

REVISTA DE LA
**ASOCIACION
ESPAÑOLA DE
NEUROPSIQUIATRIA**

AÑO IV - NUM. 11 - SEPTIEMBRE/DICIEMBRE - 1984

Foucault o el método invisible,
Fernando Colina

Estudios comunitarios de Salud Mental,
J. F. Díaz Manrique, R. Gracia Quintanal
y J. L. Vázquez Barquero

Teorías dopaminérgicas de la esquizofrenia,
C. G. Goetz y H. L. Klawans

La alopecia en la infancia,
Elisa Mendoza

«Grupos parque»,
G. Morandé, C. Vayo y C. Anta

La primera entrevista de familia,
T. Suárez y C. F. Rojero

DEBATE: Precisiones sobre «la cesión»,
José Rallo

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

Páginas de la Asociación

JORNADAS ASTURIANAS SOBRE ENFERMEDAD MENTAL Y LEY

Las Jornadas Asturianas sobre Enfermedad Mental y Ley celebradas en Oviedo los días 26 y 27 de octubre, organizadas por la Consejería de Sanidad del Principado, en colaboración con la Asociación Profesional de la Magistratura, Jueces para la Democracia, Asociación de Fiscales, Derecho y Sociedad, Colegio Oficial de Asistentes Sociales y Asociación Española de Neuropsiquiatría, se vertebran en torno a dos ejes: a) la restricción de las libertades en el tratamiento de la enfermedad mental, tomando medidas jurídicas que eviten el abuso y b) la asistencia a la que tienen derecho los enfermos mentales, garantizando el tratamiento voluntario y restringido al máximo los involuntarios. Problemas complejos que han de abordarse desde disciplinas distintas con una metodología compleja que evite reduccionismos simplistas. Es de reseñar la intervención inaugural del Secretario General Técnico del Ministerio de Justicia, en la que abogó por el no establecimiento de un estatuto jurídico distinto entre los derechos humanos de los locos y el resto de los colectivos.

La asistencia e intervenciones en el acto de clausura del Presidente del Gobierno autónomo y del Consejero de Sanidad del Principado, da cuenta de la importancia atribuida desde instancias políticas a estas Jornadas, cuyo objetivo es crear un marco adecuado de colaboración entre la salud mental y la justicia. Esta imbricación del mundo judicial, político y sanitario en torno a la enfermedad mental se activa y desarrolla en el contexto de la Reforma psiquiátrica en Asturias, aprovechando el encuentro para exponer las líneas maestras del desarrollo de la nueva organización de los Servicios de Salud Mental: atendiendo el mandato constitucional (art.º 49), se acomete la organización de una asistencia psiquiátrica integrada en la red sanitaria general e integral en los tres niveles preventivos, desarrollando un modelo alternativo al Hospital Psiquiátrico que se articula en torno a los Centros de Salud Mental implantados en la comunidad. Este modelo posibilita la redifinición de las necesidades del internamiento, modifica la relación equipo profesional de salud mental, usuario, y estructura, el tiempo y el espacio asistenciales de un modo que permite abordajes terapéuticos innovadores concordantes con la ideología de los derechos de la persona, introduciendo en definitiva una epistemología nueva en la conceptualización de la enfermedad mental y en la praxis asistencial.

Las consecuencias de este enfoque en la reforma del Hospital Psiquiátrico, cuyo fin último es su propio fin, implican una política que evita al hospital centrismo y saca los recursos-humanos y económicos fuera del hospital, encargando la labor rehabilitadora de los pacientes crónicos a los Centros de Salud Mental, con el objetivo de posibilitar su reinserción social a través de la creación de lugares de vida y trabajo en la comunidad y dotándolos de recursos socio-económicos. Las futuras necesidades de hospitalización serán atendidas por un número de camas, en la proporción de 1/10.000 hab., en pequeñas unidades en los Hospitales Generales, y con estancia media de 25-30 días por paciente. Pero por el momento el objetivo más a corto plazo es la superación del hacinamiento con la reducción del número de internos a 650 a mediados de 1985.

El tema más debatido en las jornadas fue el *internamiento*, motivado por las innovaciones introducidas en las últimas modificaciones de los Códigos Civil y Penal. El internamiento (voluntario e involuntario) es una medida excepcional para solucionar situaciones de crisis inabordables por otros procedimientos, y durante su duración el interno tiene derecho al pleno goce de sus derechos civiles y políticos, garantizados con la adopción de las medidas pertinentes. Deberíamos informar a la persona que va a consentir su internamiento del tiempo previsible de duración, los tratamientos que se le van a suministrar, los riesgos, las alternativas, las modificaciones durante el tratamiento y las normas internas del Centro.

