

REVISTA DE LA
**ASOCIACION
ESPAÑOLA DE
NEUROPSIQUIATRIA**

AÑO VI - NUM. 16 - ENERO/MARZO - 1986

Vosotros pensaréis como yo...,
Fernando Colina

Interrupción prematura del tratamiento,
Bartolomé Freire

La reforma psiquiátrica en Italia,
Doménico de Salvia

Representación social de la enfermedad mental,
S. Ayestarán y D. Páez

Grupo de orientación feminista,
Carmen Sáez

La clínica en la Salud Mental Infantil,
Federico Menéndez

Registro Psiquiátrico en un distrito de Londres,
L. Fagin y de H. Purser

DEBATE: Psicodrama y epilepsias,
Pablo Alvarez

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

Páginas de la Asociación

NOTICIAS DE GALICIA

Informe sobre el segundo despido del Dr. Muncharaz

INTRODUCCION

La Junta Directiva de la Asociación Galega de Saude Mental ha sido requerida por un grupo de socios y enterada del segundo despido del Dr. Muncharaz. Preocupada por las informaciones recibidas sobre el mismo, decidió, en sesión de fecha 14-1-86, formar una Comisión Informativa que emitiera tras estudiar el caso el correspondiente informe, compuesta por los siguientes médicos: Dr. D. José M. García de la Villa Merchán, Dr. D. Víctor Pedreira Crespo y Dr. D. Santiago Lamas Crego.

La Comisión procedió a solicitar información a las diferentes partes, personas y organismos implicados, obteniendo los documentos que al final se relacionan, ninguno de ellos aportado por la institución que no llegó a contestar. Trabajando sobre tales documentos, la bibliografía que se cita también al final y la legislación vigente, se ha elaborado el presente informe.

Nos parece destacable, en primer lugar, el precedente de que el Dr. Muncharaz había sido despedido del Sanatorio de Conjo en noviembre de 1983, de forma injusta, según se deduce de la sentencia del TRIBUNAL CONSTITUCIONAL que obliga a su readmisión e incorporación al trabajo, que se produce el 12-8-85. El segundo despido es acordado por el Consejo de Gobierno de la Fundación Pública Sanatorio Psiquiátrico de Conjo el 30-12-85, durante las vacaciones del Dr. Muncharaz, a los 141 días de su readmisión, con efectos de tres días después, es decir, del mismo día en que se incorpora de sus vacaciones.

CONFLICTO

En un análisis de conjunto de ambos despidos y de los documentos de que disponemos, nos parece que el auténtico motivo del despido del Dr. Muncharaz es el choque o conflicto que se produce entre su peculiar forma de trabajar en psiquiatría y la también peculiar forma de organizar la asistencia psiquiátrica por parte de la institución. Es, en definitiva, el choque de dos filosofías asistenciales diferentes, que sin ánimo de acertar nos atreveríamos a calificar, por aproximación, a una de «redentorista» y a la otra de «burocraticista». En el primer despido son las críticas públicas del Dr. Muncharaz al sistema de la institución las que ocasionan su despido. En el segundo despido es el tratamiento que el Dr. Muncharaz dispensa a los pacientes de la Unidad Semicerrada, no el tratamiento médico, sino el tratamiento asistencial, el que al chocar con el enfoque asistencial de la institución motiva finalmente su despido.

Se trata, pues, de un conflicto interno entre el Dr. Muncharaz y la institución pese a que el uso y el abuso que se hace de los casos judiciales, pretenda enfrentar al Dr. Muncharaz con los poderes judiciales directamente y de no ser así, atribuirle las dificultades que pretendidamente se le presentarían a la institución en tales casos. Pese a ello nada de esto ha sucedido ni al Dr. Muncharaz ni a la institución, lo que, sin duda, corresponde a que la manera que los jueces tienen de entender el internamiento psiquiátrico es mucho más flexible y más acorde con una asistencia moderna de lo que la institución con su rigidez organizativa y su disarmonía con los criterios actuales de asistencia preconiza.

CAUSAS DEL DESPIDO

Independientemente de lo que nosotros podamos interpretar, la carta de despido, suscrita por el Gerente de la institución con fecha 2-1-86 y basada en acuerdo del Consejo de Gobierno de 30-12-85 (sobre informe del Gerente, del que no disponemos), esgrime como causas del despido las siguientes faltas:

- I. Negligencia profesional.
- II. Indisciplina y desobediencia en el trabajo.
- III. Transgresión de la buena fe contractual.

La carta de despido basa estas acusaciones o calificación como faltas en una relación de hechos que se cifra en seis puntos, que por su exposición desordenada no corresponde a las pretendidas faltas, por lo que no podremos analizarlos en el orden originario, pero lo haremos, dentro de lo posible, en relación al orden de las faltas que se citan.

I. Pretendida negligencia profesional

El escrito de despido comienza por tipificar, en su punto 1.º de relación de hechos, a tres pacientes como «enfermos judiciales», por el mero hecho de que en su día fueron internados por orden de un juez. Nada se dice de la evolución de la situación judicial de estos pacientes o de su estado actual, lo que nos obliga a un análisis jurídico de estos casos.

A) Análisis de la situación judicial de los pacientes

— Caso n.º 1 (paciente R.P.D.).

Oficio del Juzgado de Instrucción n.º 2 de Santiago, 19-6-75, en Diligencias Preparatorias 139/74 sobre «Amenazas y resistencia a agentes de la autoridad».

Se advierten las siguientes irregularidades:

1. Se mantiene ingresado por «Orden Judicial» a un paciente **10 años** después de haber sido acordado su ingreso en «Diligencias Preparatorias», cuando legalmente las medidas adoptadas en Diligencias Preparatorias no pueden durar más de **seis meses**.

2. Por otra parte, aunque su internamiento hubiera sido ratificado posteriormente por fallo de un proceso oral contradictorio (lo que no consta), dicho internamiento no supone una medida de carácter absolutamente indeterminado, ya que una absoluta indeterminación **vulneraría** (posiblemente los arts. 15, 17, 24 y 25) la Constitución española. Por el contrario, el art. 9.1.º del Código Penal, para el supuesto de la eximente incompleta de enajenación, establece como tope, en la duración del internamiento o medidas sustitutorias, el de la pena privativa de libertad a que fuera condenado. Y, a mayor abundamiento, a pesar de que en el art. 8.1.º del Código Penal no establece límite en la duración del internamiento en caso de exención de responsabilidad por enfermedad mental, en la Propuesta de Anteproyecto del Código Penal de 1983, en su art. 95, el internamiento, también en este supuesto, pierde su carácter indeterminado al establecerse límites temporales máximos en función del tiempo que hubiese durado la pena privativa de libertad que pudiese haber sido impuesta de no existir la causa de exención de la responsabilidad, lo que está constituyendo cuerpo de doctrina.

— Caso n.º 2 (paciente E.R.C.).

Oficio de la Ilma. Audiencia Provincial de La Coruña, de 17-6-85 en Sumario 6/79 sobre «Incendio».

Se dispone del internamiento por «Orden Judicial» no constando si tal medida ha sido tomada como consecuencia de sentencia dictada en juicio oral contradictorio. En este sentido hay que señalar que, según las sentencias del Tribunal Supremo de 31-5-77 y 5-11-79 cuya doctrina ratifica la sentencia de 20-10-82, el internamiento no puede ser decretado «inaudita parte» por lo que tal medida no puede acompañar al sobreseimiento libre por enfermedad mental, y tan sólo es aplicable en caso de celebrarse juicio oral contradictorio con todas las garantías de defensa por parte del inculcado y sujeto a control jurisdiccional. Es evidente que tales sentencias del Tribunal Supremo tienen por base el derecho constitucional de todo ciudadano a ser considerado inocente en tanto no se demuestre su culpabilidad mediante celebración de un juicio con todas las garantías.

— Caso n.º 3 (paciente V.M.F.C.).

Oficio del Juzgado de Instrucción n.º 2 de Ferrol, de 18-6-85 en Diligencias Previas 322/83 por «Homicidio» y Oficio del Tribunal Tutelar de Menores de 3-12-85 modificando las condiciones de internamiento.

Se suscitan aquí las mismas dudas que para el caso anterior con la particularidad sobreañadida de que se trata de un menor. Aunque legalmente pueda internarse a un menor en un centro de adultos, esto plantea asistencialmente graves problemas, por lo que resulta llamativo que durante casi seis meses la institución no haya solicitado el traslado a un centro más adecuado, al menos no conste, mientras sí que consta que el internamiento se realiza no ya en una unidad para niños o adolescentes, ni en una unidad normal de hospitalización, sino en la llamada Unidad Semi-cerrada, que por su régimen debe suponerse la más dura y, en consecuencia, la menos adecuada para la rehabilitación de un menor.

