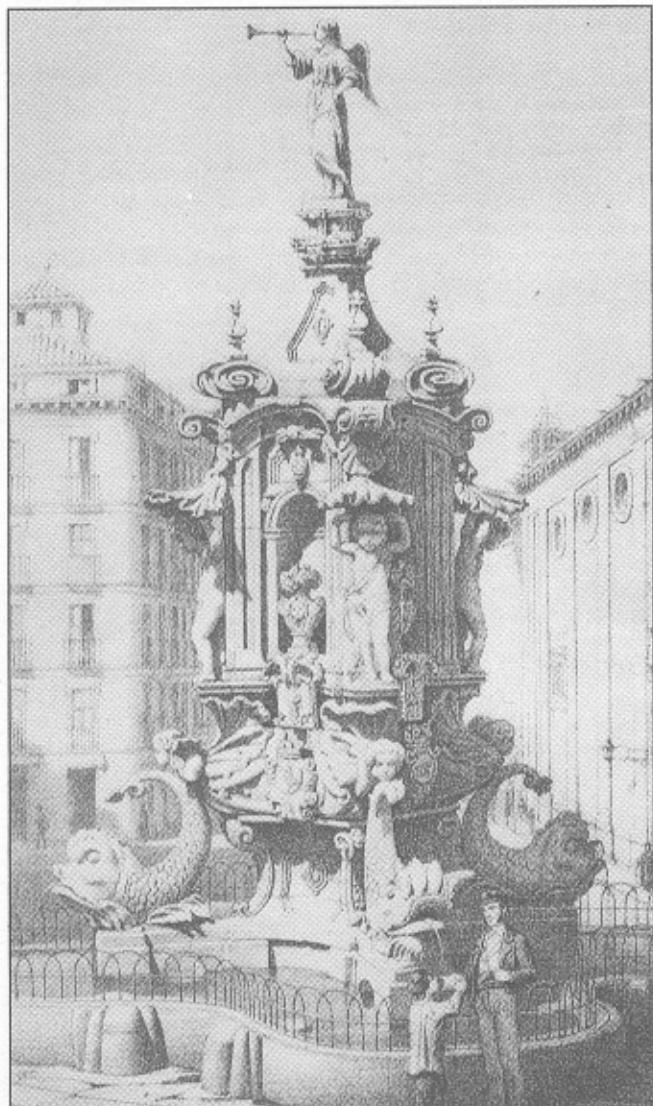


EDITORIAL

En los últimos meses están resolviéndose diversas convocatorias de plazas de la C.A.M. que nos afectan muy directamente: se cubrieron las plazas de enfermería para servicios de salud mental, ya hay resultados de la convocatoria de plazas de psicólogos, las de psiquiatras



Fuente de la Fama. Dibujo realizado y litografiado por J. Cebrián en el siglo XIX.

están en curso, y las de trabajadores sociales han sido convocadas recientemente. Lo que debieran ser buenas noticias —¡cancelar tantas eventualidades!, ya que se convocan casi todas las plazas generadas en los últimos 6 ó 7 años— queda ensombrecido ante las inoportunas condiciones de las convocatorias (motivo de carta al Consejero de Salud el 5 de febrero de 1991, publicada en el n.º 36 de la Revista de la A.E.N. y en el Boletín de la Madrileña de abril del 91).

Así, por ejemplo, las plazas de *enfermería* para salud mental aparecían indiferenciadas entre las de servicios pediátricos, médicos o quirúrgicos, sin que se requiriera ninguna formación específica en salud mental, y con unos programas centrados en enfermería somato-hospitalaria que ignoraban cualquier referencia a las cuestiones psicológicas de la práctica profesional.

Se mantenía la originalidad en la convocatoria de *psicólogos*. Esta vez los de salud mental compartían temario, tribunal y examen con los de servicios pedagógicos y de integración social.

Y la de *psiquiatras* —para no ser menos— asignaba el mismo tribunal para éstos que para anestesistas, ingenieros e informáticos. Aunque, lógicamente, con temario específico y Comisión Asesora ad hoc.

Pero, además de cuitas burocráticas y de distorsiones diversas en las convocatorias, es alarmante el descuido de la profesionalidad que se refleja en los baremos: ni una concesión a la investigación ni a la docencia (viejos vicios de profesionales ociosos), ni una mención al M.I.R. en las plazas de psiquiatras; y ninguna consideración a las características que definen trayectorias y perfiles profesionales que, supuestamente, pudieran ser los idóneos para las plazas. La ocasión —el ser la mayor convocatoria de plazas de psiquiatras que hayamos conocido, y que pasarán a ser el grueso de los psiquiatras de los servicios públicos para los próximos largos años— merecía mejor suerte.

Pues, por lo visto, en materia de personal, recursos humanos, provisión de plazas y demás misterios de esa índole, nuestra administración autonómica parece dispuesta a seguir proporcionando el lastre para evitar que las reformas asistenciales, los nuevos dispositivos, los nuevos proyectos... puedan animarse demasiado. Mientras tanto, en otros rincones se sigue clamando por el establecimiento de la llamada "carrera profesional" (¿tendrán los sindicatos alguna propuesta original al respecto?); y en otros, por la necesaria acreditación de actividades de formación/docencia según la calidad, etc. En fin, un conjunto de cuestiones de máxima importancia en la perspectiva profesional, y a los que creo debiéramos dedicar un tiempo en nuestra Asociación.

Mariano Hernández Monsalve

ACTIVIDADES DE LA A.M.S.M.

A comisión de docencia ha iniciado un ciclo de conferencias sobre psicoterapias en la institución pública, que inauguró el profesor Laín Entralgo. Se ha hablado desde el psicoanálisis (Eric Laurent), la teoría sistémica (Pier Giorgio Semboloni), y las teorías cognitivas (María Dolores Avia).

La comisión de clínica ha querido acercarse a ésta invitando a celebrar sesiones clínicas. "Un caso de psicosis maníaco depresiva" fue presentado por Mary Fé Bravo y Pedro Cuadrado; "A propósito de un niño con motricidad inhibida" por Enrique Serrano y Paloma de Pablos. La comisión de asistencia ha comenzado su proyecto de celebrar mesas redondas sobre distintos programas con una sobre "Asistencia psicogeriatrica" que no pudo realizarse por falta de público. (Hay, en cartas a la redacción un comentario sobre esta mesa.)

La sección de historia de la psiquiatría se presentó con una interesante y amena "mesa y tertulia" sobre las "Aportaciones literarias al desarrollo de la teoría psiquiátrica en España", a cargo de Mariano Hernández Monsalve y Juan Casco.

La asistencia a las diversas actividades ha sido muy variada, desde mesas que atrajeron la atención general a otras en las que hubo muy poca gente, hasta el punto de hacer peligrar su realización.

Por otra parte, y siguiendo la petición de la última asamblea, se han puesto en marcha dos comités que van a estudiar los temas de la nueva regulación de las psicoterapias y el Informe Abril o el futuro de la sanidad pública. Informarán después a los asociados, para posibilitar una toma de postura. Como pensamos que se conoce menos lo referente a la titulación de psicoterapeutas, hemos pedido a Consuelo Escudero, que está participando en distintos espacios de debate sobre ésta cuestión, que nos la explique. A continuación publicamos de forma sucinta la información que nos ha facilitado.

ACERCA DE LAS PSICOTERAPIAS

Desde hace años existe, tanto en nuestro país como en Europa, la preocupación por regular y clarificar el campo de las psicoterapias. Este sector, formado por múltiples técnicas y teorías, ha ido creciendo en importancia y extensión, sin conseguir paralelamente la unificación en cuanto a titulaciones y regulación legal. Las diferencias existentes entre los 12 países miembros de la C.E.E., son amplias y plantean desarrollos y aplicaciones de lo más dispares.

Dentro de esta panorámica la Nederlandre Vereniging voor Psychotherapie (NVP), asociación holandesa que ha logrado una normativa reguladora del ejercicio de la psicoterapia en su país desde 1986, convocó en diciembre de 1990 una conferencia sobre la situación de la psicoterapia en Europa.

En dicha conferencia se acordó comenzar el proceso de formación de una Asociación Europea para la Psicoterapia (EAP), que agrupará a las asociaciones de psicoterapias de los países miembros de la C.E.E.

A partir de esta convocatoria, se han realizado varias reuniones para estudiar las diferentes situaciones de los países europeos, así como las posibilidades de unificación.

De cara a la libre circulación de profesionales, se hace necesario desarrollar y ajustar las leyes nacionales de regulación del ejercicio de la psicoterapia, con la legislación que la C.E.E., ha de elaborar. Por tanto, la futura EAP deberá lograr acuerdos básicos sobre el estatuto profesional del psicoterapeuta.

Dentro de este estatuto, las líneas de trabajo que se han ido recortando giran en torno a la titulación previa del futuro terapeuta y a los requisitos mínimos de la formación específica.

En cuanto al primer tema, el consenso más amplio reconoce las titulaciones de médico y psicólogo, sin excluir la necesidad de estudiar otras posibles titulaciones y señalando la tendencia europea, de que sean psicólogos clínicos y psiquiatras quienes accedan a la titulación especializada.

En cuanto a la formación, dada la enorme diversidad entre unos países y otros, se ve necesaria una homologación tanto en la formación de pre-grado como en la post-grado. Se perfila la idea de una formación general que reúna diversas orientaciones y campos, seguida de otra especializada.

Estos dos aspectos son los que la Asociación Europea deberá estudiar y desarrollar, en representación de las asociaciones de profesionales, tanto nacionales como europeas.

En España, se ha iniciado el proceso de formación de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP), que se propone reunir a las asociaciones profesionales de psicoterapeutas de nuestro país, con los objetivos de estudiar la situación española en torno a la formación y acreditación de psicoterapeutas, y de servir de interlocutor legal con la Asociación Europea.

La AMSM ha decidido estar presente en el proceso de creación de dicha Federación, ya que nos parece importante reflexionar y valorar las posibles repercusiones del establecimiento de una formación específica en psicoterapias y sobre el trabajo que desarrollamos en la red sanitaria pública.

Como medio de reflexión estamos desarrollando un grupo de trabajo sobre formación y acreditación en psicoterapias que pueda aportar datos que permitan a la Asociación definirse sobre estos temas.



San Pedro.

LOS PIR EN MADRID

CARTA ENVIADA al Dr. Sabando, Consejero de Salud de la C.A.M. el 23 de marzo de 1992, por el Dr. Mariano Hernández Monsalve, Presidente de la A.M.S.M.

Sr. Consejero:

Desde esta Asociación Madrileña de Salud Mental estamos siguiendo con gran interés el programa de formación de especialistas en Psicología Clínica-P.I.R., que se está desarrollando en nuestra Comunidad, por iniciativa de esa Consejería, y al que ya ha accedido una segunda promoción de psicólogos.

Desde la Asociación estamos colaborando a través de nuestra representante en la Comisión de Seguimiento del mismo, además de la lógica participación de muchos profesionales de la salud mental en las actividades clínicas y docentes que se llevan a cabo en los distintos Servicios de Salud Mental implicados en la formación P.I.R.

El desarrollo del programa lo valoramos globalmente, como muy positivo, si bien nos sigue resultando preocupante que los profesionales que acceden al P.I.R., sigan estando vinculados a través de un sistema de "becarios", sin relación laboral alguna con la Administración. Como ya hemos señalado en ocasiones anteriores, creamos que esa situación "provisional" debe dar paso ya a formalizar una relación contractual laboral, análoga a la establecida desde hace años con los M.I.R. Nos parece una exigencia derivada del reconocimiento de

su actividad profesional, y de la necesidad de garantizar la continuidad de los programas P.I.R.

Esperando que esta cuestión merezca su atención, y pueda resolverse de cara a la próxima convocatoria.

ENCUESTA DE SATISFACCION

Hace más de un año, la Junta de la AMS envió a todos los socios una encuesta sobre satisfacción profesional, elaborada por la comisión de asistencia. Reproducimos aquí los resultados, cruzados con las variables más significativas. El análisis de la varianza no ha sido posible en muchos casos por el tamaño de la muestra. Se envió una encuesta especial a los MIR, pero sólo respondieron 16.

ESTADISTICA BASICA

Encuestas respondidas: 99 (la cuarta parte de los socios).

