerzo a estas unidades por parte de la Administración.

3.º La utilidad de estos encuentros que permitiría el intercambio de experiencias a las que deberían asistir representantes cualificados de las distintas instituciones.

4.º La nueva Asociación Madrileña de Salud Mental debe ser interlocutora frente a las distintas administraciones.

---

El día 28 de marzo, dentro de este Encuentro-debate, estaba convocada la



Asamblea Constituyente de la Asociación Madrileña de Salud Mental. La Mesa presidencial quedó constituida por el Presidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, el doctor Víctor Aparicio Basauri; y por los miembros de la Comisión Gestora de la Asociación Madrileña de Salud Mental, don Manuel Campos y la doctora Isabel Rodríguez Gorostiza, siendo esta última la que actuó como Secretario de la Asamblea.

La Asamblea Constituyente decide solicitar legalmente la aprobación de la constitución de la Asociación Madrileña de Salud Mental a las autoridades correspondientes.

En segundo lugar, se procede a la lectura del proyecto de Estatutos de la Asociación, elaborado por los miembros de la Comisión Gestora y que había sido enviado a los futuros socios, por correo, durante el pasado mes de julio.

Se presentaron las siguientes enmiendas al proyecto de Estatutos:

1. Respecto al nombre de la Asociación, se propuso hacer constar inmediatamente después de Asociación Madrileña de Salud Mental, el nombre de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Hubo 17 votos a favor de esta enmienda, un voto en contra y 36 abstenciones.

2. Se propone modificar el art. 11, apartado b), sustituyendo «50 % de los socios» por «25 % de los socios». Hubo 45 votos a favor de esta enmienda, 24 abstenciones y ningún voto en contra.

3. En el Capítulo IV, art. 16 del proyecto de Estatutos, se aprueban dos enmiendas: la primera que aumenta a dos el número de Vicepresidentes de la Asociación Madrileña de Salud Mental (aprobada con 53 votos a favor, ninguno en contra y 16 abstenciones); y una segunda enmienda que sustituye el cargo de «director de publicaciones» por «vocal de publicaciones» (aprobada con 55 votos a favor, uno en contra y 13 abstenciones).

4. En el art. 17 del proyecto de Estatutos se aprueba incluir un «apartado e)»

por el que corresponde también a la Junta de Gobierno «abrir el proceso electoral con tres meses de antelación a la renovación bianual de la Junta de Gobierno, admitiendo propuestas de candidaturas hasta dos meses antes de las elecciones, y dándolas a conocer a los socios, mediante envío por correo y colocación de las mismas en el tablón de anuncios de la Asociación, con un mes de antelación a la Asamblea General Extraordinaria correspondiente». La inclusión de este nuevo apartado en el art. 17 del proyecto de Estatutos fue aprobado con 64 votos a favor, ningún voto en contra y cinco abstenciones.

5. Finalmente se aprobó incluir en el proyecto de Estatutos una disposición transitoria final por la que «La primera Junta de Gobierno de la Asociación Madrileña de Salud Mental se elegirá en la Asamblea Constituyente». Esta disposición transitoria final se aprobó con 43 votos a favor y 19 en contra.

Por 43 votos en contra y 19 a favor se rechazó una propuesta de no elegir la primera Junta de Gobierno en la Asamblea Constituyente de la Asociación, sino aplazarla a otra Asamblea ulterior.

Después de las aprobaciones de las citadas enmiendas al proyecto de Estatutos de la Asociación, se procedió a la aprobación conjunta de dichos Estatutos, lo que ocurrió por 68 votos a favor, ningún voto en contra y una abstención.

Una vez aprobados los Estatutos de la Asociación Madrileña de Salud Mental, la Asamblea Constituyente de la misma, decidió proceder a la elección de la primera Junta de Gobierno, de acuerdo con la disposición transitoria final de dichos Estatutos.

Se presentó una candidatura de Junta de Gobierno, integrada por los siguientes asociados:

Presidente: Manuel González de Chávez.

Vicepresidentes: Ernesto Díaz Noriega y José Jaime Melendo Granados.



Secretario General: Juan Carlos González García.

Tesorero: Ricardo Tapia Villamil.

Vocales: Alfredo Aranda Luengo, Luis Doria Prieto, Andrea Mullor Abad y Rosina Vignale Pesquera.

Vocal de Publicaciones: Félix García-Vilanova Zurita.

Comisión de Asistencia: Saturio Ballesteros Ramos, Inmaculada de Castro García, Francisco de Dios López, Carmen Rodríguez Marín y Pedro Gil Corbacho.

Comisión de Derechos Humanos: Manuel Calvache Pérez, Mar del Castillo Arguiñana, Pedro Rodríguez Sánchez e Inmaculada Sánchez Conde.

