

REVISTA DE LA
**ASOCIACION
ESPAÑOLA DE
NEUROPSIQUIATRIA**

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

AÑO IX - NUM. 30 - JULIO/SEPTIEMBRE-1989

**Las demencias en la ciudad de Zaragoza:
datos preliminares de un estudio epidemiológico,**
Antonio Lobo y otros

**Psiquiatría de enlace en el hospital general:
aplicación a la práctica de un modelo teórico,**
Francisco J. Vaz Leal y otros

**Actualidad del Síndrome de Munchausen:
su médico, su cuerpo y su dolor,**
T. Angosto Saura y otros

**Intervenciones psicoterapéuticas sistémicas:
evaluación de resultados en un contexto público,**
Blanca Carrión y otros

**Aproximación psicodinámica y social a la adopción
y otras variantes (y II),**
E. Sardinero y otros

**Niveles de "Emoción Expresada"
en familiares de pacientes esquizofrénicos,**
Jorge Arévalo y Carmen Vizcarro

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

Páginas de la Asociación

INFORME DE LA AEN SOBRE EL REAL DECRETO DE ESPECIALIDADES MEDICAS Y SANITARIAS DE LICENCIADOS NO MEDICOS

Dentro del análisis que esta Asociación realiza, aparecen dos hechos que considera imprescindibles corregir en el sentido de su inclusión.

a) En España se desarrollan experiencias de formación post-graduada para Psicología Clínica de manera reglamentada en varias CC.AA. desde hace más de diez años, habiéndose oficializado, por primera vez dicha especialización, en 1977 mediante una única convocatoria de plazas del "BOE", número 299, del 15-12-1977.

La incorporación de España al Mercado Común hace precisa la homologación de profesiones y especialidades: la situación de la Psicología Clínica en Europa es en todos los países un hecho con un desarrollo cuantitativo y cualitativo diverso.

Todo ello permite considerar en nuestro país el establecimiento de una especialidad en Psicología Clínica a través de un sistema PIR, con una formación reglada, teórica y práctica por los diversos tipos de dispositivos de salud mental, adoptando los aciertos de las experiencias tanto nacionales como extranjeras.

Por lo tanto, el Real Decreto debe incluir la especialidad de Psicología Clínica (PIR) dentro de las especialidades sanitarias no médicas, y tal como se ha hecho con otros licenciados: farmacéuticos, químicos, biólogos, etcétera, acoger los licenciados en Psicología para iniciar dicha especialidad, la cual debe ser incluida dentro de las especialidades no troncales.

b) Igualmente, la necesidad de homologación con el resto de los países de la CEE y después del Tratado de Adhesión de las Comunidades Europeas, que exigen dicha homologación, se hace necesaria la creación de una especialización dentro de la Psiquiatría que incluya, de una manera particular, todo lo relacionado con las alteraciones del desarrollo evolutivo y emocional del niño y el adolescente.

Así pues, el Decreto debe incluir también, dentro del apartado de superespecialidades, la Psiquiatría Infanto-Juvenil como superespecialidad de Psiquiatría con un tiempo de formación de dos años.

En el apartado 9, del artículo 6, donde dice que las plazas acreditadas que no sean adjudicadas puedan ser utilizadas por ciudadanos de países no miembros de la CEE, los cuales, sin embargo, no tendrán derecho a la obtención del título; a esta Asociación le parece dis-

criminatorio, dado que si acceden a través del examen MIR deben tener el mismo derecho que los españoles y lo de la CEE. No obstante, respecto a lo que nos concierne, dada la carencia de especialistas en Psiquiatría, sería de una mala organización que no fuesen adjudicadas todas las plazas convocadas de esta especialidad.

En el artículo 10 aparece de nuevo, igual que en el proyecto del año pasado, la creación de un Certificado de Especialista Diplomado, que se otorgará una vez supere los exámenes pertinentes ante la Comisión Nacional. Esta Asociación no alcanza a ver la necesidad de la creación de este Certificado que parece clasificaría a los profesionales psiquiatras no por su competencia asistencial e interés científico sino por su capacidad "memorística".

En el artículo 13, en lo que se refiere a la Comisión de Docencia que ahora se articulará a través del Área de Salud o centros acreditados, podría llegar a ser inmanejable y conflictiva su formación, dado que parece que sería una Comisión excesivamente numerosa, pues deberá representar a todo el personal involucrado en la formación. Aunque se dice que sus funciones y composición se fijará por orden ministerial, hay un cambio en relación al borrador que se nos proporcionó el año pasado, ya que en el actual desaparece el Comité de Evaluación de la Formación, lo que no nos parece positivo dado que cada vez es más importante la valoración de la calidad de la formación que se proporciona en los servicios acreditados.

En el artículo 14 en lo que se refiere a la composición de la Comisión Nacional, nosotros proponemos:

a) Tres vocales designados por el Ministerio de Sanidad y Consumo, de los cuales dos como mínimo deben pertenecer a servicios acreditados.

b) Tres vocales designados por el Ministerio de Educación y Ciencia, de los cuales dos como mínimo deben pertenecer a servicios acreditados.

c) Dos vocales en representación de las entidades y sociedades científicas de ámbito estatal legalmente constituidas, pertenecientes a servicios acreditados.

d) Dos vocales en representación de los especialistas en formación, elegidos por ellos mismos entre los que estén en los dos últimos años, pertenecientes a servicios acreditados.

e) Un vocal en representación del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, que debe pertenecer a un servicio acreditado para la docencia.

f) Un vocal de cada licenciatura nombrado por los consejos nacionales de colegios profesionales u organismos equivalentes, en las especialidades a las que tengan acceso licenciados no médicos.

En las disposiciones adicionales aparece nuevamente la posibilidad de acceder al Título de Especialista fuera del examen nacional.

Crear una vía distinta de dicho examen sin que esté reglamentada perfectamente siempre es peligroso. La AEN ha insistido reiteradas veces en la necesidad de establecer normas lo más restrictivas posibles para acceder por esta vía al Título de Especialista. Sólo deberían acceder aquellos que hayan tenido una formación equiparable a los MIR y, sobre todo, hayan tenido un vínculo contractual: administrativo o laboral con el sistema docente.

No obstante, siempre debe ser una disposición transitoria al Decreto, sobre todo para tener la posibilidad de modificarla de acuerdo con el desarrollo de los hechos en cuanto a concesiones de títulos.

ALGUNAS MODIFICACIONES A LA PROPUESTA DE ESTATUTOS QUE SE PRESENTARÁN EN LA ASAMBLEA GENERAL DE LA AEN EN NOVIEMBRE DE 1989

ESTATUTOS

La Junta de Gobierno de la AEN en el mes de julio volvió a debatir este tema con el aporte de las sugerencias de algunos asociados e hizo las siguientes modificaciones a la propuesta de los mismos publicados en la Revista de la AEN, número 24.

CAPITULO I

— En el artículo 1.º añadimos que es una asociación sin fines de lucro.

— En el artículo 5.º señalar que el presupuesto de la Asociación es de 10.000.000 de pesetas.

— En el artículo 15, apartado C, punto tres, hacer una modificación "por un retraso de una cuota anual y previo aviso".

— En el artículo 18, apartado B, y relativo a las Asambleas Extraordinarias podrán ser convocadas por un 10 % de los socios con derecho a voto.

— En el artículo 23, apartado G, debería constar tres vocales y no seis.

— En el artículo 36, y referido al censo electoral, se cerrará tres meses antes de la votación, y habrá un plazo de veinte días para las reclamaciones, este censo estará a disposición de los asociados en la Secretaría de la Asociación.

— En el artículo 37, podrán presentarse candidaturas hasta dos meses antes de la votación.

"La Junta de Gobierno las proclamará pero enviará las candidaturas a los asociados cincuenta días antes de la votación. También podrá enviar a los asociados la presentación de cada candidatura en un máximo de dos folios."

