

AMSM

BOLETIN DE LA ASOCIACION MADRILEÑA DE SALUD MENTAL

Invierno del 92

EDITORIAL

Sabemos que los procesos de reforma psiquiátrica y de creación de servicios de salud mental son complejos y entrañan dificultades

diversas, y que casi nunca son los aspectos técnicos el escollo más difícil.

Además, la reforma también puede generar efectos secundarios, no pretendidos, que convendrá advertir a tiempo. Algunos de estos "efectos secundarios" pueden tener consecuencias muy negativas para los objetivos de las re-

formas asistenciales y predisponer a la población en contra de las mismas (v.g., problema de los "homeless" en USA, o la actitud crítica de ciertos sectores judiciales; o de grupos de familiares en Italia, ante la insuficiencia de dispositivos alternativos tras el cierre de los manicomios).

Hasta la fecha, no podemos decir que, al menos en Madrid, hayamos topado con muchas más dificultades que las que cabría esperar en lo que se refiere a la actitud

Sigue en pág. 2



NOTICIAS DE LA AMSM

El 16 de diciembre se realizó la primera asamblea de la AMSM con la nueva Junta. La asistencia fue muy escasa, hubo problemas con la convocatoria, que no llegó a todos los asociados, pero probablemente influyó también que el tema a debatir no despierte ya mucho interés.

Tras la presentación de las nuevas comisiones se consideraron algunas cuestiones que desde la asamblea se pide a la Junta que lleven a cabo, y que tienen que ver, fundamentalmente, con una mayor presencia en la sociedad civil. Se habló de la necesidad de intervenciones rápidas en la prensa, ante temas polémicos que requieren una respuesta inmediata, y que tendrían que hacerse desde la Junta, y de la creación de grupos de discusión de algunas cuestiones planteadas actualmente, como el informe Abril, que permitan una reflexión y respuesta de la Asociación. Después de esto, Mariano Hernández informó de la situación en que nos encontramos tras la decisión judicial de expulsar a la AEN de la Comisión de Especialidades.

Hubo intervenciones desde la Asamblea criticando que ni se haya llevado este debate a los foros internacionales, ni pedido participación a comités de expertos internacionales ni realizado intervenciones en

Sigue en pág. 3

de la población. Tampoco hemos presenciado ningún alarmismo exagerado en los medios de comunicación ante los cambios. En conjunto, han venido haciendo un discreto seguimiento de las circunstancias de la asistencia psiquiátrica con una actitud que, en mi opinión, puede calificarse de prudente y de tímido apoyo a los proyectos de reforma.

En las últimas semanas han salido a la luz pública dos informaciones que nos remiten a algunos aspectos importantes del estado de la cuestión:

- A finales de diciembre se hacían públicas las conclusiones del informe del Defensor del Pueblo sobre la situación de la asistencia a los enfermos mentales. El informe, que decididamente argumenta en favor de los procesos de reforma, insiste en la persistencia de insuficiencias asistenciales impresentables en diversos lugares del Estado, e insta a la Administración a que adopte soluciones. También incluye referencias a las dificultades que se dan en la aplicación práctica de la legislación por los insuficientes recursos de la infraestructura judicial (... ¿o de las diferentes actitudes de los propios jueces a la hora de aplicar la legislación?). Es imprescindible una mayor cooperación jueces-profesionales para evitar distorsiones en el proceso de asistencia. (Cuando dispongamos del informe completo del Defensor podremos hacer una valoración más precisa, especialmente en lo que se refiere a la CAM.)

- A primeros de enero, otro informe —esta vez de la Concejalía de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid— señalaba que uno de los colectivos que ha pasado a engrosar la población de los albergues municipales es el de los “enfermos mentales”, por no ingresar en los hospitales psiquiátricos. El informe alude a las dificultades derivadas de la externalización psiquiátrica de estos ciudadanos que, sin núcleo familiar de referencia, sin vivienda y sin recursos materiales, se ven abocados a ejercer de transeúntes albergables.

Cierto que no nos compete a los profesionales de salud mental resolver la cuestión de los marginados, pero no podemos ignorar que la insolidaridad y la injusticia alimentan tanto la marginación como el sufrimiento emocional y los difíciles avatares de las biografías de los enfermos. Reclamar recursos (materiales y sociales) que permitan la (re)inserción es tanto un requerimiento profesional como un imperativo ético, además de condición sine qua non para que se consoliden las reformas. Porque ni el cierre de los manicomios, ni la creación de dispositivos de salud mental son los generadores de marginación; aunque, eso sí, la reforma significa la renuncia a encubrir en la institución psiquiátrica a los segregados por las circunstancias hostiles de la vida. Ni debemos

psiquiatrizar la marginación, ni olvidar que muchos de nuestros pacientes no podrán recobrar una calidad/dignidad de vida mínimamente aceptable sin recibir junto a la intención de “la cura” los sopórtos materiales y sociales que les permitan reconocerse como individuos, ciudadanos de pleno derecho.

En el momento actual va cristalizando en nuestra Comunidad un modelo asistencial que satisface buena parte de los requerimientos que tiempo atrás consideramos imprescindibles: servicios públicos dirigidos a toda la población, ordenados en torno al Área de Salud, en los que la atención ambulatoria es el eje de las intervenciones terapéuticas, con permeabilidad intra-extra hospitalaria, engarzados en la red sanitaria general y en estrecha relación con Servicios Sociales descentralizados, estructurando el trabajo mediante el desarrollo de programas, con equipos interdisciplinarios, etc. Probablemente estamos en un momento decisivo para que se consolide este modelo... Es necesario que se resuelvan ciertas insuficiencias y lagunas: el ritmo de los cambios y la provisión de recursos es en muchos casos más lento de lo que cabría esperar. Y así, diversos dispositivos y servicios están seriamente limitados en su capacidad de acción por problemas tales como la provisionalidad de los contratos, la insuficiencia de espacio físico de los locales, la deficitaria dotación de personal administrativo, de enfermería, o de otros profesionales; los programas de salud mental infanto-juvenil, de psiquiatería, aún están funcionando en precario en la mayor parte de las áreas... Y sobre todo, es imprescindible que se extienda y generalice la red de dispositivos intermedios, aún precaria pero avalada por excelentes resultados (Casa de Transición, Centros de Día, pisos protegidos...), cuyo desarrollo resulta ya imprescindible. La reforma no permitirá ahorrar presupuestos, pero sí reintegrar a pacientes, familiares y profesionales la dignidad y la ilusión por el quehacer cotidiano, por el compromiso terapéutico.

Mariano Hernández Monsalve



Viene de la pág. 1

la prensa. Se repite la necesidad de tener una mayor presencia en la sociedad, presencia que podría cambiar la interpretación de las leyes. Un sector de la asamblea considera que hubo una pérdida de negociaciones con la SEP, difícilmente retomable ahora, por no votar a López Ibor en el Congreso Mundial de Atenas, cuando su candidatura fue elegida. La opinión mayoritaria es no aceptar ninguna propuesta que fraccione la Asociación. Excepto los psiquiatras, los demás profesionales tienen sus propias asociaciones y lo que les mantiene en ésta es la interdisciplinariedad. Hubo sólo una persona que defendió adaptar la asociación para no perder, por considerar inviable cualquier otra intervención con éxito en este momento.

Se apunta que la crisis que se ha desatado por esta cuestión tendría que ver, más que con la cuestión misma, con su capacidad en este momento de galvanizar crisis internas de la AEN.

La falta de locales e infraestructura mínima se valoró como un problema importante, que dificulta el trabajo en la AMSM.



EL PROGRAMA PIR DE LA COMUNIDAD DE MADRID

El 5 de junio, el Dr. Mariano Hernández Monsalve envió una carta a la Consejería de Salud, en nombre de la Junta de Gobierno de la AMSM, apoyando el programa PIR de formación de psicólogos clínicos que se está desarrollando por iniciativa de ésta Consejería, considerando que, si bien la experiencia es bastante satisfactoria en general, se detectan problemas que deberían ser subsanados: insuficiente desarrollo de aspectos teóricos, necesidad y posibilidad de ampliar el número de plazas, persistencia del sistema de becarios.

El 19 de junio respondió el Dr. José Ramón Repullo, desde la Secretaría General Técnica de la Consejería de Salud, agradeciendo la carta y justificando el reducido número de plazas por la estrategia de implantación de un programa nuevo, modificable en el futuro, y el carácter de becarios por problemas con el presupuesto económico.

El 7 de octubre respondió D. Miguel Carrasco Asenjo, jefe de servicio de Formación, alegando que faltan estudios que investiguen y cuantifiquen la necesidad de psicólogos clínicos en la Comunidad de Madrid y que esto, junto a las posibilidades de financiación en la Comunidad de Madrid, ha tenido que ver con el número de plazas PIR. Espera que se puedan sustituir las becas por contratos laborales el próximo curso. En cuanto a la formación teórica, se está procediendo a esclarecer la coordinación entre las distintas personas que intervienen en la formación PIR.

VIDA CULTURAL

Al incluir esta sección, no hacemos otra cosa que seguir aquí los consejos de Gregorio Marañón, para quien los ejemplos literarios eran tan instructivos como las descripciones de los médicos, al recoger directamente de la realidad, sin los prejuicios científicos que restan valor humano a las observaciones médicas, los aspectos más profundos de la condición humana. Hemos elegido en esta oportunidad la obra del dramaturgo norteamericano Eugene O'Neill (1888-1953), recientemente representado en Madrid. O'Neill, reconocido como el iniciador del teatro norteamericano, ha dejado constancia en sus obras de sus preocupaciones por el psicoanálisis. Con una mezcla del determinismo existencial y de interpretaciones freudianas de problemas psicológicos; la vida de los personajes se debaten, en ocasiones, en un ámbito adverso sin comprender qué puede ser lo que los atenaza en su interior.

