

REVISTA DE LA
**ASOCIACION
ESPAÑOLA DE
NEUROPSIQUIATRIA**

NUM. 2 - SEPTIEMBRE/DICIEMBRE - 1981

Presentación de Jacques Lacan,
por Francisco Pereña

Freud y la sexualidad femenina,
por Francisco Pereña

Aproximación al «mito» de las madres patógenas,
por Carmen Sáez Buenaventura

Del amor y otras psicosis,
por Fernando Colina

Reflexiones en torno a la violencia infantil,
por Vicente Mira

La cannabis,
por José-Vicente Stalrich Canet

Psiquiatría y política en España,
por Manuel Desviat

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

Páginas de la Asociación

ACTAS - ACUERDOS DE LA JUNTA - COMISIONES

Acta de la Asamblea General celebrada en el Colegio de Médicos de Madrid el 13 de noviembre de 1981, con motivos de la III Jornadas Nacionales sobre «Sociedad, Cultura y Psiquiatría».

Preside la Sesión el Dr. GONZALEZ DE CHAVEZ acompañado de la Dra. Carmen F. ROJERO y los Dres. Felipe REYERO y José GARCIA.

Comienza con la lectura del acta de la Asamblea anterior que queda aprobada por unanimidad.

A continuación la Secretaria, Carmen F. ROJERO, hace una exposición de todas las actividades realizadas por la Asociación desde la Asamblea anterior. Se han celebrado: Las Jornadas de Madrid sobre «Historia de la Psicología, la Psiquiatría y el Psicoanálisis en España en el primer tercio del siglo XX»; las Jornadas de Oviedo «Psicopatología Institucional», y las Jornadas de Barcelona «Segundas Jornadas de salud mental en homenaje a F. BASAGLIA».

Se han hecho las siguientes intervenciones asistenciales: carta al Presidente de la Diputación de Navarra, sobre el conflicto del Hospital de Día del Hospital Provincial y carta al Presidente de la Diputación de Valladolid, sobre el conflicto del Hospital Psiquiátrico. De todas ellas no se ha obtenido respuesta.

Se ha enviado un ejemplar del libro «La Transformación de la Asistencia Psiquiátrica en España» a todos los presidentes de las Diputaciones, con el ofrecimiento de la A.E.N. para el asesoramiento que requieran sobre asuntos psiquiátricos.

Se ha enviado un telegrama a Trieste en solidaridad con la política de Franco ROTTELLI; asimismo, telegrama de adhesión al Resseau de Méjico.

Se ha realizado una entrevista con el diputado de Sanidad (Diputación de Madrid), Sr. FERRERA, y Dr. CALVE (Gerente del IPSM) para obtener conocimiento directo sobre las funciones y orientaciones del IPSM.

En este punto interviene el Dr. F. REYERO diciendo que hace dos meses que solicitó a la Junta la realización de esta entrevista, con el objeto de que se conocieran los planes del IPSM y el criterio seguido para la concesión de plazas en dicho Instituto. Un asociado insiste sobre el tema de la concesión de las plazas, a lo que siempre ha sido sensible la A.E.N. El Gerente del IPSM, Dr. CALVE, presente en la Asamblea, interviene justificando la fecha de convocatoria de las plazas en función de la urgencia. Han hecho un proceso de selección, con las personas capaces para cada área. Se hizo un baremo, según criterios utilizados en la Universidad de Granada en situación semejante. Se buscó un perfil profesional, no hubo amiguismos y los sueldos no son exagerados, teniendo en cuenta que son puestos temporales, con dedicación exclusiva y excluyente de 50 horas semanales. El IPSM tiene que hacer la planificación y gestión del Hospital Psiquiátrico, estudiar los conciertos y la política a seguir en el tema de los conciertos. Explica cómo ellos ven la reforma desde fuera del manicomio, sin marginar y sin prescindir de lo que hay. La infraestructura del IPSM la considera mínima e, incluso, insuficiente.

Interviene otro asociado puntualizando: el papel de la A.E.N. es potenciar todo tipo de reformas encontrándose con problemas teóricos importantes. Con el IPSM se plantea de modo dife-

rente, a como se han planteado otras reformas y con más medios económicos; dentro de cinco años habrá que pedir cuentas de lo realizado por el Instituto, ve conveniente la coordinación de los Centros de Salud con el Ayuntamiento y opina que habría que clarificar los criterios en un debate. Hace una distinción en lo relativo a las plazas; unas, destinadas a la gestión donde el gerente puede llevar sus propios equipos y otras, plazas clínicas, donde la A.E.N. puede pedir la supervisión y donde la Comisión de Asistencia debería jugar un papel activo. Finaliza diciendo que la A.E.N. debe trazar unos marcos generales de transformación de la asistencia psiquiátrica en España y hace una petición: una reunión específica para debatir los proyectos del Instituto.

Interviene Pepe GARCIA, Presidente de la Comisión de Asistencia informando de que según lo estudiado por esta Comisión hay que:

- 1.º Promover acciones para el desbloqueo de la asistencia.
- 2.º Ver las condiciones mínimas que debe tener un cambio.
- 3.º Que la A.E.N. sea un marco que de opción a alternativas diversas que se confronten y debatan.

La A.E.N. —atenta a las situaciones— debe hacer sentir a las Administraciones locales que con las estructuras que se crean contraen un compromiso. Respecto a la participación en la selección, la A.E.N. no está dispuesta a participar en ninguna selección cuyos mecanismos no estén lo suficientemente claros.

Interviene Víctor APARICIO BASAURI dando su parecer sobre el salto cualitativo que se está produciendo, con la creación de espacios extrahospitalarios por parte de los Municipios, las Autonomías, y la existencia de un nivel administrativo con sus propios órganos de gestión; hay un nuevo modelo con la penetración de los sociólogos en las instituciones y el aumento de poder de muchos de ellos sobre el de los médicos.