— En el artículo 39, incluir que existirá el derecho al voto por correo. Para el mismo se enviará a los asociados un sobre en cuyo interior se incluirá el sobre cerrado con la papeleta de la candidatura en impreso, solicitud firmada de la votación por correo y la fotocopia del D.N.I.

— En el artículo 46, se propone para presentar en la "Asamblea General Extraordinaria" la propuesta de que en un futuro funcionen cuatro comisiones:

a) Comisión de Docencia e Investigación.

b) Comisión de Evaluación de Servicios Asistenciales.

c) Comisión de Legislación y Derechos Humanos.

d) Comisión de Relaciones Internacionales.

En los Estatutos, en dicho artículo, se propone que haya cuatro miembros en cada comisión, además del coordinador.

— En el artículo 47, suprimir la frase referida a las secciones "espacios no institucionalizados de trabajo".

RAZONES DE UNA REEDICION

Durante el homenaje a CARLOS CASTILLA DEL PINO, que la Asociación Española de Neuropsiquiatría le tributó en octubre de 1988 en las Jornadas anuales celebradas en Las Palmas de Gran Canaria, nos propusimos la recuperación de esta obra. Era un elemento más de nuestro reconocimiento a su labor científica.

Volvemos a poner en circulación un material que se publicó en 1977 en el marco del Congreso Nacional de nuestra Asociación en Sevilla. La especificidad de esta forma de publicación motivó que, en su primera edición, tuviera una distribución casi exclusiva a los congresistas de aquel evento. Hoy sólo

era posible encontrarla en alguna biblioteca especializada en temas psiquiátricos.

Consideramos que el papel de una asociación científica pasa por su función de reproducir y recuperar palabras y textos básicos en cualquier disciplina. Este libro incide en uno de los temas más apasionantes de la psiquiatría actual; la búsqueda de la objetivación. Preocupación permanente en la obra de CARLOS CASTILLA DEL PINO. Al final uno se encuentra con un texto que corresponde a la etapa madura de CARLOS CASTILLA y del resto de los autores.

Oviedo, julio de 1989.

Víctor APARICIO BASAURI

JORNADAS-DEBATE SOBRE LA REFORMA/NO REFORMA DE LA ASISTENCIA PSIQUIATRICA EN ESPAÑA Y EL PAPEL DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA

Madrid, 10-11 de febrero de 1989.

DOCUMENTACION

Borrador elaborado por las Comisiones Organizadoras como base de trabajo del documento que se ha de presentar en la próxima Asamblea de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

En la Asamblea General de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, celebrada en Madrid en la mañana del sábado 11 de febrero de 1989, tras las Jornadas-Debates, se encomendó a las Comisiones Organizadoras la elaboración de un documento, que debería de estar presentado en el mes de julio, en el que se recogiesen las conclusiones de las Jornadas y las aportaciones más significativas que en ellas se hicieron

como reflejo de la situación de la asistencia. Este trabajo debía enviarse a todos los asociados como borrador, para que, con tiempo, pudieran a su vez conocerlo y devolver las aportaciones que desde su visión creyesen conveniente realizar, siempre sobre la situación de la Reforma/No Reforma de la Asistencia Psiquiátrica. También se reclamó de la Junta Directiva y de las Comisiones y Secciones, citándose a las de Legislación, Asistencia, e Infanto-Juvenil, que se añadiesen estudios del contexto político y socio-económico, de la situación financiera de los servicios, modelos asistenciales, documentos sobre áreas específicas, etcétera. El objetivo es que todas las propuestas y sugerencias se presenten en la Secretaría de la Asociación hasta finales de septiembre, para que teniéndolas en cuenta se confeccione un documento definitivo que se presente a la Asamblea General de noviembre en Galicia, como se acordó en la de febrero.

Es difícil, y desde luego prolongado, llegar a hacer con profundidad el análisis del estado de la asistencia psiquiátrica en España que todos deseamos y reclamamos, y mucho más desde una asociación profesional que no cuenta con otro soporte operativo que la voluntad de sus miembros, por numerosos, cualificados y activos que éstos sean. El apoyo de las instituciones públicas es imprescindible. Esta dificultad es ya un verdadero índice objetivo de la penuria de medios en los que nos desenvolvemos y del grado de desarrollo de la Reforma. Lo que está realmente claro es que nuestra Asociación, por el número, implicación asistencial y distribución geográfica de sus componentes, puede ser una muy valorable caja de resonancia que ofrezca una referencia altamente significativa. De hecho ya ha comenzado a serlo; se trata ahora de conseguir la opinión más mayoritaria posible, y poco a poco ahondar en el análisis y enriquecer al máximo los datos y el estudio.

En ese camino se facilita la documentación que sigue a estas líneas. La componen la *Presentación* de las Jornadas realizada en su apertura por el portavoz de las Comisiones Organizadoras, las referencias a cada una de las cuatro *Mesas* según fueron tomadas por sus respectivos coordinadores, y las *Conclusiones* que se trasladaron a la Asamblea. El tono crítico con la/s Administración/es, recoge levemente el énfasis de muchas de las intervenciones que se dieron, lo que debiera de hacer reflexionar a aquélla/s, al no provenir en modo alguno de profesionales obstruccionistas, sino con toda seguridad de un buen número de los que constituyen la base imprescindible de cualquier posibilidad de Reforma, y tienen verdadera capacidad e interés de asumirla mediante su esfuerzo. En todo caso este trabajo no constituye un pronunciamiento definitivo de la AEN, sino el borrador que se pidió en función de las aportaciones de unas Jornadas, siendo nuestro deseo que los escritos aquí remitidos sirvan como material de trabajo preparatorio para el próximo coloquio-debate que deberá efectuarse, como decidió la Asamblea, en las Jornadas de la Asociación a celebrar en Santiago de Compostela los días 2, 3 y 4 de noviembre del presente año.

Fernando GRACIA

Coordinador de la Comisión de Asistencia

PRESENTACION

(Intervención realizada en la apertura de las Jornadas.)

En diciembre de 1987 se reúnen conjuntamente las Comisiones de Asistencia y Legislación y deciden pedir, en escrito al Presidente de la Asociación, la convocatoria de una reunión con la Junta Directiva, representantes de las Asociaciones Autonómicas y, a ser posible, el resto de las Comisiones. No se

considera factible una reunión tan amplia —unas 30 personas— y la Directiva convoca a la Junta Ampliada y a las dos Comisiones citadas. Esta reunión se celebra el 27 de mayo de 1988 y, en ella, tal como consta en el Acta publicada en el número 25 de la Revista, la Junta Directiva encarga a las Comisiones de Asistencia y Legislación la organización de estas Jornadas-Debate que terminarán con una Asamblea Extraordinaria.

La intención que movió a las Comisiones de Asistencia y Legislación a sugerir la convocatoria de aquella primera reunión fue la de compartir con los órganos de gobierno de la AEN (Junta Directiva, Asociaciones Autonómicas y Comisiones) una crítica —o mejor, autocrítica— de nuestra Asociación que entendíamos y entendemos como positiva y saludable, además de necesaria. Y esta crítica no puede hacerse, claro está, más que obligando a la AEN a mirarse —a mirarnos— en el espejo del desarrollo real de la asistencia psiquiátrica en España, dado que ésta debe ser su permanente y esencial preocupación.

La AEN, en el sentir de muchos de sus asociados y, desde luego, en el sentir de las Comisiones de Asistencia y Legislación, inserta cómo está en el contexto de esa sociedad civil española tan lamentablemente empobrecida —aunque no muerta, como bien han demostrado los últimos acontecimientos sociales— ha ido perdiendo progresivamente —o, si se quiere, no desarrollando— una buena parte de su deseable vitalidad. Hacer una llamada de atención sobre tal pérdida y poner en marcha, desde dentro, el a nuestro entender, posible proceso de revitalización, era el deseo que nos animaba y que ya expresamos en aquella reunión de mayo, a la que hemos hecho alusión como antecedente inmediato de estas Jornadas.