COORDINACION CON ATENCION PRIMARIA

Queremos traer la discusión sobre cuestiones de nuestro trabajo cotidiano que están resultando polémicas, recogiendo la opinión que sobre ellas tengan algunos profesionales.

Hemos comenzado por la coordinación con atención primaria, entrevistando a una directora de Área de Atención Primaria, un médico de familia y una psiquiatra.

ENTREVISTA CON EL DR. JOSÉ CARREIRA, MÉDICO DE FAMILIA

P. ¿De dónde parte la demanda de coordinación con Atención Primaria? ¿De Salud Mental o de los Equipos de Atención Primaria (EAP)?

R. La necesidad en Atención Primaria existía desde hacía tiempo, pero no se le daba respuesta. La coordinación comenzó por decisión política, fue una orden de las direcciones de Atención Primaria y Salud Mental.

P. ¿Existen objetivos explícitos?

R. Explícitos no, pero sí implícitos. Tienen que ver con la formación, la protocolización de tratamientos y, en cierta forma, el adoctrinamiento, en un cambio de actitudes.

P. ¿Cómo se hace, en la práctica, la coordinación?

R. Sobre todo clases, revisión de algunos temas. También discusión de casos.

P. ¿Te parece útil la coordinación? ¿Qué cambiarías y que mantendrías?

R. He pasado por distintas experiencias, unas han funcionado y otras no. Cuando funciona sí hay ventajas, la actualización en temas, la homogeneización de actitudes terapéuticas entre médicos que vienen de formaciones muy diversas. Añadiría trabajo en común de casos. Las experiencias negativas han tenido que ver con profesionales a los que se forzaba desde su dirección a hacer la coordinación. No les interesaba, pero tampoco sabían ni lo preparaban. Venían con una actitud prepotente, de ir a enseñar. Cuando la relación es más de colaboración, funciona mejor. Los psiquiatras deberían unificar criterios sobre lo que pretenden en la relación con Primaria... ahora está de moda la educación para la salud... una cuestión muy ambigua en la que apenas hay publicados resultados positivos, creo que es más útil que nos transmitan herramientas de trabajo fáciles de manejar y de eficacia mínimamente demostrada... para mí fue muy importante empezar a usar los antidepresivos bien. Pero si nos pasan cuestiones como la prevención psiquiátrica o el tratamiento de drogadictos, sin apoyarnos, sin que sepamos qué hacer con ellos, lo único que nos queda es defenderlos.

ENTREVISTA CON LA DRA. MERCEDES ROMAN MUÑOZ, DIRECTORA DE ATENCION PRIMARIA. AREA IX

P. ¿Existe una demanda de coordinación desde los EAP y/o los ESM?

R. En el año 1985 formaba parte de un EAP de Fuenlabrada. Es en este año cuando se crea la USM, esbozándose un primer intento de coordinación, de manera voluntaria, entre la USM y EAP. Con el crecimiento del número de profesionales de esta USM se potencia, en mayor medida, las coordinaciones entre ambos Equipos, tomando más protagonismo SM a nivel institucional.

A partir de 1990 la coordinación se realiza de forma reglada entre la Dirección de AP y la Dirección de SM con una periodicidad de 6 reuniones anuales. En ellas se fijan objetivos comunes.

Paralelamente existen reuniones de coordinación, igualmente de forma reglada, entre los EAP y los SSM correspondientes del Área.

P. ¿Existen objetivos explícitos?

R. Existe un convenio entre salud mental-Comunidad Autónoma y Atención Primaria con una integración funcional de los servicios desde 1987, un comité de enlace establecido a nivel provincial y de sector. Todos los EAP y consultorios tienen su servicio de Salud Mental de referencia.

Los objetivos propuestos a continuación se han elaborado conjuntamente:

1. Mantener reuniones periódicas entre SSM y cada EAP del Área con un mínimo de 6 reuniones anuales.



2. Los Servicios de Salud Mental tenderán a cubrir el 100% de la demanda de interconsulta individualizada con Médicos Generales, Enfermeras y Pediatras del área.

3. Iniciar una coordinación específica de enfermería de AP y SM para establecer pautas comunes relativas a seguimientos de crónicos de Salud Mental y pautas de actuación ante los grupos de riesgo detectados en el diagnóstico de Salud que se está elaborando.

4. Continuar la coordinación entre la Dirección de Salud Mental y de Atención primaria con un mínimo de 6 reuniones al año.

5. Incorporar enfermeras de Salud Mental en las sesiones de distrito de enfermería.

6. Participación de enfermería de atención primaria en la comisión de rehabilitación de Salud Mental.

7. Continuar participando en ambas comisiones de docencia (miembros de Salud Mental en la Comisión de Docencia de AP y Técnico de Salud en la Comisión de Docencia de Salud Mental), de ello se derivarán actividades docentes comunes.

8. Coordinar las actuaciones entre AP y SM en lo relativo al programa Marco de Atención al Niño, durante los meses de abril-mayo-junio.

9. Establecer protocolos comunes Salud Mental-EAP. Los SSM han elaborado una serie de protocolos que en el momento actual se están repartiendo y discutiendo en cada EAP y de ello saldrán acuerdos y pautas de actuación comunes.

En el momento actual la mayoría de los objetivos propuestos para 1991 se han cumplido en este área.

P. ¿Hacia dónde debería dirigirse la coordinación entre

SSM y EAP?

R. La reforma de la AP en España, siguiendo las directrices de la Conferencia Internacional de Alma-Ata, potencia los conceptos de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad. Se debe llegar a objetivos generales con la participación de toda la población mediante actividades de promoción y protección de salud a través del trabajo grupal con colectivos comunitarios.

Es necesaria la actuación sobre estilos de vida que en definitiva van a condicionar la salud-enfermedad de la población. Este es el gran salto cualitativo y el reto de la AP. Para ello es imprescindible una metodología participativa.

El apoyo de los SSM a los EAP es prioritario para llevar a cabo este tipo de actividades, siendo necesario, para ello, el trabajo grupal.

Por último, quisiera decir, aunque suene a utópico, que se debería llegar a una coordinación interinstitucional.

ENTREVISTA CON LA DRA. PILAR MATAMALA, PSIQUIATRA. VALLECAS

P. ¿De dónde parte la demanda de coordinación con Atención Primaria? ¿De Salud Mental, o de los propios Equipos de Atención Primaria (EAP)?

R. Nosotros trabajamos con aproximadamente siete equipos de AP, y la experiencia es múltiple, si bien en la mayoría de los casos la iniciativa parte de Salud Mental, que ofrece la coordinación a estos equipos.

P. ¿Se consensúan los objetivos al comienzo de la coordinación?

R. La formulación es abierta. Se deja, en parte, en manos de ellos que expongan cuál es el funcionamiento que consideran más idóneo. Son objetivos estructurados, pero no consensuados de forma concreta. Hay dos niveles de trabajo, el interno del propio equipo de Salud Mental, y el conjunto con el equipo de Atención Primaria. Quizá, la evolución que observamos es hacia una explicitación más clara de los objetivos.

P. ¿Cómo se hace en la práctica la coordinación?

R. La sistemática de trabajo es una reunión mensual con cada equipo. Una frecuencia más alta de reuniones es difícil de conseguir dada la presión asistencial de todos. Nos resulta fundamental que cada equipo de AP se coordine con un subequipo determinado del CSM, al que recurran directamente. Lo ideal sería que este subequipo se encargase también de los pacientes de ese centro, ya que éste es la base de la coordinación, pero esto sólo se está empezando a conseguir con algunos centros. A los médicos de AP se les da una lista de teléfonos de todos los profesiona-



les e intentamos que siempre se les devuelva un informe del paciente cuando es derivado y al alta y también cuando es importante por la evolución.

En las reuniones se analizan los casos comunes derivados a Salud Mental o que se les devuelven, y sobre esa base, se intenta una generalización que sea útil para un conjunto mayor de pacientes. Durante un primer periodo de tiempo el trabajo es conocerles, conocer su funcionamiento y que ellos conozcan el nuestro, después nos centramos bastante en el trabajo con la primera entrevista de ellos.

De estas reuniones surge, a veces, la necesidad de profundizar conocimientos en algún tema concreto, entonces se puede dedicar alguna reunión a revisar un tema monográfico, pero siempre basándonos en los casos. También a petición de ellos se ha dado un curso más amplio y estructurado, ya, como tal.

P. ¿Te parece útil la coordinación? ¿Habéis hecho balance de la experiencia hasta ahora?

R. Se ha hecho balance en cada subequipo. De las conclusiones que hemos sacado, extraería como más importante en primer lugar el que existen distintos equipos de atención primaria según la motivación, desde los nada motivados, a los de motivación dispar y muy motivados. Es esta motivación la condición imprescindible para el trabajo conjunto, planteándonos cuando no existe, cómo conseguirla y cuando es dispar cómo homogeneizarla. Como segunda conclusión importante destacaría la importancia de conocerse, de no dar por sentadas cosas sobre su funcionamiento, y en tercer lugar el incluir dentro de los trabajos de los subequipos, reuniones previas en que se discutan objetivos, homogeneizar

criterios, etc... y reuniones posteriores en las que se haga un mínimo análisis de lo ocurrido en la reunión conjunta.

Nos parecen útiles las reuniones y una de las cosas que nos planteamos es cómo evaluar esta utilidad. Hay parámetros orientativos, como por ejemplo, la disminución del nivel de angustia de los médicos de AP en el manejo de problemas psíquicos. También disminuye nuestro propio nivel de angustia al conocer a la persona a la que se devuelve el paciente, pensando que va a hacer un seguimiento real.

