

AMSM

BOLETIN DE LA ASOCIACION MADRILEÑA DE SALUD MENTAL

Verano-Otoño del 92

EDITORIAL

Uno de los requisitos fundamentales de la tarea clínica, más evidente si cabe, en el ámbito de la salud mental comunitaria, es tener muy en cuenta la evidencia de que el porvenir de cualquier intervención que pretenda ser terapéutica, depende no sólo de la adecuación a

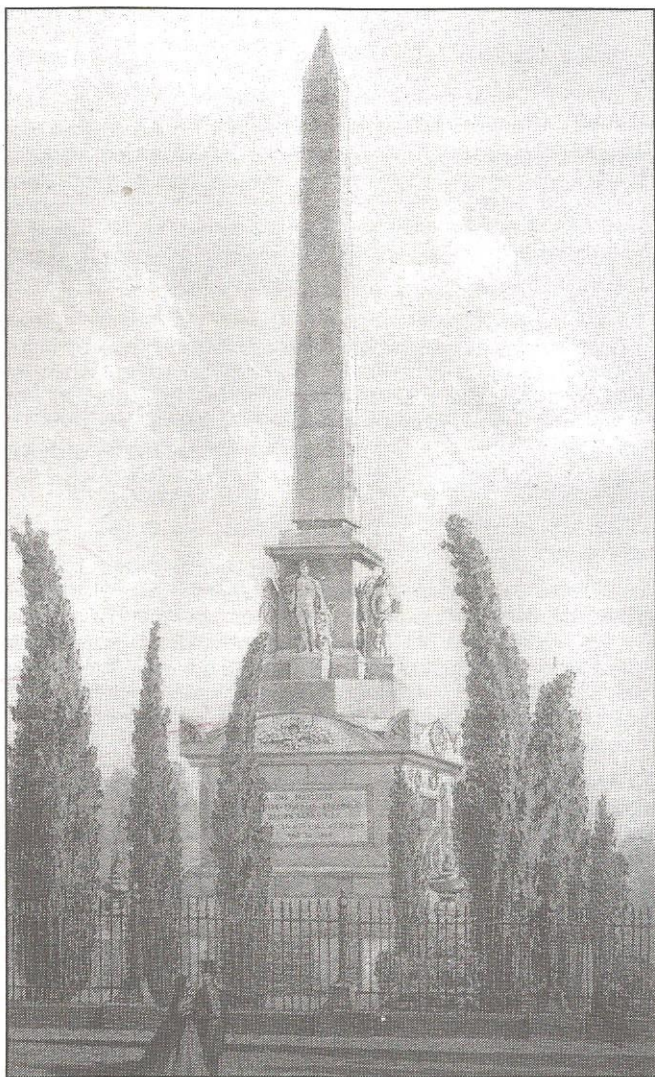
las características del padecimiento/trastorno/enfermedad más o menos bien delimitado en el sujeto, sino muy especialmente de su adecuación al contexto social-cultural-relacional en que emerge. Más allá del estudio de la morbilidad, se impone el análisis de la demanda.

Porque tanto el modelo médico flexneriano, con su énfasis en lo somato-biológico de la "enfermedad", como los modelos psicológicos que se amparan en un reduccionismo individualista, confían en que el ambiente y la estructura social adquieran un carácter neutro en el proceso de enfermedad, por lo que serían las variables individuales los únicos/los principales elementos a considerar.

La experiencia clínica diaria nos habla de errores, insuficiencias, fracasos terapéuticos, y de yatrogenia allí donde no se atendió la demanda debidamente contextualizada. Y un vistazo a la historia asistencialista nos recuerda las nefastas consecuencias de las "respuestas profesionales" cuando se olvida que los procesos de enfermedad (y la percepción de necesidad, las expectativas, las demandas) son también fenómenos colectivos que se estructuran en una red de conflictos sociales.

No basta con ofertar servicios. Gestores, profesionales y población establecen entre sí una relación necesariamente dialéctica y conflictiva en la que se ha de "negociar" y resolver la heterogeneidad de intereses y de expectativas de cada uno de ellos. El desarrollo de una red de servicios de salud mental; en dispositivos públicos, ha de asentarse sobre un pacto, si se puede llamar así, que haga compatibles criterios administrativos (de rentabilidad, eficiencia), profesionales (adecuación de recursos técnicos, clínicos y terapéuticos) y de la población (necesidades percibidas, oferta compatible con sus referencias culturales, etc...).