Y precisamente porque estas reflexiones y estos deseos nos han acom-

pañado permanente desde el momento mismo en que asumimos el encargo de organizar este debate, es por lo que nos hubiera gustado que allí donde, en el programa definitivo, se lee "La AEN promueve estas Jornadas-Debate *siguiendo* la línea crítica, independiente y comprometida que la ha distinguido...", pudiera leerse, como anuncio de la convocatoria, esto otro: "La AEN promueve estas Jornadas-Debate *para intentar recuperar* la línea más crítica, independiente y comprometida que, en sus mejores momentos, la ha distinguido".

Pues bien, con el ánimo de colaborar activamente en pro de esta recuperación y conscientes de que ésta es imposible sin la participación de un amplio colectivo, iniciamos hace unos meses el proceso organizativo de este Encuentro haciendo una llamada —en la medida de nuestras fuerzas y hasta donde nuestra voz alcanzaba—, animando a personas y grupos de asociados a trabajar en el tema-eje de este debate. Porque nuestro interés y nuestro cometido —también desde un principio— no ha sido otro que el de lograr arañar un espacio y un tiempo para hablar, discutir, compartir ese tema que por ser práctica cotidiana de todos y cada uno de nosotros a todos interesar debería... un espacio y un tiempo abierto a la libre participación sobre tres cuestiones que nos parecen básicas, a saber:

1.ª Conocer mejor y más colectivamente la realidad de las estructuras y dispositivos que se dicen estar al servicio —más o menos directamente— de la salud mental de los españoles. Es decir, *lo que hay en el momento actual*.

2.ª Descubrir sus errores y deficiencias proponiendo posibles soluciones; esto es: hacer una crítica incisiva de "lo que hay" para que surja en el pensamiento y en la práctica *lo que debería haber*.

3.ª Intentar elaborar, participadamente, un proyecto para nuestra Asociación capaz de incidir sobre aquella realidad y transformar. En este intento será necesario analizar, críticamente, desde los aspectos relacionados con lo que podríamos calificar de infraestructura organizativa (Junta Directiva, Comisiones, Secciones... coordinación entre ellas y los asociados) hasta las directrices y actuaciones concretas, pasando por esos espacios y tiempos que al colectivo de profesionales la Asociación nos ofrece o pudiera ofrecernos (congresos, jornadas, encuentros, asambleas...).

Las dos primeras cuestiones serán el tema de las Mesas y de la Reunión General de esta tarde; la tercera lo será, a su vez, de la Asamblea General Extraordinaria prevista para mañana. Por supuesto, que ni unas ni otras van a quedar aquí consumadas, pero bien está que empezando a debatirlas aceptemos el reto de intentar abrir caminos y crear mecanismos capaces de darle continuidad al estilo y a los contenidos de este Encuentro.

En relación con los aspectos formales y tal como puede desprenderse de la lectura del programa hemos querido romper con el esquema académico de "Jornadas" organizándolo, más bien, como un encuentro abierto a la palabra de todo aquel que se sienta interesado por el tema y desee dedicar dos días de trabajo intensivo a la difícil, pero fundamental, tarea de compartir saberes y experiencia en pro de los objetivos aquí apuntados. En función de ellos no habrá ni esas célebres "Ponencias" ni, tampoco, muchas de las habituales formalidades que, con demasiada frecuencia, en vez de estimularla hacen imposible la comunicación; no esperéis, pues, de nosotros un exceso de organización. Hemos nombrado, eso sí, un coordinador para cada una de las cuatro "Mesas": dos de la Comisión de Asistencia —Fernando Gracia y Federico

Menéndez— y dos de la Comisión de Legislación —Onésimo González y el que habla—. Los organizadores proponemos, además, que cada Mesa dedique su última media hora de trabajo a sistematizar y resumir lo tratado.

Y continuando con el programa os diré que para la Reunión General de la tarde, en la que yo mismo haré de moderador, tenemos previsto que cada uno de esos coordinadores (solo o acompañado si así lo decidiera la "Mesa" correspondiente) exponga sucintamente y ante todos nosotros las conclusiones a las que cada "Mesa" haya llegado para, a continuación, abrir un largo turno de palabras. Y el sábado, ya sabéis, viene ocupado en el programa por la Asamblea Extraordinaria.

Prácticamente sin medios materiales y habiendo tenido que superar unos cuantos malentendidos y alguna que otra maledicencia, hemos logrado, al final, lo que nos habíamos propuesto: procuraros y procurarnos aquel espacio y aquel tiempo a los que anteriormente hacía referencia. Deseo, como portavoz de las dos Comisiones Organizadoras, que los sepamos aprovechar al máximo; el lograrlo ya no está tanto en nuestras manos como en las de todos los asistentes.

Ramón GARCIA
Portavoz de las Comisiones
Organizadoras

REFERENCIA A LA MESA N.º 1: "LA HERENCIA PSIQUIATRICA"

Manicomios y consultas de neuro-psiquiatría de la Seguridad Social.

Asistieron a esta "Mesa" un total de 22 profesionales (médicos, psicólogos, asistentes sociales, ATS y auxiliares psiquiátricos) de diversas Comunidades (Canarias, Asturias, Andalucía, Madrid, Valencia, Murcia, Aragón y Cataluña), que trataron las siguientes cuestiones:

1. EL MANICOMIO

1.1. Hay lugares de la geografía española en los que los manicomios siguen tal cual, sin que se haya producido iniciativa alguna de cambio (ejemplos: Lugo, Calatayud, Plasencia, etcétera).

1.2. En determinados casos las iniciativas de "cambio", han consistido en desmantelamientos totales del edificio manicomial, llevados a cabo con mucha precipitación y ningún sentido asistencial, dado que el primerordial era apoderarse del correspondiente edificio o sus solares. Es un capítulo más en la ya larga historia de las íntimas relaciones entre asistencia e intereses inmobiliarios (ejemplos: "Casa de Misericordia" de Valencia, Instituto Mental de la Santa Cruz de Barcelona...).

1.3. En otros, también con prisas, se han hecho desmantelamientos parciales. Después de una serie de extrahospitalizaciones ha quedado en el establecimiento un doble poso: por una parte, un amplio grupo de internos —a veces centenas— de problemática extraordinariamente diversa; en definitiva, un colectivo de crónicos. Y por otra, el personal menos cualificado y activo (ejemplos: Bétera, en Valencia; Miraflores, en Sevilla...). La tendencia —eso sí— es hacia el cambio de nombre: se le llama "Residencia Asistida", se incluye en "Servicios Sociales", y se deja la medicina mental libre de cargas y de "cargos".

Y, en estos casos, ¿qué ha ocurrido en las extrahospitalizaciones? En buena parte han ido a engrosar otras instituciones totalitarias: tales los asilos, tales las cárceles, tales muchas de las denominadas "Residencias privadas"...

1.4. Hay, por último, lugares en los que se inició una tarea más seria de transformación del manicomio, proponiéndose su negación progresiva y permanente desde una perspectiva de búsqueda y creación de alternativas. En algunos de estos casos se han impuesto tendencias regresivas (ejemplos: Huel-

va, Murcia, reconversión del Hospital Psiquiátrico de Albacete en penitenciario psiquiátrico, la agresión en el ya citado Hospital Psiquiátrico de Bétera...).

2. LOS HOSPITALES PSIQUIATRICOS PENITENCIARIOS

2.1. La negativa realidad de los actualmente existentes (Carabanchel en Madrid y Fontcalent en Alicante) puede conocerse a través de los informes efectuados en estos últimos años por la Comisión de Legislación de la AEN (ver Revista de la AEN, números 14 y 23, respectivamente).

