



Revista de la Asociación Española de
Neuropsiquiatría

ISSN: 0211-5735

aen@aen.es

Asociación Española de Neuropsiquiatría
España

Asociación Española de Neuropsiquiatría

Escrito de la Asociación Española de Neuropsiquiatría contra la inclusión de las enfermedades
mentales en el documento "Intervenciones sanitarias en situaciones de riesgo para la salud pública"

(Dirección General Salud Pública, Calidad e Innovación)

Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol. 34, núm. 122, mayo-agosto, 2014, pp.
440-447

Asociación Española de Neuropsiquiatría
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265030540017>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

ESCRITO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA
CONTRA LA INCLUSIÓN DE LAS ENFERMEDADES MENTALES
EN EL DOCUMENTO “INTERVENCIONES SANITARIAS EN SITUACIONES
DE RIESGO PARA LA SALUD PÚBLICA” (DIRECCIÓN GENERAL SALUD
PÚBLICA, CALIDAD E INNOVACIÓN).

En la reunión del CISNS del 18 de Diciembre de 2013, bajo la presidencia de la Ministra Ana Mato, se aprobó un “Acuerdo para la aprobación de Intervención Sanitaria en situaciones de riesgo para la Salud Pública”.

En la introducción del texto del acuerdo se señala que *“El objeto del presente documento, es enmarcar ... situaciones que puedan generar riesgos ciertos para la salud pública ... que han de ser atendidas por interés de la salud pública” delimitando su ámbito de aplicación a “situaciones que supongan un riesgo para la salud pública en base a la probabilidad de que se produzca un evento que pueda afectar adversamente a la salud de la población, considerando la posibilidad de que se propague a nivel nacional o internacional, o que pueda suponer un peligro grave y directo para la salud pública”*. Seguidamente se describen las situaciones que suponen un riesgo para la salud pública, incluyendo *“la sospecha diagnóstica o padecer trastorno mental que pueda poner en riesgo la salud pública. Las enfermedades incluidas se especifican a continuación (códigos CIE 10): Esquizofrenia (F20), Trastornos delirantes persistentes (F22), Trastorno bipolar (F31), Trastorno depresivo recurrente (F33), Trastorno obsesivo compulsivo (F42)”*. Una nota a pie de página indica que este párrafo ha sido *“revisado por los Coordinadores de la Estrategia Nacional de Salud Mental”*.

En relación con este texto, la Asociación Española de Neuropsiquiatría, quiere señalar lo siguiente:

1. Aunque el documento no hace explícita la clase de riesgo para la salud pública que puede asociarse con los trastornos mentales, es evidente que se está refiriendo al riesgo de violencia física o psicológica que las personas con los citados trastornos pueden ejercer sobre su entorno y las consecuencias sobre la salud de sus víctimas, tales como estados de angustia, de depresión, de lesiones físicas o incluso de muerte. Cabe hacer una reflexión sobre el motivo por el cual se ha omitido la palabra violencia en este texto.
2. Llama también la atención que tratándose de medidas para prevenir un problema de salud pública no se haya tenido en cuenta en la “Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud” aprobada en la misma sesión del CISNS. En dicha estrategia no se menciona el riesgo de violencia asociado a los trastornos mentales ¿Por qué se plantea esta cues-

tión al margen de la propia Estrategia estatal y precisamente en la misma sesión en la que se aprueba? Es más, tampoco se menciona en esa Estrategia, ni en el acuerdo del CISNS que es objeto de esta carta, otras formas de violencia que amenazan la salud pública, tales como la tortura, la violencia de género y la violencia contra los niños y contra los ancianos, todas las cuales presentan una prevalencia muy superior a la que se atribuye a los trastornos mentales.