En fin, trabajar la demanda, sigue teniendo la misma vigencia que en aquella declaración "oficial" de principios que hizo suya el Ministerio de Salud francés, en 1960: "el espíritu del sector es precisamente no responder a la demanda tal y como es formulada; es decir, generalmente como una demanda de exclusión, de tratamientos a imponer, de tutela; sino de tratar esta demanda, interviniendo tanto en el entorno como, en el sujeto mismo".



Obelisco en memoria de los Héroes del Dos de Mayo.
Litografía de J. Cebrián. Siglo XIX.

SITUACION ACTUAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD A PROPOSITO DEL INFORME ABRIL

Informe elaborado por la *Comisión de Trabajo* compuesta por: Manuel Desviat, Luis Doria, Consuelo Escudero, Sergio García Reyes, Rosa Gómez, M.ª Luz Ibáñez, Miguel Angel Martín, Francisco Pereña y Pedro Rodríguez.

Después de transcurridos 6 años desde la promulgación de la Ley General de Sanidad, se impone una reflexión sobre el actual desarrollo de la misma. Máxime cuando el documento de análisis, encargado por el Parlamento y de mayor resonancia social sobre el Sistema Nacional de Salud (el Informe Abril aparecido en 1991), plantea las insuficiencias de la atención sanitaria desde un modelo anterior a la Ley y no desde los problemas derivados de la falta de desarrollo de la misma.

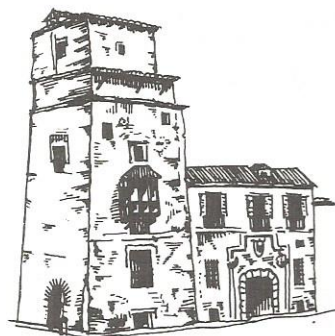
En el momento actual los principios fundamentales en los que la reforma sanitaria se apoya: universalización, accesibilidad, equidad, descentralización, territorialización e integración de redes, solo están parcialmente cumplidos, con la considerable ineficacia y confusión que esto supone. Nos parece necesario dar un tratamiento definitivo al tema de la universalización y fijar un calendario para las transferencias del Insalud a las Comunidades Autónomas, estableciendo mecanismos más coherentes de asignación de recursos a los Servicios Regionales de Salud.

El retraso en las transferencias sanitarias, ha impedido la elaboración de un plan integrado de salud a nivel del Estado, articulado en diferentes planos (en la actualidad solo existen planes parciales). Aspecto que no señala el Informe Abril, en el que tampoco figura la implementación de los objetivos de salud para el año 2000, una de las finalidades explícitas que tenía la Comisión.

La existencia de financiaciones múltiples dificulta la necesaria descentralización y la integración de redes en el área sanitaria. Impidiendo al mismo tiempo cumplir con el modelo a desarrollar que plantea claramente una financiación única y pública.

En este sentido queremos señalar, que las recomendaciones del Informe Abril relativas a la financiación parcial por parte de los usuarios; así como la reducción de las prestaciones a las ya existentes en 1986, son inaceptables. Porque supondrían un retroceso importante en las prestaciones de salud mental, prevención y promoción de salud, que en aquellas fechas no estaban ni suficientemente desarrolladas, ni integradas en el Sistema Sanitario general.

La privatización, que paradójicamente plantea el Informe Abril, no garantiza un mejor funcionamiento y sí el encajecimiento y unas prestaciones más insolidarias. La mejora de la gestión es, sin embargo, insoslayable. Es preciso reestructurar la empresa pública introduciendo mecanismos de gestión empresarial. Estableciendo un modelo organizativo ágil en cuanto a política de personal, inversiones, compras, etc. En un marco que desarrolle la equidad como uno de los objetivos de la Ley General de Sanidad.



Sin embargo, las conclusiones sobre la eficiencia de la provisión privada de servicios nos parecen erróneas; ya que hay que tener en cuenta que la eficiencia no debe sostenerse desde un criterio económico sino social.

En cuanto a la participación, hay que concretar cauces amplios, tanto para los profesionales como para los usuarios; ya que es uno de los elementos centrales de la gestión comunitaria. En este sentido no puede estar ejercida exclusivamente por los sindicatos.

Es necesario resguardar y potenciar la estructura integradora del área sanitaria y de los niveles de atención dentro de ella. Y no despojarla, como mantiene el Informe Abril, de sus funciones de gestión sobre los Centros y Servicios de su territorio. Porque perderían su capacidad de elemento activo y se burocratizarían como meras administradoras.