Comisión de Docencia: Bartolomé Freire Arieta, Emilio Gamó Medina, María Luz Ibáñez Indurria, Pilar Ortega García y Pedro Pérez García.

Esta candidatura de Junta de Gobierno fue elegida con 45 votos a favor, ninguno en contra y 17 abstenciones.

Quedando constituida la Asociación Madrileña de Salud Mental, aprobados sus Estatutos y elegida la Junta de Gobierno, sin más asuntos que tratar, se levantó la sesión.

**Isabel R. GOROSTIZA**  
Secretario de la  
Asamblea Constituyente

**Juan Carlos GONZALEZ GARCIA**  
Secretario General de la AMSAM

## ASAMBLEA DE GERONA

En el próximo número de la Revista publicaremos en *Páginas de la Asociación*, el Acta de la Asamblea y la Memoria Anual de Actividades. Presentaremos aquí, de un modo sintético, algunos acuerdos tomados en la misma:

1. **NORMAS PROVISIONALES DE ARTICULACION ENTRE LA AEN Y LAS ASOCIACIONES AUTONOMICAS.**

2. Se aprobó la admisión de ciento treinta nuevos socios.

3. Se aprobaron los Presupuestos para el año 1987 presentados por la Junta.

4. Se aprobó la condición del doctor Folch Camarasa como miembro de honor de nuestra Asociación.

5. Se fijó la nueva cuota de la Asociación para el año 1988 en 6.500 pesetas. Este incremento de 500 pesetas es debido a aumentos de costes generales, así como a la necesidad de hacer frente presupuestariamente a nuevas necesidades de la Asociación, como son la financiación de las asociaciones autonómicas, aumento de secciones y comisiones, etc.

6. Solicitud a la Junta para que se avance en el estudio de modificación de estatutos.

7. Se eligen las siguientes personas para los puestos vacantes de las Comisiones y Comité Editorial:

- Comisión de Docencia: Ana Jiménez Albacete.
- Comisión de Investigación: Margarita Eriagaray Asturias.
- Comité de Publicaciones: Francisco Vaz (Badajoz); José Jaime Melendo (Madrid); José Luis Bullejos (Valencia).

8. Se aprueban dos ponencias para el XVIII Congreso de la AEN a celebrarse en Madrid en 1989:

- 1) LA CONTENCIÓN, presentada por Raúl Fernández, Miguel Ángel Carbajosa y José Luis Pedreira.
- 2) LA CONCEPCIÓN OPERATIVA DE GRUPO. LOS GRUPOS EN SALUD MENTAL. Coordinadores: Armando Bauleo, Juan Carlos Duro, Rosina Vignale.

9. Se informa que un compañero psiquiatra canario de la Asociación, se encuentra incurso en un proceso judicial dudoso por inasistencia a un paciente. Se aprueba que a través de la Comisión de



Legislación, y si la Asociación Canaria lo precisa, se pueda hacer un seguimiento del caso, así como mantener una entrevista con el Presidente de la Audiencia Territorial.

10. Ante la falta de propuestas de sede para las próximas Jornadas de la Asociación del año 1988, la Junta de Gobierno es facultada por la Asamblea para realizar las gestiones necesarias para determinar el desarrollo de estas Jornadas.

### **ACUERDOS DE LA JUNTA DE GOBIERNO EN LA REUNION CELEBRADA EL DIA 11 DE JUNIO**

1. Se acepta la candidatura de Granada como la más adecuada para la sede del Simposium Regional de la WPA a celebrar en España en 1989.

2. Se ha nombrado el jurado para el «Premio Luis Martín Santos», IX Edición, 1987.

3. Se aprueba la convocatoria del «Premio Luis Martín Santos» en su X Edición, 1988.

4. Se convoca una beca dotada de 250.000 pesetas para la reconstrucción, reordenación y catalogación del Archivo Documental y de la Historia de la Asociación.

5. Recabar asesoramiento jurídico para recurrir ante el Ministerio de Sanidad por la sospecha de la existencia de algunas irregularidades en los procedimientos de convalidación del título de psiquiatra a los becarios.

6. A partir de ahora la Asociación tramitará ante el Defensor del Pueblo denuncias, quejas o situaciones de desprotección de los derechos de los usuarios y de colectivos profesionales por parte de la Administración en materia de atención en salud mental y asistencia psiquiátrica.

### **OTRAS INFORMACIONES**

— El próximo día 24 de junio tendrá lugar una entrevista de la nueva Junta de Gobierno con el Ministro de Sanidad y a petición de la Junta de la AEN.

— El Presidente de la Asociación y la Comisión de Legislación estuvieron invitados en las Jornadas de la Unión de Fiscales Progresistas, celebradas los días 12, 13 y 14 de junio en Sitges.