3. Todavía llama más la atención la nota al pie de página. En primer lugar porque identifica la responsabilidad específica del párrafo atribuyéndola a los Coordinadores de la Estrategia en Salud Mental ¿Se está desentendiendo de esta responsabilidad el propio Consejo? Y en segundo lugar, y esto es lo grave, ¿Por qué los Coordinadores tomaron la iniciativa de dar el visto bueno a esta propuesta sin haber consultado al Comité Científico de la Estrategia ni, aún peor, al Comité Institucional, que está compuesto por los directores de salud mental de las Comunidades Autónomas? Desde el comienzo de la redacción de la Estrategia hasta la toma de posesión de los nuevos Coordinadores, es decir desde 2006 hasta el verano de 2013, la toma de decisiones sobre que incluir y que excluir en la redacción del texto estuvo presidida siempre por el debate y el consenso. Es precisamente este espíritu de participación lo que ha dotado a la Estrategia de solidez y de respeto generalizado. Sin embargo este espíritu democrático se ha roto, pero no accidentalmente. Hasta el nombramiento de los nuevos Coordinadores, el Comité Técnico hacía las propuestas y las presentaba al Comité Institucional generando de esta manera la oportunidad de debate y de consenso y pese a estar comprobado que el sistema funcionaba perfectamente, se han independizado las reuniones de estos dos comités: el Institucional se reunió en Julio pasado y el Técnico en Septiembre. Solamente cabe una interpretación: los Coordinadores pretenden controlar las decisiones, tal como se ha comprobado en esta ocasión.
4. No se entiende que hoy en día se de por buena una propuesta de intervención en salud pública que no esté avalada por datos y por pruebas. Ni la magnitud de la violencia generada por las personas con trastorno mental es merecedora de una intervención específica, ni disponemos en la actualidad de medios para predecirla. La fracción de riesgo de violencia en la población general atribuible a las personas con trastornos mentales se sitúa entre 0.07 y 6.9 % con una media de 4.1 lo que quiere decir que las psicosis contribuyen a la prevalencia de violencia en la población en un 4%. Este tamaño de riesgo es muy modesto en comparación con el que presenta otras situaciones de riesgo, por ejemplo los hombres de edad comprendida entre los 20 y los 24 años que viven con sus padres presentan un riesgo de violencia del 21.4%. Por otra parte los instrumentos existentes en la actualidad para identificar con fines preventivos a las personas con trastorno mental en riesgo de cometer

actos violentos arrojan un porcentaje inaceptable de falsos positivos, motivo por el cual su uso estigmatizaría a muchas personas que nunca cometerían actos violentos y cualquier programa de intervención basado en esta información sería obviamente antieconómico ¿No sería más razonable encarar el riesgo de violencia como lo hacen otros países de nuestro entorno, centrando la intervención en grupos, colectivos o sectores sociales de riesgo? Por ejemplo, en el documento del Sistema Nacional de Salud inglés “Un enfoque de salud pública para prevenir la violencia en Inglaterra” se recomiendan entre otras intervenciones los programas de apoyo a las familias desorganizadas, la promoción del desarrollo de habilidades sociales en la infancia, la reducción de la disponibilidad de bebidas alcohólicas para los jóvenes, sin mencionar ni una sola vez en todo el documento el riesgo de violencia asociado a personas con trastornos mental.

5. Es conocido que muchas de las personas con trastorno mental que cometen actos violentos no están bajo tratamiento, bien porque no lo han iniciado o porque estando en tratamiento lo han abandonado. Esto quiere decir que la forma más razonable de prevenir la violencia es desarrollar un sistema de atención que incluya la identificación y el tratamiento precoz de personas con trastornos psicóticos incipientes y la aplicación de planes individualizados de atención coordinados por un gestor de casos que garantice la continuidad y la integración de cuidados. En definitiva, dotar de más y mejores recursos de atención comunitaria a los trastornos mentales graves.
6. En cualquier caso más allá de los argumentos técnicos contrarios a resaltar el riesgo de violencia asociada a los trastornos mentales en un documento de salud pública, hay razones de orden ético y legal para oponerse. Tal señalamiento estigmatiza y discrimina a un colectivo sumamente vulnerable que ya es objeto de estigmatización en nuestra sociedad, y además es contrario al espíritu y al artículo 5.2 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, de obligado cumplimiento por parte del estado español como uno de los firmantes del documento.

En resumen, la propuesta de los coordinadores de salud mental es técnicamente incorrecta y moralmente reprochable y además rompe con el modo de funcionamiento consensuado que se ha seguido hasta ahora en el desarrollo de la estrategia en Salud Mental. Por ello exigimos que no se aplique ni se difunda hasta que se pueda debatir en el seno del Comité Técnico y en su caso se proponga para debate en el Comité Institucional.