B) Análisis del abordaje que la institución hace de los enfermos judiciales

Se destacan las siguientes observaciones:

1. En conjunto para los tres casos aparecen citas similares tales como «del cual no podrá salir sin autorización de dicho juzgado», «que deberá quedar a disposición de dicho Tribunal ingresado en el centro», «no pudiendo salir del centro sin previo aviso a dicho juzgado». Todas estas citas responden a la conocida coletilla del art. 8 del Código Penal en su punto 1.º, cuando refiriéndose a que el enajenado hubiere cometido un delito, el Tribunal decretará su internamiento en un centro adecuado, **«del cual no podrá salir sin previa autorización del mismo Tribunal»**. El problema está en la interpretación de esta orden. Mientras los centros penitenciarios interpretan la palabra salir literalmente, la mayoría de los centros asistenciales la interpretan en relación con el alta y no consideran salidas del centro aquellas que forman parte del plan terapéutico sin ser el alta. Muchos centros permiten la salida de sus pacientes judiciales a nivel de igual trato con los demás pacientes, no pidiendo permiso judicial más que para situaciones tan especiales como pueda ser una excursión al extranjero (Portugal en nuestro ámbito geográfico más próximo). Aquí resulta lógica la autorización del Tribunal Tutelar de Menores sobre el Caso n.º 3 para «salir de paseo siempre y cuando lo haga acompañado del personal asistencial del centro». Esto es posiblemente la respuesta judicial a un exceso de celo de la institución que ha pedido, posiblemente, permiso para algo que la mayoría de los hospitales psiquiátricos consideran hoy natural y asumen responsablemente en base a criterios asistenciales. De todos modos lo que resulta más grave asistencialmente es que la institución asimile lo que son salidas o altas del centro a lo que son salidas al jardín dentro de la institución, es decir, que se restringe el concepto de centro a los límites de la llamada Unidad Semi-cerrada y en la medida en que se está hablando de pacientes judiciales, parece que a estos se aplica dentro de la institución no sólo un régimen especial sino un ámbito especialmente restringido, lo que no responde a ninguna directriz asistencial, sino a criterios custodiales que la institución se atribuye más allá del mandato judicial y de la normativa constitucional.

Estos criterios sobre las condiciones del internamiento no son sólo compartidos por la mayoría de los psiquiatras, sino también por prestigiosos juristas. Así, D. Jesús Bernal Valls, Teniente Fiscal de la Audiencia Territorial de Oviedo, al tratar de los internamientos judiciales (*2), señala: «...el internamiento no significa de suyo ni aislamiento ni reclusión, sino un régimen de internado con fines curativos. La forma y condiciones de ese internado vendrán determinadas por las exigencias y necesidades terapéuticas cuya determinación corresponde exclusivamente a la dirección del centro o a los facultativos responsables del tratamiento». Y más adelante abunda: «Considerando que el internamiento persigue la eliminación de la peligrosidad mediante la curación de la enfermedad mental, habrá de concluirse que todas las cuestiones relacionadas con el tratamiento caen bajo la competencia del personal facultativo». Y añade: «Pero esta terapia encuentra unos límites que no dudamos en fundamentar en la dignidad y la libertad». Es evidente que esas «salidas» forman parte del plan de tratamiento.

2. En el punto 2.º del escrito de despido se hace referencia a la existencia de «órdenes e instrucciones concretas de la dirección médica sobre el control y supervisión de los enfermos ingresados por orden judicial». No se citan tales normas pero al hablar a continuación de que no obstante esas normas, el Dr. Muncharaz «dispuso la salida del centro, por él acompañados» y «dispuso la salida por la finca del Sanatorio sin vigilancia, contraviniendo las normas e instrucciones establecidas al respecto», debe entenderse que éstas son, al menos, dos de las cuestiones prohibidas.

Por el contrario, el informe de la Comisión creada por la Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía para el estudio de la situación jurídica de la población ingresada en establecimientos psiquiátricos andaluces (*1), señala que: «se ve en el deber de recomendar que el interno judicial deba quedar sometido al régimen general del establecimiento, en función exclusivamente de su condición de enfermo». Y ello debido a que: «...estos centros sanitarios no están concebidos o no deben estar orientados a la custodia de personas sobre las que exista un especial deber de vigilancia por razones extrasanitarias». La adopción, por el contrario, de especiales controles que su situación jurídica exigiría «ocasionaría perjuicios a la institución, al distorsionar el régimen general del establecimiento, y, al propio paciente, que quedaría en una situación de desamparo frente a las lesiones a sus derechos que su situación de excepción normalmente produciría, sin gozar de la tutela que debería dispensarle, en principio, la Administración Penitenciaria (a través del Juez de Vigilancia Penitenciaria), cuya competencia queda circunscrita al ámbito de establecimientos penitenciarios».

3. El escrito de despido cita en diferentes puntos (2.º, 4.º y 6.º) la existencia de una Unidad Semi-cerrada de la que su carácter de cerrada queda destacado por el hecho de que siempre aparece escrita como Semi-cerrada y en los escritos de la Dirección como Unidad Semi-cerrada o U.S.C., nunca como U.S. o semicerrada. Es una unidad intersectorial en la que se ingresan pacientes «en razón de especiales situaciones asistenciales» de las que se citan «que han producido incidentes o amenazan con producirlos», y las fugas que ocasionan gastos «al erario del centro». Aún cuando en esta unidad pueda haber pacientes más o menos conflictivos que no sean judiciales, parece que son estos últimos los principales ocupantes, como no podía ser de otra forma al existir instrucciones concretas que impiden para ellos la salida a la finca sin vigilancia, cuestión muy difícil de cumplir en una unidad abierta.

En el punto 10 de las conclusiones de las Jornadas sobre «Legislación y Psiquiatría» celebradas en Málaga en mayo de 1985 (*3), se asume que: «Debería informarse a las Corporaciones Provinciales de la no existencia de imperativo legal que las obligue a sostener pabellones o unidades judiciales en sus instituciones psiquiátricas», e igualmente que «Debería recomendarse a las mismas Administraciones el desmantelamiento de las unidades de tal naturaleza que todavía subsistan».

En las «Jornadas sobre Garantías Jurídicas en la Experiencia Psicoasistencial» celebradas en Madrid en diciembre de 1984 (*4), el Dr. Onésimo González definía estas unidades como «verdaderos manicomios dentro del manicomio», añadiendo que «son la mejor expresión de lo que ha sido hasta el presente la relación entre Psiquiatría y Ley con la absoluta conculcación de todo tipo de derechos y libertades del paciente».

En escrito dirigido en octubre de 1983 al Excmo. Sr. Subsecretario de Justicia por numerosos profesionales de la salud mental (*5), se señalaba la necesidad de que «aquellos pacientes que por comisión de un delito o falta estén bajo interdicción judicial y a los que no se pueda dar el alta sin previa autorización de la Autoridad Judicial competente, deben ser tratados exclusivamente en aquellos centros psiquiátricos dependientes del Ministerio de Justicia y sólo deberían pasar a los hospitales civiles, cuando puedan recibir el mismo régimen de tratamiento que cualquier otro paciente». El mismo escrito señala también la necesidad de «suprimir los conceptos arcaicos de institución cerrada o abierta».

C) *Análisis del abordaje que el Dr. Muncharaz hace de los enfermos judiciales*

La mezcla de datos que el escrito de despido proporciona entre pacientes judiciales y no judiciales, añadida a la mezcla que se hace entre unos y otros casos crea tal confusionismo que no permite entender la situación real. Por esta razón hemos decidido separar los casos para poder delimitar la auténtica actuación del Dr. Muncharaz.

En el **caso n.º 1**: El Dr. Muncharaz concede permiso de dos días, que cursa sin problemas (de no ser así es evidente que el escrito de despido haría referencia, que no hace). Fue pues asistencialmente un éxito.

En el **caso n.º 2**: El Dr. Muncharaz dispuso la salida acompañada por él mismo fuera del centro y al no haber surgido problema dispuso la salida a la finca sin vigilancia. Se sigue manteniendo el principio de premiar un comportamiento adecuado.

En el **caso n.º 3**: Se dispone inicialmente la salida acompañado por el mismo médico el día 7-9-85, que cursa sin problemas. Ante lo cual dispone la salida por la finca de este mismo paciente sin vigilancia (9-9-85). El 14-10-85 (más de un mes después) se produce una fuga del paciente que es recogido dos días después. Unos 15 días después, el 30-10-85, vuelve a concederse salida a la finca sin supervisión, lo que se ratifica posteriormente (14-11-85). El paciente vuelve a fugarse el 5-12-85 (más de un mes después de tomada la medida) y es recogido el día siguiente. Con posterioridad el Dr. Muncharaz vuelve a permitir la salida sin vigilancia por la finca y el día 13-12-85 la salida de paseo acompañada por el propio médico. El paciente se fuga el día 17-12-85 cuando el Dr. Muncharaz (valga decir su protector) estaba ya de vacaciones.

Los casos 1 y 2 no parecen merecer más comentario. El caso n.º 3, que es precisamente el del menor, parece enfocado por una técnica de manejo bastante habitual, la de convencer al enfermo de que nada consigue con sus fugas de las que irremisiblemente es regresado a su situación de internamiento, mientras que su comportamiento adecuado le permite ir consiguiendo una progresiva libertad que su propio médico apoya, aumentando así su confianza en el terapeuta y sus posibilidades de adaptación. Esta técnica de manejo es conocida y similar en sus objetivos adaptativos a la que a veces se aplica a pacientes alcohólicos, de gravedad y de difícil manejo, a los que se trata de demostrar que sólo la abstinencia les permite la total libertad, produciéndose el reingreso cuando vuelven a beber. Se condiciona con ella el comportamiento más adaptativo dentro de las limitadas posibilidades de actuación del psiquiatra, que precisamente en el caso de un menor puede ensayarse con mejores resultados.

