

SERVICIO DE NEURO-PSIQUIATRIA DE LA BENEFICIENCIA PROVINCIAL
DE JAEN - SANATORIO DE "LOS PRADOS"
Director. Dr. J. P. Gutiérrez Higuera

Reflexiones en torno a una modernización de nuestro servicio y de la asistencia Psiquiátrica Provincial

Carlos Gutiérrez Aguilera
Sub-Jefe del Servicio

I.—REVISION SOBRE ASPECTOS ACTUALES DE LA ASISTENCIA PSIQUIATRICA. (*)

Todas las actividades humanas están sintiendo sobre sí la fuerte crisis social y económica del momento en que vivimos. No escapan a esta crisis las tareas sanitarias, quizás de las más profundamente afectadas por las características generales del actual acontecer histórico. También por la impronta que la amplia gama de adelantos científicos está produciendo en todo el actual médico. Si esto es así, en general, la Psiquiatría, por el doble aspecto anterior y por obrar sobre las más íntimas estructuras de la personalidad del enfermo, no puede quedarse atrás en esta impresionante evolución actual. Si todo ello no fuera bastante para justificar un reajuste en la mundial manera de tratar y atender al enfermo mental, lo sería para nosotros (España), por el hecho de que nos encontramos sumamente atrasados en la forma de abordar los complejos aspectos de la atención al enfermo psíquico:

(*) Este trabajo es fruto de una amplia consulta bibliográfica y de un detenido análisis estadístico sobre nuestra población enferma sanatorial de los últimos 15 años (particularmente de la Sección de Mujeres), estadística cuya aridez y extensión —a pesar de lo interesante y aleccionador de sus conclusiones— hacen aconsejable sea silenciada aquí. Estas líneas, no obstante, reconocen así un origen no exclusivamente teórico o doctrinal, al asentarse también en un estudio metódico de las exigencias prácticas.

empleamos cánones terapéuticos y, sobre todo, asistenciales, ya hace tiempo periclitados en naciones civilizadas. Se produce así un claro divorcio entre nuestros medios farmacológicos o medicamentosos —en lo que podemos considerarnos al día en la corriente mundial— y los hospitalarios y asistenciales que, en lo psiquiátrico, en España en general, no han pasado de unas primeras etapas. Ello resulta grave en términos sanitarios generales, pero sumamente perjudicial para los primarios objetivos de nuestra especialidad, en la que una asistencia retrasada daña y lesiona más que ayuda al paciente.

Así, España, que fue pionera en la atención al enfermo mental, pareció agotarse en su inquietud y esfuerzo tras aquel su primer impulso y resulta desde entonces, en el concierto de las naciones, con estructuras asistenciales totalmente atrasadas, anacrónicas, persistentemente provisionales, pendientes de una reestructuración formal y radical que no termina de llegar.

Es bien cierto que quizás podamos alardear de que Jaén resulta una excepción en esta tónica general. La atención que las Corporaciones Provinciales han venido dedicando en los últimos lustros a este problema nos ha sacado —en buena medida— del estancamiento casi general que, al respecto, reina en nuestra Patria. No me corresponde, sin embargo, y menos en este momento, juzgar la situación de Jaén y su Sanatorio de "Los Prados". Es fama que nos encontramos, en muchos aspectos, a la cabeza de la Asistencia Psiquiátrica española. Al menos, esa conclusión se obtiene cuando se escuchan comentarios hablados o escritos de colegas de otras provincias.

Pero no se trata ahora de contentarnos con lo hecho —mucho— por las generaciones de psiquiatras que nos precedieron, sino en saber qué sea lo que ahora convenga hacer y si nos encontramos dispuestos a aceptar, adoptar y recoger todo aquello de nuevo que el momento actual, histórico, antropológico y ecológico nos ofrece y obliga.

Es considerable lo que en los últimos cinco años se ha escrito —no tanto lo que se ha hecho— en todo el mundo sobre A. P., y es obligado tenerlo presente cuando se trata de la organización o reorganización de un SERVICIO DE PSIQUIATRIA.

A tenor de ello, he realizado una extensa consulta bibliográfica. He pulsado la directrices de la O. M. S., de colegas europeos varios e intento hacer un análisis ponderado de cuáles de las tendencias contemporáneas son aceptables en nuestro ambiente provincial.

Nuestro Servicio de Psiquiatría —bueno o no— está necesitado, a la vista de las mismas, de una renovación y actualización.

Es inútil y estéril partir de teorías ideales: Ciertamente que deben ser tenidas en cuenta, pero debe empezarse por adoptar aquellas medidas que, sin ser muy costosas en un principio (piénsese que, no obstante, toda A. P. es cara, pero rentable para la sociedad), supongan un evidente avance asistencial a nuestro medio ambiente.

El número, la dimensión y la organización de los servicios asistenciales debe ser función de la incidencia y frecuencia en la población asistida de las diversas afecciones patológicas, así como de las necesidades técnicas que implica su tratamiento (C. M. Wylie). Este aserto que sorprende por su elementalidad tiene razón para ser evocado, porque se olvida con frecuencia a la hora de hacer planes ambiciosos y estimo debe ser el punto de partida de este trabajo.

Pienso que la mejor forma de abordarlo sea enfrentar, de una parte, toda una amplia serie de normas y consignas que se han estructurado últimamente para organizar una correcta A. P. (Normas de la O. M. S., Libro Blanco de la Psiquiatría Francesa, Ponencia sobre A. P. al I Congreso Mediterráneo de Psiquiatría, polémica consecutiva a los "Ruegos y preguntas planteados en las Cortes al Gobierno español sobre A. P. y respuesta de éste" y toda una copiosa serie de trabajos nacionales y extranjeros recientes al respecto).

De otra parte, frente a toda esta serie de consejos teóricos, hemos de considerar nuestra situación actual, revisando en qué, y en qué no, nos encontramos a tono con las circunstancias, qué ha de ser corregido, renovado, actualizado o implantado, cuáles son las características fundamentales de nuestra población enferma, qué pide nuestra sociedad provincial al Servicio de Psiquiatría, dónde están las mayores necesidades, etcétera.

Del estudio comparativo de normas ideales y exigencias prácticas estimo que debe surgir la propuesta de reorganización de un servicio moderno y eficaz.

Para empezar el análisis de las normas ideales vaya por delante una escueta enumeración de los más destacados puntos de la doctrina de la O. M. S., expuestos en diversas ocasiones por sus expertos en Estudios y Boletines Informativos, relativos a A. P., sintetizados en alguno de sus escritos por Montserrat Esteve y que resumo y esquematizo a continuación:

— El avance considerable en la terapéutica psiquiátrica ha producido un desfase asistencial. La A. P. tiene que acompañarse a aquélla. Ya no pueden pervivir los clásicos manicomios que ejercían una influencia nefasta sobre la personalidad del enfermo.

— Del concepto de “beneficencia” ha de pasarse radicalmente al de “asistencia social”.

— El tratamiento ha de establecerse lo más precoz y eficazmente posible. Sólo así podrá evitarse que gran número de casos se conviertan en crónicos o inválidos.

— Hay que evitar separar al enfermo de la familia, trabajo y sociedad. Al internamiento sólo debe llegarse cuando sea estrictamente imprescindible, fomentando al máximo las hospitalizaciones parciales.

— La A. P. no debe girar sobre el Establecimiento Psiquiátrico, sino sobre la Consulta o Policlínica, las cuales deben dirigir los tratamientos y otras funciones preventivas, sociales, epidemiológicas, etc. El centro de la A. P. debe pasarse a un Equipo Médico-Social ágil, uno de cuyos instrumentos sea el hospital psiquiátrico.

— La pre-cura, la cura y la post-cura deben ser una unidad.

— El trabajo no debe ser de un facultativo aislado, sino de un amplio equipo bien conjuntado: psiquiatras, psicólogos, enfermeras, asistentes sociales, etc.

— El mismo equipo debe seguir al enfermo a través de todas las fases de la cura.

— Cualquier campaña de renovación de la A. P. ha de considerar la totalidad de los servicios (centros para alcohólicos, de psicogeriatría, de oligofrénicos, colonias para psicópatas, talleres protegidos, etc.), pero debe darse prioridad a la solución de los casos agudos.

— Los hospitales psiquiátricos óptimos son los de 300 a 500 camas.

— El hospital psiquiátrico debe estar vinculado con los restantes servicios psiquiátricos y con el hospital general.

— Mucho más importante que los edificios e instalaciones, lo es el personal.

—La legislación psiquiátrica ha de actualizarse.

Sobre estos principios básicos y generalmente aceptados estimo conveniente hacer aquí en esquema una revisión de la tónica general que, sobre los distintos aspectos de la A. P., pude obtener de la bibliografía y tendencias actuales. En resumen, los extremos a considerar como más destacados pueden clasificarse así:

A. *ASISTENCIA PSIQUIATRICA HOSPITALARIA.*

A. 1 HOSPITAL PSIQUIATRICO:

Evolución histórica de sus características
Riesgos que encierra para el enfermo
Abertura y cambio a "comunidad terapéutica"
Ergo-, Ludo-, Psico-, Socio-terapia, Rehabilitación
Camas y personal.

A. 2 ASISTENCIAS ESPECIALES

Geriatría
Oligofrenias
Alcoholismos
Psicopatías
Neurosis

A. 3 UNIDAD PSIQUIATRICA EN HOSPITAL GENERAL

Actualidad y ventajas

A. 4 HOSPITALIZACION PARCIAL

Hospitales de día, de noche, de fin de semana
Talleres protegidos
Clubs

B. *ASISTENCIA PSIQUIATRICA EXTRAHOSPITALARIA.*

CENTRO O EQUIPO PSIQUIATRICO AMBULATORIO

Funciones
Personal

C. *ASISTENCIA PSIQUIATRICA PARACLINICA*

Influencia sobre la sociedad
Formación del personal
Investigación psiquiátrica
Legislación

A. ASISTENCIA PSIQUIATRICA HOSPITALARIA

Hasta la actualidad, hablar de A. P. podía estimarse como sinónimo de construcción y organización de establecimientos Psiquiátricos cerrados. A la vista de las modernas corrientes asistenciales, esta forma de pensar no puede sostenerse por más tiempo. La A. P. no puede ni debe, por varias consideraciones, seguir centrada en nosocomios cerrados y custodiales.