NORMAS PARA LA PRESENTACIÓN DE MANUSCRITOS.

La REVISTA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA es la publicación oficial de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) - Profesionales de Salud Mental.

Dirigida a un público profesional en el ámbito de la salud mental, la Revista AEN considerará preferentemente para su publicación trabajos relacionados con la Psiquiatría, la Psicología y cualquier otro campo relacionado con la salud y enfermedad mental, recogiendo aportaciones de las ciencias médicas, psicológicas y sociales, básicas y aplicadas, así como desde otras áreas de la cultura que permitan entender mejor al ser humano y su funcionamiento desde una perspectiva no reduccionista.

Los trabajos serán originales e inéditos y no podrán estar sometidos a consideración simultáneamente en otra revista o publicación. Los autores deben describir cualquier relación financiera que tengan y que pudiera dar lugar a un conflicto de intereses en relación con el artículo publicado.

1) La Revista consta de las siguientes secciones:

Originales. Trabajos de investigación o reflexión sobre etiología, epidemiología, clínica, diagnóstico, pronóstico y tratamiento. La extensión máxima recomendada del texto es de 20 páginas (Din A4) de 30 líneas de 60-70 pulsaciones (6.000 palabras, sin incluir resumen, tablas y bibliografía) y se admitirán hasta seis figuras y seis tablas. Es aconsejable que el número de firmantes no sea superior a seis.

Originales breves. En esta sección se considerarán los trabajos de investigación o reflexión que por sus características especiales (series con número reducido de observaciones, trabajos de investigación con objetivo y resultados muy concretos, estudios epidemiológicos descriptivos, entre otros) pueden ser publicados en forma más abreviada y rápida. Estos trabajos deberán tener una extensión máxima de 6 páginas (Din A4) de 30 líneas de texto, hasta 10 referencias bibliográficas

y no más de dos ilustraciones. El número máximo de firmantes será de seis. Cada trabajo deberá estructurarse como un artículo original.

Notas clínicas. Descripción de uno o más casos clínicos que supongan una aportación importante al conocimiento de la patología o de otros aspectos del proceso. La extensión máxima del texto será de 6 páginas (Din A4) de 30 líneas y se admitirán hasta dos figuras y dos tablas. Es aconsejable que el número de firmantes no sea superior a seis y que no haya más de 20 referencias bibliográficas.

Deseablemente los autores deberían contar con el consentimiento de las personas a quienes se haga referencia en el trabajo, y en todo caso modificar la información suministrada de forma que las personas y sus circunstancias resulten irreconocibles.

Revisiones. Puestas al día de un problema de relevancia biológica, psicológica o social, desde el punto de vista clínico o asistencial, mediante la aportación de la necesaria bibliografía para este cometido. La extensión recomendada es la misma que para los artículos originales. El resumen no estructurado de los trabajos de esta sección deberá ser lo más escueto posible (de unas 150 palabras), pero fluido en su lectura y concluyente del tema en cuestión.

Cartas. Con esta sección se pretende fomentar y estimular el coloquio y la discusión entre los profesionales lectores de la Revista. La sección se divide en “**Cartas científicas**”, trabajos que contienen nuevos estudios que pueden exponerse de forma abreviada, y “**Cartas al Editor**”, donde los lectores pueden expresar su opinión argumentada, conforme o disconforme, de una publicación reciente, así como sobre un tema que consideren importante por su actualidad. Tienen preferencia en esta Sección aquellas cartas que hagan referencia a trabajos publicados en el último número y aquellas que aporten opiniones, observaciones o experiencias que por sus características puedan ser resumidas en un breve texto. La extensión de la carta no sobrepasará las 750 palabras. La Revista se reserva el derecho de acortar el texto, ya sea por

haber sobrepasado la extensión establecida o por reiteraciones que afecten a la fluidez de su lectura.

Editoriales. Esta sección es habitualmente por encargo. Sin embargo, el comité editorial puede considerar para su publicación y someter al proceso de revisión trabajos no solicitados, para lo que conviene establecer un previo acuerdo.