Lo que no parecería tan indicado sería evaluar la utilidad de la coordinación en función de la disminución del número de derivaciones porque entendemos que ese no es nuestro objetivo principal y pensamos que a corto plazo es posible incluso que aumenten. Lo que sí se persigue es que se derive mejor, con una mínima información y acordándolo con el paciente.

P. ¿Estáis satisfechos desde Salud Mental con el trabajo de coordinación con AP?

R. Yo creo que todos somos cons-

cientes de la importancia del trabajo, pero mi idea es la de un trabajo a largo plazo y con una continuidad, adaptándolo a las características de cada equipo de AP. *P. ¿Qué cambios introducirías en la coordinación?*

R. Fundamentalmente intentar que el trabajo sea más reflexivo, no tan improvisado, dando la posibilidad a los equipos de AP de que vayan orientando el trabajo, pero también sabiendo nosotros a dónde queremos llegar. También existe una falta de preparación, por lo que es importante que los residentes se formen y participen en estos programas. Por parte de los equipos de AP existe una gran disparidad entre su realidad, en cuanto a presión asistencial y formación y lo que se les pide, por lo que es imprescindible que puedan ir funcionando como equipos cada vez más ajustados al modelo teórico.

En cuanto a la sistemática, nos sentimos fundamental un aumento de frecuencia en las reuniones. La periodicidad mensual da tiempo a que se asimilen contenidos, pero sí quizás que pudieran prolongarse más allá de una hora.

LA PRENSA PSIQUIATRICA

Hay artículos o informaciones en nuestro campo que captan más nuestro interés que otros. Evidentemente, en esta sección pretendemos presentar notas de interés sesgado por el ojo de los que los seleccionamos y limitada por nuestro propio acceso a la información. Incluiremos preferentemente, quizás, artículos conceptuales, en el campo del pensamiento y la organización en salud mental, así como revisiones de distintos temas.

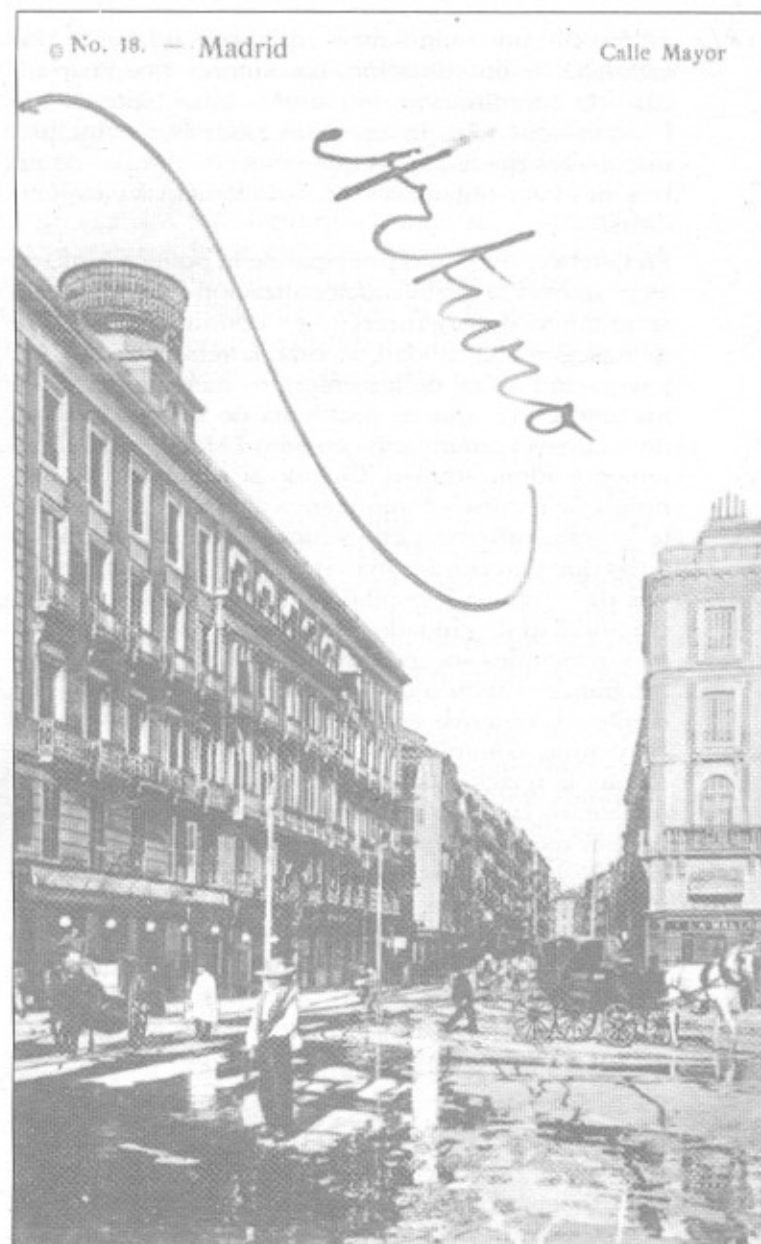
LA FILOSOFIA EN LA MODERNA PSIQUIATRIA

Hoy en día es prácticamente imposible la publicación de un artículo sin haber sometido la hipótesis de partida al método estadístico; sin embargo, no siempre se enseña la epistemología del razonamiento estadístico y las limitaciones del método permanecen oscuras. R. Rosenberg (del Departamento de Psiquiatría Biológica de Dinamarca, Acta Psychiatr Scand 1991, 84) sugiere la necesidad de una nueva disciplina, la

Metapsiquiatría, como instrumento indispensable en la formación de los jóvenes residentes. La nueva disciplina debería integrar elementos principales de la metodología de la investigación clínica así como los elementos principales de la Filosofía de la ciencia. Dos importantes posiciones epistemológicas pueden ser encontradas en la moderna psiquiatría: el empirismo y el racionalismo. Fruto de la primera posición es la operativización de los trastornos psicopatológicos (DSM III), el uso de escalas y métodos de diagnóstico estandarizado. La alternativa epistemológica, el racionalismo, aún tiene una importante influencia en Psiquiatría, a través de la teoría Psicoanalítica. Como forma de integración de modelos, Rosenberg propone una concepción de la Medicina moderna que comprende realismo en el nivel ontológico y empirismo en el metodológico. No sabemos si este planteamiento sería compatible con las ideas de TS Kuhn para quien los conocimientos científicos sólo adquieren significado dentro del paradigma al cual pertenecen, y que el mismo autor utiliza para hacer una crítica a la legitimidad filosófica del eclecticismo. De todas formas nos alegramos de que este tipo de artículos sean cada vez menos atípicos en las revistas psiquiátricas de mayor difusión.

EL SUICIDIO RACIONAL Y EL DERECHO A MORIR

Parece positivo el hecho de que este tipo de temas se empiecen a discutir abiertamente en revistas profesionales y el interés creciente en cuestiones como el derecho a morir, el suicidio racional y el suicidio médicamente asistido (N Engl J Med, 1991, 325, núm. 15). El repaso a las estadísticas anuales elevan el suicidio al rango de problema de salud pública cuyo tema de discusión central se debe orientar a las necesidades y valores del paciente en sí mismas. Estudios sobre suicidio encuentran que el 90% de los sujetos mueren mientras presentan un trastorno psiquiátrico diagnosticable, observación igualmente cierta para los suicidios entre los viejos. Por otra parte, aquellos que toman una decisión "racional" de acabar con sus vidas, es más probable, a juicio de los autores, que no sean reconocidos como suicidas, o que no cumplan sus deseos ateniéndose a normas religiosas o sociales. Atención insuficiente parece haberse prestado, sin embargo, a las actitudes de pacientes terminales. Es llamativo que de 85 suicidios estudiados por los autores sólo 1 tuviera una enfermedad terminal diagnosticada. Como ellos mismos señalan la "racionalidad" es un constructo multidimensional, de forma que la presencia de depresión no implicaría necesariamente que la elección del paciente fuese irracio-



nal, ni al contrario, la ausencia de enfermedad mental implicaría racionalidad.

COORDINACION ENTRE SERVICIOS

Así lo afirman al menos White y Mercier (del Departamento de Sociología de la U. de Montreal. Soc Sci Med Vol 33, 6) al prevenir a los planificadores y responsables de la política sanitaria contra los efectos indeseables de la coordinación entre diferentes dispositivos. Contrasta con las críticas más importantes que se le han hecho a ciertos sistemas de salud,

en los últimos veinticinco años, precisamente por esta falta de coordinación. Los autores examinan un caso de coordinación de sistemas emergente donde las consecuencias indeseables podrían ser incluso más graves que aquellas que ocurren en casos de relaciones inter-organizaciones más limitadas y esporádicas.

En Quebec, un punto principal de la política sanitaria es promover la desinstitucionalización y el desarrollo simultáneo de organizaciones comunitarias (COs) que aseguren la calidad de vida, la rehabilitación y la integración social de los enfermos mentales. Insisten los autores, en que el problema de la coordinación de recursos comunitarios en Salud Mental no es meramente administrativo. Cuando se amenaza la autonomía de recursos comunitarios alternativos, mediante su transformación en estructuras de transición, las áreas que parecen ser más afectadas por los imperativos de contratos hospital-COs, incluyen el acceso, continuidad de cuidado y vigilancia, estructura interna y relaciones sociales, así como la organización de programas. Cuando una de las partes es más dependiente y la otra más autónoma, como es el caso de las estructuras comunitarias e institucionales respectivamente, la relación da lugar a un control y regulación unilateral. Las implicaciones para los usuarios pueden ser menos obvias, pero más cruciales. La integración de las COs en los planes regionales arriesga la imposición de un sistema monolítico de estructuras de transición que amenaza con reproducir los graves fallos que los recursos alternativos tuvieron que constatar en el pasado. Como otras veces, para los pacientes que permanecen marginales al sistema, por propia elección o por azar, no existen recursos disponibles.