Habría que analizar las situaciones de internamiento voluntario que están enmascaradas por la inducción del facultativo o por la presión familiar (el consentimiento prestado y viciado por error, violencia, intimidación o dolo es nulo, con lo que la voluntariedad deja de existir), evitando las coaliciones familia-terapeuta-juez que llevan a dar soluciones del ocultamiento a los conflictos. Limitarse a comunicar al juez el internamiento supone no acceder al espíritu de la ley, en la cual el poder judicial actúa de mediador en el enfrentamiento del derecho a la salud y del derecho a la libertad, autorizando la restricción del segundo en beneficio del

primero. Sin embargo, internamiento no implica necesariamente tratamiento, y cuando no van juntos nos encontramos ante un caso de privación de libertad, quedando por responder la pregunta de si un tratamiento forzoso es realmente un tratamiento. Todo lo hasta ahora expuesto no cuenta al parecer para los antiguos internos judiciales del "Hospital Psiquiátrico", que siguen en el mismo régimen de internamiento desde hace años en virtud del ya derogado decreto del año 1931. Actualizar su situación jurídico-asistencial remitiendo a los jueces su situación clínica presente con especificación justificada de las alternativas posibles al internamiento, es una tarea que no debe posponerse más.

El Código Penal vigente afirma que cuando el tribunal decreta el internamiento psiquiátrico de un enfermo mental podrá sustituir, previos informes de los que asisten al anajenado, el internamiento desde un principio o durante el tratamiento por la sumisión a tratamiento ambulatorio. Las medidas previstas en este contexto legal para la enfermedad mental son medidas de seguridad, fundamentadas en la peligrosidad delictual del enfermo mental, tendentes a la prevención del riesgo o peligro social y, de hecho, significan la imposición de un tratamiento médico; este es el fundamento de que las medidas sean adoptadas por órganos judiciales. Si el internamiento o la sumisión a tratamiento ambulatorio es consecuencia de una sentencia absolutoria, el criterio para determinar su duración será o la ausencia de peligrosidad, aunque no haya curación, o la curación misma. Y en el supuesto de eximente incompleta de enajenación, el tope es el de la pena privativa de libertad a la que fuera condenado. El caso de sobreseimiento libre, por la exención de la responsabilidad penal, es equiparable a una sentencia absolutoria anticipada.

En cuanto a la actuación durante la instrucción del proceso, la ley puede establecer la sumisión a observación psiquiátrica (cuando advierta el juez indicios de enajenación mental y con fines de evaluación y diagnóstico), lo cual no implica necesariamente el internamiento, aunque éste pueda darse, en cuyo caso es una medida restrictiva de la libertad tomada para indagar la calificación de culpabilidad del presunto culpable. En el supuesto de "demencia sobrevenida" durante el curso del proceso, o sea manifestada después del delito, se da una clara diferenciación/discriminación legal comparado con el caso de aparición de enfermedad somática (que impide la presencia en el tribunal durante el proceso), que da idea de la dinámica de estigmatización establecida en torno a la enfermedad mental en todos los niveles de la sociedad. En efecto, en caso de enfermedad somática se suspende el proceso hasta la restauración de la salud, pero si la enfermedad es psíquica, además de no suspenderse automáticamente el proceso, pueden derivarse legalmente la adopción de medidas cautelares e incluso la coacción a tratamiento médico. Esta previsión legal choca con las normas constitucionales sobre el derecho a la libertad y a la integridad.

Queda claro, en todo caso, que el internamiento no significa necesariamente ni aislamiento ni reclusión, estando determinadas las condiciones del internamiento por las exigencias terapéuticas. Durante el mismo el interno tiene derecho a asistencia letrada, siendo conveniente una vigilancia periódica del internamiento con informes al centro médico, por parte del juez.

Las novedades introducidas en la nueva redacción del Código Civil (Ley 24/10/83) en materia de *incapacidad* son:

- La declaración de incapacidad tiene que ser por sentencia judicial que delimitará la extensión, límites y régimen de tutela o guarda del incapacitado.
- La desaparición del protector y del consejo de familia, siendo muchas de sus funciones asumidas por el juez.
- El nombramiento del tutor es hecho por el juez en interés del tutelado.
- El tutor puede ser una persona física o jurídica sin fines lucrativos.
- Puede existir más de un tutor.
- El tutor necesita autorización judicial para internar al tutelado en un establecimiento de salud mental o educación especial.
- El tutor al finalizar su gestión debe rendir cuentas de su administración al juez.
- La figura del curador, cuya misión es la intervención y asistencia de aquellos actos del incapacitado que la precisan o están determinados en la sentencia.
- La curatela sólo pueden pedirla el cónyuge, los descendientes o ascendientes que perciban alimentos del pródigo, los representantes legales y el ministerio fiscal.
- La introducción del guardador de hecho que tiene bajo su custodia el presunto incapaz.
- Los órganos para la protección del incapaz son: los padres, el tutor, el curador, el guardador de hecho, el ministerio fiscal y el defensor judicial.