### **REUNION DE LA ASOCIACION JUECES PARA LA DEMOCRACIA Y UNION PROGRESISTA DE FISCALES Y LA COMISION DE LEGISLACION DE LA AEN**

Los días 6 y 7 de febrero de 1987 se celebró en Sevilla una reunión de las Asociaciones Jueces para la Democracia y Unión Progresista de Fiscales, a la que fue invitada la Comisión de Legislación de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. En dicha reunión, entre otros, se tomó el acuerdo de constituir una Comisión de Enlace entre las tres Sociedades, que en alguna medida institucionalice las relaciones que, de hecho, se vienen produciendo entre las mismas hace años. Se designaron los miembros de la Comisión, subdividida en dos (Andalucía Occidental y Oriental, respectivamente), con dos psiquiatras miembros de la Asociación Andaluza, un fiscal y un juez en cada una de ellas. Se propone, asimismo, un listado de temas a considerar en la primera reunión.

Esta primera reunión de la Comisión de Enlace, en lo que se refiere a Andalucía Occidental, tiene lugar en el Palacio de Justicia de Sevilla, la mañana del sábado día 4 de abril, asistiendo a la misma, Serafín García Zarandieta, fiscal; Onésimo González Alvarez, psiquiatra; Antonio Gil Merino, magistrado (suple a Ramón Sáez, juez de instrucción de San Roque, que no puede asistir por motivos profesionales); Manuel Conde, psiquiatra (suple a



Francisco Yanes Sosa), y Fernando Delgado Rodríguez, fiscal, dedicándose la reunión a considerar los puntos del orden del día acordados el 7-2-87:

1. Ante la información oficiosa de la existencia de un proyecto de construir un centro psiquiátrico penitenciario en Marchena, se ratifica el criterio contrario a tales instituciones, reiteradamente expresado por las tres Sociedades, y se acuerda recabar información más precisa sobre el proyecto.

2. En segundo lugar, y fue este el punto más largamente debatido, se analizó la grave carencia tanto de recursos y servicios sociales como de dispositivos psiquiátricos intermedios, que se expresa en las múltiples y crecientes situaciones de penuria material, sufrimiento psicológico y violencia social que, al final, no encuentran otra respuesta que la punitiva y marginadora. La reforma psiquiátrica, centrada en el desmantelamiento del manicomio, la creación de unidades de agudos en hospitales generales y consultas de psiquiatría en la comunidad, es incapaz de dar respuesta a la cronicidad psicopatológica, que exigiría servicios del tipo de los talleres y otras formas de trabajo protegido, hogares asistidos, centros y hospitales de día, asistencia en el domicilio, etc. A la vez, siguen gravitando sobre el dispositivo psiquiátrico multitud de problemas estrictamente sociales (paro, vivienda, pensiones, etc.) en número ciertamente creciente.

Los anexos 1 y 2 son parte de documentos que se consideraron en el análisis de este apartado, el primero reflexión-denuncia colectiva sobre la forma en que se desarrolla la reforma psiquiátrica en una provincia andaluza, con numerosos aspectos claramente generalizables a todas las demás, y el segundo, en una perspectiva técnico-jurídica, crítica de la aplicación práctica del 211 y los problemas que plantea.

3. Se acordó invitar a incorporarse a la Comisión al colectivo Derecho y Demo-

cracia, y concretamente, un funcionario de prisiones y un abogado del mismo.

4. Se acordó solicitar una entrevista con el Excmo. señor Presidente de la Audiencia Territorial de Sevilla de inminente nombramiento.

5. Se acordó asumir el análisis crítico efectuado por la Comisión de Legislación de la AEN de las NORMAS PARA LA ADMISION DE ENFERMOS PSIQUIATRICOS EN HOSPITALES PUBLICOS, dictadas por el IASAM, y que se acompaña como anexo n.º 3. A pesar del acuerdo existente con la finalidad y el espíritu de tales normas, la forma de las mismas y la burocratización que impone, consigue un resultado contrario al propuesto.

6. A continuación se pasó a analizar las recomendaciones de la Comisión de Estudio de la situación jurídica en que se encuentra la población ingresada en establecimientos psiquiátricos andaluces (documento que se acompaña como anexo número 4).

a) No se ve necesario mayor desarrollo de la normativa sobre internamiento involuntario. Se entiende que es suficiente con una correcta aplicación del 211.

b) En cuanto a esta recomendación, nos remitimos a las consideraciones contenidas en el anexo n.º 3.

c) En lo que se refiere a este punto de las recomendaciones... «internamientos de presos preventivos y sometidos a medidas de seguridad», etc., entendemos:

c-1) Que debe lucharse contra el encierro como exclusiva o única medida de control, siendo preciso arbitrar otras medidas técnicamente fundadas e individualizadas, en el marco de una red completa de servicios, reservándose las medidas extremas de control (en todo caso compañía de personal sanitario, que no encierro) para los casos que está técnicamente indicado.