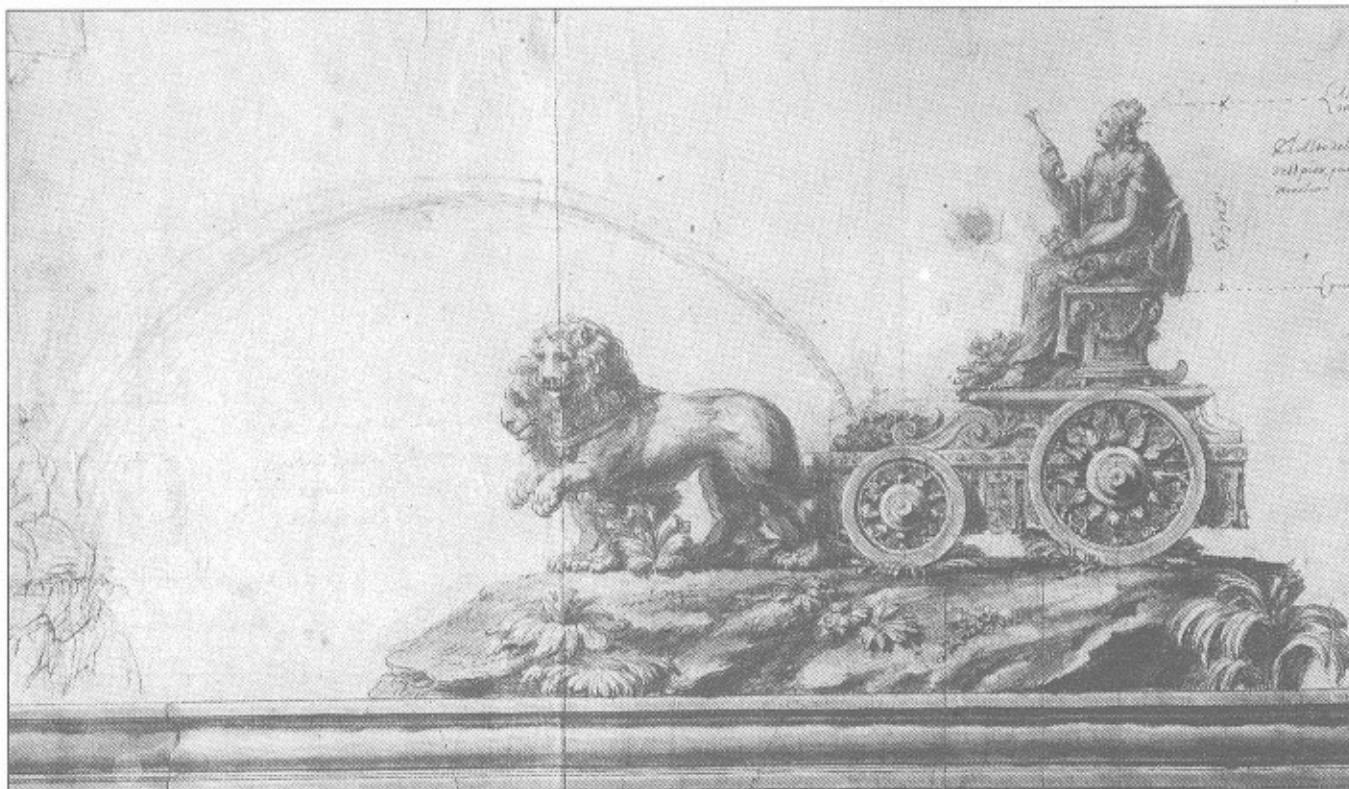
Sexo: 53% mujeres, 46,9% hombres.

Profesión: 5,1% DUES, 26,3% psicólogos, 9,1% terapeutas ocupacionales, 53,65% psiquiatras.

Años de ejercicio profesional: De 0-4 años, 12,1%; de 5-9, 33,3%; de 10-14, 23,2%; de 15-19, 19,2%; más de 20, 12,1%.

Sólo el 51% tiene contrato fijo.

Trabajan en la pública el 87% y en la privada el 25%.



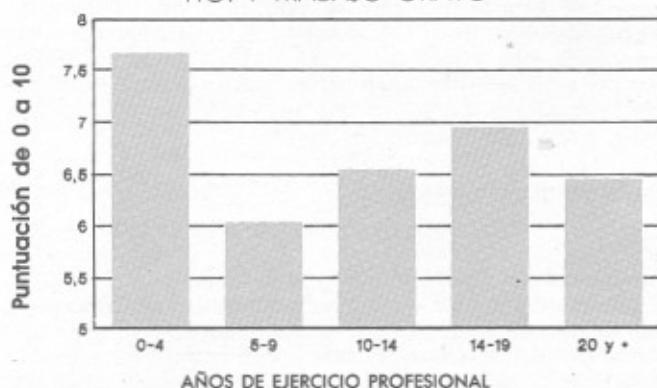
Dibujo de la fuente de Cibeles, realizado por Ventura Rodríguez.

RESULTADOS. VARIABLES CUALITATIVAS Y ANÁLISIS DE LA VARIANZA

El trabajo es valorado como grato con una media de 6,5, relevante con 7,5, estimulante con 6, y no distendido 4,3.

Es más grato y estimulante para los que llevan menos de 4 años de ejercicio, mientras que los que menos puntuán son del grupo de 5 a 9 (fig. 1).

FIG. 1 TRABAJO GRATO



Aunque no se considere nunca como distendido, los que más puntuán éste ítem son los que llevan de 0 a 4 y más de 20 años.

Es más grato para los que trabajan en la privada que para los que lo hacen en la pública.

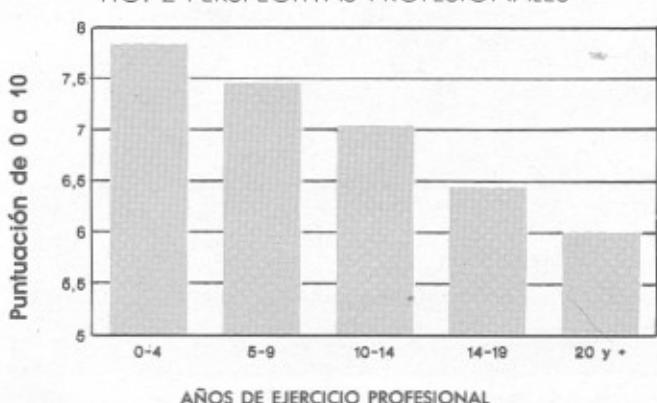
No hay diferencias por profesión ni sexo.

Considera que existe correspondencia entre formación y experiencia con la actividad profesional que se realiza con una media de 6,7.

Los que menos puntuán son los que llevan de 5 a 9 años de experiencia profesional, no hay diferencias entre sexos, la media es mayor para psicólogos que para psiquiatras.

Las perspectivas de cambio en uno o dos años hacia condiciones más favorables, tiene una media de 7,04, varía claramente con el tiempo de experiencia profesional, decreciendo al aumentar ésta (fig. 2).

FIG. 2 PERSPECTIVAS PROFESIONALES



No hay diferencias entre profesiones. Las mujeres dan mejores puntuaciones que los hombres. Los que trabajan en la privada mejores que los que lo hacen en la pública.

Cambiarían de profesión, en igualdad de condiciones laborales, sólo un 19%. No hay diferencias significativas, pero cambiarían menos los que llevan menos de 5 años y los psicólogos.

Piensen cambiar de centro un 46% de profesionales, en todos los tramos de tiempo trabajado, hasta llegar a los de más de 20 años, que no quieren hacerlo. Mucho más las mujeres que los hombres y sólo un poco más psicólogos que psiquiatras.

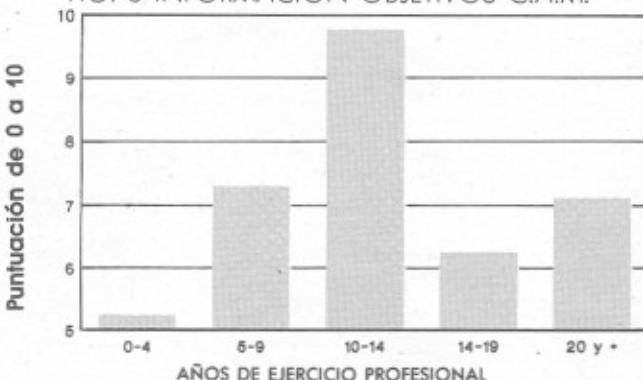
Los móviles para el cambio son el cambio de equipo, para un 84%, el cambio de condiciones de trabajo para un 86%, la proximidad al domicilio para un 75%, las condiciones económicas para un 76%.

De todas las actividades que se realizan la que resulta más grata es la atención al paciente, con una media de 8,6; la siguen docencia y formación con 7,8; trabajo en equipo y actividades con grupos de población, con 7,8; y la coordinación con otros equipos e instituciones con un 7.

El peso de las tareas burocráticas se considera excesivo (media de 6,87), sin diferencias entre profesiones ni entre sexos. Las puntuaciones máximas las dan los que llevan de 0 a 4 años de ejercicio profesional.

La información sobre los objetivos de la C.A.M., para la atención a la salud mental/reforma psiquiátrica es buena, tiene una media de 7,38. Aunque sin diferencias significativas puntuán más psiquiatras y mujeres. La curva que relaciona con el tiempo de ejercicio profesional, revela claramente diferencias generacionales en la permeabilidad a la información, que es mucho mayor en los que llevan de 10 a 14 años (fig. 3).

FIG. 3 INFORMACION OBJETIVOS C.A.M.



El acuerdo con éstos objetivos tiene una media de 6,8 sin diferencias entre sexos ni profesiones. La curva por tramos de tiempo trabajando es similar a la anterior en su forma, pero las diferencias son mucho menores.

La información con respecto al distrito donde se trabaja alcanza un 7,3 con una distribución por profesión, sexo y tiempo de experiencia profesional similar a la de información sobre la C.A.M.

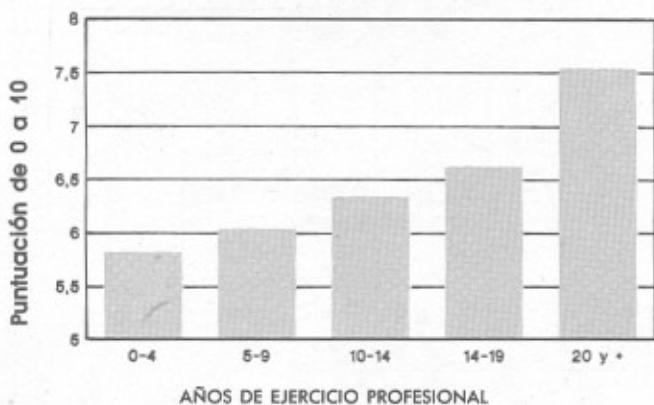
La opinión con respecto a lo que se hace en el distrito es de relativo acuerdo, con una media de 6,4; sin diferencias entre sexo ni profesión. El grupo que está más de acuerdo es el que lleva de 10 a 14 años, y el que menos el de más de 20.

Se considera que hay oportunidades de participar en la organización de las actividades del equipo, con un 7,3; tanto psicólogos como psiquiatras, más hombres que mujeres, más los que trabajan desde hace 10 a 14 años y menos los que llevan de 0 a 4.

Se considera que en el trabajo predominan la colaboración y la buena comunicación con una media de 7,1 dando puntuaciones un poco más altas los hombres, los psiquiatras, y los que llevan más de 20 años trabajando.

La posibilidad de desarrollo de nuevas iniciativas se considera fácil con una media de 6,4, algo más fácil para hombres y psiquiatras. Los que peor opinan son los más jóvenes, después sube paulatinamente (fig. 4).

FIG. 4 POSIBILIDAD NUEVAS INICIATIVAS



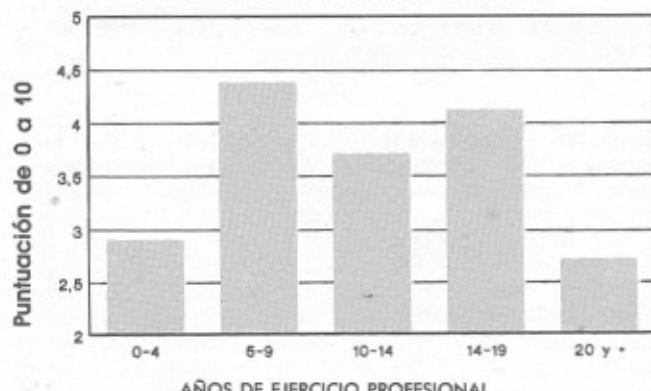
Las respuestas a la pregunta de qué limitaciones afectan al trabajo resultan bastante sorprendentes. Limitaciones de espacio y mala organización interna sacan un 5 cada una, exceso de demanda, mala infraestructura administrativa y falta de recursos materiales se queda en 4,5.

Coherente con esto resulta que no se considere necesario incrementar los recursos humanos. Responden que debería haber más psiquiatras un 38%, más psicólogos un 39%, más ATS un 32%, más trabajadores sociales un 36%, más administrativos un 46% y más "otros" un 28%.

El sueldo se considera escaso, con una media entre adecuado y escaso de 3,7. Los grupos que puntuán como peor pagados son los que tienen de 0 a 4 o más de 20 años de experiencia profesional, y los hombres. No hay diferencias entre psicólogos y psiquiatras.