Las necesidades asistenciales psiquiátricas aumentan y se diversifican a la par que se eleva el nivel socio-económico-cultural de un país y cuando éste alcanza un determinado grado no puede considerar satisfactoria una atención médica que se contenta con desglosar más o menos definitivamente de la sociedad aquello que le molesta o perturba, sin que se hagan los debidos esfuerzos por devolverlo a ella.

Es por ello que en las actuales circunstancias el problema del enfermo mental, más que en su hospitalización, yace en su deshospitalización. La clave de la A. P. está en la evitación del hospitalismo, o sea, en la rápida y segura rehabilitación social del enfermo (Sarró).

Una moderna A. P. debe perseguir a todo trance "la recuperación, la reintegración social del enfermo lo más rápidamente posible con las enormes ventajas familiares, laborales y socio-económicas que esta pronta resocialización representa para el enfermo" (Llavero). Esta A. P. debe ser, pues, "de manicomio para afuera".

Por todo ello, puede estimarse como cierta y aleccionadora la aseveración de que la mejora en una A. P. no puede medirse por el incremento en el número de camas de que la tal dispone. Y la meta para mejorarla debe estimarse en los tres puntos esenciales siguientes:

- perfeccionamiento en la profilaxis
- aumento en los esfuerzos de resocialización
- integración de unidades psiquiátricas en Hospitales Generales.

Una A. P. así concebida en líneas generales ofrece a su vez tres tipos de dificultades:

- económicas
- estructurales
- de formación de personal

y resolver tan sólo uno o dos de estos aspectos no soluciona el problema de conjunto. (Llavero.)

A. 1 HOSPITAL PSIQUIATRICO

He comentado anteriormente la pérdida que en la hegemonía de la A. P. ha sufrido el hospital psiquiátrico. Esto no quiere decir en modo alguno que haya desaparecido o se haya atenuado su necesidad, pero sí que el papel que en ella debe desempeñar ha de ser profundamente modificado hasta sustituir sus funciones actuales por las que imprimen las modernas necesidades y exigencias. Es general el comentario en este sentido.

Desde sus comienzos, el hospital psiquiátrico ha ido cambiando su fisonomía, dependiendo de lo que de él se solicitaba. Si en un principio la reclusión del enfermo mental estaba regida por la necesidad de aislarlo en ambiente convenientemente sólido y seguro para garantizar a la sociedad contra los peligros que el tal representaba, constituyéndose así establecimientos que llenaban un papel carcelario o custodial, con rejas, cerrojos, cadenas, camisas de fuerza y demás medidas de contención, esta etapa, que duró siglos, y que al parecer aún pervive en determinados centros, se vio progresivamente sustituida —a tenor con los conocimientos científicos y terapéuticos crecientes— por otra de mucho mayor carácter hospitalario, dando paso, en el ingreso y reclusión del paciente, a una consideración más curativa y menos segregacionista. La laborterapia, la medicina científico-natural, la consideración del perturbado como enfermo más que como “loco”, obligó a un cambio en las estructuras asistenciales y arquitectónicas de los nosocomios. Sin embargo, ello no evitó la inexcusable tendencia de muchos pacientes a caer en la cronicidad y en la apatía. Buena parte de ello la atribuimos hoy a las mismas características psicológicas de aislamiento, convivencia entre vario tipo de pacientes, ambiente carente de intereses y de ilusionadas perspectivas futuras, contagio psíquico, etc. Esta consideración, cada vez más amargamente sentida por los rectores de los establecimientos (superada en parte la esperanzadora fase del uso de las drogas psicotropas) lleva en los últimos años a cambiar nuestros esfuerzos, acentuando progresivamente la exigencia resocializadora y rehabilitadora en general de los centros asistenciales. Entramos en una tercera etapa —tras la custodial y terapéutica—: El hospital psiquiátrico debe incluir en su programa, y como medida de primer orden, la lucha por la vuelta del enfermo a su ambiente, por un substancial cambio en su actitud frente al enfermo y en su estructura general, no tanto arquitectónica (sobre la etapa anterior) cuanto de directrices y disposición del personal para esa finalidad concreta.

Con ese objetivo, comenta Morales Belda: "Debe transformarse la organización interna de los hospitales psiquiátricos de tal forma que de la simple y antigua yuxtaposición de enfermos manicomiales se pase a constituir una estructura social con intereses comunes, distribución de funciones, responsabilidad y esperanza en el enfermo", para constituir una verdadera "comunidad terapéutica" (conjunto social que, actuando sobre el enfermo, le capacite para volver a tomar su responsabilidad en la sociedad) en la que el paciente se sienta oído y representado. En suma, ha de irse a una resocialización del establecimiento psiquiátrico.

Un tal hospital psiquiátrico debe perseguir fundamentalmente:

- recuperación precoz del enfermo
- reintegrarlo con rapidez a su vida normal
- evitar recidivas

Para ello, Llaveró preconiza tres rasgos que deben presidir todo nuevo hospital psiquiátrico:

- ambiente sanatorial ampliamente acogedor, configurado por el personal
- rápida actuación para conseguir la pronta salida del enfermo
- estrecha compenetración entre las funciones sanatorial y extrasanatorial.

En esta línea, resulta incuestionable que uno de los pasos a dar es el de la abertura del hospital psiquiátrico, todo lo más amplia y real que permitan las posibilidades de personal y de aceptación de la sociedad en que el establecimiento radique.

Estas nuevas directrices asistenciales precisan del concurso de técnicas nuevas, fundamentalmente distintas y complementarias de las meramente vigilantes y medicamentosas actuales. Hacer del establecimiento una "comunidad terapéutica" supone imprimir en él una tarea resocializadora y rehabilitadora que no por compleja y cara es permisible eludir. La rehabilitación del enfermo mental, como la de todo enfermo, constituye la tercera fase de toda asistencia (tras la del diagnóstico y la del tratamiento). Reviste esta fase una complejidad y una amplitud considerables, precisándose para ello de suficiente personal altamente capacitado. A pesar de sus dificultades, su puesta en marcha supone una enorme ventaja para el enfermo, es la única manera de descargar los hospitales psiquiátricos de su peso muerto y resulta rentable para la sociedad, que puede ver así recuperados enfermos de otro modo crónicos, apáticos y desgajados de la comunidad (González Mas). La fi-

alidad del psiquiatra se configura aquí no tanto en su empeño por transformar la vida interna de los establecimientos, sino en el de lograr que los enfermos puedan vivir fuera de ellos, con posibilidades normales. Y esto, insiste López Ibor, sólo puede alcanzarse por medio de la terapéutica rehabilitadora.

Todo ello es función de un substancioso cambio en las tareas terapéuticas, con implantación de medidas tendentes a crear talleres y actividades múltiples para laborterapia, directrices de carácter ludoterápico y plan de campaña socioterápico, introducción de psicoterapias, preferentemente de grupo, y, en suma, una renovación de la tónica sanatorial que abarque todas las facetas de este amplio abanico rehabilitador.

Las directrices mundiales colocan en primer plano del quehacer hospitalario a estas tendencias terapéuticas. Battégay en Basilea y Häffner en Heidelberg insisten en ello de manera especial, tras haber desarrollado suficientemente en sus respectivos centros elementos asistenciales de este tipo, coincidiendo en afirmar que para ello es imprescindible un competente personal auxiliar que se transforme en camarada del enfermo. El mismo López Ibor comenta una famosa frase de Lewis, del Mosley Hospital, que en alguna ocasión convino: "Si yo tuviese que elegir entre el abandono de las drogas psicotropas y el de los departamentos de rehabilitación social e industrial, no dudaría en la elección: las drogas serían abandonadas".

Otros aspectos discutidos y que deben reflejarse en esta revisión de conjunto sobre A. P. hospitalaria son los que hacen referencia a *camas y personal*.

El número de camas a poseer para una correcta A. P. es, de antiguo, un punto muy discutido. Es clásico considerar que en un país determinado se precisan para enfermos mentales igual número de camas que para todo el resto de la asistencia sanitaria general. Ultimamente se tiende cada vez más a menospreciar este aspecto (número de camas) para poner el acento sobre el número y calidad del personal. En términos generales se estimaba aconsejable hasta hace pocos años la cifra de 3 camas por cada 1.000 habitantes. Sin embargo:

EE.UU.	dispone	de 450 camas por cada 100.000 habitantes
SUECIA	"	de 420 camas por cada 100.000 habitantes
FRANCIA	"	de 183 camas por cada 100.000 habitantes
ALEMANIA	"	de 176 camas por cada 100.000 habitantes
ESPAÑA	"	de 127 camas por cada 100.000 habitantes
(JAEN, prov.)	"	de 107 camas por cada 100.000 habitantes

La proporción anterior de 3/1.000 tiende a reducirse últimamente a la de 2/1.000 de hospitalización completa más 1/1.000 de hospitalización parcial.

Jimeno Valdés estima, según diversas estadísticas, que del 10 al 12 % de la población total de los países civilizados necesita asistencia psiquiátrica (2 % para psicosis mayores y 10 % para psiconeurosis, toxicomanías y psicopatías). Afirma que de este conjunto de 10-12 % de pacientes psíquicos:

- 10 % precisa hospitalización especializada
- 50 % precisa asistencia ambulatoria especializada
- 40 % puede ser tratado por el médico de cabecera.

Sin embargo, gracias a las nuevas directrices terapéuticas (psicofarmacología, psicoterapia, rehabilitación en el amplio sentido) se considera que este factor asistencial (camas) está sujeto presumiblemente a una favorable evolución. Hace algunos años el Ministerio de Salud inglés consideraba que en el plazo de 15 años sería posible prescindir de la mitad de las camas entonces disponibles.

En cuanto al *personal*, es evidente que una renovación en la A. P. con una deseable tendencia a conseguir aceptables deshospitalizaciones obliga a tener presente en este punto tres factores elementales:

- su número
- su formación
- su dedicación

Según la O. M. S., se entiende como aconsejable un psiquiatra cada 10 enfermos agudos o cada 30 crónicos, o bien, un psiquiatra cada 100 ingresos/año. Dos ejemplos en clínicas modelo, universitarias:

ESTOCOLMO (con 80 camas para enfermos agudos en Hospital General)
 14 médicos, 53 enfermeras, 2 terapeutas ocup., 2 Aux. Soc., 2 psicólogos
 (1/5'7) (1/1'5) (1/40) (1/40) (1/40)

GINEBRA (con 700 camas para agudos y crónicos)
 30 médicos, 258 enf. y cuid., 12 terapeutas ocup.
 (1/13'3) (1/2'8) (1/58'3)

Los Prados (con 750 camas para agudos y crónicos)
 8 médicos, 109 enf. y cuid., 0 terapeutas ocup., 1 Aux. Soc.
 (1/93'7) (1/6'8) (—) (1/750)

En lo que respecta a su formación es indudable que se refiere a personal especializado, cosa en cierto modo difícil de alcanzar, sobre todo en cuanto al auxiliar y subalterno, para nuestras posibilidades en España, en la que no existen apenas antecedentes ni centros formativos.