Márgenes de la psiquiatría y humanidades. Sección en la que tienen cabida trabajos con diferentes formatos al estándar de los “originales y revisiones” (actualizaciones, entrevistas, reseñas...), o bien abordan temas tangenciales a la salud mental (especialmente culturales o relacionados con las humanidades). Dadas sus características particulares, difícilmente se pueden ajustar a unos requisitos editoriales determinados. Aunque aconsejable, no es imprescindible incluir resumen ni palabras clave, recomendándose tomar de forma orientativa el resto de indicaciones dadas para los trabajos originales, especialmente en relación con la extensión y citas bibliográficas si se utilizan.

Otras secciones. La Revista puede incluir otras secciones, tales como Crítica de Libros, Informes, Páginas de la Asociación u otras. Estas secciones son habitualmente encomendadas por el Comité Editorial, aunque también pueden considerarse para su publicación trabajos no solicitados.

2. Presentación y estructura de los trabajos.

La presentación de los trabajos se hará en archivos electrónicos compatibles con el procesador de textos Word. El texto irá formateado para su impresión en hojas DIN A4 (210 x 297 mm) a doble espacio (30 líneas). Las hojas irán numeradas correlativamente en la parte inferior derecha. Cada parte del manuscrito empezará una página en el siguiente orden:

Primera página. Incluirá en este mismo orden: título del artículo, nombre completo y uno o los dos apellidos de los autores, nombre completo y dirección del centro de trabajo, dirección postal, telefax, dirección de correo electrónico y otras especificaciones cuando se considere necesario.

Segunda página. En ella se precisará el tipo

de trabajo que se trata (por ejemplo: estudio descriptivo o experimental, revisión de la literatura, discusión teórica...). Posteriormente incluirá para los trabajos originales: 1) Título (en español e inglés). 2) Resumen en español e inglés con una extensión de 250 palabras aproximadamente, estructurado en los siguientes apartados: Introducción, Material (o Pacientes) y método, Resultados y Conclusiones. Para las revisiones y los originales breves el resumen, en español e inglés, será de aproximadamente 150 palabras, sin estructurar. 3) De 3 a 10 palabras clave en español e inglés; obtenidas a partir del Medical Subject Headings (MeSH) del índice Medicus/Medline de la National Library of Medicine de Estados Unidos, disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html> y traducidas al español desde la web disponible en: <http://decs.bvs.br/E/homepage.htm>

Texto. Se recomienda la redacción del texto en impersonal. Conviene dividir claramente los trabajos en apartados, y en el caso de los originales es de desear que el esquema general sea el siguiente: Introducción, Pacientes (Sujetos)/ Clínica o Material y Método, Resultados y Discusión.

1) Título.

2) Introducción. Será breve y debe proporcionar sólo la explicación necesaria para que el lector pueda comprender el texto que sigue a continuación. No debe contener tablas ni figuras. Debe incluir un último párrafo en el que se exponga de forma clara el/los objetivo/s del trabajo.

3) Pacientes (Sujetos) o Material y Métodos. En este apartado se indican el centro donde se ha realizado el experimento o la investigación, el período de duración, las características de la serie estudiada, el criterio de selección empleado y las técnicas utilizadas. Se han de describir con detalle los métodos estadísticos.

4) Resultados. Relatan, no interpretan, las observaciones efectuadas con el método empleado.

Estos datos se expondrán en el texto con el complemento de las tablas y figuras.

5) Discusión. Los autores tienen que exponer sus propias opiniones sobre el tema. Destacan

aquí: 1) el significado y la aplicación práctica de los resultados; 2) las consideraciones sobre una posible inconsistencia de la metodología y las razones por las cuales pueden ser válidos los resultados; 3) la relación con publicaciones similares y comparación entre las áreas de acuerdo y desacuerdo, y 4) las indicaciones y directrices para futuras investigaciones.

6) Agradecimiento. Cuando se considere necesario se citará a las personas, centros o entidades que hayan colaborado o apoyado la realización del trabajo. Si existen implicaciones comerciales también deben figurar en este apartado.

Notas a pie de página. En caso de utilizarse notas al pie, estas serán las mínimas imprescindibles para la mejor comprensión del texto, computándose sus contenidos en el cálculo final de la extensión del trabajo. Las llamadas a las notas en el cuerpo del artículo irán referenciadas con números volados (superíndice). En caso de que la nota incluya una cita bibliográfica, esta se incluirá también al final del trabajo, siguiendo inexcusablemente las normas que se darán más adelante para las "referencias bibliográficas" (cita según Normas de Vancouver, identificada en el texto con número entre paréntesis según orden de citación). Ejemplo: "...murió en su celda del monasterio⁵ (3)" (el ⁵ haría referencia a la nota incluida a pie de página, mientras que el (3) sería la cita bibliográfica incluida al final).