El espacio de la asistencia está cambiando hacia el extrahospitalario y hay crisis en la formación, metodología, etc. Hace una propuesta: formar un grupo de trabajo, financiado por la A.E.N. y ver, al cabo de un año, los resultados obtenidos.

Interviene, posteriormente, un asociado que ve el planteamiento que se está haciendo en la Asamblea muy localista y se pregunta si la A.E.N. está mostrando tanta atención con lo que sucede en otras provincias como con lo que sucede en Madrid.

Hay otra intervención sobre el orden del día y, a continuación, surge una llamada de atención desde la Asamblea sobre la Sociedad Española de Psiquiatría que está intentando coordinar los Hospitales desde las cátedras. Vuelven a intervenir sobre el orden del día y se subraya que los gestores tengan en cuenta los recursos públicos.

Carmen F. ROJERO recoge las tres propuestas:

- 1.ª La de la Comisión de Asistencia.
- 2.ª Que se haga una reunión de técnicos de Madrid para estudiar los planes del IPSM.
- 3.ª Que se forma un grupo de trabajo de un año de duración.

Pepe GARCIA propone recoger información y que sea la Comisión de Asistencia la que asuma ésto.

Quedando el tema anterior suficientemente debatido se pasa a:

- Lectura y aprobación de nuevos miembros.
- Modificación de estatutos. Carmen F. ROJERO da una información de este asunto y cómo está en este momento en poder de un abogado que estudie las modificaciones según la Ley.
- Situación actual de las Secciones. Sección de Psiquiatría infantil: no ha habido posibilidades de funcionamiento. Estudiarán el modo de vincularse a la Junta y la iniciativa partirá de la propia sección.
- Hay una petición para la creación de la Sección «Mujer y Salud Mental» que queda aprobada al cumplir los requisitos reglamentarios.
- Se crea una Delegación previa a la Asociación andaluza y una asociada informa sobre la situación de la Asociación catalana para la salud mental que está en vías de constituirse y su deseo es federarse con la A.E.N.

Informe de la Comisión de Asistencia. Ven que es urgente desbloquear la situación de la asistencia, con actitud beligerante con lo degradante y articulando nuevas formas de trabajo con la administración, allí donde sea posible, con unos criterios mínimos: que se establezcan las condiciones que posibiliten un cambio. Recoger información sobre recursos en salud mental, financiación de servicios asistenciales, y crear un archivo con documentación de centros.

Informe de la Comisión de Legislación. Informa Paco TORRES de la primera reunión celebrada durante las Jornadas y la propuesta de incorporación de Juristas que no es posible por la imposibilidad de financiaciones específicas a través de la Junta de Gobierno. Se propone la Comisión revisar los siguientes puntos:

- a) Ley orgánica del poder judicial.
- b) La tutela.
- c) Regulación del consumo de alcohol.
- d) Estadísticas a nivel estatal de informes judiciales.
- e) Promover debates mediante dossier puestos al día.
- f) Promoción de jornadas de trabajo para primavera del 82.
- g) Asesorar a la Junta de Gobierno en alternativas legislativas para grupos parlamentarios.
- h) Archivo sobre estos temas.

Informe de la Comisión de Formación. Han escrito una carta a los asociados y han obtenido siete respuestas. Quieren estudiar la posibilidad de que la A.E.N. avalara a través de los medios de comunicación a algunos centros de formación y seminarios no oficiales que reunieran ciertas características. En la Comisión de Formación hay dos plazas vacantes.

Informe de la Comisión de Investigación. Se crea aprobada por votación, después de una exposición de Felipe REYERO sobre su utilidad. Alude a la tradición que ha habido siempre en la A.E.N. en el interés por la investigación y la existencia de personas concretas interesadas en ello. Un asociado pide que la carta que ha enviado la Comisión de Formación a los asociados la envíen a los MIR.

Concesión de Premios. El Dr. LOPEZ DE LERMA, como representante del Tribunal, da lectura a la concesión del Premio Luis Martín Santos al trabajo con el lema «Osiris», correspondiente al Dr. GONZALEZ-PINTO y el Premio José María Sacristán sobre «Rehabilitación Psiquiátrica» a un grupo de Bermeo, Dr. MEZQUITA y colaboradores.

Se hace la lectura de la modificación de las Bases de los Premios.

Lugar y Ponencias para el próximo Congreso. Se aprueba que la celebración sea en Oviedo en octubre de 1983. La Junta de Gobierno promoverá información sobre las Ponencias para que puedan ser votadas en una próxima Asamblea. A continuación se realiza la votación para cubrir las plazas vacantes en las Comisiones y Junta de Gobierno: Una, en la Comisión de Legislación; dos, en la de Formación y un Tesorero para la Junta de Gobierno.

Para la Comisión de Legislación hay dos candidatos: Teresa SUAREZ y Teresa CAPILLA, quedando aprobada por votación Teresa CAPILLA.

Para la Comisión de Formación hay dos candidatos: Juan CAMPOS y Armandó INGALA, quedando aprobados ambos por votación.

Para el puesto de Tesorero hay dos candidatos: Félix BLANCO y Antonio GAMONAL, quedando aprobado, por votación, Félix BLANCO.

Y, sin más asunto que tratar, se levanta la sesión en la fecha «ut supra» de la que, como Secretaria, doy fe.

¿PARA QUE SIRVE CONSTRUIR UN MURO ALREDEDOR DEL PSIQUIATRICO DE BETERA?

Un acuerdo antidemocrático.

La prensa ha difundido en los últimos meses la intención por parte de la Dirección técnica y política (PSOE) del Hospital Psiquiátrico de Bétera, de construir un muro alrededor de éste. En el Pleno del día 15 de octubre se aprobó esta propuesta, con un presupuesto de más de 42 millones de pesetas.