La dedicación es, por supuesto, y en casi todo el mundo, plena o de jornada completa, cuando no exclusiva.

A. 2 ASISTENCIAS ESPECIALES

Es una norma que lentamente se va estableciendo la de que los diferentes grupos nosológicos de pacientes deben ser tratados por separado. El antiguo hospital psiquiátrico no tenía posibilidades para realizar esta separación y los enfermos se encontraban en confusa mezcla, enrareciendo el ambiente a aquellos de personalidad más conservada o de exigencias terapéuticas y asistenciales más finas. En este sentido, algunos grupos de enfermos, por su idiosincrasia clínica, deben ser objeto de una segregación en pabellones, unidades o edificios idóneos y específicos.

Particular interés tiene aquí la atención al *anciano enfermo mental*. Se está agudizando esta problemática. Es cada vez mayor —y en Jaén se aprecia claramente esta tendencia— el número de enfermos mentales añosos. La actualización de la A. P. al anciano debe comprender las cuatro etapas siguientes:

- Centro extrahospitalario de orientación geriátrica
- Unidad Geriátrica en Hospital General
- Hospital para estancias largas
- Asilo

Es bien seguro que estableciendo unas correctas normas profilácticas y de orientación al anciano y al jubilado se le prepararía para adaptarse a esta etapa de su vida y se evitarían procesos psíquicos que no son, a la postre, más que problemas de adaptación al ambiente.

Estableciendo una jerarquización en las etapas asistenciales citadas podría obtenerse una disminución en los ingresos de este tipo en el Establecimiento Psiquiátrico a donde llegan, la más de las veces, con intenciones asilares por parte de la familia. Incluso, en el mismo, debe pensarse en pabellones o dependencias especiales para su acogida y atención a las peculiares características de su enfermar y complicaciones.

Semejante problemática plantean los *oligofrénicos*. Su asistencia, niños o adultos, está sufriendo una superespecialización evidente. Si en lo clínico existen tres tipos o grados de profundidad o deficiencia, en lo asistencial hemos de atenderlos a ellos.

Los superficiales son educables y alfabetizables en buena medida. Los medios son susceptibles de cierta rehabilitación y enseñanza de múltiples ocupaciones laborales que pueden desempeñar convenientemente en talleres protegidos. Los profundos sólo son tributarios, por lo común, de departamentos sanatoriales idóneos para ellos, evitando su compañía, siempre desalentadora, al resto de los enfermos psicóticos.

De las estadísticas mundiales se deduce que, para todas las edades y grados de subnormalidad, el 3 % de la población general padece este defecto. Esto supondría en el momento actual para España un montante de un millón de oligofrénicos (Báguena). De ellos podemos considerar que 33.000 serían oligofrénicos profundos (de la Interpelación al Gobierno) y estimándose la necesidad práctica en un tercio de la teórica se precisarían en nuestra Patria 10.000 camas destinadas a esta finalidad, siendo así que sólo existen unas 1.000 (en Inglaterra existe una cama cada 1.000 habitantes destinada a oligofrénicos profundos). Aplicando estos cálculos a nuestra provincia, es de pensar que existan unos 20.000 oligofrénicos entre todos los grados, de los que 750 serían profundos, por lo que parece deseable disponer para ellos de 250 camas. En la actualidad, nuestra población sanatorial femenina oligofrénica es del 28'5 % (80 enfermas, de las que sólo 17 son profundas), por lo que la realidad práctica no parece tan exigente.

Una consideración particular ofrece también la asistencia al *enfermo toxicómano, especialmente al alcohólico*. Su personalidad y forma de enfermar le hace muy poco adecuado para vivir sin riesgo en ambiente manicomial. Sin embargo, no parece existir ningún otro centro con las suficientes seguridades para mantenerlo abstemio. Los problemas psicóticos que plantea suele ser, por lo común, de muy corta duración y el índice de permanencia en el hospital psiquiátrico tiende a hacerse de grado medio (meses, a veces) en un ambiente totalmente inadecuado para su rehabilitación, conviviendo con enfermos psicóticos, demenciados en ocasiones. Es obvia la necesidad de crear departamentos, cuando no verdaderos Centros, independientes para ellos, que dispongan de actitudes y normas terapéuticas totalmente específicas.

Semejantes consideraciones pueden hacerse con otros grupos de enfermos acusadamente caracterizados en sus matices propios y que

deben ser objeto de una asistencia especial. Me refiero ahora concretamente a los *pacientes afectados de neurosis* que tan mal se avienen a vivir en un régimen de carácter manicomial, y a los *psicópatas*, que perturban seriamente la dinámica interna de los nosocomios y que deberían —en muchos países ya se practica así— disponer de instituciones especiales para su debida readaptación y orientación.

A. 3 UNIDAD PSIQUIATRICA EN HOSPITAL GENERAL

Se incrementa progresivamente la tendencia a integrar la Psiquiatría dentro del tronco común de la Medicina General. Aquélla se beneficia mucho de los avances de ésta y la Medicina siente cada vez más la necesidad de un estudio total de sus enfermos (Medina Gil).

Por esta tendencia de carácter general, así como en beneficio de muchos enfermos mentales que reciben una asistencia más claramente hospitalaria y menos manicomial, como porque con ello se tenderá a que el resto del personal sanitario vaya ganando en comprensión hacia este tipo de pacientes, se hace conveniente fomentar la creación de este tipo de Unidades. En ella deben atenderse buena parte de afecciones mentales agudas compatibles con la convivencia en el seno de los restantes enfermos y especialidades. Esto es cada vez más viable, según nuestros medios farmacológicos se van haciendo de eficacia creciente y la cultura media empuja a los enfermos a acudir al especialista cada vez con mayor precocidad. El XIV Congreso Internacional de Hospitales (Estocolmo, 20 al 25. VI. 1965) recomendó vivamente la creación de Departamentos Psiquiátricos en los Hospitales Generales, disponiéndose en ellos de un 10 % del total de las camas.

Los interesados en esta cuestión pueden consultar la amplia Monografía de Claramunt (véase Bibliografía).

A. 4 HOSPITALIZACION PARCIAL

Se entiende por ella una serie de dispositivos especiales que persiguen atender al enfermo sólo determinadas horas o días, tanto para buscar que los lazos del paciente con su medio en amplio sentido no resulten totalmente desconectados, cuanto para disminuir el costo económico de la asistencia.

Ello evita mucho la aparición del desagradable hospitalismo.

En los últimos años han venido propugnándose diversas formas de este tipo de hospitalización: HOSPITAL DE DÍA, HOSPITAL DE NOCHE, HOSPITAL DE FIN DE SEMANA, TALLERES PROTEGIDOS, HOGARES POST-CURA, CLUBS PARA DIVERSO TIPO DE PACIENTES, etc. Estos centros resultan de gran interés en núcleos urbanos muy densos, o en los que el enfermo disponga de fáciles medios de comunicación diaria entre el Centro y su hogar. En caso contrario, la eficacia del Hospital se ve muy mermada. Ciertamente también que este tipo de asistencia sólo es válida para una restringida y seleccionada clase de enfermos, pero todo ello obliga a no perder de vista las grandes ventajas que estos dispositivos ofrecen para algunos pacientes.

Una exposición más pormenorizada de las características de estas estaciones asistenciales no resulta precisa, dado que su simple titulación es suficientemente expresiva de su alcance y posibilidades, debiendo tan sólo especificarse que en una misma dependencia pueden funcionar variados aspectos de los citados: el Hospital de Día puede servir de Hospital de Noche para otro distinto grupo de pacientes, los cuales dan paso el fin de semana a un tercero, existiendo anejos al Centro locales para Clubs y otros que actúan como talleres. Un servicio asistencial de este tipo, con suficiente dotación de personal e instrumental, puede atender a considerable número de enfermos en óptimas condiciones para los mismos, mínimo espacio y reducido número de camas.

Los Clubs, por otra parte, pueden funcionar alejados o independientemente del Centro citado o de cualquier otro. Se trata de puntos de reunión de enfermos de un mismo tipo, con las características de Hospital de Día o como lugar de reunión esporádica. No precisan camas, pero en ellos pueden los enfermos pasar el día, conviviendo con otros pacientes de problemática similar, leyendo, charlando, jugando, ejercitándose en alguna ocupación rehabilitadora, escuchando charlas orientadoras, siguiendo psicoterapia de grupo, organizando actos varios, etc. Útiles para alcohólicos, ancianos, neuróticos, psicóticos con discreto defecto, etc.

B. ASISTENCIA PSIQUIATRICA EXTRAHOSPITALARIA

La A. P., a medida que se moderniza, va dejando de ser manicomial o asilar para hacerse extrasanatorial. Recurrir a un más perfecto y completo tratamiento de este tipo —directriz cada vez más acusada— evita hospitalizaciones peligrosas y costosas. Para ello, resulta obligado

promover cada vez más intensamente la creación de Centros de tratamientos ambulatorios o Equipos Ambulatorios de cuidados, constituyendo organizaciones móviles que se integren en la comunidad y le presten ayuda. Estos dispositivos asistenciales deben hallarse íntimamente conectados con los restantes de hospitalización total y parcial (Ajuria-guerra).

Este tipo de A. P. E. debe constituirse en una auténtica asistencia social para enfermos psíquicos fuera del hospital, asistencia que no debe ser solamente médica, ni sólo terapia ambulatoria, sino que debe abarcar a múltiples aspectos de la vida del enfermo a su salida, con sus consecuencias sociales, laborales, jurídicas, médicas y terapéuticas. Este tipo de asistencia social psiquiátrica externa, insiste H. E. Schulz, debe pasar de un teórico principio de ayuda a constituir una institución funcionalmente eficaz y adecuadamente incorporada a la vida pública.