2.2. Por otra parte, en los últimos tiempos, voces peligrosamente autorizadas están demandando nuevos establecimientos de este tipo (en Cataluña, en Andalucía, lo ya citado de la reconversión del Hospital Psiquiátrico de Albacete...). Tales voces obedecen, en algunos casos, a planteamientos ideológicos, pero en otros —y esto es lo más grave— responden a una real falta de alternativas para el enfermo mental con conductas anómalas pre-delictivas o delictivas, dada la extraordinaria pobreza de la red asistencial en materia de salud mental.

3. LAS CONSULTAS DE NEUROPSIQUIATRIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

3.1. Se manejan diversos datos respecto de la importancia de dichas consultas (estudios de Tizón, Rendueles...).

3.2. Queda claro que en las zonas en que no se han puesto en marcha centros de salud mental, tales consultas siguen atendiendo toda la problemática psiquiátrica ambulatoria. Pero se da la circunstancia que en muchos lugares en donde están en funcionamiento aquellos centros, también son esas consultas las que atienden la mayor parte de los problemas: "Se da así el contrasentido de que disponiendo de la mayoría de

los recursos humanos en salud mental, a plena dedicación, sólo se atiende al 20 % de la demanda, mientras el otro 80 % es atendido por los ambulatorios de neuropsiquiatría del INSALUD, con sólo un reducido número de médicos, con dos horas de dedicación" (Memoria de los Servicios de Salud Mental de la Diputación de Valencia, 1987).

3.3. Se destaca, por último, la muy generalizada falta de coordinación de dichas consultas, con escasa red asistencial en salud mental existente (en la mayoría de los casos los centros de salud mental no tienen ni tan siquiera "Recetarios"), y la ausencia de previsión respecto a su futuro.

4. LA TRANSFORMACION DEL MANICOMIO

4.1. Transformar el manicomio no es: ni su desmantelamiento, ni el cambio de nombre, ni un poner de "patitas en la calle" a los internos sin propiciarles una real alternativa.

4.2. Toda experiencia de transformación real del manicomio implica, desde el primer momento y permanentemente, una apertura del "dentro" hacia el "fuera" y la búsqueda, creación o recreación en éste de alternativas adaptadas a las necesidades de la población internada y a la prevención de posibles ingresos.

4.3. Esto nos lleva necesariamente a los temas de las otras "Mesas" (centros de salud mental, dispositivos intermedios y programas específicos), a la necesidad de coordinación de todos los recursos socio-sanitarios y, por supuesto, de la adecuación y plena incorporación a la red asistencial en salud mental de las consultas de neuropsiquiatría de la Seguridad Social.

4.4. Como todo en la asistencia, la transformación del manicomio tiene que fundamentarse sobre el personal; de ahí la necesidad de lo que hoy, en muchos casos, brilla por su ausencia:

la participación real de éste en cualquier criterio de "Reforma" y en su desarrollo práctico.

Ramón GARCIA
Coordinador de la Mesa 1

REFERENCIA DE LA MESA N.º 2: "LAS NOVEDADES DE LA REFORMA"

Centros de salud mental, unidades de hospitalización, el personal...

El grupo interesado en tratar el enunciado de esta Mesa comenzó intentando delimitar el contenido al que convenía enmarcar el diálogo, puesto que se veía que siendo el tema de la Jornada-Debate la Reforma/No Reforma, todas las Mesas estaban estrechamente relacionadas y compartían múltiples aspectos de una misma problemática. El criterio fue el de intentar centrarse en la reflexión sobre los planteamientos conceptuales que, mayoritariamente aceptados, habían argumentado la necesidad de una reforma, y orientado el modelo unánimemente propuesto del que se planteó también la revisión de su validez actual o su necesidad de corrección. Un amplio período de la reunión se dedicó a comunicar, desde las experiencias concretas de los asistentes, sobre la existencia o no de verdaderas novedades, en cuanto a tipos de recursos, formas de trabajo, y su plasmación en una práctica asistencial diferente, y sobre la aparición de nuevas problemáticas. Se consideró también que no debían olvidarse los puntos que, aunque pudieran ser tratados más a fondo por los grupos de las otras Mesas, tuviesen una perspectiva complementaria importante desde nuestra consideración. Finalmente, se aceptaba que ni de muy lejos podría agotarse el debate, limitado por el tiempo, a pesar de que sería mayor que en otras ocasiones, y también por su complejidad y exten-

sión. La utilidad del encuentro se atribuía a la oportunidad de contrastar las diversas situaciones de los distintos lugares de la geografía española, bastante bien representada por los asistentes, y de señalar los aspectos más trascendentes y la línea de reflexión en que profundizar posteriormente.

La sucesiva exposición de las diferentes experiencias concretas, aportó una expresión de la gran asimetría de la organización asistencial en el Estado, que determinaba a la vez una diversificación en cuanto a los problemas en los que centraban su preocupación los profesionales, aunque existieran las deficiencias generales que a todos afectan. El debate se enriqueció, progresivamente, con el contraste de opiniones sobre problemas comunes y la insatisfacción de fondo que generalmente era compartido. Fundamentalmente las intervenciones se desarrollaron alrededor de cuestiones que se resumen en los apartados que siguen:

1.º Si no la propia reforma, la idea de reforma traía una serie de novedades conceptuales importantes, muy consensuadamente aceptadas, cuya validez sigue sin cuestionarse:

— La consideración multifactorial de la enfermedad mental, que exige un abordaje pluridisciplinario, con la idea consecuente del trabajo en equipo.

— La necesidad de un verdadero sistema asistencial, fundamentado en la acción terapéutica, y no en cualquier otra consideración ajena a ella.

— El criterio unánime sobre la acusada necesidad de recursos de todo tipo, humanos, estructurales, formativos, organizativos y de soporte presupuestario.

— La integración del sistema en la estructura sanitaria, al mismo nivel que las demás especialidades, si bien evitando un excesivo mimetismo médico que impida el desarrollo específico de sus propias técnicas de intervención.

2.º Algunos indicios de que la Administración recogía las conclusiones de los profesionales, tras muchos años de debate elaboradas y acordadas, fueron en su día muy favorablemente acogidos, especialmente la Ley General de Sanidad, el respaldo oficial al informe de la Comisión Ministerial de la Reforma Psiquiátrica y algunas disposiciones de comunidades autónomas.

3.º Otras realizaciones positivamente valoradas fueron las experiencias que en lugares concretos han podido avanzar de manera destacada, que son sobradamente conocidas en la Asociación, por lo que no fue preciso redundar en su descripción, aunque el panorama que últimamente se comunica de ellas es, por lo general, menos optimista, por la detención e incluso regresión de sus procesos.

4.º Respecto a las pretendidas innovaciones más recientemente presentadas, como los equipos de salud mental con presupuestos administrados por el INSALUD, o las unidades de hospitalización en hospitales generales, la opinión no fue muy favorable. Múltiples aspectos merecen crítica, por lo que significan y por lo que no significan. Se mencionó la incoherencia que tiene el que el Ministerio de Sanidad en el momento de crear una partida económica nueva, encomiende su gestión a una institución que no solamente es minoritaria en el conjunto asistencial psiquiátrico, sino que tiene pendiente el problema de la negociación de su transferencia a los servicios de salud de la mayoría de las comunidades autónomas. Poco se entiende que a unos recursos nuevos, que podrían haber sido asignados directamente a éstas, se les imponga ya en su creación la dificultad de la negociación de su transferencia y la de su coordinación con los que dependen ya de las administraciones en las que han de acabar ellos mismos, y que además ejercen las competencias planificadoras. El posible argumento de la facilitación de su integra-

ción en la atención primaria fue criticado como falacia por pretender integrarlos en algo que aún no existe, mientras que se dificulta su prioritaria incorporación en el grueso de la red psiquiátrica. La disociación entre los dispositivos comunitarios y los programas para crónicos se consideró gravemente negativa. Se apuntaron otros posibles defectos, como la imposibilidad de cumplir por estos equipos de salud mental la guía de funcionamiento que el propio INSALUD les estableció, la inadmisibles fórmula de selección y contratación de personal, la ausencia de criterios lógicos en su planificación y distribución, los problemas de jerarquización, la nula consideración profesional de la enfermería psiquiátrica o estatutaria de los psicólogos, la necesidad de racionalizar la atención a la demanda en la gestión de las listas de espera, estableciendo prioridades según la demanda global del conjunto de los servicios psiquiátricos, etcétera.