Cierto es que la cerca de malla metálica que actualmente rodea el recinto hospitalario, prácticamente desde que se construyó presenta algunos agujeros, por todos conocidos y por los cuales entran y salen internados y también personas no internadas. No estamos de acuerdo con esta situación, pero tampoco lo estamos con que la solución sea construir un muro, como se ha aprobado. Y ello por estas razones:

- 1.º Por las **características carcelarias** de dicho muro.
- 2.º Por la **falta de información y nula participación** de los interesados, debido ello a la total carencia de canales democráticos en la gestión del Centro. La única información directa al Hospital ha sido hecha por la Diputación una vez aprobados el proyecto y presupuesto.
- 3.º Porque el muro **no soluciona los problemas reales de los internados** ni de la asistencia psiquiátrica, al contrario, los agrava.

Los argumentos más manidos por los defensores del muro han sido los siguientes:

- Que los internados que están desorientados se extravían, poniendo en peligro así su vida, al marchar por los agujeros. Por otra parte, gente de fuera del Hospital entra por éstos, abusando de los internados.
- Que salen internados que no están en condiciones de hacerlo y son un peligro público.
- Que con la construcción del muro los médicos se responsabilizarán más de los internados.
- Que determinados sucesos quedarán dentro del recinto hospitalario, eliminándose así responsabilidades fuera de los muros.

Esto es lo que se dice, lo más conocido a nivel de opinión pública. Nosotros tenemos otras cosas que decir.

Pero antes de seguir adelante refresquemos la memoria de los olvidadizos y recordemos que los partidos de izquierda presentes en la Diputación, recogiendo las reivindicaciones por las que en el campo de la asistencia psiquiátrica se luchó durante años en el franquismo, han asumido en sus programas políticos algo tan elementalmente democrático como la extinción progresiva de la institución manicomial en favor de una asistencia en la comunidad que promueve la salud y prevenga la enfermedad mental, evitando así al máximo los internamientos en el manicomio y resocializando a las personas internadas actualmente. De la misma manera se definía la Conselleria de Sanidad (PSOE) del primer Consell preautonómico. En fin, señalaremos que en enero de 1979, con motivo de un intento de la Diputación franquista de «reorganizar» a su modo el Psiquiátrico de Bétera, el PSOE y el PC se comprometieron, a través de documento hecho público a través de la prensa, a que los futuros organismos democráticos valencianos (Diputaciones, Ayuntamientos, Consell o Generalitat) asumieran la elaboración democrática de un plan de asistencia psiquiátrica intra y extrahospitalaria.

Sin embargo, si bien ante la opinión pública la Dirección política y técnica ha alardeado de poner en práctica un supuesto plan siguiendo las ideas expuestas, la realidad clara y concreta es que no a hecho nada de esto, ni dispuesto los medios necesarios para poner en marcha un programa de actuación en este sentido. Bien al contrario, ha aprobado unilateralmente la construcción de un muro típicamente manicomial alrededor del recinto del Hospital de Bétera, reforzando así la institución psiquiátrica de tipo custodial.

Lo que el muro oculta.

Cuando a principios del siglo XV, se construyó el manicomio de Valencia, se justificó diciendo que era necesario evitar que «los locos» anduvieran por la ciudad «haciendo y recibiendo daño». Como hemos visto antes, hoy día, casi 600 años más tarde, la Dirección política y técnica de la asistencia psiquiátrica dependiente de la Diputación valenciana, no son capaces de dar otros argumentos que esos mismos para justificar la construcción del muro en cuestión. Para la Dirección, la cosa es sencilla: si los internados se marchan por la actual cerca agujereada, hay que evi-

tar que lo hagan — ni siquiera se detiene a preguntarse por qué se marchan —, y para ello ha de haber un medio que garantice que las salidas van a ser por la puerta y con los debidos permisos. Sin embargo, si el problema fuera éste, ya hace tiempo que se podría haber intentado solucionar con una reparación adecuada y un control continuado del estado de conservación de la actual cerca (esto es posible, pues ya se hizo durante algún tiempo, al principio de funcionar el Hospital, sin que sepamos por qué la Empresa suspendió esta actividad); pero durante casi tres años la Diputación postfranquista ha mantenido esa cerca en tal estado que cualquiera podía entrar y salir por ella, a pesar de las reiteradas peticiones del personal para que fuera reparada; aunque eso sí, el Diputación-delegado Sr. Fos, quitándose responsabilidades como de costumbre, achaque esas entradas y salidas a que los trabajadores del Hospital no trabajan, según sus declaraciones.

Es cierto que algunas de las personas que se han marchado por los agujeros de esa cerca han muerto trágicamente. No quitaremos importancia a esto, pero demos también importancia a tantas muertes trágicas, tantos suicidios ocultos por los altos muros de los manicomios tradicionales, incluyendo el viejo manicomio de Jesús. Y, sobre todo, demos importancia a esa tragedia que es morir en el manicomio, aunque sea tranquilamente, en la cama y rodeado de cuidados, pero en un estado de absoluta marginación social, tras toda una vida de encierro.

Este estado de marginación es el verdadero problema, el de todos los días, de los internados «crónicos» del manicomio de Bétera, y también de muchas de las personas que van ingresando en él. La estancia media de los 500 internados «crónicos» de este Hospital, la mayoría de los cuales proceden del de Jesús, es de unos 15 años, llegando algunos a los 40 años de internamiento. Son muy pocos los que disfrutan de unos ingresos mínimamente aceptables, y la mayoría de los que disponen de alguna pensión sólo cobran 5.000 pesetas del Fondo Nacional de Asistencia; eso, cuando no es la familia la que dispone de los ingresos del internado o incluso la misma Diputación cobrando una parte de ellos. Esta miseria económica se traduce en un aspecto externo «insociable», pedigüño, y malvestido, de la mayoría de estas personas, que no disponen de más ropa que la que el manicomio les proporciona a base de saldos, sobras y donaciones.