No nos parece, en resumen, que la acción del Dr. Muncharaz pueda calificarse de negligente. Sería negligencia el no actuar dejando las cosas «tal cual», el no ocuparse de la mejora de la situación de los enfermos o el no intentar su rehabilitación. No vemos negligencia y en todo caso habría de estudiarse si hubo o no error.

Las opiniones que hemos venido citando, tanto de profesionales de la Psiquiatría como de la Magistratura, entienden el ordenamiento jurídico vigente a la luz de la Constitución y suponen el privilegio de la función asistencial de los equipos de salud mental sobre cualquier otra que se pretenda atribuirles, rechazando inequívocamente las funciones custodiales por no serles propias. Esta parece haber sido la directriz que ha guiado la práctica del Dr. Muncharaz y en último extremo la razón de su despido.

II. **La indisciplina y desobediencia en el trabajo**

1. La primera advertencia se produce el día 14-10-85 en el sentido de «extremar sus atenciones a pacientes que han producido incidentes (N. D.) o amenazan con protagonizarlos (caso 3 y C. B.)».

En el caso N.D., único que había producido incidentes, que por otra parte no le son atribuidos al Dr. Muncharaz, no parece volver a producirlos, por lo que no se entiende su citación en el escrito de despido. Sobre los otros dos casos la advertencia se produce el mismo día de fuga y es la primera advertencia que se registra, por lo que nos queda la duda sobre si la advertencia es posterior a la fuga o si existieron realmente poderes premonitorios cuando se dice «amenazan con producirlos» en el mismo día en que tales incidentes se producen.

2. La segunda advertencia, que constituye la primera amenaza, se produce el 4-12-85 en el sentido de que se recomendaba al Dr. Muncharaz «extremase sus cuidados, ya que de producirse situaciones de manifiesta irregularidad le haría responsable de las consecuencias de su praxis profesional ante cualquier autoridad que lo demande».

Es evidente que la autoridad a la que se refiere es la Gerencia, pues los Tribunales no respondieron, que se sepa, a las comunicaciones de la Dirección, e incluso el Tribunal Tutelar de Menores, que afecta al caso n.º 3, del que más citaciones se hacen en el escrito de despido, decreta la salida acompañado después de fugas y permisos a los que no da evidentemente ni la importancia ni la trascendencia que les atribuyen la Gerencia y el Consejo.

3. No se citan más advertencias en el escrito de despido. El Informe del Comité de Empresa hace referencia a tres escritos de la Dirección de fechas 12, 17 y 30 de diciembre de 1985 que fueron recibidos por el Dr. Muncharaz el día 2-1-86, al reintegrarse de las vacaciones iniciadas el 16-12-85, y que sólo parecen estar destinados a dejar constancia de las posiciones de la Dirección y de su necesidad de dar cuenta a la Gerencia, siendo, en todo caso, testimonios «a posteriori», ya que el Dr. Muncharaz no pudo llegar a poner en práctica sus consejos por recibirlos el mismo día de su despido.

No vemos, pues, más desobediencia que la que se deriva de aplicar criterios asistenciales distintos a los de la institución, pero técnicamente tan lícitos como otros, y más que los de aquella.

III. Transgresión de la buena fe contractual

Lo que a nosotros realmente nos sorprende es la «ingenuidad» que el Dr. Muncharaz ha demostrado al actuar como mejor creía, confiando en la «Buena fe» contractual que la institución mostraba al readmitirlo «por fuerza» de una sentencia del Tribunal Constitucional. Hubiéramos entendido mejor que el Dr. Muncharaz hubiese tomado medidas precautorias sobre sí mismo y actuado «con pies de plomo» para defenderse de la previsible reacción adversa de la institución ante la humillación que presumiblemente ésta sentía por la sentencia.

No obstante es la institución la que acusa al Dr. Muncharaz de «Transgresión de la buena fe contractual». Obsérvese que:

1.º La institución readmite al Dr. Muncharaz obligadamente por sentencia del Tribunal Constitucional, no por su buena fe de arreglar la situación.

2.º No se adscribe al Dr. Muncharaz a su antiguo equipo donde sus actuaciones y opiniones podrían ser contrastadas y controladas con las opiniones de otros profesionales si lo que se temía era su peculiar enfoque asistencial.

3.º No se sigue la línea, digamos «rehabilitadora», instaurada por el Tribunal Constitucional al sentenciar su readmisión, integrándole en un equipo que pudiera mediante el debate y el contraste de pareceres reorientar sus inquietudes asistenciales, sino que desde el principio se le aísla de los equipos sectoriales, «marginándole con los más marginados» en la Unidad Semi-cerrada y situándole por tanto, dada su ideología asistencial rebelde ante este tipo de unidades, en posición de delinquir, no contra la sociedad sino contra la institución, lo que finalmente será utilizado contra él.

Toda institución tiene la posibilidad de encauzar las energías de sus profesionales situándolos en el lugar en que por su ideología y enfoque profesional pueden dar los mayores rendimientos. Hacerlo es un mérito y al tiempo un criterio de rentabilidad. Hacer lo contrario pueden ser ganas de complicarle la vida y, sobre todo, de deshacerse de él.

CONCLUSIONES

1.ª Por más injusta que pueda resultar la situación de un profesional de la salud mental entendemos que no corresponde a nuestra Asociación su defensa y que los aspectos personales incumben al Sindicato, el Comité de Empresa y, en su caso, al abogado.

2.ª Que lo que sí corresponde a nuestra Asociación es la defensa de una línea asistencial psiquiátrica moderna y que desde este punto de vista es mucho más correcta la actuación del Dr. Muncharaz que la línea defendida por la institución.

3.ª Desde este punto de vista entendemos que el Dr. Muncharaz ha sido marginado desde su readmisión, por defender una orientación de la asistencia psiquiátrica que pretendía modificar las orientaciones más o menos trasnochadas defendidas por la institución.

4.ª Que en el desacuerdo entre dos líneas asistenciales, la práctica asistencial del Dr. Muncharaz, aún pudiendo ser controvertida, no ha sido sometida a la orientación del contraste, la discusión y la posible modificación, sino que directamente se ha pasado a la advertencia, la amenaza y la sanción. Es decir, que se ha prescindido, desde su readmisión, de la posible integración, buscando su persecución sistemática, muy por encima de lo que se haría con cualquier otro profesional, y, finalmente, su expulsión.

5.ª Asistencialmente nos parece especialmente preocupante la situación jurídica de los pacientes judiciales internados en el Sanatorio de Conjo, si es tan irregular y poco actualizada como se desprende de los casos citados en el escrito de despido.

6.ª La Ley Orgánica 8/1983 de 25 de junio sobre Reforma del Código Penal derogada el artículo 580 del Código Penal de 1848, que en texto refundido de 1971 (actualizando precios para la época) decía:

«Serán castigados con las penas de multa de 100 a 1.000 pesetas y reprensión privada:

1.º Los encargados de la guarda o custodia de un enajenado que le dejaren vagar por las calles o sitios públicos sin la debida vigilancia.

2.º Los dueños de animales feroces o dañinos que los dejaren sueltos o en disposición de causar mal.

3.º Los que arrojen a la calle o sitio público, agua, piedras u otros objetos que puedan causar daño a las personas o en las casas.

4.º Los que tuvieren en los parejes exteriores de su morada, sobre la calle o vía pública, objetos que amenacen causar daño a los transeúntes.»

Este antiguo paralelismo entre enajenados y animales feroces o dañinos es el que parece persistir en la ideología asistencial de los dirigentes del Sanatorio de Conjo, sancionando al Dr. Muncharaz por no respetar las normas de guarda o custodia del enajenado, pero eso sí, no con multa actualizada ni con reprensión privada, sino mucho más severamente, con el despido.

Santiago de Compostela, a 1 de marzo de 1986.

J. M. GARCIA DE LA V.
Victor PEDREIRA
Santiago LAMAS

El Dr. Muncharaz, el Sanatorio Psiquiátrico de Conxo, su Gerente o la insoportable repetición de la Historia: SU-GERENCIAS, SU-GERENTES

Si el Sr. Gerente del Sanatorio Psiquiátrico de Conxo, dentro de las condiciones para poder entrar a trabajar de Psiquiatra en este centro, pudiera poner que los aspirantes fueran sordomudos, lo pondría sin vacilar, porque lo que realmente le molesta de sus «vasallos» (que estos son para él los demás) es que hablen, no las cosas que dicen, sino que hablen.

El Sanatorio Psiquiátrico de Conxo se construyó en 1885 sobre las ruinas de un antiguo monasterio, donde el voto de silencio imaginamos sería obligatorio. Alguien destruyó, o tal vez sólo el tiempo, este reducto del silencio y sobre sus ruinas, se construyó el actual Sanatorio, dando cabida en él a sujetos que hablaban, aunque fuera de una forma loca. El primer «alienado» que ingresó, fue un sacerdote, que lo hizo el mismo día de la inauguración, un 19 de julio (¿qué recuerda esta fecha?). En 47 años que allí permaneció, nunca salió, ni protestó, hasta su muerte.

El Sr. Gerente del Sanatorio Psiquiátrico de Conxo, conoce bien estos hechos y estas fechas. Pero tal vez no sabe que ya forman parte de la constelación mítica del Sanatorio que marcan y significan su historia actual para ser compulsivamente repetidos.

La dialéctica palabra/silencio, se ha recreado en el silencio, forjando la imagen del Sanatorio Psiquiátrico con mayor número de conflictos y despidos.