Iconografía. 1) En caso de incluirse fotografías, estas serán de buena calidad y omitiendo las que no contribuyan a una mejor comprensión del texto. Se remitirán en archivos fotográficos electrónicos, con una resolución de 300 puntos pulgada. Se procurará en lo posible evitar la identificación de los enfermos, en cualquier caso se deberá disponer de su permiso por escrito. 2) Las gráficas (hasta un máximo de seis) se realizarán con ordenador y deberán ser de alta calidad. Se tendrán en cuenta las mismas normas del apartado 4 para las fotografías. Las fotografías y gráficas irán numeradas de manera correlativa y conjunta, como las figuras. 3) Las tablas se presentarán en hojas aparte que incluirán: a) numeración de la tabla con números arábigos; b) enunciado (título)

correspondiente, y c) una sola tabla por hoja. Se procurará que sean claras y sin rectificaciones; las siglas y abreviaturas se acompañarán siempre de una nota explicativa al pie. Si una tabla ocupa más de un folio se repetirán los encabezamientos en la hoja siguiente. La Revista admitirá tablas que ocupen hasta un máximo de una página impresa. Cuando se haya efectuado un estudio estadístico se indicará a pie de tabla la técnica empleada y el nivel de significación, si no se hubiera incluido en el texto de la tabla.

Referencias bibliográficas. Se presentarán según el orden de aparición en el texto con la correspondiente numeración correlativa. En el artículo constará la numeración de la cita entre paréntesis, adaptándose el resto a los «Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicación en revistas biomédicas» elaborados por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (Normas de Vancouver) disponible en: <<http://www.icmje.org>>. Los nombres de las revistas deben abreviarse de acuerdo con el estilo usado en el Index Medicus/Medline y cuyo listado está disponible en: <<http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html>>. Es aconsejable evitar el uso de frases imprecisas como referencias bibliográficas y no pueden emplearse como tales «observaciones no publicadas» ni «comunicación personal», pero sí pueden citarse entre paréntesis dentro del texto. Las referencias bibliográficas deben comprobarse por comparación con los documentos originales, indicando siempre las páginas inicial y final de la cita. Solo de forma extraordinaria, como puede ser en el caso de algunos trabajos en el campo de las humanidades, se aceptarán trabajos que no sigan las normas de Vancouver y que incluyan la bibliografía y otras referencias en forma de notas a pie de página.

A continuación se dan unos ejemplos de formatos de citas bibliográficas:

• Revista

1) *Artículo ordinario.* Relacionar todos los autores si son seis o menos; si son siete o más, relacionar los seis primeros y añadir la expresión «et al» después de una coma. Nieto E, Vieta E, Círrera E. Intentos de suicidio en pacientes con enfermedad orgánica. Med Clin (Barc) 1992;98:61821.

Soriano V, Aguado L., Fernández JL, Granada L., Pineda JA, Valls F, et al. Estudio multicéntrico de la prevalencia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana tipo 2 en España (1990). *Med Clin (Barc)* 1991;98:771-4.

2) *Autor corporativo*. Grupo de Trabajo DUP España. Estudio multicéntrico sobre el uso de medicamentos durante el embarazo en España (IV). Los fármacos utilizados durante la lactancia *Med Clin (Barc)* 1992;98:726-30.

3) *No se indica el nombre del autor*. Coffee drinking and cancer of the pancreas [editorial]. *BMJ* 1981;283:628.

4) *Suplemento de un volumen*. Magni F, Rossoni G, Berti F. BN-52021 protects guinea pigs from heart anaphylaxis. *Pharmacol Res Commun* 1988;20(Suppl 5):75-8.

5) *Suplemento de un número*. Garfios G, Cole JO, Haskell D, Marby D, Paine SS, Moore P. The natural history of tardive dyskinesia. *J Clin Psychopharmacol* 1988;8(4 Suppl):31 S-7S.