Sobre las unidades de hospitalización en los hospitales generales se señaló la gravedad de su desvinculación de un compromiso de asistencia integral, sus poco adecuadas estructuras, masificadas, dominadas por los espacios-camas, sin lugares de actividades que favorezcan la relación diferenciada, ni jardines o aspectos abiertos. Su realidad delata que ha prevalecido una ideología subyacente que las utiliza como método de separación del paciente de su medio, para la contención y la aplicación medicamentosa masiva. No se aceptó que se estén produciendo verdaderamente las ventajas en las que se apoyaba su justificación. Su sentido marginal, de actuación circunstancial en una asistencia conectada con el centro de salud mental, verdadero eje de la red, está todavía muy lejos de lograrse.

Se apuntó como conclusión que los nuevos dispositivos no son novedades de la reforma si repiten pautas viejas

y no se acompañan de nuevas formas de trabajo.

5.º Progresivamente fue centrándose el comentario sobre los aspectos negativos, lo que no se interpretó como una tendenciosidad destructiva del grupo, sino como constatación de la grave y decepcionante situación. Uno de los comentados fue la desviación organizativa en el abordaje del equilibrio biopsico-social del paciente, que viene impuesta obligadamente por el sistema. La condicionan la ausencia de recursos para subsanar o apoyar los factores no susceptibles de solución médica, la focalización de la formación, imposibilitada en facilitar una preparación integral, sin que lleguen a consumarse las acreditaciones docentes de redes asistenciales completas, la escasez de recursos que obliga a la respuesta contundente, de contención de lo más alarmante, sin posibilidad de plantearse lo psicológico y, finalmente, la no consecución de una atención a la salud mental fundamentada en torno al equipo multiprofesional.

Se denunció especialmente la hipertrofia organicista, sin sentido científico alguno, como delata el desproporcionado gasto del INSALUD en fármacos psicótrópos, sobre indicaciones en su mayoría absolutamente ajenas al criterio especializado, y que multiplica al menos ocho veces la totalidad de lo invertido por esa institución en todos los recursos psiquiátricos de su dependencia, sin que se conozca el más mínimo plan para la reconversión racional de esa prestación.

6.º Verdadera novedad de la reforma, o como se dijo de la malreforma, son las nuevas problemáticas de los crónicos, extramanicomializados sin protección asistencial, por lo general expropiados de los recursos custodiales y sin la continuidad del compromiso de los servicios psiquiátricos. Se habló de los crónicos mantenidos "con alfileres", y de la aparición de la iniciativa privada para responder de forma descontrolada

y deficiente a las necesidades desatendidas, sin responsabilizarla a ella, sino al sistema que propicia y hace inevitable este hecho. Se refirieron abundantes ejemplos de "nuevas" situaciones, en las que continuaba camuflado el estado de reclusión, incluso empeorado al haberse extraído recursos del manicomio, en instituciones transferidas de un plumazo a los servicios sociales, y perdiéndose además, con la nueva dependencia, la mínima sensibilización adquirida a lo largo de los años por los profesionales psiquiátricos que trabajan en ellas. Incluso se ha hecho posible, en algunos lugares, la demagogia de presentar en plazas insólitas una importante disminución de camas psiquiátricas acompañada de un equivalente aumento de plazas residenciales de tipo social. Se estimó, pensándose que con mucho fundamento, que el volumen de recursos invertidos en España en salud mental en los últimos años, está muy por debajo de lo que hubiera necesitado el mantenimiento del sistema manicomial, y con toda probabilidad es muy inferior a lo que habría requerido el adecentamiento de las instalaciones de acuerdo con el crecimiento del nivel social, el aumento de plazas según la curva ascendente de los años sesenta y la cobertura que ofrecían los países europeos, y la ampliación consecuente de las plantillas.

7.º Sobre el personal, además de insistir en su conocida escasez, se contemplaron algunas otras cuestiones consideradas muy trascendentes. Se enfatizó el papel de los profesionales y sus formas de trabajo en la Reforma, como base fundamental de su consecución, muy por encima de cualquier otro recurso. Se habló de que la alta tecnología también puede existir en salud mental, no a base de costosas instalaciones y aparatos como en otras especialidades, sino mediante una elevada cualificación de los trabajadores y la facilitación operativa de su actua-

ción técnica. Su logro debiera de orientar el grueso de la inversión. Sin embargo, la consideración de los profesionales por parte de las administraciones como instrumento asistencial, fue calificado de muy insuficiente, de manera que las experiencias más avanzadas se han tenido que apoyar en grandes dosis de voluntarismo, que no pudiendo pretender que sea generalizable impide que lo sean también aquéllas. La formación y la selección del personal se caracterizaron como condicionantes máximos de la calidad de la asistencia, por lo que el control de ésta ha de comenzar por garantizar su más alto nivel. El papel de las profesiones sanitarias y parasanitarias no médicas también tiene una trascendencia mucho mayor que en otras especialidades, sin que ello se esté plasmando en las acciones para el desarrollo de los servicios. Como muy preocupante se señaló el caso de la enfermería en salud mental, en cuanto a la formación para la especialidad, el reconocimiento de su necesidad en los equipos, y la no valoración de los conocimientos específicos en su selección, con especial gravedad en el caso del INSALUD. Otros problemas comentados, fueron la ausencia de jerarquización y clarificación de responsabilidades en las redes asistenciales, y los agravios comparativos en los casos de distinta dependencia.

8.º Por último, también se habló, atribuyéndole igualmente gran trascendencia, sobre la decepcionante disposición del poder político a la hora de desarrollar las medidas necesarias para realizar las expectativas generadas; por la ausencia de implementación de un plan de financiación, y de las decisiones legislativas necesarias, como correspondería a un gran sector inmerso en una auténtica reconversión. Se criticó la dilatación, y complicación del proceso, dejado a negociaciones de buena voluntad entre instituciones, que se convierten en regateos para el ahorro, cuando no provocan absurdos enfrentamien-

tos de intereses, que podían evitarse con voluntad política y disposiciones legales y financieras.

* * *

Las **CONCLUSIONES** de la Mesa se resumen fácilmente en la *exigencia del cumplimiento de la Ley General de Sanidad y del informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica*, con las medidas financieras y legislativas necesarias, la reglamentación y dotación de la formación a todos los niveles, y la inclusión completa de las distintas profesiones en la asistencia.

Fernando GRACIA
Coordinador de la Mesa 2

REFERENCIA A LA MESA N.º 3: "DISPOSITIVOS INTERMEDIOS DE SALUD MENTAL"

...y coordinación con otros servicios (sociales, pedagógicos, justicia).

Constituyeron la Mesa 12 personas, de distintos orígenes geográficos y diferentes experiencias y responsabilidades profesionales, desde una representante de asociaciones de familias y enfermos, hasta responsables de distinto orden administrativo y técnico, trabajadores sociales, médicos de servicios de guardia, etcétera.

El debate fue largo y rico, oscilando entre un polo más ideológico y otro más técnico, pudiendo confrontarse una gran diversidad de visiones y expectativas.