Para cumplir con su mito particular, se despide al Dr. Muncharaz el 2-1-86. Decir, previamente, que ya fue readmitido de otro despido anterior el 12-8-85, por sentencia del Tribunal Constitucional. Veamos como este hecho previo, del año 1983, se entronca directamente con la historia que citamos: su causa fueron unas declaraciones en la TV sobre la Asistencia Psiquiátrica del Sanatorio, que no gustaron al Sr. Gerente. La función de la palabra, remueve las estructuras míticas y se produce de nuevo el silencio en forma de despido: ¡No se puede hablar!... habría dicho, antes de 1885, el Sr. Abad del Monasterio.

Una vez repuesto en su cargo (que no en su antiguo puesto de trabajo), se le designa como único psiquiatra de una sala de pacientes, en su mayoría judiciales, intersectorial, que no podían salir sin permiso... ¡de otros psiquiatras! (tal y como dice el director del Centro en una de las tres cartas de apercibimiento que con distinta fecha le fueron entregadas unas horas antes de la de despido según dice el Comité de Empresa). Si lo terapéutico lo marcan otro, ¿para qué un psiquiatra en esa sala?

A pesar de ello, el Dr. Muncharaz, da permisos de salida a pacientes de los cuales, algunos no vuelven al Sanatorio (según el Comité de Empresa todos estos permisos no fueron dados por el Dr. Muncharaz, sino que

algunos lo fueron por otros médicos cercanos a la Gerencia del silencio). La recogida de estos pacientes ocasiona el grave quebranto económico de 6.800 ptas. l que por su cuantía figura entre los motivos del despido.

Para más colmo el Dr. Muncharaz es Delegado Sindical, con lo cual el despido es dudoso en su forma.

No queremos entrar en el amplio debate de si un Hospital Psiquiátrico debe tener una sala de características tales como la que trabajaba Muncharaz, ni tampoco si un profesional debe hacer lo que él hacía. Estas su-gerencias se harían demasiado largas. Pero que sea uno de los pocos hospitales que las conserva, creemos que tiene algo que ver con los mitos que hablamos.

Toda esta fenomenología, se entiende mal sin conocer otros hechos: Creemos que el Sr. Gerente profesa una ideología política que nace en una fecha igual a la de la creación del Sanatorio, sólo que 51 años, menos un día, después. El fue quien prohibió la Jornada sobre «Los Delirios», que se iba a celebrar en «su» Sanatorio y que organizaba la Cátedra Lafora Mira. De él se dice que prohíbe a los psiquiatras utilizar la biblioteca en horas de trabajo, pero al mismo tiempo les prohíbe visitar el Sanatorio, fuera de horas de trabajo. También les prohíbe dar seminarios, participar en mesas redondas, dar conferencias públicas, etc., siempre relacionadas con su profesión. De esta forma, no es raro que en los últimos diez años, se hayan marchado del Sanatorio Psiquiátrico de Conxo más de 20 psiquiatras, es decir, uno cada seis meses o menos. Algunos han sido despedidos (1975)... otros se han marchado silenciosamente, pero curiosamente todos en estos momentos están trabajando en otros sitios, algunos con altos cargos en la Administración Sanitaria (Asturias, Andalucía, etc.), otros simplemente con relevancia que da la clínica diaria bien hecha, pero eso sí, todos han elegido la posibilidad de hablar, al menos poseer esa posibilidad. No contamos entre estos 20, otros trabajadores (MIR, médicos de guardia, Auxiliares Psiquiátricos, etc.) que también han abandonado la nave monocorde e isomórfica, de silencio sepulcral (esto último empieza a no ser una metáfora).

Podrían parecer estas su-gerencias, una defensa a ultranza del Dr. Muncharaz; no es así. Estamos muy alejados de la concepción del enfermar que él sostiene, y con respecto a su actividad profesional, hacemos nuestro lo que de él se dice en el Informe de la Comisión de la Asistencia de la AEN, con motivo de su despido anterior, en 1983 y que se publicó en el número 9 de la Revista de la AEN.

Por último, y para acabar, expresar que el Sanatorio Psiquiátrico de Conxo en su dinámica asistencial está mediatizado por unos mitos como todas las Instituciones. La imposibilidad del análisis de ellos, marca su diferencia con las demás. Dentro de dicho Sanatorio hay un amo, que quiere que esos mitos lejos de ser algo simbólico, se transfieran a la realidad, como su ideología le reclama. Pero un su-gerente amo, necesita imperiosamente adjuntos que transmitan su discurso, ¿para cuándo la subversión de los adjuntos?

Tiburcio ANGOSTO

ACTA DE LA ASAMBLEA GENERAL DE LA AEN

Asamblea General de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Celebrada en Vigo durante las VI Jornadas Estatales de la Asociación.

La Asamblea se celebró el día 5 de junio de 1985 en el Centro Cultural de la Caja de Ahorros de Vigo. Habiendo realizado la primera convocatoria para las 11,30 h. y la segunda para las 12 h.

Con arreglo al siguiente orden del día:

1. Lectura y aprobación del Acta anterior.
2. Admisión de nuevos socios.
3. Renovación de cargos en la Junta Directiva.
4. Informes de actividades de las comisiones:
 - Comisión de Asistencia.
 - Comisión de Legislación.
 - Comisión de Docencia.
 - Comisión de Investigación.
5. Propuesta de aprobación de los reglamentos para las Secciones y Comités Organizadores de Jornadas y Congresos.
6. Consideraciones de la Junta Directiva de la AEN respecto a los auxiliares psiquiátricos.
7. Información sobre el Congreso de 1986.
8. Juicio y posición de la Junta Directiva sobre aspectos relevantes de la situación actual:
 - Proyecto de la Ley General de Sanidad.
 - Documento de la Comisión para la reforma psiquiátrica.
9. Varios.
10. Debate.

PUNTO PRIMERO. — Se aprueba por unanimidad el Acta de la Asamblea anterior.

PUNTO SEGUNDO. — Se aprueba la admisión de nuevos socios.

PUNTO TERCERO. — El Presidente de la Asociación expone las razones por las que el actual Tesorero abandona el cargo, asimismo, recuerda que al comprometerse a desempeñarlo, lo había aceptado temporalmente, ya que esperaba no poder desempeñarlo toda la legislatura de la Junta actual.

El Tesorero expone la situación económica actual y presenta al nuevo candidato que se hará cargo de la tesorería, si es aceptado por la Asamblea. Igualmente explica la complejidad actual de la tesorería con la constitución de las Asociaciones Federadas.

Se propone para el cargo de Tesorero a Miguel Donás Fernández.

Carmen Sáez propone que el cargo de Tesorero renueve un año después de cesar la candidatura actual para que sirva de puente entre las dos. La propuesta se considera de interés, pero no coincide con lo regulado en los estatutos actuales.

PUNTO CUARTO. — Fernando Marquín informa del trabajo desarrollado por la Comisión de Asistencia. Dando cuenta de un Documento que contiene los siguientes apartados:

- Comisión de Asistencia.
- Comisión de Legislación.
- Comisión de Docencia.
- Comisión de Investigación.

El Documento que desarrolla estos temas ha sido presentado a la Junta de Gobierno, encontrándose en período de estudio y posteriormente será difundido entre los asociados.

Julián Espinosa, propone que las reuniones de las comisiones —y por razones económicas—, a ser posible, se hagan coincidir.

Asimismo, informa que la Comisión de Investigación se encuentra en período de elaboración de una memoria-proyecto y de una encuesta, que enviarán a los responsables de las Comunidades Autónomas interesados en el proyecto, así como al Ministerio de Sanidad y ver si es posible llegar a un consenso en cuanto a la forma de trabajo y que, asimismo, el Ministerio institucionalice este trabajo.

Victor Aparicio, coordinador de la Comisión de Docencia, había presentado con anterioridad la renuncia a presidir dicha comisión, siendo propuesta a la Asamblea Carmen Sáez Buenaventura. El coordinador actual no pudo estar en la Asamblea por encontrarse en el Ministerio representando a la Comisión de especialidades.

Begoña Olabarría informa del desarrollo futuro del Seminario de Toxicomanías.

En cuanto a la Comisión de Legislación, Alicia Roig envía un escrito en el que se reflejan las actividades llevadas a cabo por dicha comisión. No acudiendo a la Asamblea por coincidirle actividades.

El Director de Publicaciones, Manuel Desviat, informa que la Revista ha aumentado en un número este año, así como de las dificultades para sacar adelante las colecciones de los libros programadas, por cuestiones económicas. Para terminar, realiza un breve análisis de cinco años de revista.

El Presidente de la Asociación informa de que en la actualidad se está a punto de solucionar las relaciones con las Asociaciones Federadas, especialmente las relaciones económicas.

PUNTO QUINTO. — Se exponen las razones por las que la Junta de Gobierno, dada la complejidad actual de la Asociación, ha desarrollado este tipo de normativas que regulen las Secciones y los Comités de Organización de Jornadas. Habiendo sido publicados con anterioridad en la Revista, se someten a votación. Se aprueban por unanimidad ambos documentos.

PUNTO SEXTO. — Carmen Sáez, informa del desarrollo de las diferentes etapas de la elaboración del Documento, que fue presentado en las Jornadas de Malgrat, dando lectura a las conclusiones, así como a las consideraciones de la Junta de la AEN sobre dichas conclusiones.