El 81,4% considera que deberían existir incentivos económicos, y el 50% que deberían existir "otros incentivos".

FIG. 5 VALORACION DEL SUELDO



Crean que se debería trabajar sólo en un servicio público un 58%, sólo en uno privado un 0%, en ambos un 41%. En esta pregunta no hay diferencias entre sexo, profesión ni experiencia.

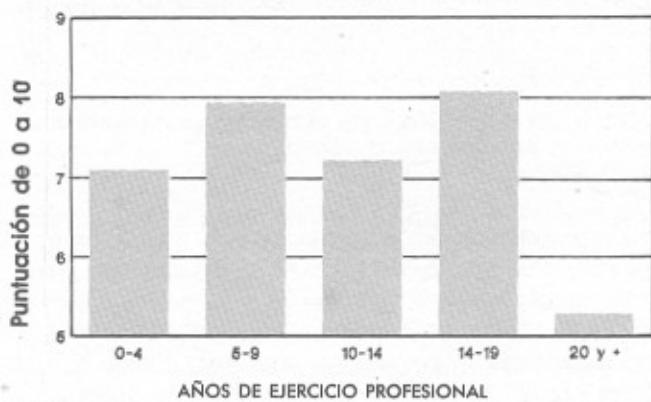
Las oportunidades en el servicio público para docencia tienen una media baja, un 5,2; para investigación un suspenso, 4,4; y para la asistencia a congresos u otros intercambios un 5,5. No hay diferencias entre variables.

Los principales intereses profesionales son realizar trabajo clínico, con una media de 8,3 y recibir formación (8,8), las siguen trabajar en equipo, (7,9), investigar sobre psicopatología, (7,2), psicoterapia (7,5), salud pública y epidemiología (6,9); realizar actividades docentes (7,3), y participar en reformas asistenciales. La investigación en psicobiología no interesa (3,2).

El interés por las reformas asistenciales es mayor en mujeres, psicólogos y personas que llevan de 10 a 14 años en la profesión.

El interés por la clínica y docencia disminuye en los que llevan más de 20 años trabajando (fig. 6).

FIG. 6 INTERES POR LA DOCENCIA



El interés por la formación es claramente superior en mujeres y en el grupo más joven, descendiendo paulatinamente con la edad, para estabilizarse alrededor del 7 en los de más de 14 años trabajando.

El interés por trabajar en equipo es mayor en las mujeres y en los que llevan menos tiempo.

CESAR VALLEJO, CENTENARIO DE SU NACIMIENTO

La publicación de los *Heraldos Negros* (Lima, 1918), inaugura una nueva época en la poesía hispanoamericana. El verso del cholo andino, preñado de pasión, de un pesimismo plural, desgarradoramente humano, rompe con la atmósfera preciosista del momento —fuentes, ninas y cortejos dominaban la América de Rubén Darío— y recoge con desgarrada, honda ternura, e inmensa fuerza creadora, la melancolía de un pueblo, de todos los pueblos. "Hay golpes en la vida, tan fuertes... yo no sé! / Golpes como del odio de Dios; como si antes ellos, / la resaca de todo lo sufrido / se empozara en el alma... Yo no sé!"/. Hubiera podido ser su única obra, escribe su compatriota José Carlos Mariátegui; no por eso habría dejado de ser un creador absoluto. Cuatro años más tarde, con *Trilce*, Vallejo ha elaborado definitivamente su verso. Una escritura cada vez más genuina, americanísima, de rota sintaxis, comprometida, humana, política, socialmente: "Ya va a ser el día, ten / fuerte en la mano tu intestino grande, reflexiona, / antes de meditar, pues es horrible / cuando le cae a uno la desgracia / y se le cae a uno a fondo el diente".

Con esa apasionada sensibilidad presente en cada uno de sus versos: "Considerando en frío, imparcialmente / que el hombre es triste, tose, y, sin embargo, / se complace en su pecho colorado; / que lo único que hace es componerse / de días; / que es lóbrego mamífero y se peina.../

Considerando / que el hombre procede suavemente del trabajo / y repercute jefe, suena subordinado; / que el diagrama del tiempo / es constante diorama en sus medallas / y, a medio abrir, sus ojos estudiaron, / desde lejanos tiempos, su fórmula famélica de masa...

Comprendiendo sin esfuerzo / que el hombre se queda, a veces, pensando, / como queriendo llorar, / y, sujeto a tenderse como objeto, / se hace buen carpintero, suda, mata / y luego canta, almuerza, se aboton...

Considerando también / que el hombre es en verdad un animal / y, no obstante, al voltear, me da con su tristeza en la cabeza...

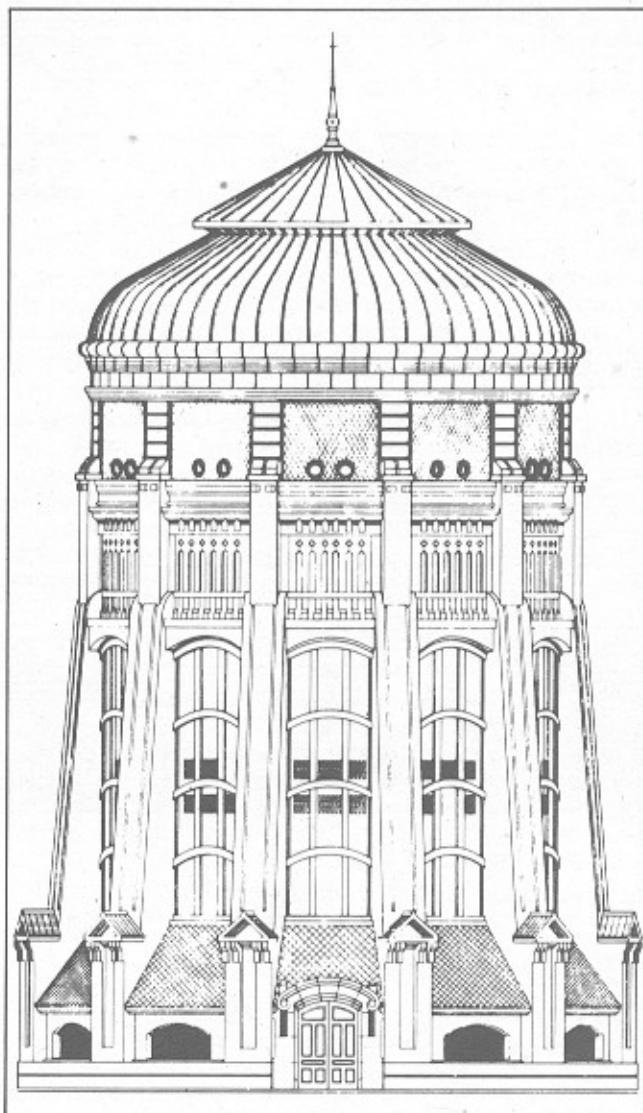
Examinando, en fin, / sus encontradas piezas, su retrete, / su desesperación, al terminar su día atroz, / borrándolo...

Comprendiendo / que él sabe que le quiero, / que le odio con afecto y me es, en suma, indiferente...

Considerando sus documentos generales / y mirando con lentes aquél certificado / que prueba que nació muy pequeño...

le hago una seña, / viene, / y le doy un abrazo, emocionado. / Qué más da! Emocionado... Emocionado..."

Versos de *Poemas humanos*, publicados póstumamente con *Aparta de mi este cáliz* —quizá las más bellas y



El depósito elevado de agua del Canal de Isabel II, construido entre 1908 y 1911.

estremecedoras palabras sobre la Guerra Civil española ("Niños del mundo, / si cae España —digo, es un decir— si cae... ¡Qué viejo vuestro 2 en el cuadernol!—, escritos en ese París gris donde murió, como predijo, «con aguacero un día del cual tengo ya el recuerdo».

Re-descubrir a Vallejo, la poesía, un tiempo y un espacio que rompe el cerco de la mediocre cotidianidad, nombrando de nuevo las cosas, contraveniendo las atropelladas, apretadas y ordenadas horas de nuestro diario hacer, quizás no sea inútil. Antes de la caída, dice Joyce en el Ulises, Adán copulaba sin gozar.

Manuel Desviat

I.V.E.: POLEMICA EN SALUD MENTAL

La despenalización del aborto supuso una cierta complicidad de psiquiatras, que con un informe que dictamina grave peligro para la salud mental de la mujer en caso de proseguir el embarazo, han hecho posible la mayor parte de los abortos legales en los últimos siete años. Abortos que se han realizado, sobre todo, en centros privados (sólo el 3,8% de los I.V.Es legales se realizan en la red sanitaria pública, según datos oficiales).

A pesar del pequeñísimo porcentaje que ha pasado por los centros públicos, se ha suscitado un debate que ha llevado a conclusiones muy diferentes en distintos equipos o se ha obviado en algunos centros "como si" el cambio de marco legal no les afectara.

Salud mental ha quedado en una situación incómoda, ante una demanda que cuestionaba el rol del psiquiatra. La exigencia de una intervención psiquiátrica marcó un acto médico como el I.V.E dándole un sentido diferente. No todo el mundo estaba de acuerdo en colaborar con una Ley que juzgaba insuficiente. Por otra parte, el que los psicólogos quedasen excluidos de este tipo de peritajes, cuando pueden realizar cualquier otro, resulta contradictorio.

La mayor parte de los abortos se han realizado en centros privados, legales o no; por eso incluimos a Marisa Castro, defensora, desde hace años, de la despenalización del aborto y a tres psiquiatras de la red pública, cuyos equipos han tenido distintas posturas ante la realización de informes psiquiátricos.

Actualmente se está discutiendo en el CGPJ la ampliación de posibilidades para poder abortar de forma legal. En este contexto nos ha interesado traer a debate una cuestión que, aunque parece que va a cambiar, aún no está cerrada.

ENTREVISTA A MERCEDES CAMPILLOS ALONSO

(Psiquiatra del CPS de Retiro del Ayuntamiento de Madrid.)

Pregunta: ¿Se hacen en tu centro peritajes a mujeres que demandan un I.V.E? ¿Ha sido planteado en tu equipo?

Respuesta: Sí, se hacen peritajes a las mujeres que demandan un I.V.E. Es una cuestión que ha sido debatida en mi equipo. En los C.P.S., hay un servicio de Planificación Familiar que es donde se reciben las demandas. Al realizar la primera cita se explica que acudan con su pareja. No obstante acuden solas en un 50%.

En el Centro trabajamos conjuntamente Planificación Familiar y Salud Mental. La atención que se realiza en

los casos de I.V.Es es, en primer lugar una historia clínica ginecológica, posteriormente son derivados a una entrevista con Salud Mental. Una vez realizada la interrupción del embarazo hay una nueva revisión ginecológica y entrevista con Salud Mental.

P.: ¿Qué opinas de que sean los informes psiquiátricos que dictaminan riesgo psíquico para la mujer los que están posibilitando la mayor parte de los abortos legales en nuestro país?

R.: Es la consecuencia evidente y previsible de como es la ley basada en supuestos. El supuesto a que con más facilidad se pueden acoger las mujeres es el de riesgo psíquico.

En cuanto a la ley opino que parece más adecuado una ley de plazos.

Con respecto a la entrevista psiquiátrica puede tener valor en el sentido de que la mujer debe tener un espacio de reflexión sobre la decisión a tomar, los motivos, los inconvenientes, las dificultades, pensar en un planteamiento de la situación en general. La entrevista tiene un valor preventivo. Una decisión tomada en cortocircuito puede ser perjudicial *a posteriori*. Otra cosa es la necesidad de un informe psiquiátrico para hacer un I.V.E que me parece que no es necesario.

P.: ¿Qué se valora en los peritajes?

R.: Se valora qué motivos tiene la mujer para tomar esta decisión, su situación familiar, la situación de pareja, la situación de relaciones, el apoyo social y la situación económica.

P.: ¿Cuántas entrevistas se realizan?

R.: Depende del caso, una o dos entrevistas de 1 hora de duración generalmente. En caso necesario pueden ser más.

P.: ¿En tu opinión aparecen problemas en la mujer después de realizarse un I.V.E?

R.: No, que duda cabe que un aborto es un hecho importante y significativo en la vida de una mujer, evidentemente no pasa sin más, pero eso no quiere decir que aparezcan problemas después de un I.V.E.

Hacemos seguimiento de los casos y habitualmente no aparecen trastornos graves. En alguna ocasión se han manifestado relacionados con conflictos anteriores en los que el I.V.E viene a ser un factor más en una situación pero, por eso, no es un desencadenante de situaciones patológicas.