6) *Número sin volumen*. Baumeister AA. Origins and control of stereotyped movements *Monogr Am Assoc Ment Defic* 1978;(3):352-84.

7) *Indicación del tipo de artículo*. Cárdenes M, Artiles J, Arkuch A, Suárez S. Hipotermia asociada a eritromicina [carta]. *Med Clin (Barc)* 1992;98:715-6. Fuhrman SA, Joiner KA. Binding of the third component of complement C3 by *Toxoplasma gondii* [abstract]. *Clin Res* 1987;35:475A.

8) *Trabajo en prensa*. González JA, Bueno E, Panizo C. Estudio de la reacción antígeno-anticuerpo en enfermedades exantemáticas [en prensa]. *Med Clin (Barc)*.

• Libros y otras monografías

9) *Autores personales*. Colson JH, Armour WJ. Sports injuries and their treatment. 2nd ed. London: S Paul, 1986.

10) *Directores o compiladores como autores*. Diener HC, Wilkinson M, editors. Drug-induced headache. New York: Springer-Verlag, 1988.

11) *Capítulo de un libro*. Weinstein L, Swartz MN. Pathologic properties of invading microorganisms. En: Sodeman WA Jr, Sodeman WA, editors. Pathologic physiology: mechanisms of disease. Philadelphia: Saunders, 1974; p. 457-72.

12) *Actas de reuniones*. Vivian VL, editor. Child abuse and neglect: a medical community response. Proceedings of First AMA National Conference on Child abuse and neglect; 1984, March 30-31; Chicago. Chicago: American Medical Association, 1985.

• Material electrónico

13) *Artículo de revista en formato electrónico* Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [revista electrónica] 1995;1(1) [consultado OS-06-1996]: Disponible en: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

14) *Monografías en formato electrónico* CDI, clinical dermatology illustrated [monografía en CDROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

3. Remisión y aceptación del manuscrito.

Los trabajos se presentarán exclusivamente en formato electrónico. Para ello, el autor enviará un correo electrónico a redaccion@revistaen.es con el manuscrito estructurado tal y como se describe arriba. Añadirá una carta de presentación donde se solicite su examen, exponiéndose claramente que el trabajo no ha sido publicado previamente, que todos los autores están de acuerdo en su contenido y que ceden los derechos de publicación a la Revista AEN. Es necesario adjuntar las adecuadas autorizaciones para la reproducción de material ya publicado.

Salvo algunos trabajos en los apartados especiales, que podrán ser excepcionalmente aceptados por el Comité de Redacción, los manuscritos se someterán a revisión al menos por dos pares ciegos, siendo el listado de lectores publicado anualmente en las páginas de la revista. En caso de discrepancia manifiesta entre los dos revisores, la decisión final quedará a criterio del Comité de Redacción. En cualquier caso, esta se justificará oportunamente a los autores. Siempre que se sugiera efectuar modificaciones en los artículos, los autores deberán remitir, junto a la nueva versión del artículo, una carta en la que se expongan de forma detallada las modificaciones realizadas. Por cada artículo publicado, se enviarán dos ejemplares de la revista al primer autor, pudiendo encargarse más ejemplares, a cargo de los autores, a través de www.tienda-aen.es.

**SOLICITUD DE INGRESO EN LA
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA**

D.....
profesional de la Salud Mental, con título de.....
y con domicilio en.....
Población D.P.....
Provincia
Teléfono:..... Email:.....

Centro de trabajo:.....
Dirección Centro:.....
Población:..... Provincia

SOLICITA:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la Asociación integrada en la A. E. N. de la Autonomía correspondiente, para lo cual es propuesto por los Miembros:

D..... Firma:

D..... Firma:

Fecha:..... de de

Esta solicitud deberá ser aprobada por la Junta de Gobierno y ratificada en la Asamblea General de socios.

La suscripción de la Revista de la AEN está incluida en la cuota de Asociado.

DATOS BANCARIOS:

BANCO/CAJA DE AHORROS:

CÓDIGO CUENTA CLIENTE															
ENTIDAD		SUCURSAL				D. C.		Nº CUENTA							
E	S														
CÓDIGO IBAN															

FIRMA SOLICITANTE

* La solicitud puede ser también realizada a través de www.aen.es