DESINSTITUCIONALIZACION EN EUROPA

J. P. Bouchard hace un resumen de la reunión de especialistas europeos de psiquiatría que sobre el tema "Asilo, bastión social" tuvo lugar en Cadillac-sur-Garonne (Francia) en noviembre de 1990 (*L'Evolution Psychiatrique*, 56, 2, 1991). Se puso de manifiesto un formidable consenso occidental, llevado a cabo en grados y velocidades diferentes, cuyo tema central es el acuerdo en considerar el asilo como una estructura de cuidados inadapta, ya que arriesga la exclusión, la cronificación, la estigmatización psiquiátrica y la despersonalización. Los equipos deberán estar diversificados, al nivel de los saberes y de las competencias. Es precisa una interdisciplinariedad real que desemboque en el ideal, sobre una verdadera transdisciplinariedad.

PABELLONES CERRADOS

Eso se preguntan Castandet y cols. (*L'Information Psychiatrique*, 5, 1991) que trabajan en una Unidad para Pacientes Dificiles (UPD) en Boissonnet. Expresando su total acuerdo y la posibilidad actual, gracias a la mejora en los cuidados, de reconvertir los antiguos recursos en estructuras intermedias y actividades extramuros, abordan el problema de los pacientes agitados o violentos y su difícil contención en unidades abiertas. Citando a Boissenin, el paciente difícil parecía haber sido excluido de la teoría del sector. La admisión en la UPD toma la forma de una "estancia de ruptura". A juicio de los autores, lo que es posible en un servicio cerrado por contraposición a uno abierto, es justamente la delimitación clara entre la función coercitiva y terapéutica. Animando el debate en estas importantes cuestiones, promueven, dentro de la perspectiva del pabellón cerrado, la noción de "relevo terapéutico", en contraposición a una tradición de rechazo y abandono inherente a una cierta imagen de los lugares psiquiátricos cerrados.

NUEVA PSIQUIATRIA

Este es el título que Elissa Benedek, presidente de la APA, da al editorial (*Am J Psychiatry* 148;9, 1991), en el que habla de su conferencia en el encuentro anual de la APA. Tras considerar los cambios sufridos por la Psiquiatría en las tres últimas décadas, se centra en algunos de los problemas que ella considera enfrenta hoy en día. Hace una crítica a la política pública actual de su país que, dedicada al ahorro económico, ha cerrado las puertas del sistema de salud mental a los pobres, los que no tienen seguros, los parados y los marginales. Al final de sus reflexiones condensa en 10 puntos, los temas de mayor interés para el establecimiento de la política en salud mental de los próximos diez años. Entre estos puntos destacamos: la necesidad de la Asociación de mantener relaciones con otros grupos profesionales de salud mental, consumidores, aseguradoras...; mantener la capacidad de controlar la cantidad del cuidado a los pacientes; la formación continuada; la capacidad de excluir a aquellos que no cumplan con sus principios éticos o morales; participar y promover causas sociales, etc.

TRASTORNOS DEPRESIVOS

Es el tema del artículo de Perris (*Acta Psychiatr. Scand.* 1991;84). Uno de sus principales postulados es que existe una relación dialéctica continua entre factores potencialmente causantes pertenecientes a diferentes campos y entre individuos vulnerables y su entorno.

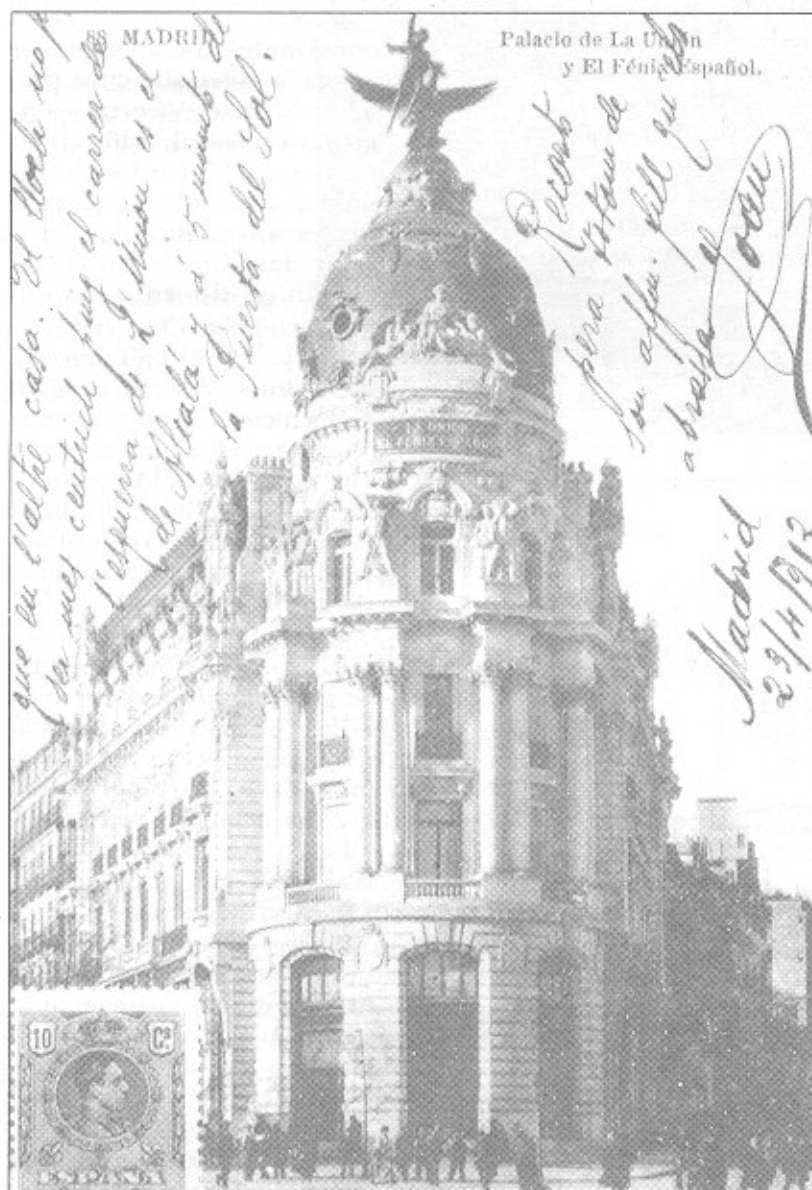
LA PRENSA DIARIA

TRASTORNOS MENTALES Y RESPONSABILIDAD PENAL

José Antonio Rodríguez Vera ha sido condenado por el asesinato de 16 mujeres en Santander. No se ha considerado la tesis de su abogado, que intentó defenderle alegando que es un "psicópata desalmado, y actuaba bajo impulsos irresistibles cuando cometía sus crímenes". El Tribunal recoge en su sentencia que se trata de un "psicópata, con personali-

dad narcisista, tendencia al protagonismo y carente de sentimientos de dolor o arrepentimiento", pero no ha considerado esto como atenuante, ya que el inculpaado estaba en posesión de sus facultades psíquicas y dominaba su voluntad. (EL PAIS, 1 diciembre 1991; EL SOL, 6 diciembre 1991.)

La prensa nos transmite que puede ser condenado al "no tratarse de un enfermo mental". Se confunde así normal y patológico con responsable e irresponsable y se soslaya la discusión, pendiente en nuestro país de la responsabilidad e imputabilidad de los sujetos con trastornos mentales.



MILTON TERRIS EN MADRID

Milton Terris participó en Madrid en unas jornadas sanitarias organizadas por Izquierda Unida. Milton Terris es profesor de Salud Pública en Nueva York, editor de la revista "Journal of Public Health" y autor de un libro ya clásico, "La revolución epidemiológica y la medicina social".

Criticó la mala asistencia que están recibiendo en su país los enfermos pobres, centrándose fundamentalmente en los afectados por el VIH y en los pacientes psiquiátricos crónicos, a los que se está dando el alta hospitalaria sin después ofrecer una atención adecuada: "Sólo se persigue un ahorro de costes...". Un sistema de salud privado conlleva la desatención de los sectores más necesitados.

Consideró el Informe Abril como un intento de privatizar la sanidad española. Privatización que, según su opinión, aumentaría los costes sin mejorar la asistencia.

EL DR. VICENTE NAVARRO Y LA SANIDAD PÚBLICA

El Dr. Vicente Navarro, catedrático de Política y Gestión Sanitaria y de Sociología de la Johns Hopkins University de EE.UU., ha publicado varios artículos en los últimos meses en "Salud 2000", la revista de la FADSP, y en diarios, analizando el informe de la Comisión Abril y denunciando el peligro que conllevaría la privatización sanitaria en nuestro país.

PROTECCION DE MENORES

Hemos seleccionado algunos textos, que nos parecen especialmente significativos, del nuevo proyecto sobre protección de menores que ha elaborado la Consejería de Integración Social de la Comunidad de Madrid.

LA COMISION DE TUTELA DEL MENOR

Una vez asumidas por la Comunidad de Madrid las funciones relativas a la protección de menores, adscritas éstas a la Consejería de Integración Social y creada la Comisión de Tutela del Menor como órgano instrumental para el ejercicio de aquellas funciones, se producen diferentes normas que regulan su composición y formas de actuación.

En virtud de dicha normativa, y con el fin de conseguir el mejor modo de velar por el interés de los menores de manera inmediata y procurarlos cuantas medidas sean precisas para asegurar su adecuada asistencia y atención, la Comisión de Tutela del Menor debe ajustar su actividad a las lí-

neas rectoras y procedimientos que de modo esquemático se reúnen a continuación:

PRINCIPIOS RECTORES:

- Actuar sobre las causas mediante la prevención.
- Propiciar la atención al menor en su medio.
- Priorizar el uso de recursos normalizados, favoreciendo la coordinación interinstitucional.
- Limitar al máximo posible la intervención de la Administración.
- Promover la reinserción en su propia familia y si no es posible, facilitar recursos alternativos a ella.