El juez, previo el fallo, examina por sí mismo el presunto incapaz y oír el dictamen de un facultativo. Este dictamen pericial supone una ayuda básica para el juez, y la toma de conciencia de su importancia por parte de los profesionales de la salud mental ha de llevar a una mayor claridad en los informes, para que la colaboración con los jueces sea eficaz, flexible, redunde en beneficio del incapaz y colabore en el desarrollo de una atención adecuada a la comunidad en estos espacios donde confluyen la justicia y la psiquiatría. Los informes periciales psiquiátricos han de dar información completa y eficaz sobre los actos que el incapaz puede realizar y a aquellos que no, para que el juez instituya curatela o tutela, y son trascendentales para la reintegración de la capacidad o atenuación de su incapacidad. Tener en cuenta en los peritajes psiquiátricos, los factores distorsionantes como son los modelos teóricos, la práctica psiquiátrica, los factores interpersona-

les, situacionales y sociales, y la propia epistemología psiquiátrica puede ayudar a prepararnos actitudinalmente para la confrontación. Los informes han de incluir datos sobre la relación entre el trastorno y la conducta en un lenguaje standard para que la instancia judicial diferencie entre lo relevante y lo que no lo es. Se evidencia cada vez más la necesidad, igual en los informes para incapacitación que en aquellos que tengan implicaciones penales, de la inclusión de matices claros y pragmáticos para facilitar la decisión judicial sobre los límites en que una persona está "impedida para gobernarse por sí misma", o delimitar la relación entre el trastorno mental y la conducta punible.

Este aspecto temático de las Jornadas, pese a estar enraizado en la práctica cotidiana y tener aspectos debatibles tales como la ambigüedad del término "governarse por sí mismo", el uso que el poder hace de la justicia y ésta a su vez de la psiquiatría, es decir, entrar en el "juego de la ley", o el rango científico y la ética profesional de los informes periciales, no suscitó el mismo interés que el internamiento, detrás del cual planeaba la sombra del manicomio.

Finalizan las Jornadas con una ponencia donde se hace hincapié en los aportes de los servicios sociales a la mejora de la calidad de vida y del bienestar social. La creación de servicios sociales comunitarios son el instrumento básico para conseguir sus objetivos de informar a los ciudadanos, potenciar la cooperación social, prestar la ayuda a domicilio y promover la prevención de los procesos de inadaptación social.

Andrés CABERO ALVAREZ
Psicólogo

* * *

COMUNICADO JUNTA DIRECTIVA

En su última reunión la Junta Directiva de la A.E.N. ha analizado la situación de la Asistencia Psiquiátrica, así como las diversas informaciones sobre el tema aparecidas en los últimos meses, lo que le lleva a hacer públicas las siguientes consideraciones:

1. El Ministerio de Sanidad hasta la actualidad no ha ejecutado ninguna acción que favorezca la reforma de la asistencia psiquiátrica.

2. Es cierto que, [dada la organización político administrativa del Estado, ya no es posible ni deseable que se planifique y se ejecuten desde la Administración Central los proyectos de transformación correspondientes a las diversas Comunidades y Regiones], pero es totalmente imprescindible que por parte del Departamento Ministerial competente se adopten una serie de medidas con carácter inmediato, que desbloqueen esta situación y permitan a las Administraciones Autónomas desarrollar las estrategias de reforma más apropiadas. Algunas de esas medidas tienen que ver con la necesidad de desdoblarse la especialidad de neuropsiquiatría y diferenciar claramente las de la neurología y la psiquiatría en el ámbito de la Seguridad Social; otras se refieren a la *integración funcional* de profesionales y servicios vinculados hoy a áreas administrativas diversas lo que provoca la descoordinación y el solapamiento de recursos; otras de carácter normativo dirigidas a regular la creación de nuevas camas psiquiátricas y a superar la irresponsabilidad y confusión que el INSALUD adopta frente a esta asistencia.

La inoperancia señalada ya no puede ser atribuida a la ausencia de líneas o presupuestos básicos necesarios para enmarcar las reformas en esta materia. Recientemente el PSOE ha publicado un documento sobre Salud Mental (Cuadernos de Acción Social n.º 17) que, en opinión de esta Junta Directiva, corrige planteamientos mantenidos en publicaciones anteriores y ofrece una aportación positiva y suficiente para fundamentar las acciones básicas que requiere la transformación asistencial, en la dirección de implantar un modelo comunitario.

Sin embargo, de prosperar, de acuerdo a las informaciones de los últimos días, los cambios introducidos en el Anteproyecto de la Ley General de Sanidad nos produce un temor razonable, en torno a que las modificaciones de última hora representan obstáculos muy graves para el desarrollo del modelo señalado.