El desarrollo de los niveles de atención es todavía insuficiente y confuso, al coexistir modelos y redes diferentes. Es preciso apoyar y desarrollar el nivel de atención primaria y su coordinación con el nivel especializado. En este sentido, hay que aumentar la capacidad de estos equipos, para que se hagan cargo de los aspectos de salud mental que conlleva una atención integral a la salud y puedan situarse como elementos ordenadores, dentro del área sanitaria.

En el nivel especializado de Salud Mental, es imprescindible completar la red de Unidades de hospitalización en los Hospitales Generales y reforzar los Servicios comunitarios de Salud Mental, como eje del sistema. Es preciso además incrementar los recursos en los programas de rehabilitación y racionalizar la utilización de los recursos sociales.

No se puede postergar, como señala el Informe Abril, una reformulación de la carrera profesional para los distintos profesionales de la red. La formación especializada debe realizarse dentro del sistema sanitario público. Para ello es preciso abordar este tema en la próxima Ley de Especialidades.

Parece también urgente la flexibilización en la gestión de personal, con la inclusión de otras modalidades de contratación. Abordando además los problemas del personal estatutario, a través de la reclasificación como personal sanitario, en el próximo Estatuto-Marco de Insalud, de los diferentes profesionales que trabajan en el sistema.

WILLIAM SHAKESPEARE

"El hombre debe salir de este mundo como entró, todo consiste en estar preparado".

WILLIAM SHAKESPEARE
Rey Lear

De todos los genios de la literatura ninguno tiene una personalidad tan inaccesible como la de William Shakespeare.

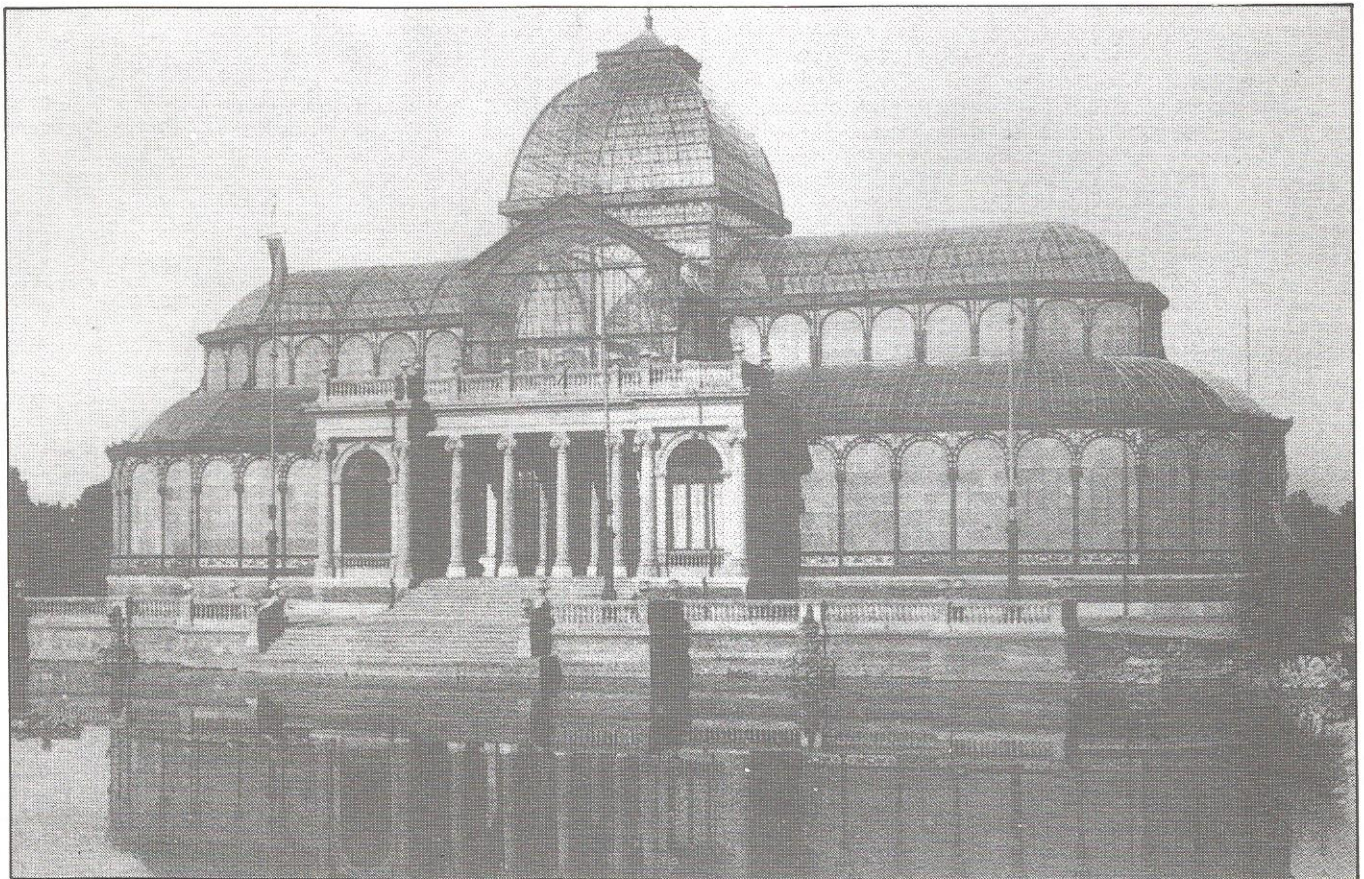
Vivió en pleno apogeo del Renacimiento inglés, durante los reinados de Isabel y Jacobo I. Escribió treinta y cinco piezas y ciento cincuenta sonetos. Tenía relación con los personajes más destacados de la Corte más brillante de la historia inglesa. Según Hugh Trevor Roper, carecía de amigos en los círculos literarios y no poseía ningún libro cuando murió.