Todo el ingente programa de la A. P. E. debe apoyarse, pues, en un Centro idóneo que viene denominándose de diversa manera —a la postre, la denominación no hace al caso— pero que puede aceptarse como

CENTRO Y EQUIPO PSIQUIATRICO AMBULATORIO

Establecida así la A. P. y centrándola, como últimamente se propugna, en este dispositivo, fácilmente se llega a la conclusión de que debe disponer de unos medios, una agilidad, un alcance poco comunes. Si se le erige en rector, consultor, vigilante y control de toda la A. P. del sector a que corresponda, sus funciones son múltiples y sus medios de actuación no deben establecerse con estrechez de miras. En líneas generales se han pensado y están ya en funcionamiento en muchas ciudades del extranjero con el siguiente esqueleto funcional:

- Detentar el centro de la A. P. del sector.
- Actuar de consulta ambulatoria para diagnóstico y tratamiento de los enfermos que a él acudan.
- Servir de filtro para evitar ingresos innecesarios en el H. P.
- Realizar un estrecho control periódico de los enfermos salidos del H. P., incluso con visita domiciliaria, para comprobar readaptación y evitar recidivas.
- Buscar al enfermo y no esperar a que éste llegue.
- Campañas profilácticas varias, así como de información general.

- Mantener estrecho contacto con todo tipo de centros asistenciales del sector, asesorándolos y coordinando sus distintas funciones.
- Control especialmente directo y estrecho del Equipo de Rehabilitación-Resocialización.
- Reunir periódicamente al personal de los distintos Centros para recoger problemas y dar directrices.
- Actuar sobre la sociedad, autoridades y mundo laboral y empresarial.

Cada una de estas funciones merecería una más detenida consideración si no temiera hacer excesiva o innecesariamente extenso este repaso general de las nuevas directrices asistenciales.

Haré, no obstante, algún comentario sobre el papel regulador de la entrada y salida de enfermos en el hospital psiquiátrico. En el momento actual, la entrada en nuestros establecimientos se realiza de forma un tanto anárquica (a pesar de las restricciones establecidas por la ley) o caprichosa, sin verdadero control. Este hecho provoca poblaciones sanatoriales en parte problemáticas, con enfermos que han encontrado un fácil acceso, pero para los que, en muchas ocasiones, es difícil encontrar el camino de su salida y vuelta a la normalidad, por múltiples consideraciones no estrictamente médicas ni psiquiátricas y sí sólo sociales. De otra parte, cada vez se hace más acuciante el problema de la post-cura. Si las nuevas medicaciones han conseguido más cortas estancias de los enfermos agudos en los H. P., es indudable también que los reingresos han aumentado considerablemente (en Inglaterra representan más del 50 % del total de las entradas y en Jaén hemos llegado hasta el 66 %). Es un problema diario comprobar cómo pacientes recientemente salidos del H. P. vuelven a él, manifestando expresa o tácitamente su dificultad de readaptación, el rechazo de que la familia, sociedad y trabajo le hacen objeto o el hecho de haber restablecido contacto con un ambiente en algo patógeno.

Se hace así obligado en la nueva A. P. un esfuerzo para acomodar de manera estable al enfermo en su ambiente. Desentenderse de este aspecto asistencial —que tanto tiene de resocialización del enfermo como de atenta vigilancia post-cura y de influencia sobre los diversos ambientes— es enfrentarse con un bagaje cada vez mayor de pacientes que no encuentran acomodo en ningún lugar, y que, siguiendo el camino fácil, familiares, sociedad y establecimientos, acceden a consentir hospitalizaciones interminables, en muchos casos de por vida.

Asignar esta compleja función al Equipo Psiquiátrico Ambulatorio, en lugar de al propio H. P. parece caprichoso y sin verdadero sentido. Sin embargo, la puesta en práctica de tales medidas resulta sin duda más adecuada a un centro ágil y dinámico, que actúe de escudo y filtro, de defensa para el propio enfermo y para el establecimiento, sobrecargado de casos defectuales, fronterizos y desarraigados de las familias, que aspiran a librarse de cargas incómodas, aunque en muchos casos llevaderas.

C. ASISTENCIA PSIQUIATRICA PARACLINICA

Tamaño tarea, como la anteriormente esbozada en esquema, encierra tal complejidad que han de comprometerse en ella sectores y estamentos muy diversos. Es obligada una concurrencia de colaboraciones que la A. P. debe suscitar, despertando intereses hasta ahora, en casi todas las partes del mundo, desentendidos de la grave problemática psiquiátrica.

En este sentido, la A. P. se ve impelida a influir en campos no directamente psiquiátricos, ni asistenciales.

Su dificultad salta rápidamente a la vista ante la mera enumeración de algunos de ellos. Se consideran como más destacados los siguientes:

a) *Formación de personal especializado.*

Una correcta A. P., como se colige fácilmente de lo antes comentado, precisa de abundante personal experto en la tarea. Su formación no es corta, precisando de escuelas y profesorado adecuados. Ello comporta tiempo y gasto considerables.

b) *Influencia sobre la sociedad.*

Es necesaria la concurrencia de colaboraciones no estrictamente médicas ni psiquiátricas: es la misma sociedad la que debe estar comprometida en esta tarea y se impone que busquemos la manera de influir decisivamente sobre ella. Autoridades, empresas, familias afectadas, el resto de la medicina y público en general deben cambiar radicalmente de actitud frente al enfermo mental. El ambiente de conjunto debe ser modificado.

c) *Legislación psiquiátrica.*

La legislación psiquiátrica debe ser actualizada. La española en vigor data de 1931. Mucho camino ha recorrido la psiquiatría y las normas asistenciales de estos casi 40 años.

d) *Investigación psiquiátrica.*

Por último, este aspecto tampoco puede ser olvidado en el amplio programa de la nueva A. P.

He aquí una visión de conjunto sobre la problemática y directrices actuales más en boga en torno a la tarea de la atención al enfermo mental. La organización o reorganización, la actualización o modernización de un Servicio de Psiquiatría ha de partir de estas bases de carácter muy general.

Qué pueda adoptarse de todo esto en Jaén, dependerá de nuestro estado o situación actual que paso a considerar.

II.—ANÁLISIS DE LA SITUACION ACTUAL DE NUESTRA ASISTENCIA PSIQUIATRICA Y SUS DEFECTOS,

La Beneficiencia Provincial cuenta con un aceptable establecimiento, el Sanatorio de "Los Prados", relativamente bien dotado de personal, camas, vestiduras y farmacología. Al menos, esto es así, si se considera a través de la situación de la enorme mayoría de otros establecimientos psiquiátricos provinciales de la nación. Del análisis de las quejas del personal de los mismos puede estimarse que nuestra situación es de cierto privilegio.

Y ciertamente ha de convenirse desde nuestro punto de vista en que, si no es ideal, en una consideración meramente comparativa con el resto de España, puede sentirse cierta complacencia. Que ello es así, se infiere además de la atracción que día a día va ejerciendo nuestro Sanatorio sobre enfermos de provincias limítrofes y aún alejadas (Granada, Córdoba, Ciudad Real, pero también Málaga —con un ambiente asistencial que se tiene por amplio y bueno— y Marruecos).

Sin embargo, para el que vive a diario las continuas necesidades y exigencias de nuestros enfermos y las aún considerables limitaciones a que —según las modernas directrices— está sujeto nuestro Establecimiento y su nivel asistencial, comprende muy pronto cuanto queda por hacer.

Todo está, pues, en condiciones aceptables para una consideración pretérita, sanatorial, limitada y miope de la asistencia.

ALGUNOS DEFECTOS A CONSIDERAR

Tras detenido estudio de nuestra situación actual pueden resumirse o esquematizarse así:

- 1.º—Las limitaciones económicas y administrativas (a pesar de la incuestionable generosidad de la actual Corporación Provincial y de alguna de las precedentes) permiten una escasa movilidad, agilidad y atención a las más, a veces, perentorias necesidades, defecto que el Sanatorio comparte con los restantes establecimientos provinciales. Las consignaciones presupuestarias (Presupuesto Ordinario) para atenciones al Sanatorio (especialmente gastos de conservación) son manifiestamente insuficientes, a pesar de tratarse de un Centro que aporta crecientes ingresos a las arcas provinciales (aunque ciertamente no sea esta su finalidad). Y el acceso a estas consignaciones está lleno de trámites burocráticos entorpecedores, lentos, premiosos, literalmente irritantes, cuando de atención a seres enfermos se trata. Estos fallos económico-administrativos llevan con frecuencia el desaliento al personal rector y facultativo y hacen revivir en él recuerdos de tiempos pasados en los que reinaba la incomprensión y olvido hacia este tipo de pacientes y sus necesidades, a la par que ocasionan un claro envejecimiento y anquilosamiento en toda clase de nuestras instalaciones y se demora la terminación total de la obra (jardines, cerramiento, teatro, etc., etc.).
- 2.º—Un establecimiento concebido y construido para 600 camas alberga a creciente número de enfermos (actualmente en torno a los 750). Existe una excesiva acumulación de pacientes, lo que, en determinados pabellones, se deja sentir de forma acuciante. Y ello porque:
 - Se consiguen índices cada vez más bajos de mortalidad, con lo que la población sanatorial estable aumenta y envejece.

— Es cada vez mayor el número de ingresos de enfermos con trastornos seniles irrecuperables. Al aumentar la edad media de la vida en la población general, se incrementa proporcionalmente el número de las afecciones involutivas que, las actuales condiciones de vida, no permiten asistir en familia, a la par que no crecen en proporción adecuadas instituciones asilares ni de atención al anciano y su profilaxis psíquica. Estos ancianos van llenando e inmovilizando nuestros pabellones y camas.

— Se percibe escasamente, pero un análisis detenido así lo demuestra, la constante aunque lenta afluencia de enfermos demenciados (oligofrenias profundas, defectos psicóticos) que, hasta el momento de su ingreso han sido atendidos (mal-atendidos) familiarmente. La muerte de los padres (que los protegían), la emigración de la familia, la escasez y estrechez de viviendas, el aumento del nivel cultural y progresiva atenuación del mito de los manicomios, hacen que sean llevados al Sanatorio, donde ingresan ya en estado prácticamente irreversible, para pasar a incrementar el peso muerto de nuestra población estrictamente asilar. Así ocurre que 2/3 partes de nuestras enfermas actuales ingresaron en estas condiciones, tras llevar años, a veces decenios enteros, de absoluta desatención médica.

— El alcoholismo se incrementa de forma extraordinaria. Buena, considerable proporción de nuestros ingresos actuales (de hombres, sobre todo, pero ya también en el sexo femenino) proceden de este tipo de diagnóstico. Y resulta alarmante pensar en el futuro, dado que los factores etiopatogénicos son peculiares, enraizados en un particular condicionamiento social en el que el Sanatorio no puede influir, con medicaciones poco operantes y medidas profilácticas nulas hasta ahora. El enfermo alcohólico —ser cuya normalización psíquica aparente se consigue en pocos días, pero cuya permanencia en el Centro debe hacerse larga— ha de convivir en condiciones totalmente inadecuadas con psicóticos endógenos, ancianos demenciados, psicópatas y oligofrénicos profundos.