c-2) Que es dudosa la legalidad de los psiquiátricos-penitenciarios, en la medida que alguien absuelto no puede ser pena-



do y que la propia materialidad y organización de tales instituciones niegan su capacidad terapéutica.

c-3) Los que no requieran medidas límite de control, deben ser asistidos en régimen abierto (c. ambulatoria, servicios intermedios).

c-4) Para aquellos preventivos o penados que coyunturalmente requieran asistencia psiquiátrica, ésta debe ser prestada en la propia enfermería de la prisión por personal sanitario de los servicios de la comunidad (preferentemente por el mismo equipo responsable de la zona donde la prisión está ubicada).

d) Respecto a este punto advertimos la potencialidad terapéutica de la satisfacción de los derechos fundamentales referidos.

e) En este apartado, subrayamos la lentitud con que, en algunos casos, avanzan las reformas.

f) En este punto debemos indicar:

f-1) Las carencias y limitaciones de recursos y servicios sociales en la comunidad que impiden la salida de muchos internos de los manicomios no necesitados de tratamiento y/o de internamiento.

f-2) La inadecuación de algunas de las alternativas desarrolladas (remisión a asilos, otro tipo de residencias, algunos pisos), verdadero proceso de transinstitucionalización, en algunos de los cuales se dan situaciones de detención de hecho y otros muestran unas carencias materiales y de organización superiores a las denuncias en los manicomios. Aquí hacemos una doble apelación, a la Administración por una parte, y a la Fiscalía por otra, para que se arbitren fórmulas de inspección e intervención sobre los diversos asilos, residencias y otras instituciones de acogida de ex residentes en manicomios, ancianos, retrasados mentales, etc., en los que se reproduce la lógica manicomial, a veces con mayor intensidad y violencia.

f-3) En lo que se refiere a los procesos de incapacitación, aparte de considerarse el artículo 203 del Código Civil, debe valo-

rarse la existencia de razones sociales y/o terapéuticas que lo aconsejen. Los procesos de incapacitación masivas e indiscriminados pueden ser contraproducentes.

g) En cuanto a este apartado nos pronunciamos por espacios de trabajo protegido externos a las instituciones y advertimos de las lagunas e insuficiencias de la normativa legal referida a la enfermedad mental como causa de incapacidad para el trabajo.

7. Se acordó, por último, proponer a la Asociación Derecho y Democracia la organización de una jornada o reunión a celebrar en Sevilla, dedicada a debatir los temas hasta aquí considerados, u otros relacionados, en aras a la mayor difusión y sensibilización tanto de los profesionales de los diversos ámbitos implicados como de la población general. Se vió también la conveniencia de utilizar los medios de comunicación social (radio, prensa) para propiciar análisis y debates sobre estas cuestiones.

Sevilla, 4 de abril de 1987.

**Serafín GARCIA ZARANDIETA**  
(Fiscal)

**Onésimo GONZALEZ ALVAREZ**  
(Médico-psiquiatra)

Coordinadores de la Comisión de  
Enlace de Andalucía Occidental

## ANEXO N.º 1

... el nacimiento del Instituto Andaluz de Salud Mental (IASAM) había despertado grandes esperanzas en la posibilidad de transformar los Servicios Psiquiátricos públicos en Andalucía. Cada día que pasa, la frustración es mayor...

... siguen acudiendo a los Servicios Psiquiátricos en demanda de consulta y, sobre todo, de hospitalización, muchas personas con problemas estrictamente sociales, derivados de la difícil situación (miseria material, paro...) en que transcu-



rre la vida de amplios colectivos de población. Para algunos, la Unidad de Hospitalización es el lugar de respuesta a estas situaciones por parte de los Servicios Sociales del Municipio, Provincia, de la Junta o de quien sea.

A la vez, entre los internados de larga estancia quedan retrasados mentales profundos y ancianos con enfermedades físicas crónicas, subsidiarios de atención en servicios no psiquiátricos, también inexistentes en el sector público. Aquí sí empiezan a aparecer respuestas, por parte del sector privado (posiblemente, lo que en el fondo interesa que ocurra).