Autor dramático supremo, Shakespeare no utiliza sus personajes para expresar sus opiniones personales. Sus personajes expresan los pensamientos de ellos, en concreto, ellos solos y no él revisten un carácter de realidad, Ricardo II, Enrique V, Falstaff, Lear, Otelo, Lady Mac-

beth, Caliban, estas invenciones de su mente se han convertido en creaciones independientes, vivas.

Rey Lear es probablemente la obra más grande de Shakespeare. Es el mejor ejemplo del teatro del absurdo, del cual ha salido todo lo mejor del drama contemporáneo. La obra es una enorme alegoría de la vejez, del camino hacia el conocimiento a través de la locura: de los locos verdaderos, de los falsos, de los que simulan la locura por necesidad. Es el mejor ejemplo de la dolorosa toma de conciencia que resulta del conocimiento de los fines de la existencia humana. El tema de Rey Lear es la descomposición y el derrumbamiento del mundo. Lear puede ser leída como una excelente ilustración de ese fenómeno clínico que se llama "inseguridad ontológica". Pocas obras abundan como Lear en disfraces, cambios de identidad, engaños de la mente y el corazón. Hay una visión totalizadora del destino trágico del género humano. La demencia de Lear es su Purgatorio a través del cual son lavados los pecados.

Sumergirse en mundos como los que Shakespeare genera en sus obras es una de las experiencias más hermosas, más estimulantes y más enriquecedoras que podemos encontrar.



Palacio de Cristal, foto de autor anónimo de finales del XIX.

REHABILITACION EN SALUD MENTAL

Abordamos el proceso de rehabilitación ofreciendo una visión general, desde la experiencia de dos personas representativas, de las actuales y múltiples interrogantes que plantea este complicado tema, fundamentalmente en lo que se refiere a su ámbito técnico y recursos.

ENTREVISTA A MARIA NUCHE VINIEGRA

(Coordinadora del Programa de Rehabilitación de los Servicios de Salud Mental. Distrito Centro. Psicóloga.)

Pregunta: ¿Qué Técnicas han sido más útiles en tu experiencia para llevar a cabo el proceso de Rehabilitación?

Respuesta: Yo diría que más que la aplicación de una técnica específica, lo que realmente es efectivo en el trabajo de rehabilitación es el ir acompañando al paciente día a día en su proceso de maduración. Al abordar un caso de rehabilitación, uno debe de tener una visión amplia e integradora de la personalidad del individuo, de sus capacidades y sus déficits, y de las posibilidades reales de cambio. Por otro lado, es muy importante tener presente que el proceso de rehabilitación transcurre desde etapas donde la dependencia del paciente crónico respecto del profesional va a ser inevitable, y yo diría que conveniente, hasta llegar a etapas donde se consigan cada vez mayores cotas de autonomía e independencia personal, todo esto sobre la base de haber sabido establecer en la relación con el paciente un clima de mutua confianza y empatía. En mi opinión, cualquier técnica que tenga en cuenta estos principios va a resultar útil y eficaz.