— La terapia farmacológica actual ha mejorado, sin lugar a dudas, el aspecto interno de los establecimientos en lo que se refiere a estados finales y agitaciones, facilitando así también considerablemente las posibilidades de salidas del en-

fermo. Pero múltiples y complejas circunstancias hacen que su recaída sea en muchas ocasiones posible y a veces rápida y múltiple (reinserción familiar, laboral y social... defectuosas, carestía de una medicación que ha de seguirse de forma prolongada y paciente, artefactos y defectos psicológicos postproce-sales y por hospitalismo no bien rehabilitados, etc.). Ello supone un considerable incremento en el número de reingresos que algún año alcanzó hasta el 66 % del total de ingresos de mujeres. Cada vez resulta más difícil, para un determinado enfermo, vencer a los familiares para que se responsabilicen nuevamente de él y de su asistencia.

— Los enfermos afectos de neurosis mayores, cada vez con menos temor al ambiente sanatorial y persistente y morbosamente necesitados de apoyo y protección, pugnan por acogerse en número creciente en el establecimiento, creando conflictos con enfermos psicóticos. Dado por otra parte el hecho de que la atención psicoterapéutica no resulta lo suficientemente paciente, constante y especializada, su permanencia se prolonga más de lo deseado.

— Todo esto origina una desagradable mezcla de enfermos de vario tipo y condición.

3.º—Otro aspecto a intentar resolver en el Sanatorio actual es el de que el número de fugas —particularmente en la Sección de Hombres— resulta elevado. Carecen ciertamente de importancia social o de riesgo para la comunidad, por acontecer en pacientes sin peligrosidad. Sin embargo no favorecen la tónica asistencial de conjunto. Se deben fundamentalmente a:

— Régimen abierto y de relativa libertad de nuestra asistencia, con desaparición casi absoluta de vallas, cerrojos, rejas y acentuada atenuación de medios de contención mecánica (factor positivo de nuestra asistencia).

— Elevado índice de desocupación de enfermos que permanecen inactivos en jardines con una relajada vigilancia del personal, no siempre suficiente en número (aspecto negativo de la misma).

4.º—Estabilización de nuestro avance asistencial en una etapa sanatorial o terapéutico-farmacológica que, al no poder tener en cuenta (por falta de dotación económica y de personal especializado)

elementos resocializadores en el más amplio sentido (psico-, ergo-, ludo-terapia) que rehabiliten correctamente a nuestros enfermos, hacen que éstos se estanquen en el ambiente hospitalario o reingresen fácilmente.

- 5.º—Carencia de un sistema amortiguador útil, bien dotado, tenaz y constante entre régimen intra- y asistencia extra-hospitalarios. Este sistema amortiguador (Equipo Ambulatorio) debería controlar severamente tanto los pacientes que desean ser ingresados como la post-cura de los que salen.
- 6.º—Falta de dispositivos extra-hospitalarios de acogida y atención a los enfermos que salen (alcohólicos, psicópatas, neuróticos, psicóticos defectuales, ancianos, etc.).
- 7.º—Progresiva pérdida del espíritu de equipo, de la primitiva ilusión y entrega, por parte del personal asistente, que se adocena en el cumplimiento de su misión y no encuentra estímulos (ciertamente no lo son los económicos, más bien existe una clara proporción inversa) en el desempeño de su tarea.
- 8.º—Pluriempleo y dedicación sub-parcial del personal facultativo que dedica escaso tiempo diario a los enfermos que tiene asignados. Si en conjunto, y a tenor con la tónica europea moderna, faltan médicos en el Sanatorio (piénsese que, según las directrices de la OMS deberían existir en él un total de 30 y en su gran mayoría de pleno empleo) y si los que existen dedican a él una pequeña parte de su tiempo, la asistencia, por fuerza, no puede ser suficiente, aunque resulte incomparable con la de otros muchos centros españoles.
- 9.º—Falta de personal especializado, tanto facultativo como subalterno, para realizar, con garantías de éxito, un amplia gama de funciones que se echan en falta en nuestra asistencia: psicoterapia, labor-terapia bien reglada, asistencia social operente, rehabilitación socio-terápica en el más amplio sentido.
- 10.º—Falta de compenetración y de íntima conexión y espíritu de colaboración entre el Sanatorio Psiquiátrico, de una parte y de otra:
 - El Hospital Provincial y sus servicios médico-quirúrgicos (persiste en algunos sectores de éste y no hemos sido capaces de desmontar aún, cierta incomprensión hacia el enfermo mental).

— El Dispensario de Higiene Mental, inexistente en Jaén y que debiera cubrir muchas funciones profilácticas imprescindibles.

— La Seguridad Social, que persiste, hasta hoy, en hacerse sorda a las voces que de todas las partes, incluidas las Cortes Españolas, reclaman su intervención directa, al menos en lo económico.

III.—PLAN DE REORGANIZACION DE NUESTRA ASISTENCIA PSIQUIATRICA PROVINCIAL.

De la simple consideración comparativa de las tendencias teóricas asistenciales contemporáneas con la estimación de nuestros defectos actuales debe surgir un plan de reorganización debidamente ponderado.

Un análisis de lo existente nos indica que disponemos de una suficiente base arquitectónica y de personal sobre la que apoyarnos para constituir un moderno esquema asistencial. Afortunadamente, nuestra Beneficencia Provincial vive una época de transformación y perfeccionamiento que estimo adecuada para plantearse inquietudes renovadoras.

La actual construcción de un nuevo Hospital General y de los pabellones para psicogeriatría y oligofrénicos profundos, de una parte, la próxima implantación de la Ley de Retribuciones a los Funcionarios de Administración Local y el espíritu de generosidad de la presente Corporación Provincial de otra, son circunstancias que deberían ser convenientemente aprovechadas para introducir las innovaciones pertinentes.

Dos aspectos pueden tenerse en cuenta en nuestra reorganización:

- a) Acondicionamiento de las estructuras existentes.
- b) Creación de nuevas dependencias a tenor con las directrices apuntadas.

A.—ACONDICIONAMIENTO DE LAS ESTRUCTURAS ASISTENCIALES
EXISTENTES

Nuestro actual Servicio de Psiquiatría, como ya he comentado, aceptable en líneas generales, debe ser perfeccionado y actualizado. Se impone una tónica de conjunto de mayor y más abierta humanización asistencial. Tarea compleja que debe abarcar una amplia gama de medidas, como las siguientes:

Primero.—La extraordinaria eficacia y difusión alcanzada en los pasados 15 años por la psicofarmacología ha hundido a nuestro cuerpo facultativo en la engañosa ilusión —la realidad nos lo está demostrando así— de resolver totalmente los problemas patológicos de nuestros enfermos a expensas de “medicinas”, cayendo insensiblemente en el olvido o abandono de sus verdaderas necesidades psicológicas. Se impone que nos esforcemos en *transformar el Sanatorio en una moderna comunidad terapéutica*, interesando vivamente en ello al propio enfermo. Las psicoterapia, ergoterapia, ludoterapia, socioterapia, integrantes de una tarea rehabilitadora bien planeada, han de inspirar nuestra actuación futura, debiendo encauzarse en el seno de un plan progresivo que abarque cada vez un mayor número de enfermos. Es este, quizás, el más acuciante fallo de la actual asistencia y el paso más trascendental que nuestros pacientes están esperando del Sanatorio y su personal. El defecto ha de reconocerse sinceramente que radica en dos hechos: la escasa dedicación y atención del cuerpo facultativo que se ve impelido a un inconveniente pluriempleo, de un lado, y de otro, su formación médica eminentemente científico-natural y terapéutico-farmacológica, con escaso interés para las modernas tendencias rehabilitadoras que le parecen, creo que con razón, no ser de su estricta competencia.

Se precisa para todo ello, para todas estas funciones no puramente médicas, un personal especializado, del que carecemos en absoluto. La presencia de dos psicoterapeutas, de un rehabilitador social director del plan, de enfermeras y auxiliares preparados para estos fines, auxiliares sociales compenetrados con su tarea, monitores expertos que revitalicen, organicen y dirijan los trabajos y talleres con una finalidad fundamentalmente rehabilitadora antes que rentable, son imprescindibles para el desarrollo de esta esencial función.

Este aspecto es, a mi juicio, de tan extraordinaria trascendencia que no dudo en insistir aquí en lo fundamental de su rápido planteamiento

y resolución, así como que la tónica general del Establecimiento debe cambiarse, al punto de hacer de esta actividad resocializadora general la finalidad primera y última del Sanatorio, tanto más si se accede a mi propuesta de sacar de él todo lo que suponga de tratamiento exclusivamente médico a afecciones psiquiátricas agudas, que deberían acogerse —como luego diré— en el seno de la Unidad Psiquiátrica del nuevo Hospital Provincial.

Segundo.—Junto a ello, resulta cada vez más evidente la necesidad de *establecer una separación y distribución de enfermos* en pabellones más o menos independientes y amplios *a tenor con circunstancias nosológicas y asistenciales*. Si las neurosis conviven mal con la psicosis, dentro de estas últimas ha de separarse en lo posible —tarea en trance de resolverse con los nuevos pabellones en construcción— a pacientes ancianos de los oligofrénicos profundos, a alcohólicos, psicópatas, psicóticos conservados y defectuales.

Esta separación complica la tarea asistencia y fuerza a un aumento de personal auxiliar, si se tiene en cuenta que la consideración nosológica ha de acompañarse de otras de diverso tipo, como la edad (niños y adultos), categoría económica (benéficos y de pago) y evolutiva (agudos y crónicos).

Tercera.—Es asimismo muy conveniente una *mejora substancial del ambiente o aspecto externo de las distintas dependencias* (tarea en la que también se trabaja algo actualmente) en lo que respecta a mobiliario, decoración, calefacción, ascensores, humedades, jardines, condiciones materiales que hagan acogedor al Sanatorio y borren de él todo trazo de establecimiento destinado a recoger a los clásicos “locos”. En suma, acondicionamiento y terminación de tantas dependencias que perviven aún —tras 17 años de vida— en situación de provisionalidad estable.