Por eso es importante tener una entrevista previa para que puedan tomar una decisión claramente. Constatamos que las mujeres salen muy aliviadas de la entrevista. Lo importante es que las mujeres manifiesten que quieren interrumpir el embarazo. Cuando vienen con la pareja, la actitud de ellos es de apoyo, pero la decisión la toma la mujer.

Las edades son muy variadas, desde adolescentes de más de 40 años, aunque la mayor parte de la de-

manda está comprendida entre 20 y 30 años. En las adolescentes hay un problema añadido, que es el pedir el permiso paterno. Además de las entrevistas con ellas, les decimos que tenemos que hablar con sus padres, la actitud de éstos es, normalmente, de apoyo.

Al valorar cualquier demanda de IVE se pone en evidencia una constelación de motivos que en las adolescentes, principalmente, son la interrupción de proyectos vitales, la inestabilidad de pareja y los motivos económicos.

En las mujeres de alrededor de 40 años existen otros problemas, como el miedo a la anormalidad fetal, miedos por su propia salud y también implica interrupción de proyectos.

Por último, la demanda en este Centro no se ha visto incrementada, lo que no significa que globalmente no vaya en aumento. El motivo es la facilidad de conseguir direcciones en clínicas privadas para demandar un IVE.

ENTREVISTA A MERCEDES HELLIN

(Jefe de los SSM de Fuenlabrada.)

Pregunta: ¿Se hacen en tu Centro peritajes a las mujeres que lo solicitan para realizar un I.V.E.?

Respuesta: Sí, se hacen sistemáticamente cuando una paciente es derivada desde el ginecólogo.

P.: ¿Este tema se ha discutido en tu equipo?

R.: Ha sido discutido en varias ocasiones, porque es un tema delicado, conflictivo. En la actualidad todo el mundo está asumiendo la demanda procedente de los ginecólogos, pero ha habido momentos concretos, en determinadas circunstancias en que se ha tenido que retomar el tema en reuniones de equipo. Yo creo que el conflicto fundamental no deriva en sí del motivo de la derivación, sino en qué marco legal estamos funcionando y de qué manera los informes que nosotros estamos haciendo a estas mujeres están dando pie a mantener una situación con la que para nada estamos de acuerdo, yo creo que eso es lo más delicado.

P.: ¿Qué opinas de que sean los informes psiquiátricos que dictaminen grave peligro para la salud psíquica de la mujer los que estén posibilitando la mayor parte de los abortos legales en nuestro país?

R.: Bueno, yo creo que de alguna manera lo he contestado en la pregunta anterior. Pienso que no debería ser así, que debería existir una ley libre de aborto, y que la intervención psiquiátrica estaría indicada cuando la mujer necesitara ayuda en los Centros de Salud Mental.

P.: ¿En caso de peritaje, qué se valora?

R.: Nosotros realizamos una entrevista de evaluación y la asumimos como una demanda más en Salud Mental.

P.: ¿Cuántas entrevistas necesitáis?

R.: En principio, no se necesitaría más de una o dos entrevistas de evaluación, habitualmente es suficiente con una.

P.: En tu opinión, ¿aparecen problemas psiquiátricos después del aborto voluntario?

R.: No es nada frecuente. En nuestra experiencia casi nunca vuelven a consulta por este motivo.

ENTREVISTA A ANTONIO FERNANDEZ MORAL

(Jefe de los Servicios de Salud Mental de Centro.)

Pregunta: ¿Se hacen en tu Centro peritajes a mujeres que demandan un I.V.E.? ¿Ha sido planteado en tu Equipo?

Respuesta: En nuestros Servicios no existe un Programa específico, para evaluación del estado psíquico de mujeres que solicitan una I.V.E.

Se atienden las peticiones de pacientes del Centro que puedan plantear esta problemática. También se han efectuado peritajes en alguna ocasión, pero de forma aislada y a título individual.

Efectivamente, el tema se ha comentado en alguna Reunión de Equipo.

Había quien pensaba que el lugar adecuado para efectuar este tipo de trabajos de evaluación, no tienen por qué ser los Centros de Salud Mental, sino las instituciones que solicitan la evaluación las que deberían organizar unidades administrativas especializadas con personal formado para estos menesteres.

Otra opinión era la de quienes piensan que los Servicios de Salud Mental han de hacerse cargo de todos estos trabajos.

También se debatió el tema desde la perspectiva que podríamos llamar "psiquiatrización de lo social". Formulado de manera simple: ¿Deben los Servicios de Salud Mental y, por tanto, los Facultativos de estos Centros, hacerse cargo de las deficiencias de cobertura legal que suponen los tres supuestos actuales para realizar una I.V.E.?

Estas y otras consideraciones hicieron pensar que, dada la importancia del tema, no cabía adoptar una postura aislada sino esperar a la apertura de un debate global en el Servicio de Salud Mental.

P.: ¿Qué opinas de que sean los informes psiquiátricos que dictaminan riesgo psíquico para la mujer los que están posibilitando la mayor parte de los abortos legales en nuestro país?

R.: La respuesta es conocida por todos. El supuesto de peligro para la salud psíquica de la mujer, es el único que permite un cierto juego con los límites de la ley. La ley deja así abierta una puerta falsa, la mujer la aprovecha, y el psiquiatra le proporciona el vehículo (obrando según le dictan su conocimiento, conciencia y voluntad).

P.: ¿Qué se valora en los peritajes?

R.: En los casos que han sido valorados en el Centro, se ha considerado tanto la psicopatología propiamente dicha, como la estructura de personalidad, situación personal, familiar y social que pudieran provocar o favorecer la aparición de patología reactiva.

Un aspecto que se valora de forma especial, hablo aquí personalmente, es la voluntad de la paciente y su acti-

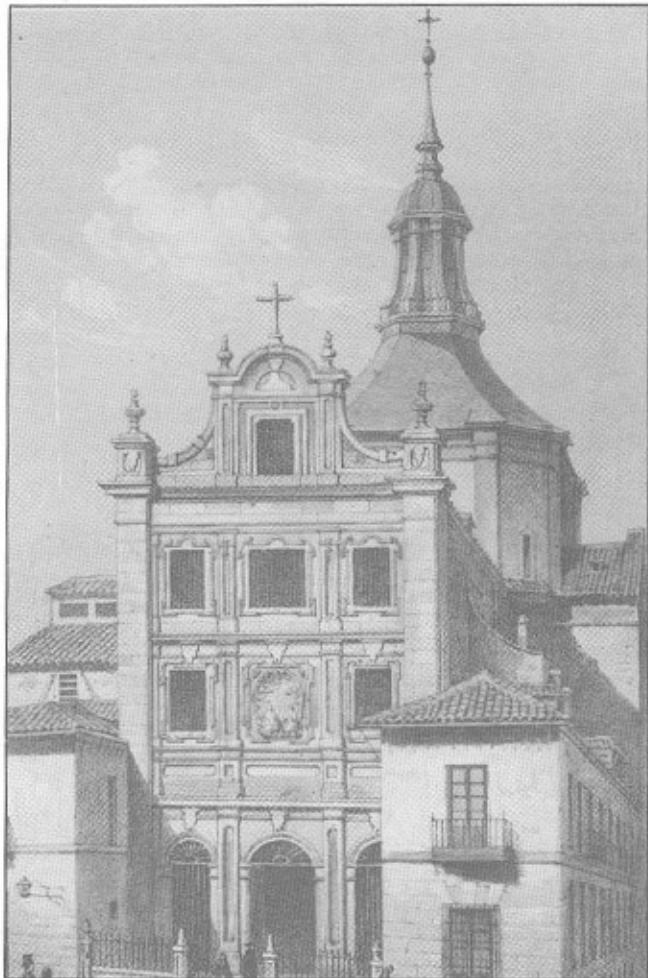
tud interna hacia el embarazo. Lo creo fundamental para prever la aparición de psicopatología grave (entendiendo no tanto como una categoría diagnóstica vinculada habitualmente a lo psicótico, sino a la psicopatología de "efectos graves") en el binomio madre-hijo, y por tanto en la madre.

P.: ¿Cuántas entrevistas se realizan?

R.: En casos de mujeres que no estaban previamente en tratamiento he precisado (vuelvo a hablar a título individual), una entrevista.

P.: ¿En tu opinión aparecen problemas en la mujer después de la realización de un I.V.E.?

R.: Si hablamos de problemática clínica ligada directamente a la I.V.E., en mi experiencia profesional (salvando las variaciones de edad, personalidad, etc., que van a colorear la reacción), el aborto voluntario no ha sido un acontecimiento vital clínicamente significativo como precipitante de patología mental.



Fachada de la iglesia del Sacramento. Dibujo y litografía de J. Cebrián en el siglo XIX.

ENTREVISTA A MARISA CASTRO

Pregunta: ¿Qué opinas de que sean informes psiquiátricos que dictaminan grave peligro para la salud psíquica de la mujer los que estén posibilitando la mayor parte de los abortos legales en nuestro país?

Respuesta: Yo defiendo el tercer supuesto, la ley de plazos. Supone que la mujer pueda elegir si quiere o no seguir con su embarazo.

Cuando se planteó la necesidad de informe para posibilitar el aborto voluntario, estuve en contra de que tuviera que ser un psiquiatra quien lo hiciera, me hubiera parecido mejor un médico general, creo que resulta menos estigmatizante para la mujer. Si la mujer cree que necesita ayuda psiquiátrica, puede pedirla, sino, sobran los psiquiatras en este asunto.

P.: ¿En caso de peritaje psiquiátrico, qué se valora?

La evaluación la hace cada psiquiatra, no hay nada protocolizado. En mi opinión hay una contaminación ideológica muy fuerte, que interfiere en lo que se hace, y que ha llevado a negar el informe a mujeres que manifestaban haber decidido interrumpir su embarazo no tanto por querer como por tener que hacerlo.

P.: ¿En tu opinión, aparecen problemas psiquiátricos después del aborto voluntario?

No hemos podido hacer un seguimiento de las mujeres que han pasado por el centro, pero ninguna vuelve a reprocharnos por habérselo hecho. Sin embargo, cuando trabajé en el centro de Lope de Rueda, donde se hacían también donaciones, era muy frecuente que después vinieran a buscar al hijo o a acusarnos por la donación. Yo creo que a las mujeres no las traumatiza abortar. Es algo que han hecho siempre.

En esta ocasión nos ha parecido interesante dedicar la sección a un sólo artículo, por ser éste de una persona tan significativa en la OMS como Sartorius, que al ocupar un lugar de observación del panorama psiquiátrico privilegiado se convierte en una persona muy autorizada también a la hora de hacer predicciones.

EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN EL SIGLO XXI

A menos de una década del siglo XXI, Norman Sartorius escribe en el recién distribuido "Croatian Medical Journal" (33,1,3-8, 1992) sus reflexiones y previsiones sobre el estado actual de la asistencia psiquiátrica y las futuras direcciones de los tratamientos. Resulta cuanto menos preocupante leer que las cifras más conservadoras de la WHO sitúan el número de enfermos mentales y personas con alguna desventaja por enfermedad mental en torno a los 350 millones. Eso sin contar la carga y sufrimiento que también comparten los familiares o seres cercanos a ellos. A la luz de los datos disponibles, es razonable prever, que la prevalencia de algunos de los trastornos mentales cambiará en la próxima centuria. Así, disminuiría el retraso mental, al mejorar los cuidados perinatales o los trastornos psiquiátricos derivados de los ACV, con la puesta en marcha de los programas de control de la HTA. La esquizofrenia está cambiando ya su cuadro clínico, desaparecen las formas más dramáticas, mientras que las simples son menos rápidas en su curso deteriorante y que muchos pacientes con formas paranoides viven en la comunidad con pocos o ningún síntoma. Esas variaciones pueden ser debidas al tratamiento o a los cambios sociales o económicos, aunque una verdadera transformación de la enfermedad no puede ser excluida.

La demencia y, en general, los trastornos neuropsiquiátricos característicos de la vejez aumentarán su importancia para la salud pública. Los problemas derivados del consumo de alcohol y otras drogas probablemente conserven su errático comportamiento epidemiológico dependiendo mucho más de la variación de costumbres y normas sociales. Un caso aparte serán los trastornos neuropsiquiátricos y psicosociales relacionados con la infección por HIV, porque si las predicciones actuales se cumplen podría llegar a ensombrecer el resto de las preocupaciones en materia de salud mental, que ahora ocupan nuestra atención.

Todos estos datos de prevalencia se entrecruzan en otro conjunto de factores a la hora de hacer predicciones. Para Sartorius, el primero de estos factores afectaría a los psiquiatras y demás trabajadores de la salud mental. El aumento del número de disciplinas y subdisciplinas en las que se encuadran los diversos profesionales lleva a una ausencia de definiciones claras sobre lo que es un trabajador de salud mental, hecho que en buena parte es reflejo de la confusión existente sobre el significado de la salud mental.