P.: ¿Qué recursos son imprescindibles?

R.: Parte de nuestra responsabilidad como profesionales encargados de la rehabilitación del paciente crónico debe de ser la de posibilitar y ofrecer una mínima gama de recursos que vayan desde aquellos más estrictamente médicos, como son las camas en Unidades de Psiquiatría, la Unidad o el Hospital de Día pasando por aquellos que están a medio camino entre la hospitalización y la residencia habitual, como son la Casa de Transición y la Mini-Residencia para terminar con los recursos comunitarios. Estos últimos deberían de cubrir en primer lugar, las necesidades residenciales en la comunidad a través de pisos protegidos, residencias alternativas, pensiones, etcétera. En segundo lugar, la necesidad de una asistencia continuada y específica en rehabilitación. En este sentido, es importante que el Servicio de Salud Mental cuente con el apoyo de un centro específico de Rehabilitación Psicosocial, o un Centro de Día. Por último, son imprescindibles todos aquellos recursos socio-laborales que favorezcan el desarrollo de actividades culturales, de ocio y tiempo libre y de formación y acceso al empleo normalizado.

P.: ¿Has encontrado sensibilización y respuesta a estas necesidades por parte de la Administración?

R.: La Rehabilitación no debe ser una forma de ahorrar dinero suprimiendo camas hospitalarias. Bien organizada y con los recursos necesarios, resulta tan cara como la hospitalización de larga estancia. En la C.A.M. se está acometiendo esta parte fundamental de la reforma psiquiátrica sin el presupuesto necesario. La rehabilitación, a pesar del impulso que se le ha dado desde el Servicio de Salud Mental, se encuentra con unas carencias estructurales básicas. Las consecuencias de esta falta de recursos son bien conocidas, y abonan las tesis que critican la reforma psiquiátrica.

P.: ¿Qué profesiones están implicadas y cómo?

R.: El trabajo de rehabilitación, dado su amplitud y complejidad, requiere ser abordado por un equipo interdisciplinar formado por profesionales de salud mental: Psiquiatra, Psicólogo, A.T.S. y Trabajador Social, que trabaje en la rehabilitación e integración social del paciente crónico. Este equipo de profesionales debe contar también con el apoyo de otras instituciones asociadas como son Auxiliares, Terapeutas ocupacionales, monitores y educadores, sin cuya participación a veces resulta difícil consolidar el proceso de integración social del paciente.

P.: La Consejería de Integración Social y la Consejería de Salud están trabajando sobre este tema, ¿qué dificultades se te han planteado en tu trabajo por esta división?, ¿qué diferencias más significativas hay entre ambas?

R.: La división en dos Consejerías, ambas con responsabilidades en la Rehabilitación planteó al principio serias dificultades en la coordinación de las competencias de cada una, ya que éstas, o no estaban suficientemente definidas, o no se reconocían. Se hablaba distinto lenguaje y era difícil ponerse de acuerdo. Con el tiempo, estos roces del principio han dado paso a una actitud de franca colaboración. Ambas Consejerías tienen diferencias de competencias y diferencias de presupuestos para abordar estas competencias. Esta situación evidentemente repercute en nuestro trabajo cotidiano. Para que la Consejería de Salud pueda llevar a cabo en toda su amplitud el proceso de rehabilitación, necesita la participación de la Consejería de Integración Social. En esto, ambas Consejerías son interdependientes y es por esto que resulta tan importante la estrecha colaboración y el buen entendimiento entre ellas.

ENTREVISTA A SERGIO REBOLLEDO

(Coordinador del programa de apoyo comunitario del Instituto Psiquiátrico "José Germain". Psicólogo.)

Pregunta: ¿Qué técnicas son más útiles, en tu experiencia, para llevar a cabo el proceso de rehabilitación?

Respuesta: En Rehabilitación, es necesario utilizar una gama amplia de recursos que provienen de la experien-

cia clínica en el trabajo con enfermos mentales graves. En primer lugar, lo más importante es una estrategia ambiental, crear un entorno de apoyo, de recepción, orientación y estimulación.

Luego, es indudable que la rehabilitación se basa en dos grandes estrategias, proporcionar al paciente apoyos y recursos necesarios, y la otra enseñarle cosas, incrementar sus habilidades. Para ello, hay que saber cómo funciona la mente de un psicótico y conocer técnicas adecuadas para enseñarle. Un grupo de técnicas fundamentales es la dinámica del pequeño grupo, de 5 a 8 personas.