FACULTADES LEGALES:

- Declarar la situación de desamparo.

• Asumir la tutela, por ministerio de la Ley.

• Asumir la guarda temporal previa solicitud y justificación o por acuerdo judicial.

• Prestar consentimiento y formalizar los acogimientos familiares voluntarios y promover los judiciales en caso necesario.

• Formular propuesta de adopción.

• Promover nombramiento judicial de tutor.

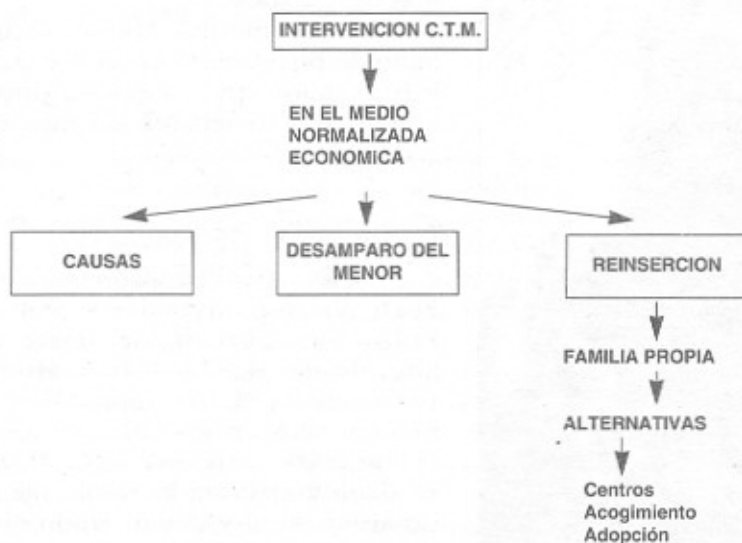
La Comisión de Tutela del Menor es un órgano colegiado cuya presidencia ostenta el Viceconsejero de Integración Social, actúa como secretario un letrado de la Comunidad de Madrid y sus cuatro vocales son técnicos designados por las Consejerías de Educación y de Integración Social.

Como apoyo en el ejercicio de sus funciones, cuenta con un equipo técnico, que estudia, evalúa y establece el diagnóstico psicosocial de la situación, proponiendo la atención más adecuada, y un equipo jurídico-administrativo, para la instrucción y tramitación de los expedientes.

La Comisión de Tutela del Menor tiene reuniones periódicas en las que se propicia la toma de decisiones por unanimidad. Se establece la reserva sobre las deliberaciones, acuerdos y contenido de los expedientes. A las reuniones pueden ser convocados los responsables técnicos de los servicios o centros de atención.

En todos los expedientes deben ser oídos los niños mayores de doce años y quienes ejercieran su potestad o guarda; asimismo pueden ser oídos los que no hubieran cumplido doce años y cuantas personas aporten información sobre el caso. Todas las decisiones que adopte la Comisión de Tutela

PRINCIPIOS RECTORES



del Menor en relación con un menor pueden ser recurridas, en caso de desacuerdo, por sus familiares ante los Juzgados de Familia.

En caso de grave riesgo para el menor, el Presidente puede declarar el desamparo y resolver la Tutela inmediata del menor, dictando las medidas de atención pertinentes. Con independencia de este procedimiento urgente, se iniciará el ordinario que sigue los pasos descritos en páginas siguientes.

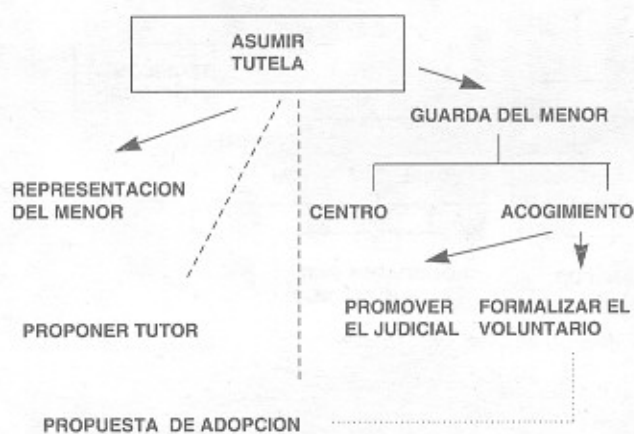
En todo su funcionamiento la Comisión se encuentra bajo la supervisión del Ministerio Fiscal.



FACULTADES LEGALES

TUTELA

SITUACION DE DESAMPARO

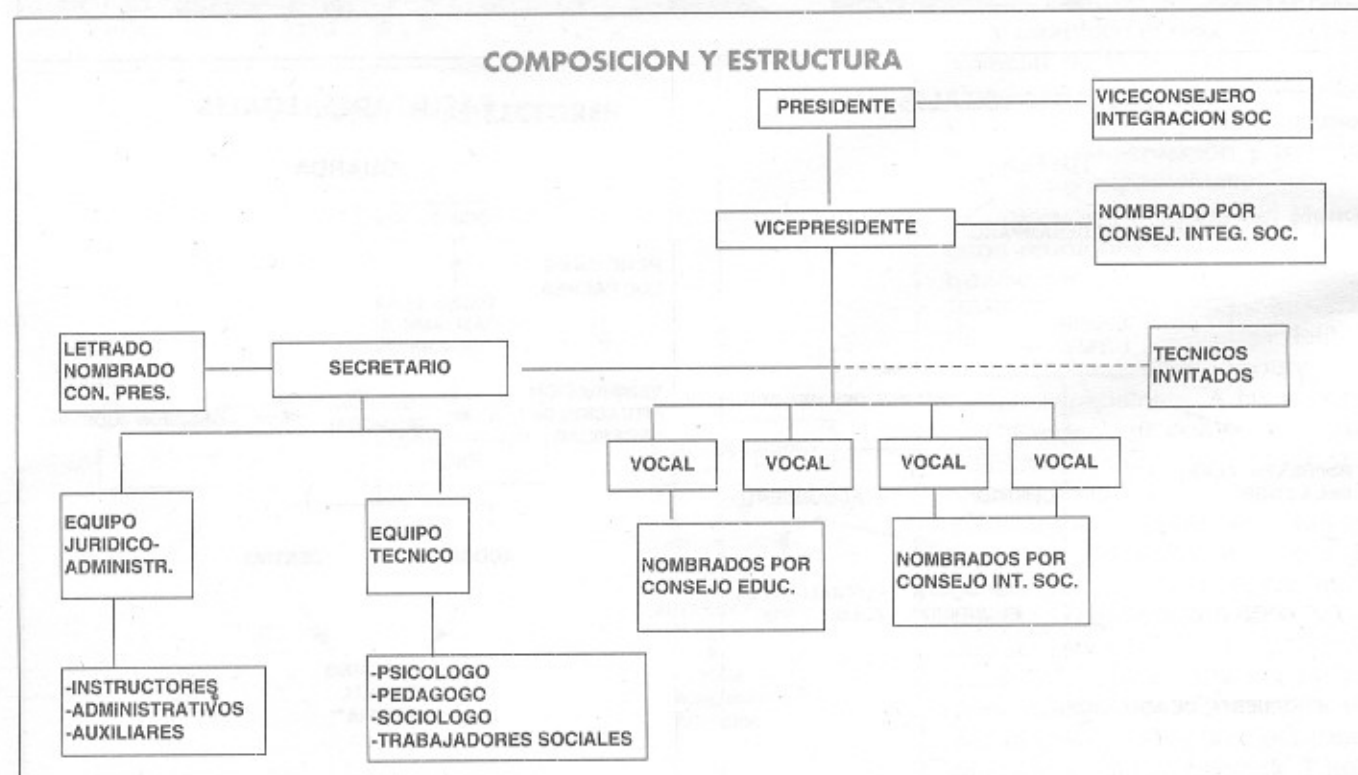
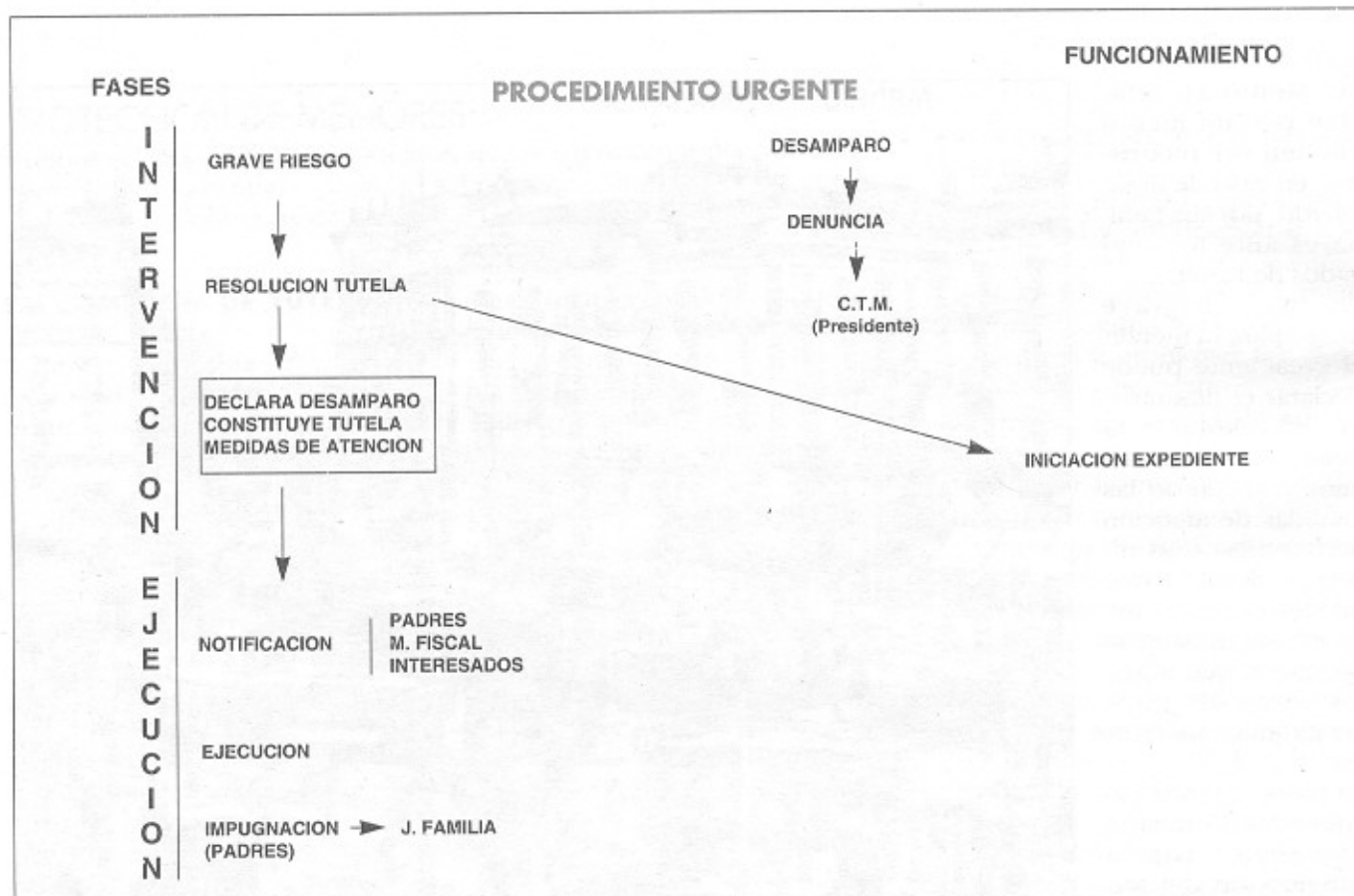