2.º Nos parece grave la situación de los enfermos crónicos:

2.1. Por una parte, enfermos de larga estancia manicomial, a los que se han venido arbitrando fórmulas de rehabilitación y reinserción social, en algunos casos con indudable éxito, debido a un esfuerzo del personal absolutamente elogiabile. Pero en los últimos meses hemos asistido a una verdadera presión externalizadora, desmedida, y a veces violenta, violencia que han sufrido tanto internos como miembros del personal y que nos ha parecido inadmisibile y que, en algún caso, ha provocado verdaderas movilizaciones del personal para impedir decisiones descabelladas (por ejemplo, traslados colectivos de pacientes de un pabellón a otro, sin preparación, sin personal, sin avisar...). Se trataba de echar personas a la calle independientemente de su estado clínico, y sin asegurar las condiciones de vida en el exterior, desplazando los problemas a las familias, vecinos u otras instituciones carentes de recursos. Un supuesto desmantelamiento del manicomio va creando numerosos minimanicomios (asilos, pisos, etc.), a veces sin cobertura económica suficiente, y otras, a pesar de un coste insoportable, con una verdadera degradación de las condiciones de vida de los sujetos (comida, dinero, aseo personal, autonomía vital...).

2.2. A la vez, y al lado de ese cuestionable esfuerzo, se ignoran los enfermos

mentales crónicos que no han tenido estancias manicomiales prolongadas, los jóvenes y nuevos crónicos, los crónicos ambulatorios, para cuyas necesidades específicas seguro que hay planes y proyectos, pero nada en la realidad. Cuando se unen enfermedad mental deteriorante grave, de curso prolongado, y dificultades familiares (penuria económica, ausencia o avanzada edad de los padres, etcétera) hay únicamente la breve estancia en la Unidad de Agudos, la visita periódica al domicilio, la inyección mensual... El resto es encierro en el domicilio, vagabundeo sin rumbo. Empleo u ocupación protegida, apoyo psicosocial mantenido, programas específicos de rehabilitación de pacientes a medio y a largo plazo... nada de eso existe. Este problema, a corto plazo, va a ser el origen de una nueva institucionalización, de un nuevo encierro, más duro y difícil de desmontar que el presente. Algunas de las personas con problemas como los referidos ya están en el Psiquiátrico Penitenciario y otros, los que tienen dinero, en clínicas y residencias privadas, encerrados...

3.º En lo que se refiere al trabajo ambulatorio y de hospitalización de agudos, en vez de desarrollar una organización territorializada (sectorizada) y basada en la continuidad de cuidados, usando los diferentes recursos (dispensario, hospital, etcétera) como elementos diferenciados de un **mismo equipo**, que recurre a uno u otro según la situación clínica de los enfermos... se ha impuesto un modelo escindido, roto, con equipos diferentes y prácticamente incomunicados para trabajo ambulatorio y hospitalario. Cuando un paciente ingresa o se va de alta, cambia de equipo y de médico. A veces, va de uno a otro y de otro a uno... Los conflictos cotidianos que esta situación plantea, el malestar de los pacientes y la tensión entre muchos profesionales marcan la vida diaria de los servicios y acaban produciendo la consecuencia que, en el fondo, muchos desean: la única posibilidad de encontrar continuidad en la atención



es acudiendo a los servicios privados, pagando...

## ANEXO N.º 2

### Aplicación del artículo 211 y problemas que plantea

... la realidad cotidiana de la Administración de Justicia y de la Asistencia Psiquiátrica, nos desvela una praxis que está muy lejos de una normal aplicación de la ley y de la función atribuida al juez como garante del derecho a la libertad y a la seguridad de los ingresados en establecimientos psiquiátricos, que, a modo de somero inventario, pasamos a señalar:

a) En las grandes ciudades, en las que se encuentran atribuidos a distintos órganos judiciales los órdenes civil y penal, la posterior autorización judicial o aprobación de un internamiento involuntario urgente, no suele llegar a producirse:

— Porque los juzgados civiles no dan cumplimiento al artículo 211, so pretexto del exceso de trabajo y la imposibilidad de desplazamiento al centro psiquiátrico.

— Porque el alta del internado se produce antes de la puesta en marcha de los mecanismos judiciales, olvidando el carácter perentorio de los plazos procesales, como ya hemos señalado.

— En otras ocasiones el citado artículo se incumple parcialmente, al concederse la autorización sin el preceptivo examen judicial o el informe de un facultativo distinto al de quien acordó el ingreso.

b) En ocasiones, existen jueces que no distinguen entre autorización y orden judicial, como hemos apuntado atribuyendo al artículo 211 un contenido que no tiene y convirtiendo en la práctica la autorización en orden de ingreso, que estiman debe mantenerse hasta tanto no se revoque por el propio juez.

c) Muchas veces los problemas materiales, accesorios y circunstanciales, al-

canzan especial relieve, llegando incluso a impedir la aplicación del artículo 211. Nos queremos referir a los problemas planteados diariamente respecto a la aprehensión y traslado de los enfermos a los centros psiquiátricos, por la inhibición de las distintas Administraciones públicas.