P.: ¿Qué recursos son imprescindibles?

R.: Lo principal es contar con los medios y el personal necesarios para crear ambientes lo más parecidos a la vida real (pisos escuela, talleres, salidas a diferentes lugares "normalizados"), donde es más fácil favorecer el aprendizaje del paciente y su integración social.



Escudo de Madrid. Siglo XVI.

Otro recurso importante es quizá el movimiento ciudadano, en particular las familias, cuyo papel es por una parte reivindicativo y por otra de colaboración con los Servicios.

Quizá, un recurso fundamental en Rehabilitación sea el trabajar dentro de una red de servicios de Salud Mental y de Servicios Sociales. El esfuerzo rehabilitador no puede hacerse de forma aislada por un equipo, por mucha técnica que éste tenga.

P.: ¿Has encontrado sensibilidad y respuesta a estas necesidades por parte de la Administración?

R.: En general, yo creo que aquí la Administración se ha mostrado extraordinariamente sensible y que ha priorizado este trabajo, dotándolo ampliamente de recursos.

P.: ¿Qué profesiones están implicadas y cómo?

Yo diría que lo básico en rehabilitación no es tanto la profesión como la comprensión del trabajo rehabilitador, la capacidad de dar apoyo, orientación y al mismo tiempo saber enseñar. Esto puede hacerlo una persona que no tenga cualificación técnica en Salud Mental. De todos modos, creo yo que los psicólogos, son profesionales bastante adecuados para este tipo de trabajo, por las mismas características de su formación. Enfermería también una profesión que puede desempeñar una función importante, en especial en lo referido a la Educación para la Salud. Obviamente, otra profesión muy implicada son los trabajadores sociales, así como los terapeutas ocupacionales. Por último, creo que es sumamente importante que el psiquiatra conozca la Rehabilitación profundamente, entre otros aspectos para poder prescribirla.

P.: La Consejería de Integración Social y la de Salud trabajan sobre este tema. ¿Qué diferencias más significativas encuentras entre los enfoques de ambas? ¿Qué dificultades se te han planteado en tu trabajo a causa de esta división?

R.: La Consejería de Integración Social tiene un Programa de Alternativas a la Institucionalización Psiquiátrica que, a mi entender, ha desarrollado una respuesta rehabilitadora imprescindible. A su vez, la Consejería de Salud tiene definido un Programa de Rehabilitación. El Programa de la Consejería de Integración se ha centrado en la creación de Centros de Integración Psicosocial, muy similares a algunos de la Consejería de Salud. Actualmente, creo que se ha producido una mayor conjunción de ambos Programas. Se han creado, por fin, unos canales de diálogo, reuniones conjuntas y actividades concertadas en común; todo esto se ha traducido en una actualización más eficaz.

Para concluir, pienso que la Rehabilitación está llamada a lograr un reconocimiento cada vez mayor de su forma de intervención. Creo que en el futuro será necesario establecer parámetros o enfoques propios, que respondan a lo específico de la Rehabilitación y que no intenten trasladar directamente presupuestos teóricos de la Psicoterapia para explicar el trabajado rehabilitador, puesto que en la Rehabilitación se utilizan formas de ver al paciente distintas y complementarias.