De otro lado existen datos respecto a que en los presupuestos del año 1985 no contienen ningún incremento por parte del Ministerio ni por parte del INSALUD para hacer frente a la reforma psiquiátrica.

Parece pues que en los proyectos de 1985 la asistencia psiquiátrica sigue ocupando como en los "peores tiempos" el lugar de la marginación y del olvido.

Oviedo, 11 de octubre de 1984

COMISION DE ASISTENCIA

INFORME SOBRE EL CASO "VIRTUDES BLANCO HERMIDA"

El caso de la enferma Virtudes Blanco Hermida, en la provincia de Lugo, aparte del sensacionalismo y otras anécdotas noticiables, creemos que puede servir como paradigma y denuncia de una situación vergonzosa y medieval de la asistencia en Salud Mental o psiquiátrica que se ofrece en nuestro país.

Lo realmente indignante y anacrónico es que este tipo de situaciones se den en plenos años 80 y con una sociedad moderna en marcha. Es lamentable que los gestores del gasto público y responsables de la política social y sanitaria de este país (Gobierno central, autonómico, provincial y Ayuntamientos) parezcan "extraños", en su responsabilidad y consecuencias, a estos hechos y sea la espectacularidad del caso, —en algunos medios tratado anecdóticamente y de forma sensacionalista, eludiendo causas y situaciones concretas y reales que lo originan—, así como otros intereses ajenos a la problemática en Salud Mental de la comunidad, lo que origine una noticia de este tipo, que digamos de paso, no es única ni mucho menos novedosa e infrecuente en los hospitales psiquiátricos o manicomios, así como en la asistencia psiquiátrica de muchas zonas de España.

Es preciso que la opinión pública y los responsables sanitarios del país, (desde el Estado a los entes provinciales y locales), asumiendo sus responsabilidades sanitarias y sociales, conozcan y pongan remedio a una situación asistencial en Salud Mental que excepto en algunas —pocas— autonomías o provincias, sigue siendo realmente medieval y anacrónica.

Por todo ello la Comisión de Asistencia de la Asociación Española de Neuropsiquiatría manifiesta:

1.º.—El caso de Virtudes Blanco no se da sin unas causas etiológicas (sociales, médicas, etc.) y desvela con su situación actual, el deterioro de la asistencia sanitaria en la comunidad y la inadecuada atención en Salud Mental que hubiesen permitido, caso de existir, una prevención y un tratamiento y reinserción, desde los primeros momentos, a dicha enferma y a su medio.

No se puede saldar un caso como este con culpabilidades directas o larvadas al medio familiar, o al abandono sociogeográfico, a diagnósticos académicos, destinos heredados y atávicos, etc.

La asistencia en Salud Mental pasa por una atención básica desde el primer eslabón, es decir, la atención primaria, donde los técnicos sanitarios, hasta las autoridades locales y responsables de la comunidad, están implicados en dicho proceso de atención a la Salud tal como viene definido por la OMS.

Asimismo es necesario entender, que la familia y el medio sociofamiliar son, no sólo parte actuante sino también receptora de atención y asistencia.

No se llega al estado de deterioro y gravedad de Virtudes sin unas causas, que no pueden achacarse simplemente a etiquetas médicas abstractas, entre las cuáles pueden enumerarse, el abandono asistencial en el que estuvo ella y su medio sociofamiliar, así como por la inexistencia de una Psiquiatría de Sector y comunitaria que tengan en cuenta los diversos factores en juego en todo proceso patológico.

Y así, mientras se ha dejado deteriorar durante años la asistencia psiquiátrica en la provincia de Lugo, ahora se sigue discutiendo, (mediante argumentos confusos, tergiversadores y demagógicos de la realidad asistencial), donde ubicar un hospital psiquiátrico alternativa al Manicomio, sin que aborde una planificación asistencial en Salud Mental, que parte de la sectorización y de apoyo a la asistencia primaria y comunitaria, al mismo tiempo que supera y moderniza al ancestral manicomio.

2.º.— Es ya demostrado lo anacrónico de una asistencia en Salud Mental, basada en el Manicomio, siendo necesario modernizar y adecuarse a las pautas actuales del conocimiento psiquiátrico.

Hace ya varios años que los manicomios en nuestro país han sido contestados y denunciados como anacrónicos y obsoletos, precisos de eliminación y reconversión. Así ha ocurrido con algunos de ellos, experiencias harto conocidas y públicas (Málaga, Conxo, Oviedo, Albacete, etc.).