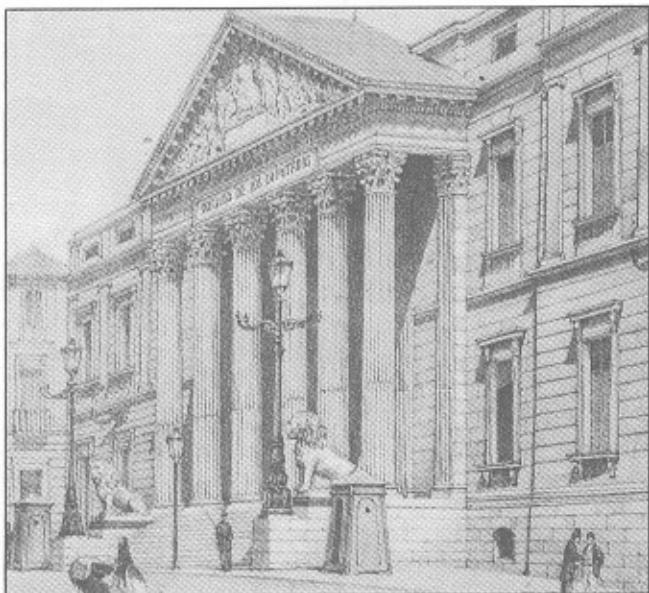
El segundo factor se refiere a los límites entre salud mental y enfermedad y a las unidades de intervención terapéutica. El concepto de enfermedad mental ha ido cambiando los límites de su definición a lo largo de los años y de las

distintas áreas geográficas. Una importante razón para ello sería el bajo estatus epistemológico de la mayoría de los trastornos mentales. Dichos trastornos, a diferencia de otras enfermedades, están causados, en la gran parte de los casos, por multitud de factores que contribuyen a la aparición del trastorno, más que por una causa única identificable. La patogénesis es un tema de especulación poco claro, y su curso y evolución parece variar de un tiempo a otro y de una cultura a la otra. Ante esta situación, una ayuda importante ha sido la aparición de la operacionalización de criterios de definición para la enfermedad mental. La mayoría del trabajo más relevante en estos aspectos ha tenido lugar en áreas angloparlantes, no sólo por el hecho de utilizar una misma lengua, sino por su abordaje pragmático y no ideológico de la salud y otros problemas. Las otras áreas del mundo, si bien admirables por la riqueza de su pensamiento, son muy reacias a implicarse en simplificaciones de los conceptos y métodos.

Con respecto a las intervenciones terapéuticas, hasta muy recientemente no se han hecho esfuerzos para precisar la naturaleza de las intervenciones propuestas por el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Es difícil hacer evaluaciones acerca del valor de dichas intervenciones debido, por una parte a la falta de claridad sobre la naturaleza de la enfermedad mental, y por otra a las mismas características de algunas de estas intervenciones, como ocurre con la psicoterapia. Con respecto a los tratamientos farmacológicos, durante este siglo se ha producido una verdadera explosión en el número y tipo de medicamentos, pero desgraciadamente, el rigor con el que estas drogas deben evaluarse no se cumple de una manera universal, de forma que en la mayoría de los países del mundo se continúan distribuyendo los fármacos sin tener ningún dato acerca de los efectos, dosis óptima, efectos secundarios en la población en la que se va a administrar la droga. Los trabajos de la WHO y otros han puesto claramente de manifiesto la diferencia en estos aspectos entre poblaciones que viven en distintas áreas geográficas. Así, datos de una droga producida en Suiza son usados en selectos tratamientos de pacientes en Ruanda como si hubiesen sido obtenidos tras una profunda investigación.

El tercer factor del que hablábamos más arriba se refiere al "setting". Ningún tratamiento psiquiátrico puede tener lugar en el vacío. Así, el "setting" en el cual es aplicado juega un importante papel, que a veces no se valora, en la predicción del coste y la efectividad. En Europa, por ejemplo, tras una larga década de exhortaciones sobre la necesidad de trasladar las camas de los hospitales psiquiátricos a los generales, entre la década de los 70s y la de los 80s ha habido sólo un ligero incremento, del 6 al 10%, de las camas en dichos Hospitales Generales con respecto al total de camas psiquiátricas. Los fondos económicos, por otra parte, raramente siguen a los pacientes y éstos permanecen anclados en las instituciones.

Tras la descripción de este panorama, resulta relativamente fácil prever las direcciones de desarrollo de los principales tratamientos psiquiátricos. Para los trastornos psicóticos resulta factible pensar que nuevas drogas hagan su aparición y ayuden igual o mejor en el mane-



El edificio del Congreso, dibujo y litografía de J. Cebrián en el siglo XIX.

jo de estos trastornos. Es poco probable una verdadera revolución en su tratamiento, hasta que haya un significativo incremento del conocimiento de etiopatogenia de la esquizofrenia, psicosis maníaco-depresivas y demencia. Con respecto a los trastornos neuróticos la situación es algo distinta. También es posible prever un cambio en la forma en que estas condiciones son percibidas por la sociedad y por los mismos pacientes. Expectativas exageradas sobre la posibilidad de tratamiento de todos los trastornos, características del pensamiento psiquiátrico y del público en general, en los años 50s y 60s, han ido disminuyendo y se acepta, ahora, más fácilmente que cierta cantidad de sentimientos de enfermedad, miseria, ansiedad, abandono, incertidumbre y debilidad es parte normal de la experiencia humana y debe ser aceptado como un cambio de percepción que influirá en la forma de hacer el diagnóstico, la oferta en el tipo de tratamiento y la elección que se haga de éste.

El tratamiento de los problemas de alcohol y drogas se afectarán sin duda por la forma en la que la sociedad y las autoridades sanitarias contemplen el consumo moderado de éstas. Este cambio estará influido, a su vez, por la evolución de las costumbres sociales y de su mayor o menor permisividad hacia estilos de vida que conlleven cierto grado de peligrosidad para el individuo o los demás.

Los trastornos de personalidad probablemente persistan como un reto principal para los servicios psiquiátricos y sociales. Todavía estamos lejos de entender complejos patrones conductuales, mientras que la investigación genética también está en su infancia. La mayoría de los métodos hoy utilizados son de poco valor científicamente demostrables, lo cual en parte es también tranquilizador si uno recuerda las muchas veces en las cuales la posibilidad de cambiar las actitudes de las personas o estilos de vida mediante métodos eficaces, han sido mal utilizadas cuando caen en manos de personas que no han conseguido un satisfactorio nivel de madurez moral y estabilidad emocional. El área más intrigante y posiblemente más prometedora

para el desarrollo de métodos de tratamiento concierto, para Sartorius, a la de los límites entre los trastornos llamados físicos y los llamados mentales y a aquellas situaciones en que ambos tipos de trastornos pueden coexistir. En estos últimos casos en los que trastornos psíquicos y físicos actúan conjuntamente, pequeños avances en el tratamiento, incluso sin entender el mecanismo que los produce, como se puede esperar de los tratamientos psiquiátricos, puede hacer variar la gravedad global del cuadro. El trabajo en estas áreas puede, además, ayudar a disminuir la distancia entre la psiquiatría y el resto de especialidades médicas.

Saber cómo tratar es una condición necesaria, pero no suficiente. Para ser verdaderamente útil, el tratamiento en psiquiatría debe satisfacer otros requisitos, como serían, al menos, los siguientes:

1. Las técnicas deben de ser simples en su aplicación. Uno de los principales retos en la próxima centuria será la traducción de nuestro conocimiento sobre las enfermedades mentales y su tratamiento en un lenguaje comprensible para todos los trabajadores de salud. Habrá siempre métodos de intervención que sólo puedan ser aplicados por expertos, pero el número de éstos es pequeño y además su comprensión debe de resultar útil para el resto de los profesionales, aún cuando nunca fueran a estar en posición de utilizarlos.

2. El tratamiento debe de ser aceptable para el paciente y su comunidad. Hay que encontrar formas de cooperar con el paciente y su familia en la evaluación de la eficacia y aceptabilidad del tratamiento y proponer descripciones de distintas opciones de tratamiento que capaciten a los pacientes y sus familias a tomar decisiones racionales.

3. Las intervenciones deben de ser de un coste no prohibitivo, en el sentido de que no agoten los recursos para el tratamiento de otras enfermedades. Dependerá del lugar que tome en la escala de valores la preventión o ausencia de una enfermedad o grupo de enfermedades, según la mayoría de la población y los responsables de la política sanitaria...

4. Debe de estar demostrada la seguridad, efectividad y posiblemente el mal uso del tratamiento, investigando en la población en la que viven los pacientes que van a ser tratados.

5. Deben de existir mecanismos que aseguren que los efectos a largo plazo del tratamiento están monitorizados, es decir, que debe llevarse a cabo reevaluaciones periódicas de la utilidad de la técnica, usando datos suficientes y válidos.

6. El tratamiento debe de ser eficaz con respecto a los síntomas, evaluando calidad de vida global para el paciente y efectos que haya podido tener el tratamiento del paciente sobre los demás miembros de la familia u otros componentes de su red social. Ninguna evaluación de tratamiento se considerará completa si no se acompaña de una información clara y bien documentada sobre los cambios en la calidad de vida de aquéllos que recibieron el tratamiento y los que los rodean.

Para terminar, Sartorius afirma rotundamente que, de cualquier forma, el tratamiento en la próxima centuria y en todas las siguientes, nunca puede ser mejor que aquéllos que lo aplican, por lo que recomienda reflexionar sobre las formas en las que podemos mejorar nuestras actitudes, conocimientos o habilidades.

Recogemos algunas de las noticias publicadas recientemente que más nos han llamado la atención.

EXPLICACIONES PSEUDOCIENTÍFICAS

Los periodistas muestran una excesiva proclividad a publicar supuestos descubrimientos de relación unívoca causal entre trastornos somáticos y problemas humanos de todo tipo, en lo que parece ser un fiel reflejo de la sociedad en que están inmersos y cuyas ideas, con frecuencia alejada de las de los profesionales de salud mental, comparten y transmiten.

Recogemos las que más nos han llamado la atención: En uno de los últimos números de "El Sol" se preguntaban tras recorrer exhaustivamente los trastornos puercales, cuál sería la causa de la tristeza postparto. La respuesta era clara y rotunda, así como estúpida en su simplicidad: "...se debe a una bajada brusca de los niveles de estrógeno que interfiere directamente en el funcionamiento de la hipófisis, una glándula del cerebro".

También en "El Sol" se publicaba el descubrimiento de la causa del síndrome de la fatiga crónica, un herpes que produce inflamación cerebral.

"El Mundo", el 20 de febrero de 1992, recogía los hallazgos de un científico californiano, para el cual existen fuertes indicios de que la homosexualidad esté marcada genéticamente.

Pero la noticia más alegremente recogida por toda la prensa fue la de que el juego patológico podría curarse con un medicamento, por deberse a una deficiencia de serotonina ("ABC", "El Mundo", "Ya", "Diario 16", del 22-2-92).

GASTO FARMACEUTICO

Griñán se propone frenar el gasto farmacéutico, disminuyendo el crecimiento, actualmente del 18% al 10%, mediante financiación selectiva ("Ya", 22-2-92).

El 26-3-92, "ABC", se recoge la afirmación de Felipe González de que se financiarán los fármacos más baratos, a igual efecto terapéutico.

El 20-3-92, "El Mundo", se publica que los fármacos para dolencias menores dejarán de ser pagados por el INSALUD. La lista "negra" se consensuará con la patronal farmacéutica.

COLESTEROL

En "El Mundo" (26-3-92) se recoge de "The Lancet" un estudio publicado recientemente que relaciona niveles de colesterol bajos con infelicidad, aumento de agresividad y suicidio.

HOMOSEXUALIDAD

La OMS dejará de considerar la homosexualidad como una dolencia mental. ("El Sol", 25-1-92.)

Por decisión de su Asamblea General, el código de enfermedades debe adaptarse para que, a partir de enero del 93, la homosexualidad deje de ser considerada una patología. Ya era hora, aunque más vale

tarde que nunca. Esta decisión llega con evidente retraso con respecto a la tomada en la D.S.M. III. Thérèse Gastaut explicó que puede haber problemas psicológicos en personas que son desgraciadas en su orientación sexual, pero no se debe a que sean homosexuales.

REFORMA PSIQUIATRICA

Se inaugura la unidad residencial del Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germain. El 10 de febrero de 1992 se inauguró esta unidad, destinada a pacientes no válidos, que acoge a 88 personas procedentes del antiguo manicomio de Leganés, actualmente sustituido por una red de prestaciones. Al acto de inauguración acudieron varias personalidades de la vida sanitaria. El Ministro de Sanidad criticó el sistema manicomial e incidió en la necesidad de sacar a los pacientes de los manicomios, ya que éstos suponen un factor determinante en el agravamiento de la enfermedad. ("Diario 16", 11-2-92.)