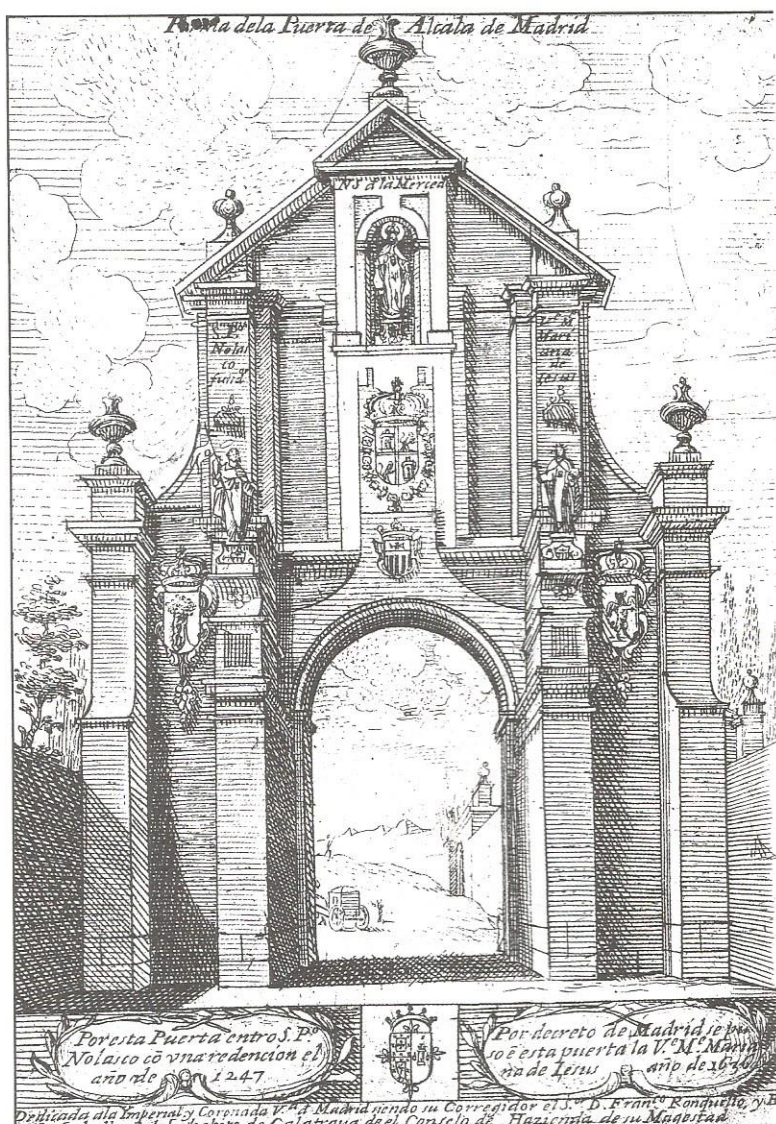
HAY que disculparse de antemano, por no incluir en este breve espacio, algunos otros artículos también de mucho interés, publicados en los últimos meses. Nos gustaría haber hecho mención del artículo de Feedman (Am. J., julio, 1992) sobre la búsqueda de la interacción, mente, cuerpo y propósito humano al enfrentarse al medio, o del último número de Current Opinion dedicado a Psiquiatría infantil y Psicogeriatría y, por supuesto, al artículo publicado por I. Montero, M. Gómez-Beneyto, I. Ruiz y cols. en el British Journal del mes de agosto, sobre la influencia de la emoción expresada familiar sobre el curso de la Esquizofrenia en una muestra de pacientes españoles, pero como siempre, el espacio se impone.

LA FORMACION EN PSICOTERAPIA

Un tema de interés creciente, y de reconocida complejidad, es el entrenamiento en Psicoterapia. Pese a ello, parece que han sido pocos los estudios dedicados a investigar cuáles son los elementos más importantes en una formación equilibrada, que preparan al que aprende para una eficaz práctica clínica (Current Opinion in Psychiatry, 1992, 5, 365-369). El proceso consta de dos aspectos: la identificación de lo que está indicado para el paciente y el desarrollo de las capacidades facilitadoras en el terapeuta. Por supuesto, sin olvidar, como subrayan los autores, que la psicoterapia está siempre vinculada a la cultura y dependiente del contexto. Por ello, una psicoterapia sensible desde el punto de vista cultural debe facilitar servicios accesibles y tratamientos congruentes con los valores culturales percibidos por los clientes, y además, una reestructuración de la terapia usando la cultura del cliente como punto de partida.

El trabajo clínico supervisado, el aprendizaje teórico y una terapia personal, como forma de que el terapeuta adquiera algún conocimiento sobre sí mismo, se consideran elementos claves para la formación en psicoterapia. Pero el entrenamiento consiste en algo más que la adquisición de una estructura conceptual. Los problemas éticos deben de trabajarse, advirtiendo de la vulnerable situación en que se encuentra un sujeto en psicoterapia. La posibilidad de que el terapeuta abuse del paciente en esta situación es un riesgo siempre presente.

Entre las innovaciones dedicadas a la formación habidas en los últimos años, se destacan: la observación directa en vivo, el uso de grabaciones en audio y vídeo, técnicas de role-play, manuales, etc. Últimamente se ha hecho hincapié en la utilización de los escritos de los pacientes y de gran interés se considera la recomendación de algunos para llevar documentación conjunta (terapeuta y paciente) a partir del sexto año de tratamiento. Quedan pendientes importantes preguntas: ¿cómo pueden ser entrenados los supervisores? ¿Qué criterios deben de seguirse para considerar a un psicoterapeuta como ya formado? ¿Qué entrenamiento es necesario para mantener las habilidades?