El caso más frecuente es aquel en el que un enfermo mental, por encontrarse en situación de crisis, altera la paz social o familiar, y se solicita por los familiares la intervención de la autoridad y de sus agentes para resolver esta situación de crisis.

En este supuesto es necesario afirmar inicialmente, que la competencia para resolver sobre su internamiento no corresponde al juez penal (juez de guardia), al que, no obstante, se suele acudir. El internamiento deberá resolverse por el juez civil, conforme al artículo 211.

De ordinario los familiares, ante estas situaciones de crisis, solicitan el auxilio de los Servicios Sanitarios Psiquiátricos o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, con el fin de proceder a su internamiento inmediato. En la mayoría de los casos y siempre que no han existido contactos previos para resolver esta cuestión, suele plantearse conflictos de competencia negativa entre la Administración sanitaria y los Cuerpos de Seguridad, que terminan con la inhibición de ambos y el planteamiento del problema al juez penal, que no hemos afirmado carece de competencia para resolver sobre el internamiento.

Para obviar de alguna forma estas situaciones y una vez sentado que nos encontramos ante un supuesto de internamiento involuntario urgente, en el que el ingreso inicialmente se acuerda por los facultativos dando cuenta de ello al juez, es necesario afirmar:

1.º Que la asistencia a los enfermos psiquiátricos está atribuida a las Instituciones y Centros Públicos Psiquiátricos.

2.º Que conforme a la Ley de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad (Ley Orgánica 2/1986, de 13 de marzo), éstas tienen atri-



buida, entre otras, la función de: «Auxiliar y proteger a las personas y asegurar la conservación y custodia de los bienes que se encuentren en situación de peligro de cualquier clase» (art. 11.1.b). Y más concretamente las Policías Locales la de: «Cooperar en la resolución de los conflictos privados cuando sean requerido para ello» (art. 54.1.i).

3.º La inexistencia de servicios específicos de asistencia social y sanitaria para situaciones de crisis.

4.º La existencia de servicios permanentes de Medicina General o Servicio Especial de Urgencia.

Sólo la coordinación y cooperación de estos servicios, cada uno con funciones y medios propios, pueden resolver situaciones como las que estamos analizando...

### ANEXO N.º 3

La Comisión de Legislación de la AEN en sus reuniones de diciembre de 1986 en Madrid y febrero de 1987 en Sevilla, entre otros asuntos ha examinado las denominadas **NORMAS PARA LA ADMISION DE ENFERMOS PSIQUIATRICOS EN HOSPITALES PUBLICOS** dictadas por el INSTITUTO ANDALUZ DE SALUD (IASAM), así como alguna de las consecuencias que está teniendo su aplicación, acordándose proponer a la Junta de Gobierno de la Asociación que se dirija a las autoridades sanitarias de la Junta de Andalucía, de quien depende el IASAM, y les trasmita las siguientes consideraciones:

1. El desacuerdo con la normativa en sí, que por el hecho de existir como norma específica para enfermos mentales significa una forma de segregación respecto a otra clase de enfermos. Recordamos que el rechazo a normativas específicas, necesariamente marginadoras, ha sido reiterada y exhaustivamente expuesto a las autoridades desde diversos ámbitos de la Asociación.

2. El rechazo a la gran burocratización que implica la ejecución de las referidas normas, que en la práctica parecen dirigidas a salvaguardar a la Administración sanitaria, cumpliendo requisitos formales que dificultan o impiden la valoración o expresión de lo que realmente creemos que tiene trascendencia: la peculiaridad de cada caso y de cada situación, la necesidad de fundamentar y motivar individualmente las decisiones que se adopten, así como las relaciones entre jueces, fiscales, técnicos sanitarios y sujetos implicados, que deben basarse en la oralidad y la presencia y no en una montaña de oficios, sellos y registros que gravitan como una losa sobre unos y otros.

3. No estamos de acuerdo con la propuesta de incapacitación masiva de todos los internos de larga estancia como al parecer se ha decidido en alguna provincia. Consideramos necesario individualizar las propuestas y, en todos los casos, analizar detenidamente las actitudes de los familiares dados los riesgos de malversación y dilapidación de los bienes. En algunos casos, la presunta garantía judicial puede convertirse, justamente, en lo contrario.

4. Las funciones de las Comisiones de Admisión a que se refieren dichas Normas, creadas por Resolución de la Presidencia del IASAM, de 5 de febrero de 1986, son en realidad, funciones de los equipos sanitarios de las Unidades de Hospitalización. Si en algún lugar no existen o no funcionan debidamente tales equipos, resuélvase esa carencia o esa disfunción, pero sin recurrir al subterfugio de una supuesta necesidad jurídica.