METADONA EN LAS CARCELES

Se extiende a todas las cárceles la posibilidad de tratamiento con metadona. Se considera que alrededor del 30% de los reclusos es toxicómano. La escasez de jeringuillas se ha vinculado a mayor probabilidad de contraer el SIDA. ("El País", 19-3-92.)

M. FRIEDMAN Y ESTUPEFACIENTES

Economista liberal, Premio Nobel y norteamericano, defiende la liberalización total de las drogas, que deberían quedar, en su opinión, en la misma situación que el tabaco o el alcohol.

Criticó por inoperante y peligrosa la "guerra contra la droga" que lleva a cabo el gobierno norteamericano. Considera que el mercado de las drogas debería estar en manos de quien mejor puede elaborarlas, la industria farmacéutica. El principal beneficiado sería el consumidor, ya que las drogas legales serían más limpias y llevarían indicada la cantidad de aditivos.

Apoyándose en los resultados de la legalización del alcohol, se opone a los que opinan que la legalización implicaría un aumento de adictos.

GARANTIAS DE INTERNAMIENTO PSIQUIATRICO

Torres afirma que los fiscales no aplican las garantías de internamiento psiquiátrico. ("El País", 19-3-92.)

Los internamientos psiquiátricos no se revisan semestralmente, desatendiendo las instrucciones de la Fiscalía General del Estado. Esta es la opinión expresada por Leopoldo Torres en la clausura de la Primera Reunión de Fiscales sobre Internamiento Psiquiátrico, celebrada en Córdoba. La reunión tuvo su origen en el informe elaborado por la oficina del Defensor del Pueblo que denunciaba la excesiva duración de internamientos, desaconsejable desde el punto de vista médico, desproporcionados en relación al hecho delictivo cometido y acordados, en muchos casos, sin las debidas garantías procesales.

INGRESOS PSIQUIATRICOS

Aunque sea un tema tratado con frecuencia, en ocasiones aún no resulta claro cual es el papel del juez y cual el de los profesionales sanitarios en la decisión de realizar o no un ingreso involuntario, como tampoco cual es el compromiso que tenemos con los ingresos penales.

Reproducimos a continuación los artículos 211 del Código Civil y 8 y 9 del Penal.

ARTICULO 211 DEL CODIGO CIVIL

211 El internamiento de un presunto incapaz requerirá la previa autorización judicial, salvo que razones de urgencia hiciesen necesaria la inmediata adopción de tal medida, de la que se dará cuenta cuanto antes al Juez y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas.

El Juez, tras examinar a la persona y oír el dictamen de un facultativo por él designado, concederá o denegará la autorización y pondrá los hechos en conocimiento del Ministerio Fiscal, a los efectos prevenidos en el artículo 203*.

* En el artículo 203 se recogen las actuaciones que deben seguirse para promover la declaración de incapacidad de un sujeto que se presume debe incapacitarse, si no existen, o no lo hubieren solicitado, cónyuge, descendientes, hermanos o ascendientes.

Sin perjuicio de lo previsto en el artículo 269.4.º, el Juez, de oficio, recabará información sobre la necesidad de proseguir el internamiento, cuando lo crea pertinente y, en todo caso, cada seis meses, en forma igual a la prevista en el párrafo anterior, y acordará lo procedente sobre la continuación o no del internamiento.

ARTICULO 8 DEL CODIGO PENAL. Punto primero

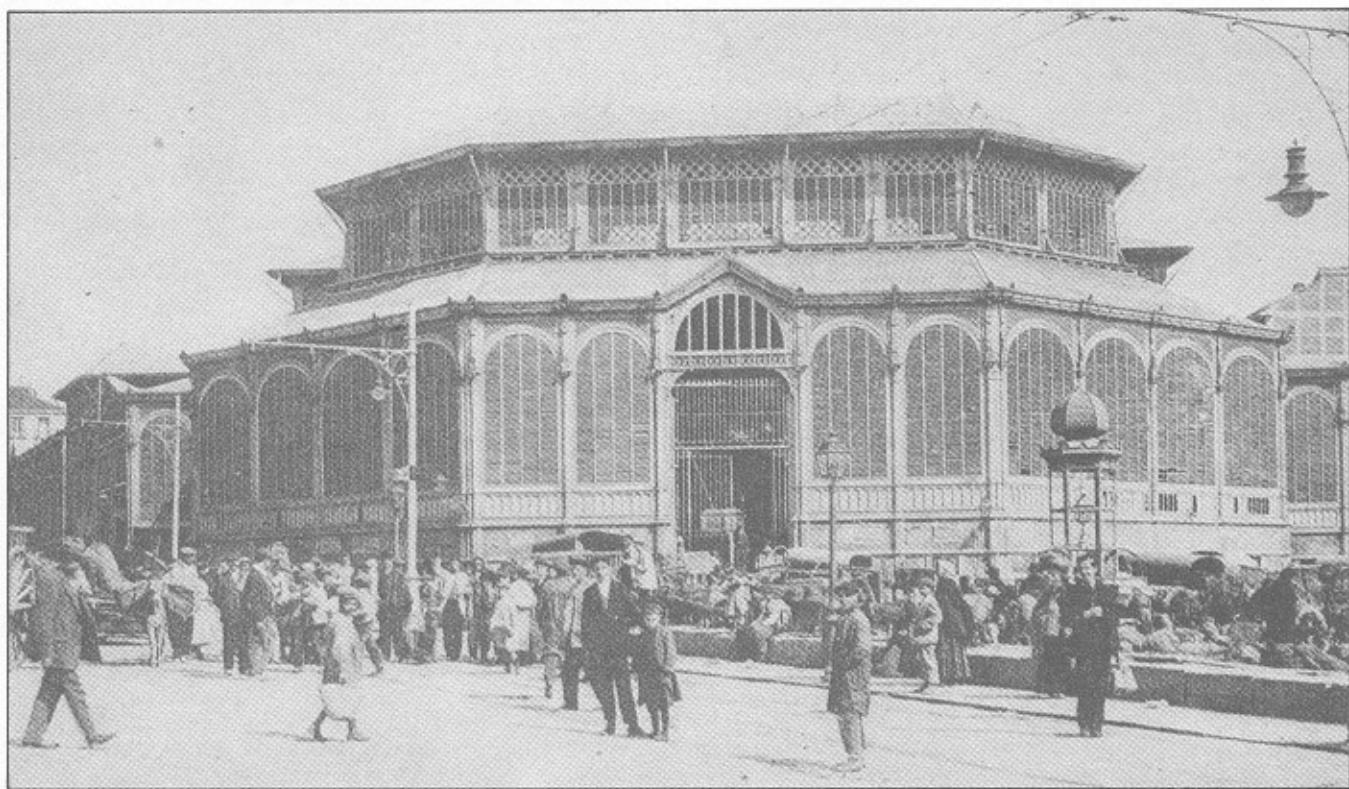
De las circunstancias que eximen de la responsabilidad criminal

8. Están exentos de responsabilidad criminal:

1.º El enajenado y el que se halla en situación de trastorno mental transitorio, a no ser que éste haya sido buscado de propósito para delinquir.

Cuando el enajenado hubiere cometido un hecho que la Ley sancionare como delito, el Tribunal decretará su internamiento en uno de los establecimientos destinados a los enfermos de aquella clase, del cual no podrá salir sin previa autorización del mismo Tribunal.

Cuando el Tribunal sentenciador lo estime procedente, a la vista de los informes de los facultativos que asistan al enajenado y del resultado de las demás actuaciones que ordene, podrá sustituir el internamiento, desde un



Mercado de la Cebada. Foto realizada a comienzos del siglo XIX.

principio o durante el tratamiento, por alguna o algunas de las siguientes medidas:

- a) Sumisión a tratamiento ambulatorio.
- b) Privación del permiso de conducción o de la facultad de obtenerlo durante el tratamiento o por el plazo que se señale.
- c) Privación de la licencia o autorización administrativa para la tenencia de armas, o de la facultad de obtenerla, con intervención de las mismas durante el tratamiento o por el plazo que se señale.
- d) Presentación mensual o quincenal, ante el Juzgado o Tribunal sentenciador, del enajenado, o de la persona que legal o judicialmente tenga atribuida su guarda o custodia.

ARTICULO 9 DEL CODIGO PENAL. Punto primero

Son circunstancias atenuantes:

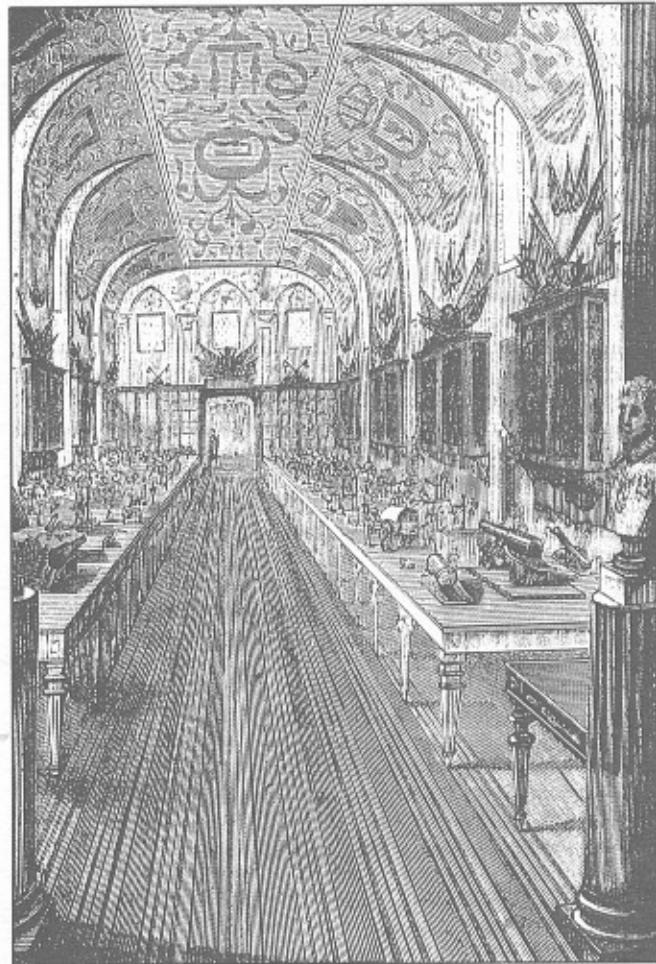
1.º Las expresadas en el capítulo anterior, cuando no concurrieren los requisitos necesarios para eximir de responsabilidad en sus respectivos casos.

En los supuestos de eximente incompleta en relación con los números uno y tres del artículo anterior, el Juez o Tribunal podrá imponer, además de la pena correspondiente, las medidas previstas en dichos números. No obstante, la medida de internamiento sólo será aplicable cuando la pena impuesta fuere privativa de libertad y su duración no podrá exceder de la de esta última. En tales casos, la medida se cumplirá siempre antes que la pena y el período de internamiento se computará como tiempo de cumplimiento de la misma, sin perjuicio de que el Tribunal pueda dar por extinguida la condena o reducir su duración en atención al buen resultado del tratamiento.

REAL DECRETO PARA REGULAR LA ASISTENCIA HOSPITALARIA EXTRAPENITENCIARIA

El 12 de abril del 88, se publica en el "B.O.E.", un Real Decreto para regular la asistencia psiquiátrica extrapenitenciaria, que suprime el del 78, que era anterior a la Ley Orgánica General Penitenciaria. Las disposiciones que nos afectan son las siguientes:

Artículo 1.º La vigilancia y custodia de los detenidos, presos o penados a que se refiere el artículo 147 bis del Reglamento Penitenciario en Centros hospitalarios no penitenciarios correrá exclusivamente a cargo de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado competentes. Corresponde a las autoridades de dichos Cuerpos y Fuerzas establecer las condiciones en que se llevarán a cabo la vigilancia y custodia y, en especial, la identificación de las personas que hayan de acceder a la dependencia en que se encuentre el interno, teniendo en cuenta lo dispuesto en el Reglamento Penitenciario y en este Real Decreto y atendidas las circunstancias del enfermo y las normas de funcionamiento del Centro hospitalario y sin perjuicio de la intimidad que requiera la asistencia sanitaria.



El Salón de Reinas del antiguo palacio del Retiro.

Art. 2.º No se podrá exigir responsabilidad alguna en materia de custodia de los internos al personal de los Centros hospitalarios, que asumirá exclusivamente las responsabilidades propias de la asistencia sanitaria.

Art. 3.º Los gastos que origine la asistencia hospitalaria extrapenitenciaria serán de cuenta de las Administraciones penitenciarias, fijándose su importe mediante convenio con los entes públicos correspondientes.