Tras la introducción del coordinador se pasó al debate propiamente dicho, cuyo contenido se puede ordenar del siguiente modo:

1. Numerosas referencias a la situación general del país, en sus aspectos económico, social y político, como

marco y contexto de los problemas y de las soluciones.

Se aludió reiteradamente al paro, a la legislación laboral, a las crecientes bolsas de marginación y el papel de los servicios psiquiátricos ante las mismas. Se habló de las pensiones, las situaciones de invalidez y del INEM.

Se insistió en la ausencia de una ley marco de servicios sociales y en la falta de desarrollo de la Ley de Sanidad.

Se aludió al papel de las instituciones de caridad. Se habló de los servicios privados como negocio y de las formas de derivación y marginación-indefensión.

De la dialéctica estatal-privado se pasó a las diversas formas de gestión eficaz de lo común "versus" ánimo de lucro.

2. Se constata la diversidad de situaciones en el terreno de la salud mental en general y de los servicios intermedios en particular, con proyectos más o menos avanzados, puntuales, algunos muy sugestivos, retrocesos de otras experiencias, aunque la situación global fue calificada con términos del tipo de las carencias, el vacío, la lentitud, la escasez, los parches, el caos administrativo.

Se constató la enorme presión social hacia la persistencia del manicomio o a su reapertura en algún caso, desde las autoridades de orden público, jueces, familias e importantes colectivos técnicos. Se insistió en las seudorreformas y sus dramáticas consecuencias, que pueden impedir o retrasar proyectos coherentes.

3. Se aludió a la polisemia del término intermedios:

- Entre las instituciones y la vida.
- Entre lo sanitario y lo social.
- Entre la unidad de hospitalización y el dispensario.
- Entre el centro de salud mental y el hogar.

A la vez se aludió reiteradamente a

la necesidad de reconceptualizar la cronicidad, más allá de la dimensión básicamente sociológica que hasta el momento tiene (interno de larga estancia), y la necesidad de redefinirlo con criterios clínicos, evolutivos, psicosociales, y de otro tipo, subrayándose su actual condición de campo de debate de las diversas orientaciones doctrinales.

4. Se habló de *las conexiones*, básicamente...

4.1. Con instancias educativas (rehabilitación como reeducación, la educación especial y compensatoria).

4.2. Con servicios sanitarios generales. Se apuntó la pertinencia de vinculación a los servicios de rehabilitación sanitaria generales, con cuya "cultura" sanitaria y con cuyas técnicas existen múltiples conexiones.

4.3. Justicia. Aquí se habló de los problemas de los jueces, con algunos crónicos en la calle, del seguimiento de las diversas formas de internamiento (residencia de ancianos, de menores, de retrasados mentales...) públicos y privados, y se habló de los penados, en y fuera de los penitenciarios.

4.4. Lo más debatido fue la conexión con los servicios sociales, apuntándose términos como fusión-integración-coordinación en diversos planos y con una visión amplia de los servicios y recursos sociales (vivienda, ocio, etcétera).

5. Por último, y a lo largo del debate, se pasó revista al lugar (ubicación de los servicios intermedios), su dependencia (múltiple y participativa), la planificación (diferenciada, según la realidad de cada lugar, con participación de usuarios).

La financiación: el supuesto "ahorro", pasándose revista a algunos ejemplos de ahorro (California en los 60) y otros más complejos y "caros", contextualizándose el debate en la dimensión económico-política del gasto sanitario.

6. En cuanto a los *programas* se insistió en la necesidad de no concebir la rehabilitación separada de la vida, y se aludió a la *compañía* (de acompañar), y se enumeraron varios, desde la experiencia concreta del sur de Madrid:

- Orientación ocupacional.
- Educación compensatoria.
- Vivienda.
- Actividades de la vida diaria.
- Alternativas de la vida diaria.
- Etcétera.

Sugiriéndose desde otros ponentes la posibilidad de otros programas más lúdicos pero rehabilitadores (juego, música, sexualidad) y con reiteradas referencias al trabajo con las familias.

7. Se habló del equipo (psicosocial) y su tarea, articulada y diferenciada de la tarea del centro de salud mental, se insistió en los métodos educacionales y se aludió a la evaluación, incluyendo análisis de objetivos e impactos.

Onésimo GONZALEZ
Coordinador de la Mesa 3

REFERENCIA A LA MESA N.º 4: "PROGRAMAS ESPECIFICOS"

Infantil, geriatría, toxicomanías y alcoholismo...

• *Participaron:*

Profesionales pertenecientes a distintas...

— Autonomías (Cataluña, Madrid, Galicia, Valencia, Castilla-La Mancha, Baleares).

— Administraciones (estatales, autonómicas, locales).

— Disciplinas (médicos, psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, etcétera).

• *Temas abordados y conclusiones para el debate:*

1. Aceptación global del informe ministerial de la Reforma Psiquiátrica, aunque con matices que se especificaron particularmente en relación con la salud mental infanto-juvenil en el hecho de tomarlo como programa, concepto a revisar y señalado más adelante.

2. Constatación de la heterogeneidad de la situación entre las diversas Comunidades Autónomas, con un grado de desarrollo de la Reforma desigual.

3. Insuficiente desarrollo, en términos generales, de los llamados programas específicos.

4. Conveniencia de este tipo de encuentros poco formalizados como lugares de debate más abiertos y flexibles, que no excluyen los planificados y programados con mayor concreción, homogeneidad y carácter más selectivo.

5. Creciente utilización de terminología procedente de salud pública y disciplinas administrativas y de gestión, por lo que se hace necesario un llamamiento a un mayor rigor en la utilización de sus conceptos, ya suficientemente definidos como OBJETIVOS, PROGRAMAS, PLANIFICACION, EVALUACION... Señalando la terminología de referencia o especificando el sentido en que son utilizados.

6. Necesidad de introducción en salud mental infanto-juvenil, cuando menos, el cambio de programas por unidades específicas en este área en el propio informe ministerial referido en el punto 1, que elaborarán los programas apropiados, aunque siempre respetando la integración en los dispositivos generales de salud mental.

7. Subsiguientemente establecer un sistema de formación específica, acompañado de programas de investigación y actividades de actualización y formación continuada.

8. Importancia de programas en relación con servicios sociales y educativos.

9. Precariedad y escasez de programas adecuados a los problemas psicogerítricos.

10. En relación con los programas de alcoholismo y otras drogodependencias se destacó el retroceso, en algunas Comunidades Autónomas, de los programas de alcoholismo, con desaprovechamiento de dispositivos y de la experiencia asistencial acumulada, privilegiando los programas dirigidos a la atención de otras drogodependencias, sin tener en cuenta el enorme predominio cuantitativo de los problemas relacionados con el alcohol.

11. También se revisaron en el grupo de trabajo diversos problemas susceptibles de necesitar el desarrollo de programas adaptados, algunos en relación a la situación social en España (particularmente paro, colectivos marginales/marginados), y otros en torno a las mujeres, y que tengan en cuenta las peculiaridades de su problemática.

Federico MENENDEZ
Coordinador de la Mesa 4

CONCLUSIONES

Análisis de la situación asistencial y del estado actual de la reforma psiquiátrica:

I. RESUMEN DEL ESTADO DE LA REFORMA/NO REFORMA DE LA ASISTENCIA PSIQUIATRICA

Existen diversas situaciones:

A) Lugares donde no han existido cambios, permaneciendo el manicomio y la tradicional concepción obsoleta de abordar la salud mental. Aquí cabe incluir como paradigmático la situación de los hospitales psiquiátricos penitenciarios.

B) Lugares donde hubo cambios aparentes o de formas externas y ar-

quitectónica, o de nuevas denominaciones a viejos dispositivos, con los mismos esquemas y líneas de actuación.

C) Desmantelamientos parciales y creación de diversos servicios o centros sin modificar ni reestructurar los viejos recursos, quedando éstos para los "crónicos", "residuales", "marginales", etcétera.