Cuarto.—Deberá reforzarse, dentro de lo que aconsejen las circunstancias de cada caso particular, la *apertura del Sanatorio al medio ambiente social*. Y ello, en el doble sentido de liberalizar aún más a los enfermos para que vivan amplio contacto con la familia y sociedad (medidas que, en su momento, adoptaría el plan resocializador) y en el de facilitar el acceso de familiares y público en general a los distintos departamentos del Sanatorio, con la finalidad de que mejore el concepto que el hombre de la calle tiene de este tipo de hospitales y sus normas de asistencia y se atenúe progresivamente el terrorífico —cuando no irónico y burlesco— mito sobre el enfermo mental y los “manicomios”.

Ello forzará por otra parte, al personal a una actitud más responsable y vigil.

Quinto.—*El número de camas* del Sanatorio o precisas para la A. P., futura debe ampliarse o modificarse muy poco. Es de insistir aquí que los proyectos iniciales asignaban a nuestro Centro 600 camas, número que las exigencias han obligado a aumentar en un 25 %. Esto no es deseable. Si ahora se incrementan con la entrada en funcionamiento de nuevos pabellones, habrá de pensarse en reducir convenientemente las del edificio central. Tanto más, cuanto que, para un futuro no lejano, convendrá pensar en la creación de un segundo centro psiquiátrico en nuestra provincia, para que atienda a los casos agudos y crónicos de cierto sector de la misma (Ubeda ?), particularmente orientado a acercar la asistencia al enfermo y a descongestionar los servicios de la capital. Con ello se seguiría la tónica sectorial francesa y las directrices de la O. M. S.

Sexto.—*El personal ha de incrementarse*. Se trata de un grave problema económico y de formación, pero la mejora de la asistencia se basa fundamentalmente en ello. En qué medida, con qué dedicación, para atender qué funciones, son interrogantes difíciles de contestar en el momento actual, cuando diversas circunstancias hacen problemática la previsión del futuro. Resulta incuestionable que debiera partirse de las necesidades existentes una vez “plenamente” empleado el personal facultativo actual y convenientemente distribuida entre él la tarea que se establezca cuando estén en marcha las nuevas dependencias en construcción. Determinados aspectos asistenciales deben encomendarse a especialistas: psicoterapeutas (de los que se precisarán en principio dos), psicólogos clínicos (otros dos), paidopsiquiatra (uno), rehabilitadores (uno o dos). Entre la cifra teórica ideal de 30 médicos de pleno empleo a la práctica actual de 5 de plantilla más 3 residentes de dedicación subparcial, hay un claro margen de plazas a crear y cubrir. En lo que respecta al personal subalterno ha de pensarse en incrementarlo, no tanto en número (lo que, no obstante, es necesario y lo será más en fecha próxima) cuanto a su especialización rehabilitadora, laborterápica y de asistencia social, aunque todo ello paulatinamente y en proporciones que la práctica indicará, realizando el aumento con personal ya convenientemente preparado y especializado en la tarea que haya de asignársele.

Séptimo.—*Reavivar la actitud de todo el personal*, tonificarlo. Es tarea compleja. Pero hay que hacer que recupere su espíritu de equipo, su moral, su ilusión por la tarea, su inquietud por la vitalidad del Sana-

torio, el cariñoso interés por los enfermos y el amor por su actividad laboral. Nuestro Centro se ha caracterizado en peores momentos de su existencia por un buen número de empleados de todos los niveles con verdadera entrega desinteresada. Estas cualidades subjetivas y difíciles de medición numérica se van perdiendo insensiblemente y deben ser remozadas.

Octavo.—*Simplificación y acortamiento* (de ser posible, desaparición total) *de trámites burocráticos para disponer de consignaciones presupuestarias que, por otra parte, deben ser fuertemente incrementadas.* Medida del mayor interés para la más correcta flexibilidad en las atenciones económicas del Sanatorio, lo que repercutiría de forma secundaria sobre la asistencia. Se comprende bien que se trata de trámites legales que resulta difícil soslayar. Sin embargo, no se explica claramente cómo se procura por parte de la Excm. Diputación Provincial designar unos puestos directivos (director médico y administrador) cubiertos por sus personas de confianza a las que luego obstaculiza y traba de forma considerable en sus apremiantes funciones económicas.

Noveno.—Dos gestiones de carácter político, que influirían indirectamente de manera favorable en nuestra asistencia, habría que considerar también:

— *Conseguir para el Sanatorio la calificación de Centro de Formación de la Especialidad, y*

— *Gestionar Concierto Asistencial con la Seguridad Social.*

Ambas consecuciones incrementarían indudablemente nuestra actividad y entrega, obligando por otra parte a mayor interés y atención por parte de todos. La primera mejoraría con poco gasto nuestra dotación de personal facultativo interesado en el estudio y dedicación a los enfermos. La segunda proporcionaría ventajas económicas interesantes para el perfeccionamiento de la asistencia si esos ingresos repercutiesen directamente sobre los establecimientos que la presten.

Décimo.—Considero este extremo el más interesante, aunque también el más utópico y difícil de alcanzar. Sería de la mayor conveniencia *estudiar a fondo un reajuste de la actividad del potencial facultativo de que hoy disponemos* en nuestro sector de trabajo.

Los psiquiatras existentes hoy en Jaén capital —7— desarrollan un inconveniente pluriempleo a la par que no se diversifican convenientemente en su especialización psiquiátrica. Estamos todos excesivamente

centrados en el aspecto psiquiátrico-clínico clásico. Los pacientes recorren reiteradamente en uno u otro sentido uno y otro centro o consulta, uno u otro facultativo, en busca de alivio a sus males. Es muy frecuente que un mismo enfermo sea visto por todos o casi todos los especialistas de Jaén y en todas o casi todas las consultas o servicios. Esta búsqueda incesante del enfermo muestra que no se encuentra contento con la asistencia apresurada que se le presta, que le dedicamos; por nuestra parte el descontento es similar por lo apresurado y disperso de nuestra actividad que nos obliga a ir de uno a otro lado en busca de complementar las escasas retribuciones que alcanzamos en cada uno de nuestros puestos de trabajo. Todo ello resulta absurdo, anacrónico e inoperante. Duplicamos así nuestra función, aburrimos al enfermo y agotamos nuestras reservas de serenidad con el esfuerzo ansiógeno de pasar —apresuradamente las más de las veces— de uno a otro servicio, departamento o consulta.

Se está imponiendo, por todo ello, de forma acuciante una mejor y más racional distribución del trabajo, con independización de campos, superespecialización de los facultativos existentes o por venir, abriendo cauces asistenciales inéditos en Jaén y de los que el sector se encuentra muy necesitado (paído-psiquiatría, psicoterapia, reflexoterapia, neurología pura y neuro-radiología, etc.), mejor distribución del gasto de las distintas entidades que evitase repeticiones inútiles y el actual pluriempleo (los 3 psiquiatras actuales del S. O. E., p. ej., podrían reducirse a uno solo, con pleno empleo de 7-8 horas, percibiendo como sueldo el importe total de las actuales percepciones de los hoy existentes,) etc.

Paralelamente, habría de unificarse en un solo punto o centro toda la A. P. ambulatoria, con directrices únicas que dependiesen de la Junta Provincial de Asistencia Psiquiátrica (cuya constitución es obligada por Ley incumplida) (Ley fundacional del Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica de 14 de abril de 1955, artículo 12). Con fondos precedentes de todos los campos asistenciales: Beneficencia Provincial, Seguridad Social, particulares, donativos, etc., podría constituirse un esquema estructural que con visión y dirección unitaria redundaría a la postre en beneficio del paciente errante de un Centro a otro y de facultativo en facultativo en busca de una salud y consuelo que, con los deshumanizados medios actuales, en muchos casos no termina de encontrar.

En relación con los puntos 8.º, 9.º y 10.º antes citados resulta obligado y apremiante adoptar con valentía en nuestro ambiente —con carácter piloto o experimental— una reestructuración global y radical

del tipo citado por medio de Comisión Gestora o Provincial, con flexibles y amplios medios económicos, independencia de actuación, autoridad sobre los distintos sectores y competencia científica, buscando decididamente atender los intereses del enfermo y sus necesidades clínicas, psicológicas, familiares, sociales y laborales, en lugar de favorecer los particulares de cada uno de los facultativos y los políticos de cada sector asistencial.

El incumplimiento parcial de la Ley de Bases de Sanidad Nacional (25 noviembre 1944) y de la de creación del Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (14 abril 1955) se hace sentir aquí de forma llamativa y buena fuera toda actuación —más política que facultativa— que pusiese en marcha las disposiciones allí contenidas.

B.—CREACION DE NUEVAS DEPENDENCIAS ASISTENCIALES.

En este apartado la tarea debe ser tan ambiciosa que, es obvio, debe plantearse escalonadamente y, a mi juicio, en los sentidos siguientes:

- CENTRO Y EQUIPO PSIQUIATRICO AMBULATORIO PROVINCIAL.
- UNIDAD DE PSIQUIATRIA LIGERA EN EL HOSPITAL PROVINCIAL.
- PABELLONES PARA PACIENTES ESPECIALES.
- DEPENDENCIAS PARA HOSPITALIZACION PARCIAL.
- CLUBS Y TALLERES PROTEGIDOS.

1.—CENTRO Y EQUIPO PSIQUIATRICO AMBULATORIO PROVINCIAL O DE SECTOR.

Fundamentalmente debe perseguir dos metas primordiales: establecer un vivo y operante contacto con el exterior y ayudar a una enérgica reducción de nuestra población sanatorial, en aumento.

Nuestra tónica actual adolece de un serio defecto. Nuestra asistencia no sólo es poco psicológica (valga la expresión) o poco personalística, sino también excesivamente centrípeta. Ofrecemos asistencia intrasatorial pero no podemos ocuparnos de seguir al enfermo una vez salido del Establecimiento, de su correcta readaptación. Incluso, buena

parte de los ingresos no absolutamente imprescindibles se deben a falta de tiempo en nuestras consultas varias y a carecer de los adecuados dispositivos de vigilancia ambulatoria. La propia Consulta Externa del Sanatorio lleva una vida precaria y tiende a ser eludida y escasamente atendida. En suma, nuestro contacto con el exterior es mínimo.

Siguiendo las directrices actuales, el núcleo de la A. P. debe estructurarse, centrífugamente, en un servicio que atienda plena y detenidamente al enfermo, su familia, su profesión y su ambiente, para soslayar, en lo posible, su ingreso en establecimiento cerrado y, ulteriormente, sus reingresos.