Art. 4.º En los Centros hospitalarios no dependientes de Administraciones penitenciarias que se determinen de acuerdo con las autoridades sanitarias, existirán las habitaciones o dependencias que reúnan las necesarias condiciones de seguridad para el tratamiento e internamiento de los enfermos a que se refiere el presente Real Decreto y para el servicio de vigilancia que se establezca, respetándose, en todo caso, la intimidad de aquéllos.

BIBLIOTECA BASICA

Nuestro objetivo con este título es elaborar, en éste y en los siguientes números del Boletín, una lista, sencilla y lo más concisa posible, de todas aquellas lecturas imprescindibles, para cualquier profesional de la salud mental. Para confeccionarla, hemos consultado con expertos de cada una de las materias que nos ocuparán.

YALOM, I. D.: *Inpatient groups psychotherapy*. New York. Basic Books, 1983.

YALOM, I. D.: *The theory and practice of groups psychotherapy*. New York, 1st. edition. Basic Books, 1970.

BION, W.: *Experiencias en grupos*. Buenos Aires. Paidós, 1982.

FOULKES, S. H.: *Group analytic psychotherapy. Method and principles*. London. Gordon y Breach, 1975.

PICHON RIVIERE, E.: *El proceso grupal*. Buenos Aires. Nueva Visión, 1981.

VINOGRADOV, S., and YALOM, I. D.: *A concise guide to groups psychotherapy*. American Psychiatry Press, 1989.

MACKENZIE, K.: *Time limited in groups psychotherapy*. American Psychiatry Press, 1990.

BAULEO, A.; CAPARROS, N., y otros: *Psicología y sociología del grupo*. Madrid. Fundamentos.

ANZIEU, E.: *El grupo y el inconsciente. Lo imaginario grupal*. Biblioteca Nueva.

MOCCIO, F.; PAVLOVSKY, E., y BOUQUET, C. M.: *Psicodrama: cuándo y por qué hacerlo*. Madrid. Fundamentos.

JORNADAS, CONGRESOS Y CURSOS

V Jornadas de la A.M.S.M.

Lugar: Hotel Victoria. Madrid.
Fechas: 6 y 7 de noviembre de 1992.

"La Salud Mental Hoy: Entre la demanda Social y la Respuesta Profesional".

Jornadas de Psicología Clínica

Lugar: Barcelona.
Fechas: 5 y 6 de junio de 1992.
Información: Instituto de Urología, Nefrología y Andrología. Cartagena, 340-350. 08025 Barcelona. Teléfono: (93) 2350300. Fax: (93) 2559938.

Curso de Métodos Epidemiológicos en Salud Mental

Lugar: Granada.
Fechas: 13 al 17 de junio de 1992.
Información: Escuela Andaluza de Salud Pública. Campus Universitario de Cartuja. Apartado de Correos 2.070 Granada. Tel. (958) 275044. Fax (958) 270551.

X Congreso Internacional de Obstetricia y Ginecología Psicosomática

Lugar: Estocolmo (Suecia).
Fechas: 14 al 17 de junio de 1992.
Información: Viajes Chat. Paseo de Gracia, 11. 08007 Barcelona. Tel. (93) 3016500. Fax (93) 3020243.

Simposio sobre el papel de la Serotonina en los trastornos psiquiátricos

Lugar: Castres (Francia).
Fechas: 24-26 de junio de 1992.
Información: Martin Dehay. Centre de Recherche Pierre Fabre. 17 Avenue Jean Moulin. 1100 Castres. France. Tel: (33) 63714264. Fax: (33) 63356629.

XVIII Congreso del Colegio Internacional de Neuropsicofarmacología

Lugar: Niza (Francia).
Fechas: 28 de junio al 1 de julio de 1992.
Información: Viajes Chat. Paseo de Gracia, 11. 08007 Barcelona. Tel. (93) 3016500. Fax (93) 3020243.

Curso sobre psicogeriatría: Aspectos actuales y avances recientes

Lugar: Nottigham (Reino Unido).
Fechas: 12 al 17 de julio de 1992.
Información: The British Council. Amigó, 83. 08021 Barcelona. Teléfono: (93) 2096090 y 2096388. Fax (93) 2023168.

XXV Congreso Internacional de Psicología

Lugar: Bruselas.
Fechas: 19 al 24 de julio de 1992.
Organización: Viajes "El Corte Inglés". Glorieta de Cuatro Caminos, 6-7. 28020 Madrid.

Convención anual de la Asociación Americana de Psicología

Lugar: Washington, DC.
Fechas: 14 al 18 de agosto de 1992.
Organización: Viajes "El Corte Inglés". Glorieta de Cuatro Caminos, 6-7. 28020 Madrid.

XI Congreso Internacional de Psicoterapia de Grupo

Lugar: Montreal (Canadá).
Fechas: 25 al 28 de agosto de 1992.
Información: Viajes Chat. Paseo de Gracia, 11. 08007 Barcelona. Tel. (93) 3016500. Fax (93) 3020243.

III Jornadas de la Sociedad Española de Epidemiología

Lugar: San Lorenzo de El Escorial.
Fechas: 24-25 de septiembre de 1992.
Organización: Sociedad Española de Epidemiología. Secretaría Técnica: Ultramar Congress. Goya, 54. Teléfono 4357270.

I Congreso Nacional de la Sociedad Castellano-Leonesa de Psiquiatría

Lugar: Valladolid.
Fechas: 24 al 26 de septiembre de 1992.
Información: Cátedra de Psiquiatría. Facultad de Medicina de Valladolid. Avda. Ramón y Cajal, 7. 47005 Valladolid.

XXVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática

Lugar: Madrid.

Fechas: Octubre de 1992.

Información: Servicio de Psiquiatría. Fundación Jiménez Díaz. Pza. Cristo Rey, s/n. 28006 Madrid. Teléfono (91) 549 46 33. Fax (91) 549 47 64.

I Congreso Iberoamericano de Epidemiología. Perspectivas Epidemiológicas y Realidades Sociales

Lugar: Granada.

Fecha: 19 al 21 de octubre de 1992.

Información: Escuela Andaluza de Salud Pública. Campus Universitario de Cartuja. 18080 Granada. Teléfono 34/58/27 50 44. Fax 34/58/27 0551.

VI Congreso de la Asociación Europea de Psiquiatría

Lugar: Barcelona.

Fechas: 3 al 7 de noviembre de 1992.

Información: Viajes Atlanta. Calvet, 55. 08021 Barcelona. Tel. (93) 200 70 88. Fax (93) 209 31 52.

XIII Congreso de la Asociación Mundial de Psiquiatría Social

Lugar: Nueva Delhi (India).

Fechas: 9 al 13 de noviembre de 1992.

Información: Ultramar Congress. Diputación, 238. 08007 Barcelona. Teléfono (93) 317 37 00.

Psicoterapia de Grupo en la Institución

Lugar: Salamanca.

Fechas: 20-21 de noviembre de 1992.

Información: Secretaría de SEGPA. Príncipe de Vergara, 35, bajo dcha. 28001 Madrid. Tel. (91) 577 60 39/40/41.

PREMIOS Y BECAS

I Premio "Fundación Purina" para psiquiatras y otros profesionales de la salud

Tema: "Animales de compañía: Beneficio para la Salud".

Dotación: 500.000 ptas.

Información: Fundación Purina. Área Científica. P.º de S. Juan, 189. 08037 Barcelona. Teléfono (93) 284 24 60. Plazo de entrega de originales: 30 de junio de 1992.

Convocatoria 1992 de los Premios de la Asociación de Médicos Escritores y Artistas

Premio literario de la Asociación, dotado con 100.000 pesetas. Premio Dr. Zúmel, dotado con 30.000

pesetas; Premio Artístico de la Asociación, dotado con 50.000 pesetas; Premio Memorial Fernando Monasterio, dotado con 100.000 pesetas.

Condiciones del concursante: Ser médico y español.

Condiciones de los trabajos: Para los dos primeros premios: Tema libre, original e inédito sobre literatura, arte, historia o filosofía. Para el tercero: Presentar una obra artística de pintura, dibujo, escultura, obra musical u otra creación. Para el cuarto, el tema será: Epistemología, Matemática o cibernetica aplicada a la medicina.

Envío de originales: Dr. Carlos Zúmel. Almagro, 21, 1.º. 28010 Madrid.

Plazo de admisión: Hasta el 30 de junio.

PSIQUIATRÍA

PÚBLICA

I Premio Internacional «Psiquiatría Pública»

Convocatoria Premio Internacional «Psiquiatría Pública» de investigación sobre *Tratamientos en servicios públicos de Salud Mental*

La Revista *Psiquiatría Pública*, con la colaboración de la Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid y de la editorial IIEUPSA, convoca un premio dotado con 1.600.000 de pesetas al mejor trabajo de investigación sobre tratamientos en servicios públicos de Salud Mental. Los trabajos que opten a dicho premio deberán ajustarse a las siguientes bases:

1. Deberán ser inéditos y podrán presentarse en cualquiera de las lenguas de la Comunidad Europea, acompañando una traducción al castellano.
2. La extensión no excederá las 20 páginas, mecanografiadas a doble espacio. La bibliografía no será superior a 100 citas. Opcionalmente el trabajo podrá incluir tablas y figuras.
3. Se respetarán las normas de publicación elaboradas por el International Committee of Medical Journal Editors.
4. Los trabajos deberán presentarse por cuadernilado (trabajo original y traducción al castellano), enviándose por correo certificado al director de *Psiquiatría Pública*, (Primer Premio Internacional), C/ Príncipe de Vergara, 112-1º F, hasta el 30 de octubre de 1992.
5. En el resumen no deberá constar el nombre ni dirección de ninguno de los firmantes. En su interior, y en sobre aparte cerrado, en el que constará un lema deberá incluirse el trabajo con título y nombre de los autores. En otro sobre cerrado constará el mismo lema en el exterior, y en el interior el título del trabajo y nombre de los autores.
6. El Jurado estará compuesto por cinco profesionales de la Psiquiatría y de la Salud Mental de reconocido prestigio y el director de la revista *Psiquiatría Pública* que hará secretario. El fallo del Jurado será inapelable.
7. El trabajo premiado será presentado en un acto público presidido por el consejero de Salud de la Comunidad de Madrid, antes del 31 de diciembre de 1992.
8. El trabajo premiado y las cuatro artículos finalistas serán publicados en la revista, en números sucesivos.

ATENCION PSICOGERIATRICA

Al hilo de la fallida mesa redonda sobre atención psicogeriatrica que debería haberse celebrado el pasado día 31 de marzo y a modo de introducción a ella, cuando finalmente se realice, me gustaría hacer unas reflexiones sobre el presente y el futuro de los programas de Salud Mental en ancianos en nuestro país.

La mesa redonda llevaba un subtítulo que decía: ¿Reto de futuro o presente ineludible? Podría pensarse que es una forma de presentar las cosas un tanto catastrófica. Sin embargo, y éste es uno de los propósitos esenciales de esta reflexión, con frecuencia tengo la sensación de que hablar de Psicogeriatría, resulta en general bastante incómodo para aquellos que tienen la responsabilidad de planificar las grandes líneas sanitarias de nuestro país.

Como ya los profesionales que trabajan en la Salud Mental infantil juvenil van consiguiendo hacer llegar a las administraciones la necesidad de crear recursos con los que dotar dichos programas, y esto es realizado aún de forma muy parcial y deficitaria, alzamos la voz algunos inoportunos, trayendo cifras de natalidad decreciente y de las mayores expectativas de vida, y reclamamos recursos para los ancianos. Y realmente, lo que me gustaría poner de manifiesto, es el hecho de que, por muy inoportuno que sea, las necesidades psicogeriatricas de la población no son un hecho que haya que prever para el futuro, sino que están aquí de una manera patente. Se dan cifras de número de ancianos en el año 2000, se habla de previsiones, de demografía prospectiva, en un característico movimiento de negación de la realidad presente. Del mismo modo que solemos hablar de los viejos como si nunca fuésemos a serlo nosotros, a nivel institucional se habla —o mejor, casi nunca se habla— de los ancianos, como un problema que habrá que resolver en el futuro.

Estos movimientos defensivos resultan muy sencillos de explicar desde el punto de vista psicológico, y pueden ser incluso sanos y necesarios desde una óptica individual. Sin embargo, resultan muy peligrosos a nivel colectivo cuando impiden una

adecuada planificación y gestión de los recursos.

En España hay zonas tan envejecidas como cualquiera de las que sirven de comparación en el resto de Europa. En Madrid existen distritos con una población mayor de 65 años superior al 20%, cuando la media nacional ronda el 13%. Hay lugares también en el mismo Madrid, donde la pirámide de Población está prácticamente invertida, y el pico mayor lo suponen las mujeres de más de 70 años. En una palabra, no son cifras del mañana, sino de un presente que está aquí. Un ejemplar reciente de "International Journal of Geriatric Psychiatry" dedica nada menos que tres artículos sobre problemas psicogeriatricos del Tercer Mundo, y el editorial rezaba precisamente así: "El envejecimiento, un problema del tercer mundo también".