Súmese a ello los años de aislamiento y la consiguiente dificultad de relación con una sociedad cada vez más agresiva; la práctica imposibilidad de encontrar trabajo, por el sólo hecho de estar en un manicomio; el profundo rechazo familiar hacia la mayoría de los internados.

En fin, una situación de miseria económica y de segregación social que es, en realidad, la causa de que estas personas continúen viviendo en el manicomio, puesto que pocas de ellas son las que presentan una sintomatología psiquiátrica que justifique la prolongación de su internamiento, ni siquiera la necesidad de un tratamiento médico.

Respecto de las personas atendidas que no están habitualmente internadas — unos 600 ingresos anuales nuevos y unos 400 reingresos de alta —, tampoco se puede decir que estén en unas condiciones sociales ventajosas; la mayoría pertenece a clases trabajadoras, y suelen estar en precarias condiciones laborales — en paro o con trabajos esporádicos —, viven en barrios especialmente desabastecidos y conflictivos, etc. Teniendo en cuenta que 1/3 de estos internamientos no son específicamente por motivos clínicos, sino por orden de la policía, juez y otras autoridades, lo que explica ciertos conflictos internos al Hospital y, por otra parte, nos indica su utilización como instrumento de control social.

Las condiciones internas del Centro dejan bastante que desear y han sido repetidamente denunciadas por el personal y por los propios internados incluso:

— Deficiencias de infraestructura: desniveles peligrosos del terreno, agujeros y cavidades; continuas averías eléctricas que dejan sin luz y sin calefacción un pabellón u otro casi a diario; instalaciones eléctricas de alta tensión desprotegidas; progresivo deterioro de la construcción, con desprendimientos y goteras que no se reparan más que parcialmente y con lentitud; proliferación de matorrales en el recinto hospitalario entre los cuales se han extraviado algunos internados desorientados...

— Deficiencias en cuanto a higiene (con limitaciones al acceso de los internados a los útiles de aseo más elementales), alimentación (por deficiente calidad de los ingredientes y falta de control de éstos) y servicios básicos (no existe una cafetería que los internados puedan hacer servir, sin necesidad de marcharse del Hospital a buscar alguna).

— Deficiencias de personal, a pesar de que se diga lo contrario en prensa, por falta de una adecuada organización y de una plantilla oficial que cubra todas las actuales necesidades, llegán-

dose a causa de ello a que durante las 3/4 partes de la jornada, pabellones de 60-80 internados estén atendidos por turnos de tres o cuatro auxiliares.

Esta es la situación real, a grandes rasgos, de esas personas que globalmente son presentadas a la sociedad como un peligro público o, si más no, como un desagradable grupo que mejor sería ocultar entre cuatro paredes.

Añadamos a todo ello la continua deformación de la información de que han hecho gala diversos medios de comunicación, aumentando así el rechazo social hacia los internados, y tendremos un cuadro bastante aproximado de la vida que, día a día, han de soportar éstos.

Ante esta situación, ¿qué han hechos los responsables políticos actuales, concretamente la izquierda de la Diputación y su representante al frente de la asistencia psiquiátrica dependiente de ésta, Sr. Fos?, ¿en qué han quedado sus programas y compromisos iniciales? Después de años de reivindicaciones asistenciales, de luchas por alternativas reales y progresistas a la institución manicomial —alternativas que en nuestro caso se han llegado a desarrollar en programas concretos, elaborados incluso con el apoyo oficial, posteriormente retirado, de la actual Diputación—, hoy día los hechos cuentan, y lo que cuenta es el único hecho concreto y claro que conocemos: 42 millones y medio para construir un muralla enrejada y alambrada de espinos alrededor del manicomio. Todo lo demás, todo ese plan de asistencia psiquiátrica comarcalizada que Diputación presenta como una conquista ante la opinión pública, no es nada, no es más que un puñado de ideas escritas en una papel, sin presupuesto conocido que las respalde, elaboradas unilateralmente por la Dirección técnica y absolutamente desconocidas para los afectados, comenzando por los propios ayuntamientos en cuyos municipios deberían emplazarse los diversos dispensarios y otros servicios contemplados en ese llamado plan.

El único cambio que se ha hecho ha sido una redistribución interna del personal del Centro. Pero si se hace algún trabajo asistencial extrahospitalario (visitas a domicilio de pacientes, asistencia en ciertos dispensarios que ya funcionaban hace tiempo), ello es puramente por voluntad y por conciencia del personal que lo lleva a cabo, y que sabe que, de esta manera, está evitando muchos internamientos innecesarios, y que continúa haciéndolo a pesar de la falta de apoyo, organización e infraestructura que hay por parte de la Diputación.

Es falso, pues, que los trabajadores del Centro no trabajen y «pasen» de los pacientes, como machacona e insultantemente declara a los medios de comunicación del diputado Fos. Al margen de las inevitables excepciones y de algunos privilegiados con conducta absentista conocida y consentida por ésta o por la anterior Diputación, lo cierto es que el personal ha trabajado y trabaja, como ha sabido y podido, en medio de una desorganización general del Hospital, más que notable.