A tenor con ello, debe sugerirse la creación, en el seno del Sanatorio o no, de un Servicio Ambulatorio de este tipo, con funcionamiento diario de ocho horas, conectado con el servicio de guardia del Sanatorio, bien dotado de medios y personal independiente y con las mismas finalidades ya referidas en las págs. 25 y 26, al reseñar las funciones asignables a este tipo de unidades.

Resultaría incluso aconsejable proyectar este Equipo con cierto carácter piloto experimental y con posibilidades de duplicar sus funciones (creación de un segundo Equipo en Jaén) e incluso promover la ulterior formación de otro provincial descentralizado de la capital, con vistas a dividir entre todos ellos la tarea de nuestra demarcación.

El personal de que debiera disponer un servicio semejante podría establecerse, en principio, así:

- 1 Médico psiquiatra Jefe o director.
- 1 ó 2 Médicos psiquiatras ayudantes.
- 1 Psicólogo-Psicoterapeuta.
- 1 A. T. S.
- 1 Secretaria.
- 3 Auxiliares sociales de ambos sexos.
- 3 Enfermeras psiquiátricas.
- 1 Vehículo y conductor.

La existencia de un vehículo se basa en la necesidad de realizar ciertos desplazamientos de parte del Equipo a lugares varios de la provincia, con los que girar controles domiciliarios a los enfermos que no puedan o no quieran acudir a la consulta. Esta posibilidad ya figuraba, incluso prevista en la Ley de Asistencia Psiquiátrica de 1931, aún hoy en vigor.

En suma, un equipo semejante debería detentar en el futuro el peso de la correcta A. P. provincial, pasando los restantes servicios y centros asistenciales a ser meros colaboradores de su función.

2.—UNIDAD DE PSIQUIATRIA LIGERA EN EL HOSPITAL PROVINCIAL.

Es un momento oportuno para planear su creación. Ya se habló anteriormente de la doble conveniencia de que se haga así. La Ley de Bases de la Sanidad Nacional, de 25-XI-1944, en su Base XV, b) así lo estipula.

Parece aconsejable que esta Unidad disponga de un 10 % de las camas del nuevo Hospital y que en ella prevalezca el sentido de agilidad y movilidad extrema para atender rápidamente, y con unas normas asistenciales comunes a todo tipo de hospital general, a enfermos psicóticos leves, con personalidad conservada, alcohólicos, problemas geriátricos reversibles y neurosis, limitando severamente la estancia máxima del paciente a uno o dos meses.

La dotación en personal e instrumental debe ser suficiente:

— 2 ó 3 psiquiatras clínicos	}	(*)	prestarán también servicio a las exigencias del resto del hospital
— 1 psicólogo			
— 1 psicoterapeuta			
— 2 A. T. S.			
— 2 auxiliares sociales			
— 8 enfermeros psiquiátricos expertos			
— 8 enfermeras psiquiátricas expertas			

Su funcionamiento deberá ser dependiente en lo jerárquico y administrativo del Director del Hospital Provincial, en tanto que en lo técnico-asistencial del Centro y Equipo Psiquiátrico Ambulatorio.

3.—PABELLONES PARA PACIENTES ESPECIALES.

Están ya en vías de construcción los pabellones o estaciones para segregar del Sanatorio o edificio central algunos tipos especiales de enfermos. Ancianos irreversibles de una parte y oligofrénicos profundos

(*) Está por decidir entre el Servicio de Psiquiatría y la Dirección del Hospital si el Departamento de Electro-Neurofisiología Clínica (EEG, EGO-EG, EMG) va a seguir dependiendo del primero, quedará adscrito al de Medicina Interna o funcionará de forma relativamente independiente. Sus necesidades de personal no han sido tenidas en cuenta aquí.

de otra contarán con dependencias propias, con lo que las atenciones para cada uno de estos grupos podrán ser más idóneas y específicas, sin incurrir en convivencias mutuas desfavorables y perniciosas.

Queda pendiente resolver una conveniente segregación en el seno del Sanatorio y en dependencias adecuadas del grupo —cada vez más numeroso— de alcohólicos reincidentes, para los que no se encuentra otra vía útil que la de la reclusión prolongada, en busca de una actividad psicagógica y rehabilitadora. Su productividad puede ser muy alta y debiera emplearse en ellos una enérgica actitud psico- y ergoterápica.

Nuestro actual pabellón para enfermos demenciados y finales (que no sean oligofrénicos ni ancianos) debe ser mejorado, ampliado, enriquecido en servicios y personal consciente de su papel de ayuda y constante lucha contra los múltiples síntomas defectuales y artefactos hospitalarios.

4.—*DEPENDENCIAS PARA HOSPITALIZACION PARCIAL*

Aunque en Jaén, por la especial dispersión de su población, no resulta muy aprovechables las nuevas directrices de hospitalización parcial, debiéramos adoptarla cada vez en mayor medida y siempre que fuese posible. Un pabellón en Sanatorio u Hospital destinado a Hospital de día y de noche podría colaborar —pienso que, por ahora, en discreta medida— a disminuir la población crónicamente hospitalaria. Debe estar íntimamente conectado con el Centro y Equipo Ambulatorio, del que recibirá los enfermos y las directrices, y con las dependencias de clubs especiales y talleres protegidos, cuyas mutuas ventajas les favorecerían recíprocamente.

Para enfermos de la capital o de localidades muy próximas podría resultar conveniente su utilización en muchas ocasiones, al no romper por completo los lazos con los ambientes familiar y laboral.

5.—*CLUBS ESPECIALES Y TALLERES PROTEGIDOS*

Para una correcta A. P. extrasanatorial se precisan dispositivos intermedios entre la familia y el trabajo de un lado y la reclusión permanente de otro. En este orden de ideas, y particularmente para determinado tipo de pacientes que pueden beneficiarse del contacto y estímulo con otros en algo similares, sería deseable la creación de clubs o asociaciones, centros de reunión del tipo de los anteriormente citados.

Si anejos a ellos, o no, se montan talleres o dependencias con alguna actividad laboral, industrial o artesana, protegida por la sociedad, el apoyo al enfermo defectual o con tendencias a la recidiva puede resultar muy eficaz.

Como puede apreciarse, la panorámica asistencial resulta excesivamente amplia, pero sin duda un plan o programa de actuación y ampliación futuras, de profilaxis y eficaz información social, para suscitar la ayuda de todos, se hacen evidentemente necesarios. Como preconiza la O. M. S., importa mucho sustituir progresivamente el concepto benéfico de la A. P., que compromete a muy pocos, para transformarlo en una preocupación de inquietud de toda la colectividad. Aquí la Psiquiatría nacional o los organismos sanitarios directivos tienen mucho que aprender de las Asociaciones de Padres con Niños Subnormales, que han transformado en pocos años, a expensas de tesón, el concepto previo del "tonto" irrecuperable, objeto de burla, sensibilizando a la opinión pública y administrativa para un mejor enfoque en su comprensión y más eficaz ayuda.

La A. P. del futuro tiene que partir de este principio y de un radical cambio de concepción sobre la inoperancia de los medios para la recuperación del enfermo mental.

Y de forma más concreta: "La A. P. provincial, como la nacional, necesita coordinar el Hospital Psiquiátrico con el Dispensario de Higiene Mental, Consultorios del S. O. E. y demás centros sanitarios bajo una dirección dotada de autoridad, competencias y recursos para utilizar y armonizar los esfuerzos de todos" (Gutiérrez Higuera; "Propuesta para elevar el nivel de la A. P. en la provincia de Jaén").

IV.—BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. ASISTENCIA PSIQUIATRICA HOY EN ESPAÑA.—Ruegos y preguntas formuladas al Gobierno y respuesta de éste. Tribuna Médica. 1968, n.º 216, pág. 1.
2. ASISTENCIA PSIQUIATRICA.—Primer Congreso Mediterráneo de Psiquiatría. Palma de Mallorca. 4-6 abril de 1968. Romargraf, S. A. (Barcelona).
3. AJURIAGUERRA, J. de.—L'Organisation de l'Hopital Psychiatrique. Medecine et Hygiene. Septiembre, 1960.
4. AJURRIAGUERRA, J. de.—La A. P. Extrahospitalaria. Medicina e Higiene (Ed. Esp.).—1963, n.º 45, pág. 1.
5. AMIEL, R. y CHANOIT, P.—Criteres de fonctionnement en hospitalisation partielle. Inform. Psych. 1968, n.º 3, pág. 267.
6. AUBIN, B.—L'hospitalisation partielle en Psychiatrie. Inform. Psych. 1968, n.º 3, pág. 253.
7. AUDISIO, M.—A. P. Reorganisation. Evolut. Psych. 1965. n.º 30. Suplemento 77.
8. AYUSO GUTIERREZ.— El nuevo departamento de Psiquiatría del Hospital Clínico de Madrid. Bol. Soc. Esp. de Psiq. 1969. n.º 3, 4 y 5, página 95.
9. BATTEGAY, R.—Nervenarzt. 1965, n.º 36, pág. 250.
10. BENITEZ ERVEZ, F.—El alta al hospitalizado psiquiátrico. Bol. Inf. del Inst. de Med. Psicol. 1967, n.º 94, pág. 17.
11. BOUDIN, G.—Les besoins neuropsychiatriques d'un grand hopital general La Presse Med. 1968, n.º 17, pág. 827.
12. CARO, D.—I reparti aperti degli ospedali psichiatrici. I.º Congreso Medit. de Psiq. 1968.
13. CLARAMUNT LOPEZ, F.—La Unidad Psiquiátrica en el Hospital General. Monografía del PANAP. 1966.
14. CABALEIRO GOAS, M.—La renovación de la asistencia en el sanatorio psiquiátrico. Galicia Clínica. 1966, n.º 38. pág. 745.
15. DREYFUSS, L., ALBRECHT, E. y PREVOST, F. Note sur hospitalisation totale, hospitalisation partielle et foyer de post-cure. Inform. Psych. 1968, n.º 3, pág. 271.
16. DUC, N. et BAURY, M.—Le malade mental et l'assistance psychiatrique. I.º Congr. Medit. de Psiq. 1968.