FACULTADES LEGALES

GUARDA

PETICION DE LOS PADRES





PROYECTOS DE INVESTIGACION

En diciembre 91 se celebró una reunión en la Escuela Nacional de Sanidad para presentar el "GIES" y exponer los trabajos de investigación que se están realizando en colaboración con la OMS en Madrid.

El GIES pertenece al Centro Multiinstitucional Colaborador de la Organización Mundial de la Salud en materia de Salud Mental.

Sus funciones son: promover las políticas y planes de Salud Mental de la OMS, investigar sobre problemas técnicos y de salud y formar y asesorar a la población y al personal sanitario en el campo de la Salud Mental.

Se constituye por la unión de varios equipos y unidades de investigación con la Escuela Nacional de Sanidad, que presta su infraestructura y conocimientos.



MADRID: CASINO DE MADRID

OBSEQUIO
DEL HOTEL INGLÉS
MADRID

El Comité de Dirección lo forman los Dres. V. Corcés, M. Desviat, F. Lamata, L. Ramírez, A. I. Romero y T. Suárez. Las actividades de investigación se presentaron siguiendo un protocolo diseñado por el Comité de Dirección del GIES; fueron muchas y variadas, el GIES hará una publicación con todas ellas. Nosotros recogemos exclusivamente los títulos.

• • •

Conceptualización del suicidio. Una valoración crítica en la CAM. La autopsia psicológica como ordenamiento de la recogida de datos.

Análisis de la ideación suicida en una población de adolescentes.

Aportaciones a la conceptualización clínica de suicidio silencioso en una población de ancianos.

Sobre las causas del abandono prematuro del tratamiento en los Centros de Salud mental.

Análisis del uso reiterado y no programado de los dispositivos de urgencias.

Aplicación de la Clasificación internacional de la atención en Salud Mental, de la OMS (Parte I: Actividades curativas) a los dispositivos asistenciales del Área cuatro.

Evaluación transversal de la población censada de pacientes crónicos del Área cuatro. 1ª fase.

Clasificación Internacional de enfermedades ICD 10: criterios diagnósticos para la investigación. RDC 10.

Estudio Epidemiológico y seguimiento de los pacientes atendidos en los dispositivos de Salud mental del Área 8 por intentos de suicidio.

Estudio sistémico del contexto familiar en que aparecen intentos de suicidio

Investigación del perfil general de pacientes atendidos en un Servicio de Salud Mental y su grado de satisfacción subjetiva

El contacto terapéutico con los esquizofrénicos (seguimiento longitudinal)

Suicidio y tentativas de suicidio

Trastornos mentales en la mujer

Patrones de uso de los Servicios de Salud mental. Utilización de un registro acumulativo de casos en la evaluación de servicios

Estudio piloto sobre la aplicación a pacientes psiquiátricos de la clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías

Morbilidad y demanda en Salud Mental en los distritos sanitarios de Getafe, Parla y Leganés. Oferta de servicios. Percepción entre la población de los trastornos mentales y de Servicios de Salud Mental

BIBLIOTECAS DE MADRID

Búsquedas bibliográficas	Sólo personal áreas IV-V	Para cualquier personal sanitario	SI	Sólo personal hospital	Sólo personal hospital	Sólo personal hospital	Sólo personal hospital	Sólo personal hospital	Restringidas
Boletín de novedades	Sumario (mensual) / Últimas adquisiciones de libros / Listado anual nuevas suscripciones	Boletín de revistas de Salud Mental/ B. de revistas de Salud Pública	Boletín de sumarios (semanal). Se envía a quién lo solicita	NO	SI	NO	NO	NO	NO
Intercambio de fondos	Envío de boletines a diversos centros	NO de forma sistematizada	Con cualquier hospital que lo solicite	SI	SI	SI	Con 12 Octubre y Ramón y Cajal	SI	NO (Sólo a través de Centro de Información y Documentación)
Otros	Envío de fotocopias por correo		Envíos de fotocopias por correo/ traducciones/FAX (próximamente)	TRADUCCIONES (en B. Investigación) sólo para personal del hospital			Envío de artículos por correo a través de I.C.Y.T./FAX (Próximamente)		No se envían fotocopias por correo

	Alonso Vega	C.A.M.	Hospital Clínico	Ramón y Cajal	Gregorio Marañón	12 de Octubre	La Paz	Severo Ochoa	Instituto Cajal (C.S.I.C.)
Dirección y teléfono	5-86-74-08		5-44-15-00				7-35-01-41		2-61-18-00
Personal especializado	SI (1 encargada)	SI (3 personas)	SI	SI	SI	SI	SI (una bibliotecaria y dos auxiliares)	SI	SI
Horario	9-2 / 3-4 (L-V)	8-3 (L-V)	9 a.m.-8,30 p.m. ininterrumpido (L-V)	B. GENERAL: 8-10 p.m. (L-V) / B. ENFERMOS: 8-3 p.m. (L-V) / B. INVESTIGACION: 9-5 p.m. (L-V)	8-9 p.m. (L-V)	8-9,30 p.m. (L-V)	8-9 p.m. (L-V)	8-3 p.m. (L-V)	8-9 p.m. ininterrumpidamente (L-V)
Modo de acceso	Libre	Libre para personal sanitario	Libre	Libre	Libre	Personal sanitario en general	Libre para cualquier personal sanitario	Libre para cualquier personal sanitario	Libre (se recomienda llevar carta de presentación)
Fondos de la biblioteca	Libros y revistas médicos	Libros y revistas sobre Salud Pública	Revistas médicas	Revistas médicas (lo relacionado con Psiqu. en B. general)	Revistas médicas (lo relacionado con Psiqu. en B. general)	Revistas médicas (lo relacionado con Psiqu. en B. general)	Revistas y libros médicos	Revistas y libros médicos (no hay revistas psiqu.)	Libros y revistas sobre SNC y biomedicina en gral. Colección de libros antiguos
Préstamo	Sólo personal áreas IV y V	Sólo personal de la Consejería	No (consulta en la sala)	Sólo personal del hospital	Sólo personal del hospital	Sólo personal del hospital	Sólo a personal hospital (únicamente revistas)	Sólo personal del hospital	Sólo investigadores del Consejo
Servicio fotocopias	Personal áreas IV y V (el resto con autorización)	SI. Puede solicitarse envío por correo	SI / Una de libre acceso en biblioteca y otra por encargo	SI (Dentro biblioteca) Libre acceso	SI (dentro biblioteca). Libre acceso. Funciona sólo tardes. Mañanas por encargo	SI (Dentro biblioteca). Libre acceso	2 fotocopadoras dentro de la biblioteca	Fuera de la biblioteca. Libre acceso; se requiere permiso	SI
Informatización	Próximamente	SI	Próximamente	SI	SI	SI	Parcialmente	SI	SI
Base de datos	CURRENT CONTENTS / EXCERPTA PSQUIATRICA / CD-ROM	MEDLINE / CD-ROM	CURRENT CONTENTS / MEDLINE / EXCERPTA MEDICA	MEDLINE / I.M.E.	MEDLINE / EXCERPTA MEDICA	MEDLINE	MEDLINE	MEDLINE / CD-ROM	MEDLINE / CURRENT CONTENTS

REUNIONES, JORNADAS, SIMPOSIUMS Y CONGRESOS

II Jornadas de psicología de la sociedad española de psicología. Catalunya:

Psicología, avances tecnológicos y científicos.

Lugar: Terrasa

Fecha: 6-7 febrero 1992

Información: Secretaría Jornadas: Dr. Eduardo Carbonell. C/ Valencia, 287, pral. 2ª.

08009 Barcelona.

Tel. (93) 2071985

II Symposium internacional de mitos y XXX Congreso nacional de psicoanálisis: "Mitos de ayer, de hoy, de mañana".