Hagamos un poco de historia. Gracias al trabajo del personal técnico y no técnico del Centro, la mitad de los pacientes crónicos trasladados a éste cuando se abrió, desde el viejo manicomio de Jesús, hace unos años, pudieron ser dados de alta y resocializados. Posteriormente, gracias a la solidaridad demostrada por el personal hacia los internados en diversas ocasiones se han podido solucionar total o parcialmente algunos graves problemas de éstos, únicamente achacables a los responsables políticos de turno. Así, las protestas del personal consiguieron en su día que fuera cubierta una balsa existente en el recinto hospitalario y en la que se había ahogado dos internados, a pesar de estar advertida la Diputación del peligro. Hace dos años, ya con la Diputación postfranquista, la actitud radical de los trabajadores del Centro y algunos internados cortando la carretera que pasa ante el Hospital, con ocasión del atropello de una internada, hizo que aquella fuera mejor señalizada y, a partir de entonces no se hayan repetido los accidentes mortales que hasta entonces se venían sucediendo; a principios de verano del 80, tras una asamblea de trabajadores del Centro, se hizo una concentración junto con internados y familiares de éstos ante la Diputación, en demanda de que ésta no continuara cobrando las estancias de los pacientes asegurados y se las exigiera a la Seguridad Social como era lógico. Hoy día, como ya hemos comentado, el trabajo que buena parte del personal realiza extrahospitalariamente sin ningún apoyo de la Diputación, está haciendo que disminuya sensiblemente el tiempo de internamiento en el hospital; sin olvidar, como también se ha dicho, el real trabajo que significa atender 60 u 80 internados por tres o cuatro auxiliares la mayor parte del día.

No, el personal del Psiquiátrico no es un conjunto de aprovechados irresponsables. En todo caso, lo que falta es organización —responsable, la Empresa—, falta aclarar una plantilla y cubrir los puestos que aún nos necesarios —responsable, la Empresa—, y falta, fundamentalmente, los

canales y plataformas mínimas de participación democrática en la organización y dirección del Centro, hoy día en manos de los cargos directivos que hacen y deshacen a su antojo.

Aclarar todas estas cuestiones relativas al personal era también necesario para conocer qué es lo que se pretende encerrar dentro del muro.

El muro no es la solución.

Está claro, pues, que con el famoso muro y con todas las campañas en los medios de comunicación que le han precedido, la Dirección política del Centro lo único que ha perseguido ha sido lavarse la cara ante la sociedad, contener los problemas de los internados entre cuatro paredes en vez de llevar a cabo las alternativas reconocidas programáticamente por su propio partido, por toda la izquierda e, incluso, por algunos sectores de la derecha. 42 millones para tranquilizar conciencias y crecer electoralmente pueden no ser una mala inversión, después de todo. Pero si ésta es la alternativa que ofrece el poder, nosotros nos negamos a ella y exigimos de la izquierda de la Diputación QUE CUMPLA.

- Que cumpla con sus programas políticos de asistencia psiquiátrica poniendo en marcha un plan real elaborado democráticamente, de asistencia extrahospitalaria y comarcalizada, con presupuestos claros y suficientes.
- Que no se construya el muro, y se reconduzca su presupuesto para contribuir a financiar dicho plan. Que se repare adecuadamente y se controle el estado de conservación de la actual cerca.
- Que en dicho plan se incluya las medidas necesarias para la resocialización de los actuales internados y que, en tanto éstos continúen en el manicomio, sean dignificadas sus condiciones de vida.
- Que se clarifique una plantilla oficial, cubriendo las necesidades actuales y las derivadas del plan; los horarios y todas las cuestiones relativas a personal. Que se corrija el desequilibrio que supone acumular la mayor parte del personal por la mañana, en detrimento de tardes y noches.
- Que se pongan en marcha ya los organismos democráticos de organización y dirección colegiada de los Centros de asistencia psiquiátrica dependientes de la Diputación.
- Que cese la Dirección política en sus campañas de desprestigio del personal y de deformación de la realidad de los internados.
- Que se exija, consecuentemente, de los poderes del Estado, fundamentalmente de la Seguridad Social, y no se carguen a cuenta de trabajadores e internados, las responsabilidades y medios necesarios para que, de una vez, se dé una alternativa clara y democrática a los manicomios valencianos y a sus actuales internados.
- Y, junto a todo ello, la exigencia, aún pendiente, de que se cambie la actual legislación, vaciando la asistencia psiquiátrica de todas sus connotaciones policiales y de control social.

Bétera, 30 de octubre de 1981.

**ASAMBLEA DE TRABAJADORES
DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO DE BETERA**

(Se adhieren: Comisiones Obreras del Hospital Psiquiátrico de Bétera y Esquerra Unida del País Valencià [Psiquiàtric de Bétera].)

AVISO A LOS SOCIOS

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

AÑO INTERNACIONAL DEL MINUSVALIDO MANIFIESTO SOBRE LA ASISTENCIA A LA LLAMADA SUBNORMALIDAD EN ESPAÑA

En el Año Internacional del Minusválido, los abajo firmantes, profesionales y trabajadores en el área de la Salud Mental (médicos, psicólogos, asistentes sociales, etc.) y de la Enseñanza (Especial o no), quienes en nuestra práctica nos enfrentamos con la realidad de la mal llamada subnormalidad, denunciamos la marginación social, técnica y asistencial en que se encuentra el campo de la salud mental infanto-juvenil y exponemos:

I. La llamada subnormalidad es un cajón de sastre efecto de un desconocimiento, con el que se diagnostican conceptos etiopatogénicos y cuadros clínicos o situaciones sociales, variadas y tan dispares que nada tienen que ver entre sí y que requieren una cualificación, un tratamiento moderno y una asistencia específicos y adecuados, terminando con la confusión y la marginación en este campo, anclado en concepciones del enfermar psíquico propias de hace 50 años atrás.

II. La política asistencial cara a la llamada subnormalidad es obsoleta y anacrónica o bien simplemente inexistente, en manos de instituciones caritativas o benéficas, sin que el estado asuma el deber de proporcionar al llamado subnormal el derecho a la salud que como ciudadano tiene.

Nos parece totalmente anacrónico y vergonzoso que en pleno año 1981, la asistencia a los llamados subnormales se base en campañas caritativas, festivales, donaciones, etc., así como que esté en manos de centros, instituciones y fundaciones de carácter benéficos o privadas sin que existan todavía programas de planificación sectorizados, ni criterios asistenciales integrados e interdisciplinarios, dejado en manos del paternalismo, la caridad y el voluntarismo un campo importante de la salud que afecta a un elevado número de nuestros ciudadanos (aproximadamente 500.000).