D) Reproducción de las técnicas, métodos y actuaciones de los viejos manicomios en los nuevos dispositivos y servicios.

E) Remisiones o derivaciones a otros dispositivos o servicios (servicios sociales, asilos, etcétera) de los pacientes o problemáticas que se asumían en salud mental, sin tener en cuenta la coordinación, estado y situación de dichos servicios y de los propios afectados, etcétera.

F) Lugares donde se han dado cambios y transformaciones globales que han supuesto auténticas y reales reformas. Cabe destacar aquí que algunas de estas experiencias comienzan a dar síntomas de regresión y pasos atrás preocupantes por parte de las administraciones.

II. CRITICA Y ANALISIS DE LA SITUACION ASISTENCIAL

Se fundamenta en:

1. No desarrollo de la Ley General de Sanidad.

2. Sólo en muy pocas autonomías o provincias se lleva a efecto —en unas parcial y otras globalmente— el Plan de Reforma Psiquiátrica del Ministerio de Sanidad (abril, 1985) que fue apoyado por la AEN y otras asociaciones de diverso tipo.

3. No cumplimiento de las propias leyes del Ministerio de Sanidad, Justicia, etcétera (Reforma del Código Ci-

vil en materia de tutela, Código Penal, etcétera), que afecta a la problemática en salud mental.

4. Siguen existiendo redes paralelas no coordinadas, que atienden problemáticas en salud mental sin articulación, ni integración, duplicando funciones, interfiriéndose, o simplemente desconociéndose.

5. Falta de coordinación en las redes asistenciales sanitarias, entre los distintos niveles de actuación, así como entre los propios equipos del área. Escaso desarrollo de centros de salud y equipos de atención primaria que permitan la red y dispositivos mínimos necesarios para actuar en las áreas o zonas sanitarias y llevar a efecto el Plan de Reforma Psiquiátrica y la propia Ley de Sanidad.

6. Algunas transformaciones se limitan a cambios de nombre y a planes sobre el papel, sin que se plasmen en medidas y realizaciones concretas, integradas e integrales, en la propia comunidad.

7. Insuficiente desarrollo de los programas y unidades específicas (psicogeriatría, infantil, toxicomanía y alcoholismo, rehabilitación, o de atención a colectivos o necesidades específicas).

8. No se tienen en cuenta las redes existentes, en programas específicos o en recursos de salud mental, dependientes de distintas administraciones públicas, para integrarlas funcionalmente y racionalizar los recursos disponibles. Por contra, se crean redes paralelas desgajadas y descoordinadas en base a criterios de inmediatez o de oportunismo político (caso de las toxicomanías, por ejemplo).

Asimismo, se tiende a la parasitación del sector público por los servicios privados como forma de derivación y marginación.

9. Confusión de los conceptos y actuaciones en temas tales como: cronicidad, servicios intermedios, rehabilitación, programas específicos, intervención en crisis, etcétera.

10. Importancia de la situación general del país en sus aspectos económicos, sociales y políticos, originados por el paro, marginación, etcétera, y su repercusión en la salud mental, así como el papel de los servicios psiquiátricos.

11. Complicidad en algunos casos de los profesionales en la no aplicación y desarrollo de un trabajo renovador y transformador en la línea de la Reforma Psiquiátrica.

12. Psiquiatrización de los problemas de la vida cotidiana.

13. No existencia de unos planes en salud mental entendidos como tales, en tanto faltan la evaluación de necesidades, análisis de la realidad, asignación de medios y financiación, etcétera.

III. PROPUESTAS DE NECESIDADES Y ALTERNATIVAS

1. Desarrollo y puesta en práctica del Plan de Reforma Psiquiátrica aprobado por el propio Ministerio de Sanidad (abril, 1985) que se encuentra sin aplicar, o ignorado por las administraciones.

2. Necesidad de desarrollar las leyes y planes de los servicios cuyo funcionamiento atañe y afecta al pleno y global desarrollo de los proyectos y programas de salud mental, como los de tipo social, justicia, educación, etcétera, lo que resulta imprescindible en el proceso de coordinación entre las distintas áreas o redes de atención y asistencia.

3. Necesidad de poner en funcionamiento o crear los centros de salud,

equipos de atención primaria, áreas, etcétera, previstos en la propia Ley General de Sanidad, así como la coordinación e integración de los distintos dispositivos que permitan una actuación integral y eficaz de los recursos.

4. Creación de unidades de hospitalización psiquiátrica en los hospitales generales, dotadas del personal, de medios, y de la estructura física adecuada que se precisa para su funcionamiento, que han de estar integradas en el trabajo, organización y funcionamiento de los servicios de salud mental del área.

5. Enfoque comunitario del trabajo de los centros de salud mental.

6. Desarrollo de los servicios intermedios en los cuales se pueda redefinir y delimitar su función:

- Entre la institución y la vida.
- Lo sanitario y lo social.
- Lo hospitalario y ambulatorio.
- Entre centro de salud mental y el hogar.

No concebir la rehabilitación como algo separado de la vida. Programas de rehabilitación insertos y partiendo del lugar de vida y del contexto sociocultural en que se desarrollan.

7. Desarrollo de programas, así como de unidades específicas (infantiles, psicogerítricas, etcétera), que hasta ahora son escasos o inexistentes. Estas unidades y programas específicos estarán integrados en los planes y dispositivos generales de salud mental sin crear redes especiales o paralelas.

8. Potenciar y desarrollar los programas de formación e investigación en salud mental en general, así como en los programas y unidades específicas.

RESPECTO A LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA

1. Se vio la necesidad de proseguir y potenciar estos debates, aprobándose que en los próximos congresos o jornadas ha de haber siempre un espacio, abierto a todos los asociados y con suficiente tiempo reservado para el debate de estos temas.

2. La AEN llevará a las administraciones públicas estas conclusiones y difundirá a través de los distintos medios de comunicación los acuerdos tomados sobre la situación y necesidades en la atención a la salud mental.

PROPUESTAS DE SOCIOS DE HONOR A LOS DOCTORES JOSE RALLO ROMERO Y DIEGO GUTIERREZ GOMEZ

La Junta de la Asociación en la última reunión celebrada en Oviedo, en el mes de julio, ha decidido proponer como socios de honor en la próxima Asamblea General de Socios que se celebrará dentro de las Jornadas Anuales en la ciudad de Santiago de Compostela al doctor José Rallo Romero, Jefe del Servicio de Psiquiatría de la Fundación Jiménez Díaz de Madrid, por su trayectoria profesional y su dedicación a un servicio público, y por la importancia de haber introducido los aspectos psicodinámicos en lo que es un servicio de un hospital general. Al doctor Diego Gutiérrez Gómez, por su trayectoria como Secretario General de esta Asociación, en una época difícil, pero que sirvió para mantener vivo los aspectos más sobresalientes de nuestra vida asociativa.

NOTA DE LA COMISION DE ASISTENCIA

La Comisión de Asistencia de la AEN, ve disminuida su capacidad de respuesta, ante situaciones o hechos en los que pudiera interesar su intervención, por la dificultad que en ocasiones existe para que sus miembros conozcan los problemas sin demasiada demora. Por ello, la Comisión, ha acordado solicitar que los asociados que conozcan situaciones manicomiales que persisten, manicomialización de nuevos dispositivos, estados inasistencia/desasistencia, conculcación de los derechos de los pacientes, obstaculizaciones injustas del trabajo, ataques transcendentales a la línea o al desarrollo de la Reforma, y cualquier caso relacionado con la atención a los pacientes que pudiera justificar la actuación de la AEN, lo comuniquen a la Secretaría de la Asociación para que lo traslade a la Comisión de Asistencia, a ser posible aportando datos, documentación, y la opinión del comunicante. Igualmente es posible ofrecer orientación experta de actuaciones, evaluación de situaciones, o informes técnicos, que puedan favorecer la evolución positiva de los servicios de lugares concretos, cuando se demanden de manera cualificada y fundamentada.