PUNTO SEPTIMO. — Se informa que para el Congreso sólo llegó una ponencia sobre la salud mental en atención primaria, siendo el ponente D. Marcelino López y el coordinador de la mesa José María Aranda.

Se somete a votación esta ponencia obteniendo los siguientes resultados:

- Votos a favor 46
- Votos en contra .. 0
- Abstenciones 6

Se somete a votación el cargo de Tesorero, no habiéndolo realizado en el momento de presentar el nuevo candidato para dar más agilidad a la Asamblea. Los resultados obtenidos son:

Votos para la elección de Tesorero

- Votos a favor 46
- Votos en contra .. 0
- Abstenciones 6

PUNTO OCTAVO.—Juicio y posición de la Junta Directiva sobre aspectos relevantes de la situación actual.

En cuanto al proyecto de la Ley General de Sanidad, el Presidente de la Junta hace alusión a la valoración hecha con anterioridad por la AEN y da lectura a unos puntos elaborados sobre el nuevo Proyecto de Ley.

En cuanto al documento de la Comisión para la Reforma Psiquiátrica, la Junta se reserva su opinión para un estudio posterior.

PUNTO NOVENO.—Varios.

PUNTO DECIMO.—Debate. Las opiniones de varios asociados en cuanto a la Ley General de Sanidad se concretan en los siguientes puntos: en cuanto al retroceso y deterioro. En cuanto a la falta de participación de la comunidad. Que es expresión de la política global. Se propone que la Asociación debe ir más allá de la crítica técnica. Se hace alusión al carácter centralista de la Ley, que dificulta el desarrollo de una autonomía plena en la planificación. Reproduce un modelo asistencialista, no aborda la prevención. Establece de forma definitiva el poder médico.

Igualmente se pide la articulación de algún tipo de respuesta.

Federico Menéndez propone que la AEN solicite un informe sobre la creación de 55 unidades de salud mental al INSALUD.

Guillermo Rendueles pide una definición de la Asamblea sobre la Ley de Reforma de las Pensiones. Asimismo, opina que la Comisión de Legislación debería de trabajar sobre la repercusión en la salud mental de esta reforma y emitir su opinión, teniendo en cuenta la valoración que se hace en ella de los períodos de cotización y su repercusión en la invalidez.

El Presidente de la AEN somete a la consideración de la Asamblea las propuestas de Federico Menéndez y de Guillermo Rendueles y se somete a votación.

Propuesta de Federico Menéndez: Manifestar preocupación ante la noticia de la creación de una red paralela de módulos de salud mental, por contravenir la filosofía del punto 3.2 del Documento elaborado por la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica.

Se somete a votación con el siguiente resultado:

- Votos a favor 53
- Votos en contra .. 0
- Abstenciones 0

Propuesta de Guillermo Rendueles: Manifestarse públicamente sobre lo que va a representar y afecta a los servicios de la salud mental y usuarios y su repercusión la nueva Ley de Reforma de las Pensiones:

- Votos a favor 51
- Votos en contra .. 2
- Abstenciones 0

El Presidente de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría dice que es importante apoyar y potenciar estos debates.

Onésimo González dice que es necesario dejar constancia de la buena organización de las Jornadas y felicitar a la Asociación Galega da Saude.

Julia MENENDEZ DE LLANO MENENDEZ
(Vicesecretaria AEN)

PROPUESTA DE REGLAMENTO PARA LA REGULACION DE LAS ACTIVIDADES DOCENTES Y CIENTIFICAS DE LA AEN (desarrollo del Cap. V de los Estatutos vigentes)

CAPITULO V

De las Sesiones Científicas

En cuanto aquellas actividades científicas, no comprendidas en el Congreso Trienal o en las Jornadas Estatales Anuales, deberán ser reguladas, a través de la Comisión de Docencia.

Dicha Comisión, deberá presentar a la Junta Directiva de la AEN, para su aprobación, un programa anual de actividades, que, a su vez, deberá publicarse en la Revista, para conocimiento de todos los asociados, debiendo constar en la misma, como PROGRAMA DE ACTIVIDADES CIENTIFICAS DE LA CATEDRA LAFORA MIRA DE LA AEN.

Dado que la renovación de la Junta Directiva, viene a tener lugar, cada tres años y hacia los meses de octubre-noviembre, la nueva Junta electa, en cada ocasión, deberá confeccionar el programa de actividades aludido, para finales de enero o primeros días del mes de febrero de cada año. Para ello, las Secciones, asociados o entidades que deseen presentar propuestas de actos científicos, deberán participar de ellas por escrito a la Comisión de Docencia, en el último trimestre de cada año.

A la mencionada Comisión, corresponderá la valoración de las distintas propuestas recibidas, así como su ordenación en el tiempo (para procurar la confección de un calendario y programación adecuada y coherente). Asesorará, asimismo, a la Junta Directiva, acerca de la mayor o menor oportunidad de unas u otras actividades, correspondiendo a la Junta la decisión última, respecto a las que deberán llevarse a cabo. Estas serán asumidas, bajo los auspicios de la Cátedra Lafora Mira, como ya queda arriba indicado.

Las actividades científicas, que en los plazos descritos se propongan a la Comisión de Docencia, deberán cubrir los siguientes aspectos:

- a) Enunciado del tema sobre el que versará la actividad propuesta y título que se le confiere.
- b) Nombre, apellidos, dirección y titulación de dos profesionales, al menos, que intervengan como docentes y organizadores del acto en cuestión.
- c) Lugar y fechas propuestas para su celebración.
- d) Proyecto económico, en el que conste la cuota por inscripción, número de docentes, ayudas económicas obtenidas a través de otras instituciones, así como presupuesto general que se presume, para la realización de la actividad.
- e) En un período máximo de dos meses, finalizado cualquiera de estos actos, los dos responsables del mismo deberán presentar un estado de cuentas al Tesorero de la AEN, siendo a éste a quien corresponderá recibir el superávit devengado por el acto.

La cuantía de los haberes que percibirán los docentes, en las actividades científicas a que se hace referencia será decidida por la Junta Directiva de la AEN, a propuesta de la Comisión de Docencia, y deberán ajustarse a las remuneraciones habituales para este tipo de eventos.

En el material de difusión de todas las actividades de que forme parte el programa de la Cátedra Lafora Mira, deberá constar el nombre de ésta y, por tanto, el de la AEN, en lugar relevante y destacado, en relación a otras instancias que pudieran colaborar en el patrocinio de las actividades citadas.

Las actividades científicas referidas, deberán autofinanciarse.

La Junta Directiva, de acuerdo con la Comisión de Docencia, se reserva el derecho de promover y/o financiar aquellas actividades que estime de interés y que por circunstancias diversas, no pudieran llegar a celebrarse sin su concurso (penuria de medios económicos u otros).

SECCION DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

(Asamblea de la Sección, 5 de diciembre de 1985)

ORGANIGRAMA DE FUNCIONAMIENTO

Con el desarrollo paulatino de la Sección, ha aumentado considerablemente el trabajo concreto a realizar, así como las iniciativas y propuestas sobre seminarios o grupos de trabajo para su puesta en marcha.

En base a esto, nos parece imprescindible crear una estructura básica que facilite y favorezca este proceso de crecimiento; los representantes de la Sección elegidos en asamblea (presidencia, secretaria y las cuatro vocalías), decidimos denominarnos, como ya os habíamos informado, en Comisión Rectora.

— Dicha Comisión Rectora se reunirá periódicamente, al menos una vez trimestralmente, siendo obligatoria la presencia de todos sus componentes (en caso de no asistencia, deberá ser justificada).

— Todas las propuestas de seminarios u otras actividades, deberán ser aprobadas por esta Comisión Rectora, que, a su vez, lo pasará a la Junta de la Asociación para la aprobación definitiva.

— En la actualidad, y como puntos prioritarios, esta Comisión ha de seguir elaborando y discutiendo los siguientes temas:

- El Equipo de SMIJ: lugar de los diferentes miembros.
- Concreción de la formación de los distintos componentes del equipo IJ (psiquiatra, psicólogo, AS, ATS, etc.).
- Concreción de la formación de otros profesionales, tanto sanitarios como educadores, implicados en la SMI.
- Situación legislativa actual del niño y adolescente.

- Asimismo, y en relación a estos temas, impulsar y mejorar la coordinación con las respectivas comisiones de Legislación, Asistencia y Formación de la Asociación.
- Con respecto a la relación de la Sección con la Asociación, esta Comisión Rectora aprobó el proponer la inclusión, en la Junta Directiva de la Asociación, de la presidenta de la Sección, como miembro permanente de dicha Junta, lo que nos depararía una relación permanente y eficaz con el resto de la Asociación. En el caso de que esta propuesta fuera rechazada, o se considerara inviable su realización, se pide a dicha Junta Directiva que busque y proponga otros cauces que posibiliten dicha relación eficaz.
- Por último, crear nuevos cauces de participación a través de grupos de trabajo, en relación a temas de interés para su estudio y profundización, organizados a través de las distintas Autonomías. Esto posibilitaría además la relación permanente de la Sección con las autonomías, objetivo en la actualidad importante.