Pero esta reconversión, no se realiza mediante compra de edificios, ni otro tipo de acciones parciales del mismo estilo, sino que se basa en la sectorización asistencial y de la atención en la comunidad en base a los centros de Salud Mental o dispensarios que en equipo interdisciplinario y en un área sectorizada, realizan un trabajo integrado e integral, de apoyo y atención básico sanitario. Esto se muestra por las experiencias de algunas autonomías, que es más rentable y sobre todo técnica y profesionalmente más correcto y adecuado, posible sin dilaciones siempre que exista una voluntad y capacidad política de querer llevarlo a efecto.

Es en base a estos criterios adaptados a la realidad de cada zona, u otras alternativas que puedan existir, desde donde se abordará el debate sin escamotear qué ocurre con la asistencia psiquiátrica y qué planificación se piensa ofrecer, y no como con el caso de Virtudes, se haga sensacionalismo y "crónicas negras", que únicamente llevan a mantener la confusión y los tabúes, que existen sobre la enfermedad mental.

3.º.— Creemos que los responsables políticos y sanitarios, así como los medios de difusión, deben emplazar el debate en términos que puedan servir a la opinión pública para no seguir con las deformaciones y visiones erróneas y oscurantistas de la "locura" y los "locos" que mantienen y potencian la marginación del enfermo mental.

Es preciso que la Psiquiatría salga del retraso y abandono en que se encuentra, integrándola en la asistencia sanitaria y creando una conciencia y educación para la Salud de los ciudadanos que será una de las bases de que casos como el de Virtudes no sigan produciéndose.

4.º.— Solicitamos a nuestros compañeros de la Asociación Galega de Traballadores da Saúde Mental que abra un informe acerca de la situación de la asistencia psiquiátrica en la provincia de Lugo.

NOTICIAS DE GALICIA

Aunque parezca sorprendente y arcaico, el Hospital Psiquiátrico de Lugo, desde hace más de tres meses es atendido por un solo psiquiatra, el director, Dr. Usero Tiscar, próximo a la jubilación que va unas horas por las mañanas.

Según parece esto sucedió a causa de la Ley de Incompatibilidades. Los otros tres psiquiatras que con él trabajaban, (tampoco es un derroche asistencial) también unas pocas horas por la mañana, tuvieron que dejar la asistencia en este Centro y la Diputación Lucense no se preocupó, ni parece preocuparse, de subsanar esta situación.

El Hospital Psiquiátrico de Castro Ribera de Tea que así se llama el único servicio de hospitalización psiquiátrica pública de Lugo, se inauguró en 1954, sin ningún tipo de ideología asistencial, salvo la custodial. A él llegaron todos los pacientes de la provincia que estaban en otros hospitales psiquiátricos repartidos por todo el Estado. Se nombra el Dr. Usero Tiscar, director, el cual permanece, solo, trabajando, hasta el año 1969-70, variando en todos estos años, en total, entre 3 ó 4 de dichos especialistas.

Tiene 435 camas, las cuales prácticamente están ocupadas siempre. Estos pacientes son atendidos por 40 personas, aproximadamente 20 hombres y 20 mujeres, de éstas últimas, algunas pertenecen a órdenes religiosas.

Situado a 20 kms. de Lugo en una desviación de la carretera de Oviedo, cercano a Meira, se podría decir que aunque su estructura física es moderna, el hábitat de los pacientes nos retrae a épocas medievales. Hacinamiento en habitaciones de unas 20 camas, no hay criterios de ingreso, los pacientes hacen trabajos que correspondería a personal, sin recibir remuneración, etc.

Además, hay un cardiólogo que consulta en el Centro y cuatro médicos de Medicina General que hacen las guardias. No existen servicios adicionales: análisis, EEG, etc., ni tampoco hay siquiera proyectos de sectorización o de algún tipo de asistencia extrahospitalaria, aunque si es verdad, que a veces un paciente que se marcha de alta puede acudir a revisiones en el Hospital, pero la mayoría de las veces se le manda al neuropsiquiatra de zona.

Como es lógico en este tipo de hospitales, hay una completa separación de sexos: mujeres en un pabellón, hombres en otro a una respetable distancia.

Si bien el Dr. Usero Tiscar, ya había intentado hace tiempo remediar este desastre asistencial, mediante informes a la Diputación para hacer una reforma, este Organismo Provincial tradicionalmente sigue sin hacer mucho caso. La actual Corporación con mayoría de A.P. (como en toda Galicia) ha delegado en un diputado para visitar otros centros, con el fin de recabar ideas para una reforma que consistiría en ¡¡¡aumentar el número de camas y el espacio físico del centro!!!

Esperemos que en los contactos que dicho diputado establezca se convenza que la reforma de la asistencia psiquiátrica, está muy lejos de pasar por el aumento de camas o del manicomio.