ASOCIACION MUNDIAL DE PSIQUIATRIA

A) CARTA DIRIGIDA AL DOCTOR STEFANIS PRESIDENTE DE LA WPA

Madrid, 24 de julio de 1989.

En relación a la solicitud de la Asociación de Psiquiatras Independientes Soviéticos de participar en el Congreso de Atenas e integrarse en la

Asociación Mundial de Psiquiatría, la Asociación Española de Neuropsiquiatría considera que la World Psychiatric Association ha de ser un foro de asociaciones profesionales y científicas, regida por los principios de pluralidad y respeto a las reglas democráticas. En este sentido, consideramos que la Asociación Mundial ha de estar abierta a todas aquellas asociaciones que acepten y respeten estos principios elementales.

Agradeciéndole su atención y con nuestros mejores deseos de éxito para el próximo Congreso de Atenas, le saluda atentamente.

Serafín CARBALLO GARCIA
Secretario General

B) CARTA AL DOCTOR SCHULSINGER, SECRETARIO DE LA WPA

Nuestra Asociación desea plantear la necesidad de que la Asociación Mundial de Psiquiatría y la Asamblea General de la misma, se manifieste en contra de la última ejecución de un penado deficiente psíquico en los Estados Unidos de América.

Asimismo, creemos que es necesario pronunciarse por la eliminación de la pena de muerte en las legislaciones de los países que aún la conservan.

Reciba un cordial saludo.

Víctor APARICIO BASAURI
Presidente de la AEN

CONCLUSIONES "JORNADAS ANTE EL MALTRATO A LA INFANCIA"

8, 9 y 10 de junio de 1989

1. Es necesaria la promulgación de una Ley del Menor que contemple sus derechos y los aspectos de protección.

Consideramos que en evitación de carencias y errores en la misma los anteproyectos que se formulen deben ser conocidos y discutidos por todos los sectores profesionales implicados y las correspondientes administraciones.

2. El elemento central de una intervención adecuada ante un niño maltratado y familia maltratante es la coordinación interredes e interprofesionales. Ante la posibilidad de un vaciamiento de contenidos de esta concepción hay que destacar que la coordinación:

— No es mero entrecruzamiento de información y documentación entre servicios y profesionales.

— No es realizar derivaciones de un servicio y profesional a otros, repitiendo actuaciones y eludiendo responsabilidades.

3. Una actuación coordinada debe suponer una corresponsabilidad de las distintas redes, servicios y profesionales, cada uno de acuerdo con su nivel de competencias. Atención a la burocratización.

4. El pivote de las intervenciones coordinadas y programadas son los servicios sociales, sin olvidar la corresponsabilidad de la sanidad, educación, justicia, policía, etcétera. Todos ellos tienen responsabilidades, competencias y técnicas de intervención cuantitativa y cualitativa distintas.

5. En definitiva, la coordinación debe conducir a reuniones en función de casos, de los distintos servicios intervinientes. El objetivo de estas reuniones de casos es el establecimiento y seguimiento de estrategias de intervención para cada niño maltratado y familia maltratante.

6. Estas reuniones en función de casos deben estar encuadradas en programas que establezcan líneas generales de actuación.

7. Debe haber una conjunción entre la teoría, la investigación y la intervención. Es necesaria la reflexión científica sobre la intervención sin que esté separada de ella.

8. Es preciso actuar precozmente ante casos de niños maltratados y no solamente cuando éstos pasan a constituir un problema para la sociedad.

9. Modalidades de intervención de profesionales aislados y sin seguimiento posterior y que pueden ser realizadas como solución de un caso, pueden, por el contrario, ser contraproducentes para el niño. Por ejemplo, el maltrato institucional.

10. Falta aún por diseñar políticas generales autonómicas y locales en relación a la familia y la infancia, congruentes entre sí.

11. Es urgente una jerarquización de los servicios sociales, ya que continúan produciéndose solapamientos y carencias en las actuaciones entre casos de niños maltratados y familias maltratantes. Es preciso definir qué instancia de la Administración, qué servicio y qué profesional asume la responsabilidad ante cada caso.

12. Las campañas de sensibilización de índole diversa a la población en relación a este tema deben concomitantemente e inevitablemente quedar articulados programas de intervención.

13. Las actuaciones de la Administración, servicios y profesionales deben estar destinadas a solucionar los casos sin caer en estériles rivalidades.

14. Es importante la formación de los profesionales con competencias en materia de cuidados de menores, tanto específica como conjunta.

15. Los informes de los profesionales que intervienen en un caso deberían ser preceptivos para el juez.

16. Maltratos específicos institucionales (niños en las cárceles con sus madres).

17. Es necesario que exista un registro unificado que nos permita conocer la dimensión del problema.

Begoña OLABARRIA GONZALEZ
 Presidenta Comité Organizador Jornadas
 Secretaria General del
 Colegio Oficial de Psicólogos

CREACION DE LA ASOCIACION BALEAR DE SALUD MENTAL

Con fecha 27 de junio pasado, quedó constituida en Asamblea General, la Asociación Balear de Salud Mental, compuesta por 40 profesionales de las tres islas: Mallorca, Menorca e Ibiza que se encuentran trabajando en el campo de la salud mental.

La Junta Directiva se encuentra compuesta por las siguientes personas:

— *Presidente:* Alfredo García Valtuille.

— *Vicepresidente:* Leopoldo Irriguible Celorio.

— *Secretario:* Olga Guerra.

— *Tesorero:* Antonio Fuster Ferragut.

— *Vocales (Palma):* José María Corrales Rosado y Rafael de la Rosa Roselló.

— *Vocales (Menorca):* Fernando Córdoba Calavia y Miguel Lázaro Ferreuela.

— *Vocales (Ibiza):* Juan Larbán Vera y Bartolomé Riera Ramis.

MAS DE 100 PSIQUIATRAS DE DIEZ COMUNIDADES AUTONOMAS (ASTURIAS, GALICIA, MADRID, LA MANCHA, MURCIA, CANARIAS, ANDALUCIA, CATALUÑA, CASTILLA- LEON, PAIS VASCO) SOLICITAN A LA COMISION NACIONAL DE ESPECIALIDADES QUE PERMITAN A LOS CENTROS ACREDITADOS PARA LA FORMACION DE ESPECIALISTAS EN PSIQUIATRIA DENOMINACIONES DISTINTAS A LA DE "HOSPITAL PSIQUIATRICO", TALES COMO "SERVICIOS O UNIDADES DE SALUD MENTAL" QUE REFLEJAN MAS ADECUADAMENTE LO QUE ES UNA RED DE SALUD MENTAL

Esta es la respuesta a la demanda que hizo la Comisión de Docencia a los psiquiatras de la AEN, dentro de la organización de una campaña de acreditación de redes asistenciales.

Se enviaron diferentes cartas, entre ellas, al Presidente del Consejo Nacional de Especialidades Médicas en la que se señalaban las similitudes y diferencias entre la asistencia psiquiátrica y la asistencia sanitaria general. Diferencias en cuanto a la diversidad de dispositivos necesarios para la asistencia (servicios de salud mental comunitario, hospital de día, centro de día, piso protegido, unidad de hospitalización breve...) y para una adecuada formación de los profesionales del campo de la salud mental.

Por todo ello se pedía que las acreditaciones de los sistemas docentes para los MIR se dejará de hacer por los centros hospitalarios psiquiátricos y se aceptará la denominación de servicios de salud mental, sistemas, unidades...

NOTA.—Por error, en el número anterior, se omitió el nombre del doctor Enrique Vaca en la relación de expertos del Ministerio de Sanidad.