Lugar: Oaxaca, México

Fecha: 12 a 15 febrero 1992

Organiza: Asociación Psicoanalítica Mexicana

Información: Bosque de Caotas, 67.

Fracc. Bosque de las Lomas.

Deleg. Miguel Hidalgo.

11700 México D.F.

Tel. 5967427

I Congreso internacional de

psicología aplicada a los trastornos cardiovasculares.

Lugar: Valencia

Fecha: 26, 27, 28 febrero 1992

Información: Departamento de Congresos de la Agencia de Viajes de El Corte Inglés.

C/ Moratín, 14, 8º A.

46002 Valencia.

Tel. (96) 3512290.

Fax. (96) 3522631

Conferencia Europea de Comunidades Terapéuticas.

Lugar: Berlín

Fecha: 26 a 29 febrero 1992

Información: Dr. Reinhold Bess.

C/ o Drogenhilfe Tannenhos.

Berlín - Mozart Str. 32-36.

D-W 1000 Berlín, 49

Jornadas internacionales: rehabilitación psiquiátrica y estructuras intermedias.

Lugar: Oviedo

Fecha: 26, 27, 28 marzo 1992

Información: Hospital Psiquiátrico Regional.

Carretera de Rubín, s/n. 33011

Oviedo.

Tel. (98) 5290067

Simposium iberoamericano sobre sueño e hipnosis.

Lugar: Granada

Fecha: 27 a 30 abril 1992

Organiza: Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC. Grupo de Investigación Promoción de Salud).

Información: Asociación Española de Psicología Conductual.

Apdo. postal 3061. 18080

Granada

Jornadas sobre economía y salud: "Efectos del proceso de integración europea".

Lugar: Madrid

Fecha: 27, 28 y 29 mayo 1992

Organiza: Asociación Economía y Salud.

Entidad Colaboradora Escuela Nacional de Sanidad (ENS).

Información: Escuela Nacional de Sanidad.

C/ Sinesio Delgado, 10.

Tel. 3148117.

Fax. 3231078

Jornadas italoespañolas "Enfoque ecológico y tratamiento de las dependencias". De la terapia familiar a la intervención ecosistémica.

Lugar: Génova

Fecha: 29-30 mayo 1992

Información: Dozt. Pier Gioglio Semboloni.

S.S.M. V. Navisano 14-16/156

Génova. D.

Tel. 010/655-5814.

Lunes: 9 a 2.

Fax. 010/605685

C. A. y L. 1502. MADRID - Plaza de Castelar



INFORMACION PRELIMINAR

Primer congreso internacional sobre el conductismo y las ciencias de la conducta

Lugar: Guadalajara, México
 Fecha: 5-9 octubre 1992
 Fecha límite de recepción de trabajos: 1 mayo 1992
 Información: Profesor Emilio Ribes
 Centro de Estudios e Investigaciones en Psicología.
 Universidad de Guadalajara
 12 de Diciembre 204,
 Apdo. postal 5-374
 Col. Chapalita Guadalajara,
 Jalisco 45030 - MEXICO
 Tfno.: (36) 21-11-58
 FAX: (36) 26-01-11

Congreso Iberoamericano de psicología 1992

Fecha: 5-10 julio 1992
 Lugar: Madrid
 Información: Congreso Iberoamericano de Psicología

C/ Nuñez de Balboa, 58, 5ª dcha.
 28001 MADRID
 Tfno.: 4355212/4318571
 FAX: 5779172

XXV Congreso Internacional de Psicología

Lugar: Bruselas
 Fecha: 19-25 julio 1992
 Fecha límite de inscripción y recepción de trabajos: 29 febrero 1992
 Información: Gery D'Ydewalle, Dpto. of Psychology.
 University of Leuven, B-3000 Leuven, Belgium
 Tfno.: 32-16-233941

Schizophrenia 1992: Poised for change

Lugar: Vancouver, Canadá
 Fecha: 19, 20, 21, 22 julio 1992 (hasta el 14 de mayo de 1992 la tarifa de inscripción es menor)

Información: Schizophrenia 1992
 c/o Venue West Ltd.
 #645-375 Water Street
 Vancouver, B.C.
 CANADA V6B 5C6
 Tfno.: (604) 681-5226
 Facsimile: (604) 681-2503

V Congreso internacional e interdisciplinario de la mujer

Lugar: San José de Costa Rica
 Fecha: 22 al 26 de febrero de 1993
 Fecha límite de recepción de resúmenes de propuestas: 1 abril 1992
 Información: Universidad de Costa Rica,
 P.O. Box 2060. San Pedro, Costa Rica
 Tfno.: (506) 34-1495
 FAX: (506) 53-4601

CURSOS Y MASTERS

Master en sexualidad humana

Fecha: Enero 1992-Junio 1993
 Lugar: Enseñanza a distancia
 Organización: UNED y Fundación Universidad Empresa (FUE)
 Profesores: José Antonio Nieto Pineroba
 Precio: 270.000 ptas.
 Información: Santa Cruz de Marcenado 33, entre, puerta 6

28015 MADRID
 Tfno.: 5417132 / 5417265

Master de Dirección y Organización de Hospitales y Servicios de Salud

Fecha de inicio: Enero 1992
 Lugar: Valencia
 Información: Universidad Politécnica de Valencia
 Cno. de Vera, s/n- 46022 VALENCIA

Tfno.: (96) 3877062 / 3877061
Terapia de pareja y familia: el enfoque estructural analítico
 Fecha: Febrero-Marzo 1992.
 Miércoles de 16.00 a 17.30 hs.
 Profesora: Raquel Meizoso
 Información: Elipsis
 Diego de León 44, 3ª izda.
 28006 MADRID
 Tfno.: 4112442 / 5646227

CONFERENCIAS, MESAS REDONDAS Y DEBATES

Ciclo de Conferencias y Mesas Redondas: Las psicoterapias en la institución pública

Organiza: Asociación Madrileña de Salud Mental

Lugar: Salón de Actos del Hospital de la Cruz Roja

Avda. Reina Victoria 26

Hora: 19,30 horas

Entrada libre

-Jueves 13 de febrero:

"Las psicoterapias desde el psicoanálisis"
(Conferencia)

por Eric Laurent (Psicoanalista de l'Ecole de la Cause freudienne. Docente de la Sección Clínica de París. Psicólogo en el Hospital Psiquiátrico Ste. Anne-París)

-Jueves 12 de marzo:

"La psicoterapia sistémica en la institución pública"

por Pier Giorgio Semboloni (Psiquiatra de los SSM de la 9ª U.S.L.-Génova. Psicoterapeuta didacta del Centro Milanés de Terapia familiar)

-Miércoles 8 de abril:

"Las psicoterapias desde el modelo cognitivo-conductual"
(Conferencia)

por M. Dolores Avia

(Catedrático de Personalidad, evaluación y tratamientos psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid)

-Miércoles 13 de mayo:

"Las psicoterapias de grupo en la institución"
(Mesa redonda)

Intervienen:

Juan Carlos Azcárate (SSM de Salamanca-Chamartín)

Francisco Chicharro (SSM de

Leganes-Fuenlabrada)

Félix García Vilanova (SSM de Getafe)

Miércoles 10 de junio:

"Equipos multidisciplinarios y psicoterapia"
(Mesa redonda)

Intervienen: un psiquiatra, un psicólogo, un A.T.S. y un asistente social aún por determinar

Ciclo: "Temas freudianos"

Organiza: Elipsis

Lugar: Diego de León 44, 3ª izda.- 28006 MADRID

Tfno.: 4112442 / 5646227

Día y Hora: Martes de 20.00 a 21.30 hs.

-11 febrero 1992:

"La teoría de la seducción generalizada u "originaria", planteada por Jean Laplanche"

por José Gutiérrez Terrazas

-10 marzo 1992:

"Lo femenino y lo masculino en la identificación"

por Emilce Dio Bleichmar

-7 abril 1992:

"La sublimación en la clínica psicoanalítica"

por Carlos Sopena

-12 mayo 1992:

"El narcisismo en la encrucijada de las estructuras intersubjetivas e intrapsíquica"

por José Gutiérrez Terrazas

Ciclo de Conferencias en el Instituto psiquiátrico "José Germain"

Organiza: Comisión de Docencia Areas IX-X

Lugar: Hospital Psiquiátrico Santa Isabel

C/ Luna / LEGANES

Tfno.: 6930200 (Centralita)

Día y Hora: Quincenalmente, miércoles, 14.00 hs. (confirmar

previamente)

-29 enero 1992:

"Pacientes crónicos adultos jóvenes"

por Alberto Fernández Liria

-12 febrero 1992:

por Rafael Cruz Roche

-11 marzo 1992:

por Héctor Fiorini

Ciclo sobre neurosis obsesiva

Organiza: Instituto del campo freudiano

Lugar: C/ España 13, 1ª 28010 MADRID

Tfno.: 5943635 / 5943331

Día y Hora: Un miércoles al mes a las 21.00 hs.

-29 enero 1992:

"El padre en la neurosis obsesiva" por Beatriz Garavelli y Oscar Gutiérrez

-26 febrero 1992

"Modalidades de defensa en la obsesión"

por Dolores Castrillo y Rodolfo Ladaga

-25 marzo 1992

"El superyo y la subjetivización de la culpa"

por Oscar Caneda y Miriam Chorne

-29 abril 1992

"Encuentro y repetición en la neurosis obsesiva"

por Susana Carro y Amanda Goya

-27 mayo 1992

"La neurosis obsesiva en la infancia"

por Ana Mª D'Amato y Nieves González

-24 junio 1992

"La religión, la superstición y la muerte"

por Francisco Monivas y Francisco Perena

Ciclo de debates "Malestares de fin de siglo"

Organiza: Instituto del campo freudiano

Lugar: Españolito 13, 1º
28010 MADRID

Día y hora: De enero a junio de 1992. Un viernes al mes a las 20.00 hs.