Como muestra palpable de ellos, el ejemplo más patente y dramático es que la Seguridad Social se limita a dar unas becas, ayudas o «limosnas» a las familias de los afectados como tapadera vergonzante del abandono y marginación en que tiene a este campo, eludiendo su deber de atender el derecho más elemental de toda persona: La Salud.

III. El Plan Nacional de Prevención de la Subnormalidad, que tibiamente se pone en marcha, será un paso importante en la faceta preventiva, siempre y cuando las medidas técnicas aprobadas se lleven a efecto realmente, proveyéndolas de medios, informando a la población y creando la infraestructura asistencial (hoy inexistente) que permita hacer práctico y viable cuanto en dicho plan está establecido.

Pero este Plan, a pesar de ser un primer paso racional y técnicamente moderno, deja importantes lagunas por cubrir y no tiene en cuenta una serie de factores importantes como son:

a) El olvido total de los factores etiológicos de la esfera psíquica, como si el niño sólo fuese un cuerpo biológico y no unidad bio-psico-social afectiva.

b) Los aspectos asistenciales en el área de salud mental infantil, en tanto que éstos forman parte, en muchos casos, de una prevención eficaz y fundamental (es la Prevención secundaria y terciaria según la O.M.S. en materia de Salud Mental).

c) La creación y planificación de una infraestructura básica que permita el llevar a efecto todas las medidas hoy vigentes.

IV. Los Centros de Subnormales están, en su mayoría, infradotados de medios y personal, siguen una política asistencial basada en la custodia o almacenaje, con unas pautas de tratamiento obsoletas, sin tener en cuenta los criterios técnicos marcados por la O.M.S. La inexistencia de plazas suficientes para atender estos problemas, se agrava porque muchos de estos centros pertenecen a instituciones privadas, con lo que no son económicamente asequibles a los más desfavorecidos.

A todo ello se une que al no existir una planificación sectorizada, los niños son internados en centros alejados de su medio sociofamiliar con los problemas agravantes a la desinserción de su medio de vida natural.

Se impone una solución a esta situación que pasa por una reconversión y modernización de la asistencia, planificada en base a equipos interdisciplinarios, en Centros de Salud Mental u Hospitales generales, partiendo de la asistencia sectorizada y comunitaria, que posibilite una coordinación de todas las áreas de la vida del niño, sin desinsertarle de su medio sociofamiliar.

V. La Educación Especial requiere una amplia discusión que parta de una visión integradora y multidisciplinaria que permita clarificar su valor y sus limitaciones.

Hoy es sabido, por las experiencias de otros países y del nuestro propio, las indicaciones y los límites de una aplicación —que parece tomar cuerpo en ciertos medios del Ministerio de Educación—, fundados en un falso tecnocratismo de «especialización», consistente en crear aulas, centros, etc., llamados «especializados», las cuales de tales sólo tienen en ocasiones la segregación y marginación agravando la problemática existente en el niño.

Muchas de estas medidas son tomadas por precipitadas conclusiones técnicas o inconfesados intereses no del todo profesionales, respondiendo, la mayoría de las veces, a criterios de falso realismo y soluciones inmediatas, tapadera de realidades más graves y fundamentales como son, por ejemplo, el número excesivo de alumnos por clase o el de una política educativa desgajada de la vida y realidad sociocultural del niño, etc...

VI. Por último, hacemos un llamamiento a los partidos políticos, organizaciones sindicales y de todo tipo a que, sin dilaciones, den concretas soluciones que sean puestas urgentemente en práctica, para terminar con la situación de marginación a la que se está condenando al llamado subnormal, privándole del derecho fundamental a su integral salud psico-física.

PRIMER ENCUENTRO LATINOAMERICANO

Los participantes en el Primer Encuentro Latinoamericano de Alternativas a la Psiquiatría, reunidos en Cuernavaca, Morelos, México, del 2 al 6 de octubre de 1981, acuerdan:

I) DENUNCIAR

1) La existencia de dictaduras militares y regímenes represivos, que utilizan la represión y el terror como instrumentos de control político en las sociedades de clases en América Latina. Especialmente nos referimos a los regímenes de Argentina, Bolivia, Colombia, Chile, Haití, Uruguay, Paraguay, El Salvador, Guatemala, Honduras y de otros regímenes de control social.

2) La participación dentro de los aparatos represivos de estos países de psiquiatras, psicólogos y otros profesionales en salud conjuntamente con profesionales de la tortura. Una de las manifestaciones más brutales de estos sistemas de terror es la desaparición de miles de mujeres, hombres y niños que son secuestrados por los aparatos represivos y cuyo paradero se desconoce.

3) La violencia cotidiana y la segregación que en nuestro continente golpea a los sectores oprimidos, obreros, campesinos, indígenas, mujeres, niños, psiquiatrizados, ancianos, así como a los homosexuales y a otros sectores estigmatizados por el sistema.

4) La existencia, basándonos en los testimonios de los diferentes representantes de países latinoamericanos, de instituciones totalitarias: manicomios, hospitales psiquiátricos, cárceles y correccionales, los llamados asilos y «centros de protección social», hogares de menores, etc., en donde los confinados son maltratados física y psicológicamente, estigmatizados y segregados de su medio social.

5) La existencia de una política y una práctica de salud mental, que partiendo de los aparatos estatales, tienden a psiquiatrizar y mistificar como trastornos psicológicos lo que es producto de los conflictos sociales.

6) La existencia, ligado a lo anterior, de una práctica empresarial de la medicina y la psiquiatría, donde, a menudo, se encuentran implicados funcionarios del aparato estatal y favoreciendo los intereses económicos de las transnacionales de la industria farmacéutica.