Siguiendo con arcaísmo e incoherencias, la Xunta de Galicia editó hace unos meses un mapa sanitario, en el cual estudia los recursos y hace un esquema de planificación (?) de la futura red asistencial gallega, plagado de errores con respecto a la valoración de recursos. Con respecto a la psiquiatría no hay ningún error, ya que simplemente la ignora.

La Asociación Gallega de Saude Mental, pidió una entrevista con el Conselleiro de Saude hace algunos meses y hasta la fecha no han podido reunirse. Hace unos días el Presidente de A.G.S.M. recibió una carta de la Xunta en la cual se le dice que el mapa sanitario era simplemente un borrador (?) (dos tomos de casi 300 páginas y fue discutido en todos los ayuntamientos de Galicia, todo esto para un simple borrador) y que la psiquiatría figuraría en un nuevo Mapa que estaban preparando. Laus Deo.

T. ANGOSTO. Agosto, 1984

* * *

SECCION DE PSICOANALISIS

Circular n.º 3 - 11-7-84

ACTA DE LA REUNION ADMINISTRATIVA DE LA SECCION DE PSICOANALISIS REALIZADA EN MALGRAT DE MAR, EN EL CONTEXTO DE LAS V JORNADAS ESTATALES DE LA A.E.N., EL 1.º DE JUNIO DE 1984

En la primera parte de la reunión el Secretario de la Sección informó a los participantes sobre el estado actual de funcionamiento de la Sección, los principios que orientan su puesta en marcha, y las actividades que comienzan a llevarse a cabo.

La etapa presente ha sido definida como "de rodaje", en la medida en que van organizándose algunas actividades que permitan articular de a poco unas formas concretas de encuentro, mecanismos de participación y de comunicación.

Resulta evidente que aún son muchos los miembros de la A.E.N. que no conocen la existencia de la Sección de Psicoanálisis y que hay cierto número de miembros que han decidido rellenar y enviar la ficha, pero aún no lo han hecho. Incluso hay otros que preferirán esperar un poco para decidir si se inscriben como miembros de la Sección. Dada esta situación, es de suponer que será necesario un plazo mayor para que podamos saber aproximadamente cuantos seremos y con qué "ambiente" contará el núcleo de funcionamiento de la Sección en las distintas ciudades.

En la actualidad son ciento treinta los que han enviado su ficha para ser miembros de la Sección.

En este momento hay tres actividades en marcha:

- 1) Un programa de "reuniones de Ateneo", que han comenzado a ensayarse en Madrid y que ya permite extraer cierta experiencia. Esta nos hace pensar que debemos acentuar el carácter coloquial de los encuentros, a fin de lograr mayor fluidez en la solicitud de fechas para tomar la palabra, la elaboración anticipada de un programa con los temas y una forma de funcionamiento que facilite una mayor participación de los asistentes. En una próxima reunión entre todos los participantes podremos intercambiar opiniones y proponer un nuevo enfoque organizativo.

Hemos recordado que este tipo de encuentros o "reuniones de Ateneo" podrá ponerse en marcha en cualquier otra ciudad en la que exista un número de miembros que lo justifique.

- 2) Se realizará en la ciudad de Huelva un encuentro sobre diversos temas psicoanalíticos, en el que participarán miembros de la Sección de distintas comunidades.

El coordinador de este encuentro será Juan Antonio Fernández Sanabria.

En principio, habrá cuatro ponencias, que se referirán a:

El psicoanálisis en los servicios hospitalarios; psicoterapias de orientación psicoanalítica; psicoanálisis infantil; articulación teoría/práctica en psicoanálisis.

Cada una de las ponencias tendrá un coordinador, que se ocupará de articular el grupo de miembros que se hará cargo de la misma.

El encuentro se llevará a cabo a fin de año. En fecha próxima será redactado y enviado el programa a todos los miembros de la Sección.

- 3) En fecha aún no determinada pero que podríamos situar sobre finales enero-85 se realizará en el Anfiteatro del Ateneo de Madrid una mesa redonda, que llevará por título: "Psiquiatría y Psicoanálisis hoy".

Los participantes serán Folch Mateu, Castilla del Pino, José Rallo, Valentín Corcés y Pedro Laín Entralgo.

El coordinador será César Navarro, en su doble carácter de miembro de la A.E.N. y Presidente del Ateneo de Madrid.

A fines de septiembre se realizará la difusión de este acto.