Ciclo temas-debate "Hacia la feminización de la norma"

Organiza: Elipsis

Lugar: Diego de León 44, 3º izda.
28006 MADRID

-Viernes 10, 17 y 24 enero 1992,
19.00 hs.

"Las éticas del Otro Generalizado
y las éticas del Otro Concreto:

una perspectiva feminista"

por Celia Amorós

-Viernes 20 marzo 1992, 19.00 hs.

"Una propuesta de mirada alternativa de la representación de la mujer en el arte"

por Estrella de Diego

PREMIOS Y BECAS

IV Premio "Juan Obiols", convocado para dar difusión a los actuales conceptos sobre epidemiología, diagnóstico y tratamiento de las depresiones.

Contenido de los trabajos: Avances y aspectos actuales de la investigación en todos los campos relacionados con las depresiones, preferentemente los psicológicos.

Dirigido a médicos con ejercicio profesional en España, especificando si lo hacen en nombre propio o en equipo.

Formato: Trabajos originales. Extensión mínima 100 folios y máxima de 200 (incluyendo figuras, tablas, fotografías y bibliografía), mecanografiados a doble espacio.

Dotación: 500.000 ptas.

Fecha límite de recepción de los trabajos: 31 diciembre 1992.

Envío de trabajos: Original y fotocopia, bajo sistema de lema y plica a:

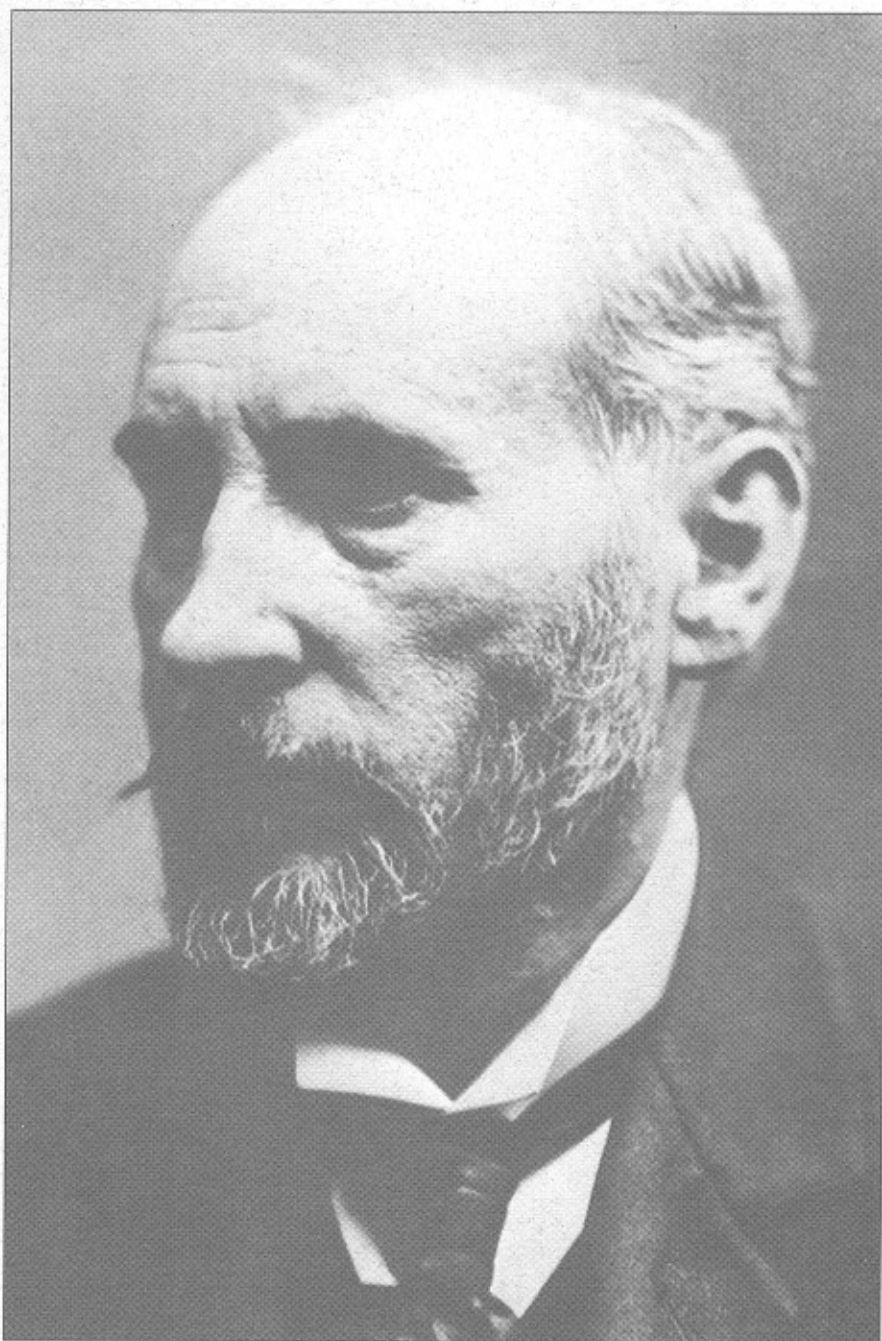
Premio "Juan Obiols"

Secretaría del Comité para la Prevención y tratamiento de las Depresiones (PTD España).

Unidad de Psiquiatría y Psicología de la Facultad de Medicina.

C/ Casanova 143

08036 BARCELONA



LIBROS

ANDREW SIMS:

"SYMPTOMS IN THE MIND"

Baillière Tindall, 1988, 2ª reimpresión 1991. 11,95 Libras
Como indica su subtítulo, el libro está dirigido fundamentalmente a introducir al psiquiatra en formación, en el campo de la Psicopatología descriptiva, entendida ésta como el "estudio sistemático de la experiencia y conductas anómalas". Está dividido en 23 capítulos, que cubren todos los aspectos de la psicopatología clásica (memoria, conciencia, pensamiento, lenguaje...). Si bien el autor reconoce sus raíces en la Psicopatología General de Jaspers, intenta una actualización de las descripciones clásicas en el trabajo actual.

HENRY MAUDSLEY: LAS CAUSAS DE LA LOCURA.

Colección: Clásicos de la Psiquiatría. Ediciones Dorsa. Madrid. 1991.

Selección de textos de la segunda edición de *The Physiology and Pathology of Mind*, de 1868. Con prólogo de Valentín Corcos y traducción, introducción y notas de Raquel Álvarez y Eduardo Balbo.

Henry Maudsley, alienista inglés, es una figura paradigmática del siglo XIX, tanto por su relevancia social como por la intención, diseño y arquitectura de su producción teórica que sintetiza en este campo el saber de la época victoriana.

En Francia, y en relación con el debate que allí se está dando sobre la relación y los límites entre lo psiquiátrico y lo judicial, se han publicado dos libros interesantes:

LANDRY, M: L'ETAT DANGEREUX. París. La Pensée Universelle. 1990.

SCHERRER. LE PSYCHIATRE ET LE CRIMINAL. L'APPROCHE DE L'EXPERT. París. Masson. Coll. de médecine légale, toxicologie, économie. 1990.

ANDERSON, B. ZINSSER, J.: HISTORIA DE LAS MUJERES, UNA HISTORIA PROPIA. Vol 1 y 2. Ed Crítica. Barcelona. 1991.

Es una extensa y cuidada obra, producida tras años de investigación, que permite conocer y reflexionar sobre la cara oculta de la historia, el papel que ha jugado en ella la mitad de la humanidad, sus aportaciones y condicionamientos en las distintas épocas. En el 2º volumen se incluye un apéndice a cargo del Instituto de Investigación Feministas de la Universidad Complutense de Madrid, sobre la historia de las mujeres en España.

En los centros ambulatorios estamos atendiendo una demanda que es predominantemente de mujeres. Esta obra puede dar claves para entender mejor lo que está ocurriendo.

REVISTAS

HISTORY OF PSYCHIATRY

En un terreno de gran interés, como la historia de nuestra especialidad, esta revista editada por German Berrios y Roy Porter, es la única publicación dedicada en forma exclusiva a temas de historia de la psiquiatría y que incluye también la edición de textos clásicos. *History of Psychiatry*, es una publicación trimestral. Algunos de los temas publicados hasta el momento son:

Otto M. Marx: German romantic psychiatry.

Andrew Scull: Psychiatry and social control in the nineteenth and twentieth centuries.

Antonio Colodrán: Bartolomé Llopis (1906-1964)

Raquel Álvarez: The History of Psychiatry in Spain.

Pedidos de información y suscripción, escribir a:

ALPHA ACADEMIC

Halfpenny Furze, Mill Lane

Chalfont St Giles, Buckinghamshire HP & 4NR
Inglaterra.

AMSM

BOLETIN DE LA ASOCIACION MADRILEÑA DE SALUD MENTAL

Junta de la Asociación Madrileña de Salud Mental**Presidente**

Mariano Hernández Monsalve

Vicepresidentes

Carmen Gallano, Enrique Juárez

Secretaria

Consuelo Escudero

Tesorero

Marcos Astasio

Vocal de Publicaciones

Josefina Mas Hesse

Vocales

Blanca Franco, Fernando Mansilla

Rinaldo Nodarse, Genoveva Rojo

Redacción

Marcos Astasio, Eduardo Balbo

Carolina Cabrera, Yolanda Espina

Josefina Mas Hesse, Beatriz Rodríguez Vega

Ana Isabel Sanz

Fotocomposición

DinArte, s. l. • 733 90 85•

Imprime

Gráficas Hergos, s.a.l.

Depósito Legal

M- 6.580 - 1992

Impreso con papel reciclado