7) La penetración de organismos y estructuras gubernamentales a nivel comunitario. Este proceso, a través de la descentralización de las instituciones y de los servicios «psicológicos» comunitarios, apunta a integrar las comunidades en la ideología dominante manipulando sus exigencias y sus características de clase.

8) Las contradicciones y conflictos que genera a la mujer la opresión a la que está sujeta interpretándose como «psicopatológicos», desde el punto de vista de las técnicas de la conducta, por medio de la psiquiatrización de conflictos que son expresión de la dinámica opresor-oprimido, y de la rebelión individual, a veces desesperada ante una situación objetiva de dominación.

Por tanto, igualmente condenamos las que bajo la cubierta de una supuesta neutralidad, no son más que interpretaciones científicas que son mera expresión de la ideología sexista en la persona del terapeuta, acudiendo al uso de psicofármacos, métodos físicos, químicos e, incluso, el encierro.

9) La utilización de diversas técnicas psicológicas (industrial, educativa y social) al servicio de la burguesía cuyo objetivo es fomentar la segregación étnica, cultural y social.

10) La opresión y persecución sistemática que se ejerce cotidianamente por agentes policíacos en distintos países latinoamericanos de niños abandonados, adolescentes y jóvenes que, por razones de estructura social injusta, deambulan y viven en las calles.

11) La utilización de métodos psiquiátricos y psicológicos contra las lesbianas y homosexuales, argumentando que son personas a las que hay que «orientar» o «curar» para su «adaptación» a la sociedad.

12) El carácter clasista y antipopular de la formación científicista, acrítica y aceptacional con las que se educa a los futuros profesionales de la salud mental.

A partir de lo anterior, la Asamblea del Primer Congreso Latinoamericano de Alternativas a la Psiquiatría acuerda la siguiente plataforma:

1) Luchar por la desarticulación y derrocamiento de las dictaduras militares y de los regímenes totalitarios con fachada democrática por las libertades democráticas y el mejoramiento de las condiciones de vida de las masas populares en nuestro continente, vinculados con los movimientos sociales y políticos latinoamericanos.

2) Organizarnos y luchar por la destrucción de la institución manicomial y de las políticas estatales de salud mental que intentan psiquiatrizarse los conflictos sociales.

OBJETIVOS INMEDIATOS:

a) Seguir denunciando las violaciones a los derechos humanos del interior de las instituciones psiquiátricas y otras instituciones custodiales.

b) Luchar por el mejoramiento de las condiciones de vida de los psiquiatrizados y la conquista de las libertades democráticas del interior de los manicomios.

c) Impedir el internamiento en los manicomios y la psiquiatrización de los conflictos por medio de:

1. La lucha en contra del carácter empresarial de la medicina y la psiquiatría, la psicología industrial, social y educativa.

2. El desarrollo de prácticas alternativas a la psiquiatría, psicología y otras técnicas de la conducta que, tomando en cuenta la realidad histórica y un análisis de la situación sociopolítica de cada país, se inserten en los procesos sociales.

3. Respetando las realidades de cada país y el carácter particular de cada una de las experiencias que ya se desarrollan, proponemos como ejes de esta práctica alternativa los siguientes puntos:

a) Que sean prácticas preventivas, centradas en la disminución del sufrimiento psíquico sin mistificar los conflictos sociales.

b) Que sean prácticas democráticas con amplia participación del tejido social en calidad de agente de salud y como organismo de control del poder profesional y de la utilización de recursos.

c) Que sean prácticas que se realicen con y desde el pueblo, donde los trabajadores de salud mental desmitifiquen su poder, socialicen sus conocimientos y reconozcan la creatividad, el poder y el saber popular, para sentar así las bases de una medicina y una psicología democráticas, populares y liberadoras.

d) Nos proponemos luchar por una legislación sobre la defensa de los derechos del paciente psiquiátrico institucional y ambulatorio y exigimos que los servicios de salud mental sean públicos, verificados y controlados por la población.

3. Luchar por un cambio de los «programas de formación» de los trabajadores de salud mental en las universidades de tal manera que se adecúen a las necesidades de las amplias masas y a las realidades históricas de cada país, dándose espacio al conocimiento y práctica de las alternativas en salud mental.

Como objetivo inmediato proponemos que las redes alternativas a la Psiquiatría que se formarán en cada país se preocupen por organizar programas de formación alternativos a los oficiales para desmitificar la enfermedad mental e intercambiar experiencias prácticas.

4. La Red Latinoamericana se compromete a apoyar, promover, difundir y defender las experiencias alternativas en los diferentes países del continente.

Como propuesta inmediata se plantea la defensa de la experiencia llevada a cabo en el Hospital Psiquiátrico de Tunja, en Colombia que, desde 1973, sufre el embate permanente del sistema.

Así como la defensa de la lucha del pueblo mixe y otras minorías étnicas, de las organizaciones de las trabajadoras del servicio doméstico en México, Colombia, Brasil y Perú, de las organizaciones del movimiento feminista y del movimiento de liberación homosexual en Latinoamérica.

5. Hacer una campaña de denuncia, información y difusión de trastornos que causan los psicofármacos, ligándolos a la información sobre los intereses económicos que están detrás de la utilización masiva de ellos, así como los riesgos y la manipulación que está implicada en diversas orientaciones psicoterapéuticas, incluido el psicoanálisis.

6. Como propuestas organizativas planteamos:

a) La constitución de una Red Latinoamericana de Alternativas a la Psiquiatría.

b) La organización de redes por países.

c) En lo inmediato, sugerimos la designación en esta asamblea de:

— Un contacto provisional por país que será ratificado una vez que se constituya la sección de la Red en los diferentes países latinoamericanos, en lo que se refiere al exilio latinoamericano se propone la designación de un representante de la Red en Europa y otro en América Latina. La Red Latinoamericana mantiene y multiplicará, colegial e individualmente, relaciones e iniciativa con la Red europea en todos los modos y formas posibles.