* * *

El Secretario de la Sección ha destacado, en otro orden de cosas, algunos principios considerados pertinentes para el funcionamiento de la misma:

- Necesidad de respetar, en esta primera etapa, cierto ritmo de funcionamiento que podría ser considerado lento. Esta "lentitud" obedece a diversas razones: Por un lado, la conveniencia de no precipitar la formalización de situaciones que pudieran suponer el aborto de ciertos procesos naturales en la participación de los miembros y en la organización de la Sección en distintas ciudades. Por otro lado, debemos evitar que una acumulación de actividades pudiera generar un gasto excesivo para la A.E.N., o una exigencia de recursos administrativos que desborde la disponibilidad actual.
- Necesidad de evitar que la Sección funcione tendenciosamente respecto a los sectores, grupos o instituciones que existen en el campo del psicoanálisis. No sería aceptable una actitud sectaria o excluyente, ni tampoco que la Sección se pusiera al servicio de grupos o instituciones. Se supone que cada profesional es probablemente miembro de una o más instituciones, pero en su participación en actividades de la Sección lo hará exclusivamente a título personal, y no como representante formal de esas instituciones.
- Necesidad de que la Sección de Psicoanálisis se autolimita a lo específico de su campo: no podemos partir de la pretensión de un gigantismo que abarque, por ejemplo, a todos los sectores de la llamada psiquiatría dinámica, a diversos sistemas de psicoterapia, etc. La Sección deberá intentar mantener sus actividades dentro del campo de pertinencia del Psicoanálisis, evitando aquello que tienda a diluirlo, confundirlo con otros campos, hacer perder su especificidad, etc.

- Necesidad de que toda iniciativa de miembros de la Sección de distintas ciudades respete el encuadre institucional formal. Nos hemos propuesto como objetivo asumir un modo de funcionamiento participativo y descentralizado, pero eso supone que toda actividad, para ser admitida formalmente como una actividad de la Sección se consulte al Presidente y Secretario de la Sección (subordinándose al nivel de decisión que deriva de la responsabilidad que recae sobre éstos) y que sea aprobada por la Junta Directiva de la A.E.N.
- Necesidad de evitar proponer actividades o modos de funcionamiento que generen un aumento de gastos para el presupuesto de la A.E.N. Existen muchas actividades posibles que no supondrían gastos, otras cuyos gastos podrían eventualmente contar con el aporte económico de otras fuentes, y muchas de las actividades pueden organizarse de tal modo que tiendan a la autofinanciación. En cualquier caso, contamos con un fondo económico inicial que nos permitirá abordar las actividades de esta etapa de puesta en marcha.

* * *

A continuación tomó la palabra Manuel Desviat, a quien el Presidente de la Sección, que no pudo viajar a Malgrat de Mar, solicitó que informara sobre la reunión de la Junta Directiva de la A.E.N., en la que se discutió el informe sobre el estado de situación de la Sección y se tomaron decisiones respecto al funcionamiento de las secciones en general, dada la pertenencia de aquél a la Junta y su participación a dicha reunión.

- Informó que lo que preocupaba a la Junta era, por un lado, que la Sección tuviese suficiente autonomía como para desarrollar todo tipo de actividades científicas, pero al mismo tiempo que estuviera subordinada a una línea programática de la Asociación.
Por lo tanto, toda actividad de la Sección, que lleva el nombre de la A.E.N., tiene que ser comunicada a la Junta y ser aprobada por ésta.
- Por otra parte, se dotó a la Sección de un presupuesto especial de cien mil pesetas para este año, en base a las actividades programadas y contemplando la situación de déficit de la A.E.N.; de la cual informó a la Junta Félix Blanco, en tanto es también tesorero de la Asociación.
La Junta Directiva sugiere, tanto a esta Sección como a las otras, que se procure por todos los medios evitar gastos, conseguir fondos, y tender a la autofinanciación de las actividades.
- Los Estatutos de la A.E.N. definen a las Secciones como "espacios no institucionalizados", lo cual debe entenderse como espacios de desarrollo de parcelas de la Psiquiatría, la Psicología, el Psicoanálisis, las Ciencias de la Conducta, etc.; pero no implican una organización respecto a la Junta Directiva.

* * *

Luego se invitó a los participantes a intervenir para formular opiniones, preguntas, proposiciones, etc.

Uno de los participantes planteó la pregunta acerca de cómo podían conciliarse dos principios que la Sección define como pertinentes y deseables, y que podrían parecer contradictorios: Por un lado, la intención de que la Sección de Psicoanálisis se autolimita a realizar actividades psicoanalíticas, evitando la tentación de abarcar espacios más amplios y diversos, como podrían ser el campo de la llamada psiquiatría dinámica, etcétera. Por otro lado, la idea de que la Sección esté abierta a todos los profesionales de la Asociación interesados por el psicoanálisis, cualesquiera sean sus tendencias o escuelas, e incluso sean o no psicoanalistas. Esto dió lugar a varias intervenciones, las cuales enfatizaron que el hecho de que la Sección delimite su campo al psicoanálisis propiamente dicho no es en absoluto incompatible con el hecho de que puedan participar en las actividades de la Sección todos los miembros de la A.E.N. que lo deseen, aunque no fueran psicoanalistas. Se planteó que lo importante es que las actividades que promueva la Sección sean psicoanalíticas o de interés para el psicoanálisis.