17. EDITORIAL.—Tratamiento de los trastornos mentales de los viejos. *Farmaes.* 1963, n.º 57, pág. 36.
18. EDITORIAL.—Psiquiatría. *Bol. Inf. del Inst. de Med. Psic.* 1964, número 50, página 15.
19. ESPINOSA IBORRA, J.—Asistencia Psiquiátrica en Valencia. *Medicamenta.* 1968, n.º 447, pág. 17.
20. EY, H., BERNARD, P. et BRISSET.—*Manuel de Psychiatrie.* Masson. París. 1963.
21. ENCICLOPEDIA MEDICO-QUIRURGICA.—Varios. *La Psychiatrie dans le Monde.* Anejo. 1955.
22. FORCADA CALVO, A. y GONZALEZ MARIN, M.—Investigación clínica en el medio hospitalario. *Archivos de la Fac. de Med. de Madrid.* 1968, n.º 3, pág. 259.
23. FUSTER, J.—Origen y evolución de la A. P. en el Instituto Mental de la Santa Cruz. *An. del Hosp. de la Santa Cruz y San Pablo.* 1960, n. 2, pág. 173.
24. GARCIA SANCHEZ, M.—La organización psiquiátrica en Ginebra. *Folia Neurops. del Sur de España.* 1966, n.º 2, pág. 74.
25. GENTIS, R. et colls.—Un hôpital de jour. *Reflexions sur cinq annés de pratique.* *Inform. Psych.* 1968, n.º 3, pág. 245.
26. GONZALEZ MAS, R.—Rehabilitación del enfermo mental. *Revista Ibys.* 1962, n.º 5, pág. 319.
27. GONZALEZ MONCLUS, E.—¿Reclusión o tratamiento en la comunidad? *Bol. Inf. Inst. Med. Psicol.* 1967, n.º 90, pág. 21.
28. GUTIERREZ AGUILERA, C.—Psiquiatría en la provincia de Jaén. *Seminario Médico.* 1953, n.º 1, pág. 56.
29. GUTIERREZ AGUILERA, C.—Selección y capacitación de auxiliares psiquiátricos. *Arch. Neurobiol.* 1957, n.º 2, pág. 13.
30. GUTIERREZ AGUILERA, C.—Algunas consideraciones estadísticas sobre el alcoholismo en la provincia de Jaén. *Seminario Médico.* 1962, n.º 22, pág. 1907.
31. GUTIERREZ HIGUERAS, J. P.—Memoria del Sanatorio de "Los Prados" del Quinquenio 1949-1953. *Seminario Médico; Suplemento.* Septiembre 1954.
32. GUTIERREZ HIGUERAS, J. P.—Asistencia hospitalaria en la provincia de Jaén. *Planificación del nuevo Hospital General.* *Seminario Médico.* 1965, n.º 26.

33. GUTIERREZ HIGUERAS, J. P.—Propuesta para elevar el nivel de la A. P. en la provincia de Jaén y su repercusión en los centros dependientes de la Excm. Diputación Provincial. Escrito dirigido a la misma. Septiembre, 1966.
34. HAFNER, H.— *Fortschr. Med.* 1965, n.º 83, pág. 541.
35. HAFNER, H. und ZERSSEN, D.— *Nervenarzt.* 1964, n.º 35, p. 242.
36. HAISCH, E. O. — *Reform der Anstaltpsychiatrie; eine Aufgabe.* *Nervenarzt.* 1965, n.º 36, pág. 346.
37. HOFF, H.—*Propos sur l'organisation des cliniques psychiatriques et neurologiques.*—Symposium Ciba. 1955, n.º 34, pág. 34.
38. JAEGGI, F.—*Aspects sociologiques de l'hospitalisation et de l'évolution des psychoses chroniques.* *L'Encephale.* 1963, n.º 52, pág. 97.
39. JIMENO VALDES, A.—*Líneas directivas actuales sobre A. P.* *Rev. de Psiq. y Psicol.* 1966, n.º 7, pág. 480.
40. KIEV, A.—*Servicios psiquiátricos en los países en vías de desarrollo.* *Rev. Neuro-Psiq.* 1968, n.º 31, pág. 95.
41. LAVITOLA, G.—*Igiene e profilassi mentali e l'assistenza ai dimessi dagli ospedali psichiatrici.* I.º Congr. *Medit. de Psiq.* 1968.
42. LEY DE BASES DE LA SANIDAD NACIONAL.—25 de noviembre de 1944.
43. LEY DE CREACION DEL PATRONATO NACIONAL DE ASISTENCIA PSIQUIATRICA. 14 abril 1955.
44. LINDINGER, H.—*Nervenarzt.* 1964, n.º 35, pág. 237.
45. LOPEZ IBOR, J. J.—*Influencia de los nuevos avances farmacológicos sobre la A. P.* *An. de la Acad. Med. Quir. Esp.* 1963, n.º 7, p. 1319.
46. LLAVERO AVILES, F.—*Psiquiatría, psicofármacos y A. P.* *Tribuna Médica.* 1968, n.º 219, pág. 5.
47. MATTHEIS, R.—*Nervenarzt.* 1965, n.º 36, pág. 268.
48. MEDINA GIL, C.—*Psiquiatría en un Hospital General.* *Medicamenta.* 1968, n.º 454, pág. 80.
49. MEDINA, C. y MONTOYA, J. L.—*Reflexiones acerca de las ventajas e inconvenientes de una unidad psiquiátrica en un hospital general.* *Rev. Clin. Esp.* 1966, n.º 101, pág. 219.
50. MESTRE MESTRE, B.—*Consideraciones generales sobre la transformación de la A. P.* I.º Congr. *Medit. de Psiq.* 1968.
51. MEZQUITA, J.—*Problemática sanitaria de la A. P.* *Rev. San. Hig. Publ.* 1966, n.º 40.

52. MIGNOT, H.— Sur l'organisation general de la protection de la santé mentale en France. I.º Congr. Medit. de Psiq. 1968.
53. MONTOYA, J.—Organización del Departamento de Psiquiatría en un Hospital General. Arch. Neurobiol. 1966, n.º 29, pág. 32.
54. MONTOYA, J. L. y MEDINA, C.—Problemas psiquiátricos en un Hospital General: nuestra experiencia y casuística en el Hospital General de Asturias. Rev. Clin. Esp. 1967, n.º 105, pág. 215.
55. MONTSERRAT ESTEVE, S.—Modernas tendencias de la A. P. y sus posibilidades en España. Tribuna Médica. 1968, n.º 220, pág. 5.
56. MORALES BELDA, F. J.—El espíritu del Hospital Psiquiátrico. América Clínica. 1969, n.º 3, pág. 146.
57. MULLER, H. W. und KOSTER, H.—Nervenarzt. 1964, n.º 35, p. 473.
58. NIEVES, P. R.— St. Willibrord, en Heiloo, un ejemplo de la moderna psiquiatría. Tribuna Médica. 1969, n.º 309, página 29.
59. ORTEGA MATILLA, C.—La asistencia psiquiátrica hospitalaria. Datos y comentarios al quinquenio 1959-1963 del Hospital Provincial "San Telmo" de Palencia. 1964.
60. ORTIZ RAMOS, P.—El Hospital Psiquiátrico de Málaga. Bol. Soc. Esp. Psiq. 1969, n.º 3, 4 y 5, pág. 74.
61. OTAOLA, J. R. de.—Los servicios psiquiátricos de la Universidad de Ginebra. Bol. Inf. Inst. Med. Psic. 1966, n.º 74, pág. 26.
62. PADOVANI, G.—La trasformazione del l'ospedale psichiatrico. I.º Congr. Medit. de Psiq. 1968.
63. PANSE, F.—Das psychiatrische Krankenhauswesen. Stuttgart, 1964.
64. PARELLADA, D.—La transformación del Hospital Psiquiátrico. I.º Congr. Medit. de Psiq. 1968.
65. PELLICIER, Y.—Evolution sociale et assistance dans le regions mediterranneennes de la France. I.º Congr. Medit. de Psiq. 1968.
66. PEREZ-SANCHEZ, M.—Aportaciones actuales a la A. P. Anales de Medicina (especialidades). 1969, n.º 55, pág. 57.
67. PIGEM SERRA, J. M. y cols.—Internamiento y desinternamiento de los enfermos mentales; problemas que plantea en la práctica. Medicamenta. 1963, n.º 395, pág. 139.
68. POBLACION KNAPPE, P.—Posibilidades terapéuticas de un departamento hospitalario de Medicina Psicosomática. Medicamenta. 1969, número 464, página 443.

69. PUNELL, G.—Entwicklung von Anstaltsartefakten und deren systematische Behandlung. Zeitsch. f. Psychotherapie u. med. Psychol. 1968, n.º 1, pág. 21
70. RALLO PIQUE, E.—Esquemas para el planteamiento de una A. P. actual. Bol. Inf. Inst. Med. Psic. 1961, n.º 17, pág. 18.
71. RALLO PIQUE, E.—Situación de la A. P. en Barcelona. Bol. Inf. Inst. Med. Psic. 1961, n.º 19, pág. 9.
72. RODRIGUEZ, B.—Asistencia en Establecimientos Psiquiátricos. Medicina Clínica. 1957, n.º 29, pág. 19.
73. ROJO, M. y SORIANO, M.—Aspectos higiénico y extrahospitalario de la A. P. I.º Congr. Medit. Psiq. 1968.
74. SAINT LAURENT, CL.—Quelques experiences en hôpital de jour. Inform. Psychiat. 1968, n.º 3, pág. 229.
75. SATTES, H.—Psiquiatría, moderna socioterapia Münch. Med. Wschr. (ed. esp.). 1967, n.º 3, pág. 305.
76. SERIGO SEGARRA, A.—Asistencia Psiquiátrica; problemática e instituciones asistenciales. Tribuna Médica. 1968, n.º 217, pág. 5.
77. SERIGO SEGARRA, A. y PORRAS ORUE, P.—La planificación de la asistencia hospitalaria en España. Monografía del PANAP. Madrid, 1966.
78. SEVA DIAZ.— Un enfoque de organización de la A. P. en España. Folia Neuropsiq. del Sur de España. 1966, n.º 1, pág. 47.
79. SCHULZ, H. E.—Nervenarzt. 1962, n.º 33, pág. 494.
80. SIMEON, J. D.—Evolución de las técnicas de readaptación en el Hospital Psiquiátrico de Lannomezan. 1963.
81. TORHOUT, B. de.—Escándalo psiquiátrico en el Reino Unido. Tribuna Médica. 1969, n.º 309, pág. 28.
82. VALENCIANO, L.—Contribución a la organización psiquiátrica española. Arch. Neurobiol. 1960, n.º 1, pág. 47.
83. VALENCIANO, L.—Contribución al plan nacional de salud mental Arch Neurobiol. 1960, n.º 2, pág. 146.
84. WYLIE, C. M.—Un estudio hospitalario sobre los accidentes cerebrales vasculares. Notas de Lefa. 1969, pág. 137.