— Una secretaría provisional de la Red que se encargue de la transmisión de las actividades y luchas de las redes nacionales al mismo tiempo que coordine el trabajo a nivel latinoamericano. Como proposición concreta planteamos que esta tarea sea asumida por la delegación brasileña.

— La organización de un segundo encuentro y un primer encuentro de la Red en Brasil en 1983.

d) Como objetivo a mediano plazo, proponemos la constitución de una comisión organizadora de la Red a nivel latinoamericano, constituida por un representante por país, elegido democráticamente por la Red nacional, así como un representante de los exiliados en Europa. Esta comisión tendrá como objetivo vincular y coordinar las diferentes acciones emprendidas por las secciones que conforman la Red, destinadas a la puesta en práctica de la plataforma de lucha.

CARTAS A LA ASOCIACION

Diciembre 11, 1981.

Señor Presidente:

Le escribo para solicitar su consejo y ayuda en la preparación de una consulta internacional acerca de diagnóstico multiaxial organizada en coordinación con la Sección de Nomenclatura y Clasificación de la Asociación Psiquiátrica Mundial.

El modelo de diagnóstico multiaxial consiste en la formulación sistemática de la condición del paciente en términos de varios aspectos o variables llamados «axis», los cuales se considera tienen un alto valor de información clínica y son conceptualizados y evaluados como cuasi-independientes el uno del otro. Este constituye una formulación diagnóstica más comprensiva que los sistemas «uniaxiales» tradicionales y, por tanto, podría reflejar mejor la complejidad de información de la condición clínica. El modelo ha atraído mucho interés y está siendo considerado para ser incorporado en la próxima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades.

El proyecto estará dirigido a obtener información acerca de experiencia con sistemas multi-axiales en varias partes del mundo, identificar nuevos conceptos y determinar los tipos y número de axis diagnósticos claves en base al juicio de un amplio panel internacional de clínicos experimentados quienes serán consultados por correo. Nuestra principal tarea ahora es la identificación de este panel de clínicos cubriendo el mayor número posible de áreas geográficas y culturas.

Usted nos ayudaría grandemente si pudiera enviarnos los nombres y direcciones (y teléfonos, si fuera posible) de tres a cinco psiquiatras de su país experimentados e interesados en sistemas de diagnóstico a quienes pudiéramos invitar a participar. Asimismo, quisiéramos saber si usted estaría interesado en participar en este estudio.

Agradeciéndole por anticipado su amable atención a esta carta, le expreso los sentimientos de mi mayor consideración.

Atentamente,

Juan E. MEZZICH, M.D., Ph. D.

Director del Centro de Diagnóstico y Evaluación

CARTA DE LA A.E.N. AL ILMO. SR. PRESIDENTE DE LA EXCMA. DIPUTACION DE VALENCIA

Ilmo. Sr.

La Asociación Española de Neuropsiquiatría ha conocido, a través de los medios de difusión y de la información de algunos asociados, que esa Excma. Diputación aprobó recientemente la propuesta de levantar un muro alrededor del Hospital Psiquiátrico de Bétera, como medida para corregir algunos de los problemas que se están generando en ese centro y, en concreto, para controlar las evasiones de los internados.

La Asociación Española de Neuropsiquiatría, que tiene como objetivos contribuir a la difusión y al progreso de las ciencias de la conducta, de la salud mental y de la asistencia psiquiátrica en España, considera totalmente desacertada esa medida. Sin duda que en una institución, en cambio, se suscitan problemas, pero no es con acciones de este tipo como se debe hacer frente hoy a la asistencia psiquiátrica.

Los profesionales de la salud y las Administraciones que han seguido de cerca la evolución mundial de la asistencia psiquiátrica en las últimas décadas, conocen que los conflictos de las instituciones asistenciales no se resuelven con tapias sino todo lo contrario; es preciso ir derribando las tapias para dar soluciones adecuadas a las necesidades de los internados y para poner en

práctica eficazmente los instrumentos terapéuticos. Estos son criterios compartidos por la Organización Mundial de la Salud.

Esta Asociación, considerando que el acuerdo mencionado, quizá, sea fruto de la precipitación e impaciencia que se producen, a veces, ante cierta problemática institucional, solicita de esa Excm. Diputación que revise tal acuerdo y que haga frente a las necesidades asistenciales con medidas de progreso para contribuir, de esta manera, al cambio de nuestra asistencia psiquiátrica.

Atentamente,

J. GARCIA GONZALEZ
Vicepresidente y Coordinador
de la Comisión de Asistencia

CONCESION DE PREMIOS

Luis Martín Santos:

Autor: Rodrigo González-Pinto Arillaga.

Título: «Aportación al conocimiento de la etiología del delirium tremens y de la alucinosis alcohólica».

José María Sacristán:

Autores: J. Mezquita, J. Cubillo, Isabel Arrilucea y M. Elorriaga.

Título: «Rehabilitación Psiquiátrica: La experiencia de Bermeo».

CONVOCATORIA DE LA IV EDICION (1981-1982)

B A S E S

La Junta de Gobierno de esta Asociación convoca los premios «Luis Martín Santos» y «José María Sacristán».

Las condiciones generales de ambos premios son:

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

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

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

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

Quinta.—La recepción de trabajos se hará hasta el día 31 de mayo de 1982. El fallo del jurado será después del 31 de agosto de 1982.

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

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

Octava.—La dotación de ambos premios es de 100.000 pesetas.

Novena.—Pueden concursar los profesionales de la salud mental. En el caso del premio «Luis Martín Santos» deben haber iniciado sus actividades profesionales después del 1 de enero de 1972.