### ANEXO N.º 4

**Memoria que presenta la Comisión de Estudio de la situación jurídica en que se encuentra la población ingresada en establecimientos psiquiátricos andaluces**  
(Publicada en el núm. 13 del año 85 de la Revista de la AEN)



## 6. Recomendaciones

a) Sería conveniente apoyar toda iniciativa legislativa que tienda a la unificación y clarificación de la normativa sobre internamiento psiquiátrico involuntario.

b) En tanto no se produzca el desarrollo normativo del artículo 211 del Código Civil, se propone la interpretación y aplicación del mismo en el ámbito administrativo de los establecimientos psiquiátricos andaluces, en los términos expuestos en el apartado 2.4. de esta Memoria.

c) En cuanto al internamiento de los presos preventivos y sometidos a medidas de seguridad, convendría potenciar las relaciones de los establecimientos psiquiátricos con los órganos jurisdiccionales en el sentido recogido en el comentario sobre Código Penal y Ley de Enjuiciamiento Criminal (apartado 2.5.).

d) Promover las condiciones necesarias para que los derechos fundamentales de los internos referentes a la información y comunicación se desarrollen adecuadamente.

e) Corregir las deficiencias detectadas en orden a la protección del derecho a la dignidad humana e intimidad de los internos.

f) Promover las medidas oportunas para encontrar soluciones alternativas adecuadas, de orden asistencial, para los ingresados no necesitados de tratamiento o internamiento psiquiátricos y dar cumplimiento al artículo 203 del Código Civil, respecto a los restantes.

g) Dar traslado del presente informe al Ministerio Fiscal y al Defensor del Pueblo Andaluz, en atención a sus funciones protectoras, y de defensa de los derechos humanos.

h) Reglamentar con normas de régimen interno precisas las actividades laborales de los internos en el Centro.

i) La necesidad de reglamentar, mediante la normativa correspondiente, la administración de los recursos económicos de los internos no incapacitados.

j) La intervención urgente de la Admi-

nistración para solucionar el problema que plantea, en cuanto a instalaciones el Hospital Provincial Psiquiátrico de Málaga.

k) Potenciar aquellas medidas asistenciales que eviten la institucionalización de los pacientes.

## **NORMAS PROVISIONALES DE ARTICULACION ENTRE LA AEN Y LAS ASOCIACIONES AUTONOMICAS, APROBADAS POR LA JUNTA DE GOBIERNO, AMPLIADA Y RATIFICADAS POR LA ASAMBLEA ORDINARIA DEL 12 DE JUNIO DE 1987**

1. Los socios de las Asociaciones Autonómicas han de serlo a su vez de la AEN y viceversa en aquellas Comunidades Autónomas en las que existan Asociaciones Autonómicas.

2. Las condiciones para ser socios serán las de ser profesional de la salud mental, sin que sea óbice estar en paro.

Las solicitudes se aprobarán provisionalmente por la Asociación Autónoma correspondiente, siendo miembros de éstas de pleno derecho y posteriormente han de ser ratificados por la Asamblea General de la AEN.

Las solicitudes de ingreso se han de comunicar con la mayor celeridad a la Secretaría General de la AEN.

3. Por el momento y mientras no se aprueben unos nuevos Estatutos, las Asociaciones Autonómicas percibirán el 10 % de las cuotas de sus asociados que también lo sean de la AEN.

4. A partir de ahora, la Junta de Gobierno de la AEN queda constituida por una permanente formada por Presidente, Vicepresidentes, Secretario General, Vicesecretario, Tesorero y Director de Publicaciones y una Junta ampliada, constituida por la permanente y los Presidentes de las Asociaciones Autonómicas que cumplan las normas anteriores.



5. Una Comisión Mixta propondrá aquellos cambios estatutarios y de financiación que habrán de ser aprobados en una próxima Asamblea.

## **NOTA INFORMATIVA**

### **PROCESAMIENTO DE UN PSQUIATRA POR UNA AUTORIZACION JUDICIAL DE INGRESO**

Durante la Asamblea General de la AEN, en las Jornadas de Gerona, se informó del proceso a que está sometido un miembro de esta Asociación, el psiquiatra Ricardo Alvarado Quesada, del Hospital Psiquiátrico Provincial de Tenerife (H.P.T.), a resultas de hechos acontecidos al día siguiente de una guardia suya.

## **ANTECEDENTES**

Como cualquier otra tarde, el 27 de febrero de 1986, el H.P.T. sólo contaba con un facultativo de guardia, el citado compañero, para atender los 650 pacientes «crónicos», en su mayoría de avanzada edad, y los ingresos e incidencias de una Unidad de Agudos de 50 camas, con menos de un mes de inaugurada, cuyo personal era en su mayor parte recién contratado y, por tanto, aún sin rodaje suficiente. Cuenta el H.P.T. con una ambulancia propia en servicio desde las 8 a las 21 horas, y que durante las tardes sólo se utiliza para traslados de urgencia de los ingresados.