PROPUESTA DE ACTIVIDADES PARA EL AÑO 1986

En relación al programa para el próximo año, se establece:

- 1.º Hacer un programa parcial de los primeros seis meses, elaborando posteriormente el resto, a medida que vayan surgiendo otros objetivos.
- 2.º Poner en marcha los grupos de trabajo a través de las autonomías. Los temas propuestos (ampliados y aprobados por la asamblea) son los siguientes:
(Por cada grupo de trabajo, hay un responsable del mismo, que surgió en la misma asamblea.)
 1. Los derechos del niño: situación legislativa actual.
Responsable: Serafín Carballo - C.P.S. de Carabanchel - C/. General Ricardos, 14 - 28019-Madrid.
 2. La adopción en España.
Responsable: Ana Isabel Romero - C/. Cea Bermúdez, 30, escalera B, 4.º derecha - 28003-Madrid.
 3. Abordaje de la problemática escolar: integración de los distintos equipos en la Red de Salud Mental.
Responsables:
 - Consuelo Escudero Alvaro - C/. Palafox, 20, 6.º derecha - 28010-Madrid.
 - Ana María Jiménez Pascual - Polígono Alces, Bloque R, 4.º, G, 2 - Alcázar de San Juan (C. Real).
 4. Formación en Salud Mental: la Supervisión.
Responsables:
 - Enrique Serrano Guerra - C/. Hermanos Menéndez Pidal, 27, 4.º izquierda - 33005-Oviedo.
 - Dulce María R. Martínez Sierra - Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil - Hospital de San Pedro Claret - Barcelona.
 5. La psicopatología en la infancia.
Responsable: Elisa Mendoza Berjano - C/. Marqués de Lozoya, 25, 14 A - 28007-Madrid.
 6. La psiquiatría del bebé.
Responsable: Carmen Bayo - Hospital Psiquiátrico Provincial - Huelva.
- 3.º Dar un plazo de seis meses para la realización de estos trabajos, organizando para junio un seminario donde puedan exponerse y discutir lo elaborado por los distintos grupos. Dicho seminario se realizará en Madrid.
- 4.º Seminario sobre «Aproximación sistemática al trabajo de salud mental infanto-juvenil desde servicios públicos».
- 5.º Seminario: «La problemática del niño a través de la dinámica familiar».

Secretaría de la Sección

ASOCIACION ANDALUZA

Se ha reunido en Sevilla el pasado día 4 de octubre la Junta de Gobierno de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría para analizar la situación de la asistencia psiquiátrica en las distintas provincias de la Comunidad Autónoma Andaluza, así como tratar diversos asuntos del funcionamiento de la Asociación y de la VIII Reunión de Trabajo a celebrar en Córdoba los días 22 y 23 de noviembre sobre el tema «Formalización y análisis de la conducta psicótica».

La Asociación expresa su preocupación por el difícil momento en que se encuentra el desarrollo de la llamada «reforma psiquiátrica», especialmente en lo que hace referencia al IASAM (Instituto Andaluz de Salud Mental), ya que en el tiempo transcurrido desde su creación constatamos la falta de capacidad ejecutiva para llevar a cabo sus objetivos por problemas de coordinación con las Diputaciones. Como ejemplo, podemos citar el que no se haya llevado a efecto las recomendaciones de la Comisión que estudió la situación jurídica en que se encuentran los internados en los hospitales psiquiátricos andaluces, recomendaciones que apoyamos en su totalidad. Más bien se aprecia una paralización en dichos centros; como en los casos de Málaga, Córdoba, Sevilla, etc.

Queda constancia de nuestro reconocimiento y apoyo a la labor que podía desarrollar dicho Instituto, creado por Ley 9/1984 en el Parlamento andaluz el día 3-7-84, cuyos objetivos son coordinar e impulsar la reforma hasta la integración definitiva de la atención a la salud mental en el Servicio Andaluz de Salud.

La carencia de un modelo orientativo viable para nuestra Comunidad Autónoma Andaluza es un hecho palpable, que es extrapolable al resto del Estado español.

Nuestra Asociación, que se ha caracterizado por su interés en la transformación de la asistencia psiquiátrica, ha denunciado en múltiples ocasiones la carencia de este modelo alternativo.

Entendemos que las líneas generales de un modelo de asistencia psiquiátrica, serían las siguientes:

- Territorialización.
- Concepto interdisciplinario de Equipo.
- Atención integral (agudos, crónicos, etc.) e integrada en el sistema sanitario general.
- La continuidad de los cuidados terapéuticos.
- El reforzamiento del papel de la Comunidad y participación de la misma en los proyectos de salud mental.
- La creación de estructuras alternativas en la Comunidad que haga posible la desaparición del modelo manicomial.

Se acordó en la mencionada reunión de la Junta de Gobierno, la creación de una Comisión Informativa a petición de los profesionales de la salud mental de Málaga sobre ciertas irregularidades en el funcionamiento de los servicios provinciales de salud mental, que, a nuestro entender, exigen una clarificación.

Atentamente,

Francisco YANES SOSA
(Presidente AAN)

NOTICIAS DE MADRID

Asociación de Salud Mental de Madrid

El pasado martes 25 de febrero, tuvo lugar en el Salón de Actos de Previsión Sanitaria (Villanueva, 11) una asamblea de socios de la AEN de Madrid.

El objetivo de la convocatoria fue el debate de un único punto: La organización de la futura Asociación de Madrid (federada a la AEN).

La Asamblea discutió ampliamente sobre la conveniencia y la oportunidad de esta iniciativa. Después del turno de intervenciones, se pudo ver a través de una votación que el deseo de la mayoría de los asistentes era crear dicha Asociación (52 votos a favor, uno en contra y tres abstenciones).

En opinión de la Asamblea, los pasos a dar serían por este orden: elección de una Junta Promotora que se ocuparía de los aspectos formales y jurídicos, así como de los programáticos, que posteriormente propuestos a la Asamblea, serían ampliamente debatidos, consensuados y modificados por ésta, hasta su aprobación definitiva.

En este sentido, fueron propuestos candidatos para formar parte del grupo promotor. Según se explicitó a través de las intervenciones de una parte de la Asamblea, se trataba de que en dicha promotora estuviesen representados estamentos y generaciones psiquiátricas.

Resultado de la votación:

- Manuel CAMPOS (33 votos).
- Manuel CHAVEZ (28 votos).
- Maribel GOROSTIZA (26 votos).
- Ana Isabel ROMERO (25 votos).
- Diego FIGUERAS (20 votos).
- Cristina ALONSO (20 votos).
- Enrique GONZALO DURO (19 votos).
- Juan CASCO (19 votos).
- Serafín CARBALLO (19 votos).

- M.ª Luisa GONZALEZ (18 votos). suplente.
- Enrique GUIA BERNARDO (16 votos) suplente.
- José GERMAIN (16 votos).
- Teresa SUAREZ (15 votos).
- Daniel SANCHEZ (14 votos).
- Consuelo ESCUDERO (14 votos).
- Teresa CAPILLA (13 votos).
- Elia GONZALEZ (11 votos).
- Ernesto DIAZ NORIEGA (9 votos).

Así pues, la Junta Promotora quedó formada por los **nueve** candidatos con mayor número de votos y dos suplentes.

Ana Isabel ROMERO
Alberto FERNANDEZ LIRIA

«PSICOANALISIS IBEROAMERICANO V CENTENARIO»

Programa Oficial de la Comisión Nacional del V Centenario del Descubrimiento

OBJETIVOS:

1. Contribuir a superar el relativo desconocimiento recíproco existente entre las comunidades profesionales de los distintos países iberoamericanos —especialmente entre los dos continentes— acerca de sus respectivas experiencias en el campo psicoanalítico.
2. Asumir la importancia que ha adquirido el psicoanálisis, tanto en el campo de la cultura como en el de las instituciones sanitarias, en esta comunidad de naciones.
3. Resaltar el valor de la producción teórica y editorial que se viene realizando en castellano, que es una de las pocas lenguas en las que el psicoanálisis alcanzó su máximo desarrollo.
4. Propiciar un acercamiento entre los profesionales de estos países y establecer circuitos estables de relaciones que tiendan a facilitar la organización futura de actividades en común, flujos de visitas, intercambios y colaboraciones.

PLAN DE ACTIVIDADES:

Las actividades serán organizadas en torno a tres grandes acontecimientos que se llevarán a cabo en 1986, 1989 y 1992.

- 1.º **Julio/agosto de 1986.** Viaje a Buenos Aires de una Delegación de cien psicoanalistas españoles, para que tomen contacto con las principales experiencias teóricas, bibliográficas, institucionales y hospitalarias que se desarrollan en esa capital, reconocida como uno de los centros de liderazgo internacional en el campo del psicoanálisis.
- 2.º **Febrero de 1989.** Encuentros de psicoanalistas de distintos países iberoamericanos en varias ciudades de España (entre las que se encontrarían Madrid y Barcelona).
- 3.º **Febrero de 1992.** Gran congreso internacional de psicoanalistas iberoamericanos, en la ciudad de Huelva.

Algunos detalles del primer grupo de actividades: **Viaje de la Delegación de psicoanalistas españoles a Buenos Aires en 1986.**

El objetivo específico sería la toma de contacto de la comunidad psicoanalítica española con la realidad de la actividad psicoanalítica que se desarrolla en Buenos Aires en todos los campos.

Este primer encuentro entre las dos comunidades profesionales permitirá establecer los vínculos necesarios para la puesta en marcha de las dos fases siguientes, más ambiciosas y exigentes, dado que implican la participación del conjunto de países iberoamericanos.

La delegación española estaría entre quince y veinte días en Buenos Aires (serían los últimos diez de julio y los primeros diez días de agosto de 1986).