Queda claro que no se trata de una preocupación exclusiva de los países ricos, un lujo más que pueden permitirse, aunque desde luego la cuestión financiera sea, como tantas veces, determinante. En estos tiempos confusos, me resulta difícil saber en qué grupo de países se situaría España, pero sí parece ser que sigue perteneciendo al grupo de los olvidadizos, e incluso diría de los desagradecidos, teniendo en cuenta los duros que fueron los tiempos para la generación que ahora ha alcanzado como todo premio, el status de jubilado, pensionista o viuda a cargo de la Seguridad Social.

El panorama internacional, ni siquiera restringiendo el campo a los países más desarrollados, no es uniforme ni tampoco necesariamente halagüeño. Países como el Reino Unido cuentan con servicios psicogeriatricos específicos, con un gran acento en la labor comunitaria, y programas de formación específica en este campo. Sin embargo, no demasiado lejos, aparecen otros como Alemania o Noruega, donde el desarrollo es muy escaso, y prácticamente sólo se cuenta con los dispositivos hospitalarios tradicionales, o los residenciales. Son luces y sombras que coexisten en un marco geográfico común y que conviene analizar para extraer nuestras propias conclusiones.

El emprendimiento de actuaciones decididas en el sentido de la adecuada planificación, nos alinearían con los países de la Europa no necesariamente más desarrollada, pero sí más consecuente con las necesidades de sus ciudadanos. Hasta el momento, la fuerte trama familiar en la que se basa la estructura social española, ha podido paliar muchos de los déficits. Sin embargo, esto está dejando de ser así al mismo ritmo o mayor que la demografía, y nuestra sociedad, su estructura y sus sistemas de soporte son muy diferentes ahora respecto a los que existían, por ejemplo, hace quince o veinte años.

El nivel cultural de la generalidad de nuestros ancianos también marca una importante diferencia con sus coetáneos europeos o americanos, donde existe una capa de población más concienciada de sus propias necesidades, más informada y menos conformista. Sin caer en la gerontocracia —que por otro lado domina algunos países como la rica Suiza— el que podemos llamar voto gris está llamado a ser el principal valedor de sus propios derechos. Entretanto esto no ocurra quienes tenemos una importantísima responsabilidad en dar la voz de alarma y, sobre todo, en trabajar para definir cuál es el mejor modelo y empezar a ponerlo en práctica.

Si estas líneas consiguen llevar a vuestro ánimo la idea antes expuesta de un presente que ya razonablemente no podemos eludir, las personas del grupo de trabajo de psicogeriatría de la asociación, esperamos poder contar con vosotros para discutir cuáles han de ser las estrategias y los medios a utilizar. Cuando se celebre finalmente la Mesa Redonda, expondremos como está el panorama internacional, en qué punto se encuentran los programas de psicogeriatría en la Comunidad de Madrid, qué es lo que se está haciendo desde las distintas Administraciones, y de qué manera los servicios psiquiátricos se pueden coordinar con los geriátricos, así como qué es lo que los geriatras esperan de nosotros.

Esperamos vuestra asistencia.

Dr. Luis F. Aguera Ortiz
Coordinador del Grupo de Trabajo de Psicogeriatría de la Asociación

CARTA AL DIRECTOR

Sr. Director:

Deseo, en primer lugar, enviarle mi felicitación por el excelente diseño y calidad del primer número de nuestro Boletín de la AMSM. Una grata sorpresa y un acierto. Que cunda.

En segundo lugar, como coordinador de la Sección de Historia y Teoría de las Ciencias de Salud Mental, deseo saludar la referencia que hace el Boletín a la revista *History of Psychiatry*, sin tener que añadir o rectificar nada de lo allí dicho por el anónimo comentarista. Pero, con tal pretexto, quiero también aprovechar esta ocasión para recordar —con un ánimo proselitista, evidentemente— algunas de las publicaciones preexistentes en el ámbito de la historia de la salud mental, y acerca de las cuales la ya citada Sección informó en su momento:

Storia e Critica della Psicologia. Bologna. Italia.

Giornale Storico di Psicologia Dinamica. Roma.

Publications for the Advancement of Theory and History in Psychology. Nordwood (NJ) U.S.

History of Psychology in Autobiography. Englewood (NJ) U.S.

History of Psychology Series. Delmar (NY) U.S.

Journal of the History of the Behavioral Sciences. Brandon (VT) U.S.

The Psychohistory Review. Springfield (IL) U.S.

The Journal of Psychohistory. Broadway (NY) U.S.

History of Psychoanalysis Monograph. (NY) U.S.

Classics in Psychoanalysis. (NY) U.S.

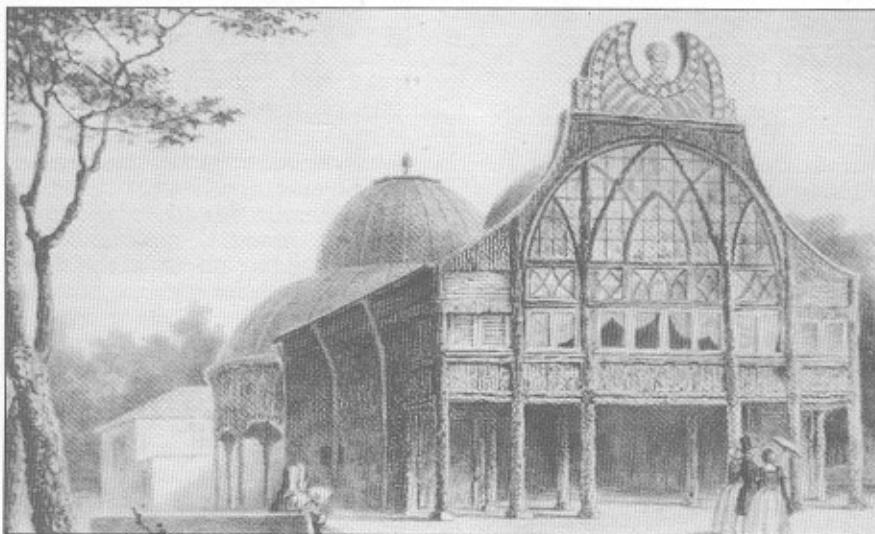
Clásico de la Psiquiatría (Monografías). Madrid.

Revista de Historia de la Psicología. Valencia.

Cuyos datos de referencia completos pongo a disposición de los compañeros que los soliciten.

Y en tercer lugar, enviarle un cordial saludo.

Juan Casco Solís



Casa rústica en el Retiro. Grabado de Francisco Javier Parcena y Borda. Siglo XIX.

CARTA ENVIADA POR LOS P.I.R. DE LA C.A.M.

Es de todos conocida la puesta en marcha de un Programa de Formación Especializada en Psicología Clínica en la Comunidad de Madrid, que está siendo desarrollado desde octubre del 90 gracias a los esfuerzos de distintas instituciones en pro de la realización fáctica de las recomendaciones del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica.

Probablemente, plantear en estos momentos historias de reformas psiquiátricas suena a discurso trasnochado para determinados sectores del "funcionamiento", pero queda la esperanza de los profesionales comprometidos. A estos últimos dirigimos esta nota en busca de su colaboración, para que el programa PIR llegue a buen fin.

El P.I.R. "está en crisis". Crisis no tanto en relación con un programa docente desarrollado en los distintos dispositivos de las áreas acreditadas —lo que en líneas generales se cumple con regularidad— sino por el caos administrativo en que nos coloca nuestra situación de becarios. Ser becario es estar incluido en el capítulo de subvenciones dentro de los presupuestos de la C.A.M., con la consiguiente falta de nominalidad que esto supone.

Un psicólogo que realiza este programa cobra por cuatrimestre o por trimestre si hay suerte. A veces, la normativa vigente es gratificante y el pago se realiza a principios del cuatrimestre, pero sin previo aviso puede cambiar de carácter y éste se realiza a finales o con demora adicional de unos meses. Las subvenciones es algo que hay que fiscalizar hasta el infinito y seguir la pista burocrática es agotador.

Las promesas reiteradas y la buena voluntad que desde el primer momento expresaron tanto la Dirección General de Planificación, Formación e Investigación como la Dirección General de Salud Mental de cara a regular esta situación a través de contratos similares al que tienen el programa PIR de otras comunidades o el programa MIR, alertaron el seguimiento del programa por encima del coste personal que nos supone. Pero en este momento, las demoras y la situación en que nos colocan las dificultades administrativas ponen en "crisis" la consecución del programa. No es nuestro objetivo hacer voluntariado sino una formación seria y especializada que se hace imposible si tenemos que dedicar nuestro tiempo a reivindicar derechos elementales.

Psicólogos del Programa de Formación Especializada en Psicología Clínica de la C.A.M. Mayo 1992.

LIBROS

**Habib Davanloo**
PSICOTERAPIA BREVE

(El desbloqueo del inconsciente)
DORSI. 1992

La traducción al castellano de este libro de Davanloo, nos permite leer en nuestra lengua al autor, ya clásico por sus trabajos sobre psicoterapia breve. Interesado por la evaluación del trabajo terapéutico, ha cuestionado mitos de la psicoterapia psicoanalítica, mostrando la eficacia de la terapia en casos que antes se consideraron contraindicados para comenzarla y la supremacía de la psicoterapia breve, para una serie de supuestos, sobre la psicoterapia tradicional.

Le sustenta un profundo conocimiento del psicoanálisis y una investigación prolongada y rigurosa. A lo largo de su obra, muestra sus ideas y sus técnicas, apoyándose en ejemplos clínicos.

Fernando Colina
CINISMO, DISCRECION
Y DESCONFIANZA

Junta de Castilla y León. Consejería de Cultura y Bienestar Social. 1991. (Distribuye Siglo XXI.)

Es un libro para leer despacio, como la poesía, a la que nos acerca con cuidada prosa. Al poco de iniciar su lectura nos sumerge en una erudita y cercana reflexión so-

bre el hombre de nuestro tiempo, este hombre que desde Nietzsche y Freud se sabe dividido y conoce la distancia que le separa de su "núcleo opaco irreductible". "Puesto que sólo hablamos de nosotros mismos, y de hecho ni el silencio alcanza a impedirlo, reúno aquí tres ensayos sobre mi encuentro con la grieta que impele a hablar, con el primero y más severo de los trascendentes, con la División".

**ATTACHMENT ACROSS
THE LIFE CYCLE**

Ed. Parkes, C.M., Stevenson-Hinde, J. and Marris, P., Tavistock/ Routledge, 1991, 307 págs.

Reconociendo la importancia que tienen las primeras experiencias de vinculación del niño en el desarrollo de su futura experiencia relacional, en este libro se analiza la influencia de distintos patrones de vínculo en la causación de trastornos psiquiátricos y problemas sociales. A lo largo de los tres grandes capítulos en los que está dividido (la naturaleza del vínculo, patrones de vinculación y aplicaciones clínicas), aporta recientes contribuciones teóricas y de investigación, de gran interés, sobre todo, para aquéllos interesados en la dinámica de las relaciones humanas.

**COMPREHENSIVE REVIEW OF
GERIATRIC PSYCHIATRY**

Ed. Joel Sadavoy, American Psychiatric Press, 582 págs. 45.00 L.

Ofreciendo una perspectiva histórica de la psiquiatría geriátrica, este volumen se centra en el proceso del envejecimiento y facilita una revisión de los trastornos psiquiátricos más importantes y de su tratamiento. Este libro está diseñado para el uso de psiquiatras que quieren conseguir en EE.UU. el certificado en esta especialidad.

**INTEGRATING
PHARMACOTHERAPY
AND PSYCHOTHERAPY**

Ed. Bernard D. Beitman and Gerald L. Klerman., American Psychiatric Press, 1991, 464 págs., 39,50 L.

Este libro revisa la investigación actual en el uso de medicación y psicoterapia en la mayoría de las categorías diagnósticas, cubriendo tanto lo ideológico como lo procedural de combinar medicación con psicoterapia. Las distintas secciones incluyen conflictos ideológicos para integrar farmacoterapia y psicoterapia, las implicaciones clínicas de la investigación en diagnósticos específicos, otras consideraciones diagnósticas y otras reflexiones.

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 e Impresión: MARIAR, S. A. - Tomás Bretón, 51 - 28045 Madrid. Depósito Legal: M. 6.580-1992.

Impreso con papel reciclado.



Las opiniones vertidas en los artículos firmados no tienen porqué coincidir necesariamente con las de la Redacción de este Boletín.