* * *

A continuación se concedió la palabra a Juan Antonio Fernández Sanabria, en tanto será el coordinador del encuentro estatal de la Sección que se realizará en Huelva a fin de año, el cual informó sobre el enfoque organizativo y el estado actual de cosas. Respecto a lo primero, expuso brevemente los temas de cada una de las cuatro ponencias previstas y el enfoque de organización bajo la responsabilidad de coordinadores de cada ponencia. (Ambos aspectos ya referidos en la primera parte de este acta.) Respecto al estado actual de la organización informó que ya mantuvo conversaciones con los que serían los coordinadores de las ponencias, y que ha quedado con ellos en que durante el mes de julio le harán conocer el título preciso de la

ponencia y los nombres de los participantes, a fin de que, luego de ser discutido con el Presidente y Secretario de la Sección, y de ser aprobado por la Junta Directiva, sea editado un programa, y se organice la difusión, y otros aspectos de funcionamiento del encuentro. Los participantes de la reunión consideraron que no era necesario ni posible que en ese contexto pasáramos a discutir cuestiones de detalle de la organización concreta del encuentro, y otorgaron un voto de confianza a Fernández Sanabria para que, de acuerdo con el Presidente y el Secretario de la Sección pueda impulsar los pasos necesarios para este escrito.

* * *

Por último, se procedió al cumplimiento de una cuestión formal, la ratificación o no del nombramiento del Presidente y del Secretario de la Sección de Psicoanálisis (como se recordó, éstos habían propuesto al ser elegidos, que tal elección fuera sometida a ratificación en esta reunión). Primeramente se recabó si existía alguna otra propuesta de nombramiento, a lo cual se respondió negativamente. Luego los participantes ratificaron los nombramientos de Félix Blanco como Presidente y Guillermo Bosovsky como Secretario. Cumplido este acto, se dió por terminada la reunión.

Félix BLANCO CARAVACA
Presidente de la Sección de
Psicoanálisis de la Asocia-
ción Española de Neuropsi-
quiatria.

Guillermo BOSOVSKY FAVRE
Secretario de la Sección de
Psicoanálisis de la Asociación
Española de Neuropsiquiatría.

* * *

ASOCIACION ANDALUZA

El día 10 de noviembre de 1984, se celebró en el Hospital Psiquiátrico de Miraflores la Junta General de la Asociación Andaluza de Psiquiatría (federada a la A.E.N.). Asistieron delegados de Sevilla, Huelva, Málaga, Cádiz y Almería; faltaron: Jaén, Granada y Córdoba.

Se debatieron informes sobre los programas de rehabilitación de crónicos en hospitales psiquiátricos andaluces, centrándose el interés en el papel de los auxiliares —necesidad de reconversión de este estamento— y de los servicios sociales. En la sesión administrativa el Viceconsejero de Sanidad y Consumo de la Junta de Andalucía, informó sobre el Instituto Andaluz de Salud Mental. A continuación se pasó a la elección de una nueva Junta Directiva, resultando elegidos: Francisco Yanes Sosa (Presidente), Jesús Cabezudo Artero (Vicepresidente), Manuel Conde Díaz (Secretario); Cristina Villalba (Tesorero), y como Vocales: Manuel Laos (Sevilla), José M.ª García Herrera (Málaga), José M.ª Cañete (Cádiz), Antonio Rodríguez Pérez (Huelva) y Carlos Dueñas (Jaén). Quedaron por confirmar los Vocales de Almería, Granada y Córdoba.

La próxima reunión de la Asociación Andaluza se celebrará en el mes de febrero en Puerto de Santa María, sobre los temas Servicios Sociales de Psiquiatría y Formación de los Auxiliares Psiquiátricos.

PREMIO «LUIS MARTIN SANTOS» A.E.N. VII edición 1984/1985 B A S E S

La Junta de Gobierno de esta Asociación convoca el Premio «Luis Martín Santos».
Las condiciones generales son:

Primera.— Tema inédito 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 (Villanueva, 11, 3.ª planta, 28001-Madrid). Los trabajos irán en sobre cerrado con un lema y se acompañarán de otro sobre que contendrá el (los) nombre(s). Se enviarán original y cuatro copias del trabajo.

Quinta.— La recepción de trabajo se hará hasta el 31 de mayo de 1985. El fallo del Jurado será antes del 31 de diciembre de 1985.

Sexta.— El premio puede ser declarado desierto. Las decisiones del Jurado referentes a todo el proceso del Premio serán inapelables.

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

Octava.— La dotación es de 150.000 pesetas.

Novena.— Pueden concursar los profesionales de la salud mental. Quedan exceptuados los miembros del Jurado y la Junta Directiva de la Asociación.