Durante esos días se les ofrecerá una serie de actividades que les permita tomar contacto con:

- Por un lado, la producción teórica y la reflexión sobre la práctica clínica (conferencias, mesas redondas, seminarios, cursillos, supervisiones públicas, debates, etc.).
- Por otro lado, las experiencias institucionales en el campo específico del psicoanálisis (asociaciones, escuelas, bibliotecas y otros colectivos).
- Por otro lado, la experiencia editorial en el campo del psicoanálisis (revistas, libros, editoriales, librerías, bibliotecas, etc.).
- Por otro lado, las principales experiencias hospitalarias en que tiene presencia el psicoanálisis.

Además de estas experiencias relacionadas con la realidad psicoanalítica, también se les ofrecerá a los psicoanalistas españoles la oportunidad de tomar contacto con otras áreas de la producción cultural argentina (por ejemplo, en el campo del teatro, la música, la literatura, el cine, las artes plásticas, etc.).

Por otra parte, se procurará organizar algunos paseos, agasajos, recepciones oficiales (tanto por parte de las autoridades argentinas como por la Embajada española y las comunidades españolas en la Argentina).

No parece pertinente desarrollar ahora detalles del segundo y tercer grupos de actividades (de 1989 y 1992 respectivamente), sino centrar la atención en el primero (1986), aunque en todo momento se tenga presente que el viaje a Buenos Aires de la Delegación española no es más que el primer paso de un programa más abarcador.

COMISION ORGANIZADORA

La Comisión Organizadora, responsable de la puesta en marcha y la coordinación del conjunto de las actividades, está constituida por los siguientes psicoanalistas:

Juan Mora Abril (Huelva).

- Jefe de Unidad del Hospital Psiquiátrico Provincial de Huelva.

Antonio Rodríguez Pérez (Huelva).

- Director del Hospital Psiquiátrico Provincial de Huelva.
- Vocal provincial de la Junta Directiva de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría.

Juan Antonio Fernández Sanabria (Huelva).

- Responsable de Sector en el Hospital Psiquiátrico Provincial de Huelva.
- Director de Publicaciones de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría.
- Miembro del Consejo Editorial de la Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Aurelio Gracia Vallés (Barcelona).

- Docente en los cursos para post-graduados del Colegio de Psicólogos de Barcelona desde el curso 1983-1984.
- Psicoterapeuta en el Centro de Higiene Mental de Les Corts, dependiente de la Diputación Provincial de Barcelona.

Adolfo Berenstein Berú (Barcelona).

- Miembro fundador de la Escuela Freudiana de Buenos Aires. Dicta seminarios de psicoanálisis en diversas ciudades de España.

Enrique Rivas Padilla (Madrid).

- Adjunto en el Centro de Salud Mental de Ciudad Lineal, dependiente del Servicio Regional de Salud de la Comunidad Autónoma de Madrid.

Guillermo Bosovsky Favre (Madrid).

- Secretario de la Sección de Psicoanálisis de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

INSTITUCIONES QUE PARTICIPAN

- **Comisión Nacional Española del V Centenario del Descubrimiento.**
Pina López Gay, vicepresidenta.
- **Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto de la República Argentina.**
Oscar Yujnovsky, Subsecretario de Cooperación Internacional.

- **Embajada de la República Argentina en España.**
Hugo J. Gobbi, Embajador.
María Elina Glenz, Ministro-Consejero de la Embajada Argentina.
- **Ministerio de Educación y Justicia de la República Argentina.**
Carlos Gorostiza, Secretario de Cultura de la nación.
Marcos Aguinis, Subsecretario de Cultura.
- **Ministerio de Salud Pública de la República Argentina.**
Vicente Galli, Director Nacional de Salud Mental.
- **Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires.**
Mario O'Donnell, Secretario de Cultura.
- **Ministerio de Asuntos Exteriores de España.**
Luis Javier Casanova, Director General de Cooperación Técnica Internacional.

Por otra parte, se procederá a invitar a participar en el programa a las diferentes **asociaciones profesionales**, tanto españolas como argentinas (Colegios Oficiales de Psicólogos y Médicos, Asociaciones de Psicólogos, de Psiquiatras y de Psicoanalistas, etc.).

Ya han sido contactadas para participar en el programa de actividades psicoanalíticas en Buenos Aires las más importantes instituciones en este campo.

A saber:

- Asociación Psicoanalítica Argentina.
- Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires.
- Escuela Freudiana de Buenos Aires.
- Seminario Lacaniano.
- Simposio del Campo Freudiano.
- Revista Conjetural.
- Mayéutica.
- Instituto de Investigación en Psicoanálisis.
- Campo Freudiano en Argentina.
- Escuela de Psicoanálisis.

Además, se cuenta con la colaboración de la Dirección Nacional de Salud Mental, a través de su Director, el Dr. Vicente Galli, para la elaboración de un programa de visitas y conocimiento de las experiencias de orientación psicoanalítica en el campo de las instituciones hospitalarias.

— En España será recabado el apoyo al programa a diversos organismos oficiales (Generalitat, Comunidad Autónoma de Madrid, Junta de Andalucía, Ayuntamientos de Barcelona, Madrid y Huelva, etc.) e instituciones financieras (ejemplos: Confederación Española de Cajas de Ahorro, Banco Exterior de España, etc.).

— En diciembre 85/ enero 86, con motivo del viaje a Buenos Aires de uno de los miembros de la Comisión Organizadora, podrán ser precisados los detalles del programa de actividades científicas y culturales que se llevarán a cabo en esa ciudad para la Delegación española.

Por la Comisión Organizadora:

Guillermo BOSOVSKY FAVRE

II JORNADAS SOBRE LA REFORMA PSIQUIATRICA

Organizadas por la Federación Estatal de Asociaciones de Familiares de Enfermos Psíquicos

CONCLUSIONES DEL DIA 13 DE DICIEMBRE DE 1985

1. **Internamiento:** La Federación propone que se creen Juzgados de Tutela que garanticen la prestación de servicios a los enfermos mentales y la hospitalización, si procede, con arreglo al art. 211 del Código Civil, asesorados por equipos multidisciplinares.

La Federación considera que en la práctica no siempre se hace buen uso del art. 211 en los internamientos no voluntarios, existiendo la peligrosa tendencia de algunos jueces de pasar de la **autorización** judicial a la **orden** judicial de internamiento, sin que exista delito, así como la postura igualmente par-

tidista de algunos técnicos de salud mental al no aceptar la hospitalización. En este sentido, la Federación propone que a nivel local se promuevan reuniones de trabajo entre los trabajadores de salud mental, los jueces y fiscales, y las asociaciones de usuarios.

2. **Derechos y defensa de los pacientes y familiares:** La Federación defiende la **utilidad pública** de las asociaciones de usuarios, y por consiguiente exige a la Administración, tanto estatal como comunitaria, los cauces de participación en el seguimiento de la reforma psiquiátrica y el apoyo económico suficiente para desarrollar sus programas de trabajo.

3. **Rehabilitación y servicios extrahospituarios:** La Federación exige que no se haga depender la reforma psiquiátrica de la situación socio-económica del país, es decir, de los Presupuestos Generales, sino que haya una integración efectiva de la salud mental en el Servicio Nacional de la Salud.

Además considera que la rehabilitación de los enfermos mentales es inconcebible, si no es asumida por la Ley General de Servicios Sociales, contemplando terapias ocupacionales, talleres protegidos, cooperativas mixtas, granjas, pisos y residencias protegidas y clubs sociales.

4. La Federación se opone a que el INSALUD promueva servicios de asistencia psiquiátrica paralelos a los programas de reforma psiquiátrica ya existentes, exigiendo la coordinación de la planificación de las áreas de salud a nivel preventivo, asistencial y rehabilitador.

5. **Psiquiátricos penitenciarios:** La Federación apoya ante el Ministerio de Justicia las conclusiones y recomendaciones hechas por la Comisión de Legislación de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, en el «INFORME SOBRE EL CENTRO ASISTENCIAL PSIQUIATRICO PENITENCIARIO DE MADRID-CARABANCHEL».

7. La Federación propone al Ministerio de Sanidad que en la reforma psiquiátrica se asuma la asistencia de los enfermos mentales judiciales a tres niveles: atención sanitaria intensiva, servicios terapéuticos intermedios (extrahospituarios) y tratamiento ambulatorio.

8. La Federación se pronuncia por una alternativa a las cárceles, por ser un medio generador de enfermedad mental para los presos en general.

CONCLUSIONES DEL DIA 14

Centros de salud: Tras las experiencias concretas expuestas por los equipos de Alava, Asturias, Barrio de Salamanca (Madrid), Carabanchel, Huelva, Martorell y Móstoles, y a tenor de las intervenciones en el coloquio por parte de los representantes de las Asociaciones Federadas, así como de los asistentes a las jornadas llegados de distintas Comunidades Autónomas, se hizo patente la gran desigualdad en el planteamiento de la reforma psiquiátrica existente en la actualidad.

Como conclusiones concretas de esta mesa de trabajo, extraemos los siguientes puntos:

1. F.E.A.F.E.S. reivindica la homogeneidad de los planteamientos políticos de la salud mental, que evite las discriminaciones a nivel autonómico y local.

2. Que el Gobierno vasco replantee su política al respecto, evitando la discriminación de los derechos del enfermo mental, en función de su lugar de residencia como sucede actualmente.