## **HECHOS**

A las 19,45 horas de dicho día, el compañero recibió una autorización judicial en la que se demandaba que «se enviara urgentemente la ambulancia y personal a recoger un paciente agresivo», conocido

en el Centro (el cual no había ocasionado lesiones con anterioridad).

A las 20 horas se envía la ambulancia con dos auxiliares a recogerle en su casa, sita a 10 minutos del H.P.T., y tras intentar convencerle —se habían escogido dos auxiliares que conocían bien al paciente, y con los que éste mantenía buena relación— vuelven sin él a las 21 horas (hora del cambio de turno y fin de la jornada de la ambulancia) manifestando que el paciente se encontraba solo en su casa y se había negado al traslado alegando que se había tomado la medicación hipnótica, disponiéndose a acostar al tiempo que afirmaba presentarse a las 8 de la mañana siguiente.

El psiquiatra explica esta situación, telefónicamente, a la hermana del paciente, comprometiéndose enviar la ambulancia por la mañana si el paciente no llegara a presentarse, ella a su vez acepta la sugerencia de dormir en una pensión al igual que su padre, quedando así el paciente en su casa. También informa a la comisaría en respuesta a la llamada del comisario de guardia quien le comunica que la policía también ha recibido un oficio judicial para trasladar al paciente, pero que no habían podido efectuarlo por haberse negado el paciente.

A las 9 horas del día siguiente, 28 de febrero, al no haberse presentado el paciente, el psiquiatra comenta la situación al cambio de guardia con el psiquiatra entrante y con el Director Médico, quien manifiesta hacerse cargo de la situación y decide enviar por segunda vez la ambulancia, con el mismo resultado infructuoso.

Durante la tarde de ese mismo día se envía por tercera vez la ambulancia, ante la solicitud de la policía que ha recibido llamada de un vecino alertado por unos gritos en la vivienda. En esta ocasión la policía había abierto la puerta casi al mismo tiempo que llegaba el personal sanitario y separaba al paciente de su padre (el cual tras pasar la noche con su hija en una pensión, y desoyendo las recomendacio-



nes de ésta y de la portera que le advirtió al subir las escaleras, había entrado en la casa esa misma mañana después de las 9 horas).

A resultas de la agresión, el padre del paciente, de más de 80 años, y que habitualmente se sirve de bastón, sufre una fractura de cadera que tardará más de 90 días en curar, y que le obliga a usar andador para caminar.

El final de la historia es el siguiente: Ricardo Alvarado Quesada va a ser procesado por **desobediencia e imprudencia con resultado de lesiones** y se le exigió una fianza de 2.000.000 de pesetas en concepto de responsabilidad civil. De dicha cuantía, así como de la defensa se ha hecho cargo la empresa (el Cabildo Insular de Tenerife).

Dado que no existe jurisprudencia en relación con las autorizaciones judiciales de ingreso, y este proceso va a sentar precedente en tal sentido, nos hacemos las siguientes consideraciones:

1. ¿Puede una «**autorización judicial**» obligar a actuar fuera del centro utilizando «medidas de fuerza» impropias de un personal sanitario?
2. A la luz del procesamiento, ¿cuál debería haber sido la actuación correcta del psiquiatra de guardia? ¿Debería, acaso, haber abandonado el H.P.T. para trasladarse él mismo en busca del paciente, dejando desamparados los 700 pacientes del Centro?
3. ¿Por qué no se ha procesado a la policía que regresó sin cumplir la orden recibida?, cuando sólo ella puede detener

a una persona (sana o enferma) cuando ésta se niega.

4. ¿Por qué se procesa a este compañero por unos hechos acaecidos fuera de su guardia?

De este procesamiento, cuya vista oral se prevé para los próximos meses de verano-otoño, ya tenían conocimiento la Comisión de Legislación de la AEN, a quienes agradecemos el interés y ayudas prestadas en todo momento, así como la iniciativa de constituir una Comisión de Seguimiento del caso, que fue aceptada en **Asamblea General, en Gerona, el 12 de junio de 1987.**

#### Asociación Canaria de Neuropsiquiatría y Salud Mental

#### **NORMAS SOBRE CUOTAS DE CONGRESOS Y JORNADAS DE LA AEN**

La Junta de Gobierno de la AEN ha aprobado las siguientes cuotas:

1. Cuotas **para socios** (se ha de acreditar la condición de socio y estar al corriente del pago de los recibos).
2. **No socios:** 30 % más que los socios.
3. **Profesionales en formación y paro:** 30 % menos que los socios.
4. **Socios de Canarias:** 30 % menos que los socios.
5. **Jubilados:** 80 % menos que los socios.