3. Que las Administraciones locales asuman los servicios y mejoras asistenciales, coincidiendo con el plan de la reforma psiquiátrica.

4. Que al igual que en los Centros de Salud Mental de: Martorell, Asturias, Móstoles y Carabanchel, donde la salud mental es tratada en su totalidad, incluyendo prevención, tratamiento y rehabilitación, sean ampliados al resto de los servicios extrahospituarios existentes, dotándoles de la infraestructura necesaria para reconvertirlos en nuevos centros integrales de salud mental.

F.E.A.F.E.S.
(Federación Estatal de Asociaciones
de Familiares de Enfermos Psíquicos)

NOTA:

La Junta Directiva de la AEN por dificultades administrativas, amplía el plazo de deliberación del jurado del premio «Luis Martín Santos» al 31 de abril del año en curso.

XVII CONGRESO DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA

San Sebastián, 15, 16, 17 y 18 de octubre de 1986

PROGRAMA PROVISIONAL

Día 15, miércoles

- Tarde:
- Recepción y entrega de Documentación en el Excmo. Ayuntamiento de Donostia-San Sebastián.
 - Inauguración del Congreso.
 - MESA REDONDA sobre la Figura y Obra de D. Luis Martín Santos.

Día 16, jueves

- Mañana:
- PONENCIA SOBRE ATENCION PRIMARIA EN SALUD MENTAL.
- Tarde:
- MESAS REDONDAS (A proponer).

Día 17, viernes

- Mañana:
- PONENCIA SOBRE CRONICIDAD EN PSIQUIATRIA.
- Tarde:
- MESAS REDONDAS (A proponer).

Día 18, sábado

- Mañana:
- ASAMBLEA GENERAL DE LA AEN.
 - MESA REDONDA INTERNACIONAL SOBRE LA REFORMA PSIQUIATRICA.
 - CLAUSURA.

SECRETARIA DE ORGANIZACION: Centro de Atracción y Turismo de San Sebastián.
C/. Reina Regente, s/n.
Tels.: 42 89 89 y 42 10 02.
20003-SAN SEBASTIAN.

SECRETARIA TECNICA: Sr. D. Imanol Querejeta Ayerdi.
Centro de Salud Mental de Tolosa.
Cuesta del Conde, 2.
TOLOSA (Guipúzcoa).

CONGRESOS Y ACTIVIDADES CIENTÍFICAS

NACIONALES

Abril:

Día 3. Sta. Coloma de Gramanet, Barcelona (España).

«Factores de riesgo en las conductas suicidas».

Lugar: Clínica Mental de la Diputación de Barcelona.

Información: Clínica Mental de la Diputación de Barcelona. Tel.: (93) 391 00 11 (extensión 249-206). Sta. Coloma de Gramanet (Barcelona).

Mayo:

Día 8. Sta. Coloma de Gramanet, Barcelona (España).

«Estudio de la actividad dopaminérgica metilxantinas (cafeína...), implicación en la terapéutica psiquiátrica».

Lugar: Clínica Mental de la Diputación de Barcelona.

Información: Clínica Mental de la Diputación de Barcelona. Tel.: (93) 391 00 11 (extensión 249-206). Sta. Coloma de Gramanet (Barcelona).

Día 30. Sitges, Barcelona (España).

Symposium Terapéutica de la esquizofrenia.

Lugar: Sociedad Catalana de Psiquiatría.

Información: Clínica Mental de la Diputación de Barcelona. Tel.: (93) 391 00 11 (extensión 249-206). Sta. Coloma de Gramanet (Barcelona).

Junio:

Días 6-7. Barcelona (España).

Psiquiatría: Seminario sobre la aplicación del modelo sistémico en el campo de la prevención de salud mental.

Lugar: Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de la Universidad Autónoma de Barcelona.

Información: Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Avda. San Antonio M.ª Claret, 167. 08025-Barcelona.

Días 23-27. Madrid (España).

II Jornadas Internacionales de Psicología y Educación. Cultura, Educación y Desarrollo Humano. Madrid.

Secretaría: Infancia y Aprendizaje. Ctra. de Canillas, 138. Tel.: 200 93 38. 28043-Madrid.

INTERNACIONALES

Abril:

Días 4-7. Sheffield (Gran Bretaña).

Lugar: University.

Annual Conference.

Tema: All Areas of Psychological including fringe Topics.

Dirección: Dr. David, Legge.

Información: The British Psychological Society, St. Andrews House, 48 Princess Road East, Leicester LE1 1DR Gran Bretaña. Tel.: 533/54 95 68.

Días 9-12. Roma (Italia).

Lugar: Palazzo della Rovere, Via della Conciliazione, 33.

International Congress on Hypothalamic dysfunction in Neuropsychiatric disorders.

Tema: Anatomy of Peptidergic Neurons/Neuropeptide Processing and Regulation/ Multiple mechanism of Action of Neuropeptides/Recombinant DNA Technique, etc.

Dirección: Goodwin-National Institute, Bethesda/USA.

Información: GIBI Studio Congressi, Via Marco Besso, 40, I-00191 Roma. Italia. Tel.: 6/327 32 91/328 68 93.

Mayo:

Días 10-16. Washington (DC/USA).

Lugar: Convention Center.

139th Annual Meeting of the American Psychiatric Association.

Tema: All Areas of Psychiatry.

Dirección: Carol C. Nadelson, MD.

Información: George A. Campbell, American Psychiatric Association, 1400 K Street, NW., Washington DC 20005, USA. Tel.: 202/682-6193.

Día 13. London (Gran Bretaña).

The Royal Society of Medicine - Section of Psychiatry.

Tema: AGM. Soma and psyche.

Información: Barbara Komoniewska B.A., The Royal Society of Medicine, 1 Wimpole Street, London W1M 8AE, Gran Bretaña. Tel.: 1/580 20 70. Tx.: (051) 298902.

Días 17-18. Venedig (Italia).

Lugar: Bibliotheca San Marco, Ospedale Civile. 20. Venezianisches Symposium.

Tema: Fortschritte in Diagnose und Therapie.

Dirección: Prof. Dr. H. Lechner.

Información: Sekretariat Prof. Dr. H. Lechner, Psychiatrisch-Neurologische Univ. Klinik Graz, Auenbruggerplatz 22, A-8036 Graz, Austria. Tel.: 316/385-385.

Días 20-24. Vancouver (Canadá).

Lugar: University.

Canadian College of Neuropsychopharmacology 91th Annual Scientific Meeting.

Tema: Neuropsychopharmacology/Biological Psychiatry.

Dirección: Dr. Alan A. Boulton.

Información: CCNP, 801-750 Jarvis Street, Vancouver V6E 2A9, Canada.

Días 28-5/1-6. Pula (Yugoslavia).

Lugar: Hotel Brioni.

26. Internationales Neuropsychiatrisches Gerald Grinschgl Symposium.

Dirección: Prof. Dr. Bosko Barac, Prof. Dr. Helmut Lechner.

Información: Kuratorium der Internationale Neuropsychiatrischen Symposien Pula, Joanneumring 3, A-8010 Graz, Austria. Tel.: 316/7 43 34.

Junio:

Días 5-7. Santa Margherita Ligure/Genova (Italia).

Lugar: Grand Hotel Miramare.

4. Jahrestagung der Internationalen Pharmako-EEG-Gesellschaft.

Tema: Pharmako-EEG.

Dirección: Prof. Rosadini, Genua.

Información: Prof. Dr. Werner M. Herrmann. Sekretariat Frau, S. Röhmel-Brosze, AFB-Arzneimittelforschung GmbH, Kurfürstendamm 217, D-1000 Berlin R.F.A. 15. Tel.: 030/88 42 04-0.

Día 10. London (Gran Bretaña).

The Royal Society of Medicine Section of Psychiatry.

Tema: Research with a future.

Información: Barbara Komoniewska B.A., The Royal Society of Medicine, 1 Wimpole Street, London W1M. Tel.: 1/580 20 70. Tx.: (051) 298902.

Días 22-25. Jerusalem (Israel).

Lugar: The Laromme Hotel.

5th International Congress of Family Therapy.

Tema: Women and Family Therapy/Training Models/Psychiatric Illness & Family Therapy/Family Stress in Times of Economic Crisis, etc.

Dirección: Cynthia A. Carel, MD.

Información: Ophir Conventions, Travel & Tourist Service, Postbox: 3378, Tel Aviv 61033, Israel. Tel.: 3/20 97 77.

Días 25-28. Veldhoven (Holanda).

9th European Conference of the International Neuropsychol. Society.

Dirección: Harvey Levin, Ph. D., Texas.

Información: International Neuropsycholog. Society, Harry van der Vlugt, M.D., Ph. D., Tilburg University.

Postfach: 90153. Hogeschoollaan 225, 5000 LE Tilburg, Holanda. Tel.: 13/66 23 60.

Julio:

Días 13-25. Nottingham (Gran Bretaña).

Lugar: University of Nottingham.

Fachseminar 651: Psychogeriatrics The Clinical and Organisational Psychiatry of the Elderly.

Tema: Current practice in the clinical psychiatry of old age/recent clinical/laboratory and sociological developments/measurement of need organisation of services and their evaluation, etc.

Dirección: Prof. T.H.D. Arie.

Información: The British Council, 65 Davies Street, London W1Y 2AA, Gran Bretaña.

Tel.: 1/499 80 11.