Puerta de Alcalá. Aguafuerte anónimo. Siglo XVII.

SUICIDIO Y CONDUCTA SUICIDA

En esta revisión de Donald W. Black (Current Opinion, 1992, 5, 201-206) se reconoce el suicidio tanto como un importante problema de salud, como un tema con el que los profesionales de salud mental se enfrentan a un nivel muy personal. Se confirma el aumento de las cifras durante los meses de verano y otoño, con una significativa reducción en diciembre que sólo se cumple para las mujeres y que ha sido atribuida a la influencia de la cercanía de las fiestas navideñas sobre ellas. Mientras el desempleo ha sido relacionado clásicamente con altas cifras de suicidio, un reciente estudio inglés cuestiona esto y sugiere que exista un tercer factor, que podría incluir trastornos de personalidad y consumo de sustan-

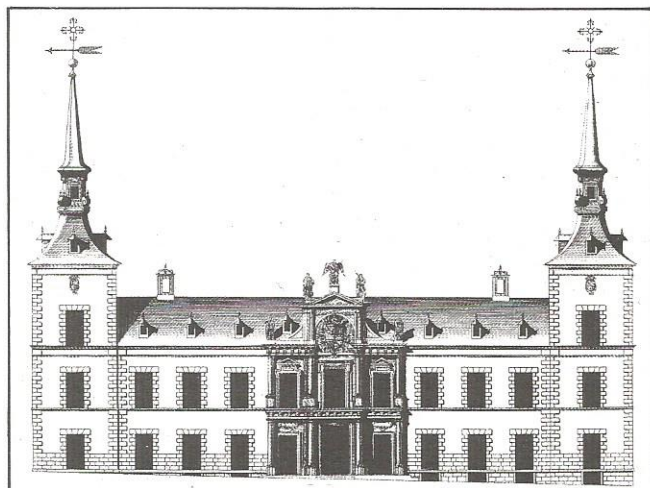
cias, que fuese responsable tanto de la conducta suicida, como del desempleo. El diagnóstico psiquiátrico continúa siendo el factor de riesgo más fuertemente asociado, emergiendo con fuerza el trastorno de pánico, asociado o no con depresión, además de los trastornos afectivos y el trastorno por estrés posttraumático. Los factores culturales son importantes a la hora de explicar diferencias de tasas entre los países. Así en recientes estudios en Estonia se encuentra una cifra entre las más altas del mundo, o entre los nativos de Alaska, donde las cifras son aproximadamente el doble que las de EE.UU. Desde el punto de vista de los estudios biológicos, se puede concluir que los sistemas serotoninérgico, noradrenérgico y opioide central están implicados en la patogenia tanto de la depresión como del suicidio, aunque las anomalías en los mecanismos 5-HT son más importantes en el hipocampo que en el córtex. La conducta suicida podría ser una manifestación de una falta de control de impulsos, por lo que, al menos desde el punto de vista teórico, agentes que aumenten el funcionamiento de la 5-HT, a nivel central, reducirían el riesgo. Esto parece ir en contra de la acusación que se le hizo a la fluoxetina, y que originó fuerte polémica, de ser la provocadora de intensos y violentos pensamientos suicidas en algunos pacientes. Parece que los datos disponibles actualmente rechazan esa asociación. Muy preocupantes son las cifras, en aumento, de la conducta suicida entre los jóvenes (4% de los chicos y 9% de las chicas entre 12 y 14 años, presentan ideación suicida moderada o grave). También preocupante es el reconocimiento de que con mucha frecuencia los padres no tienen conciencia de ello e informan de muy pocos trastornos psiquiátricos entre sus hijos. Ni los antidepresivos tricíclicos ni la electroconvulsivoterapia han conseguido alterar las cifras. Son mejores las expectativas para el litio, pero es todavía prematuro poder concluir nada. De los estudios dedicados a la prevención se concluye que no es posible predecir el suicidio ni siquiera para una muestra de alto riesgo. No es realista esperar, pues, que los profesionales sanitarios sean capaces de predecir, y por tanto, prevenir el suicidio en el paciente individual.

INNOVACIONES EN EL DESARROLLO DE CUIDADOS EN SALUD MENTAL

Ese es el título de la "lecture" que publica Isaacks Marks en uno de los últimos números del British Journal of Psychiatry (160, 589-597, 1992). Los resultados de varios estudios controlados en tres continentes coinciden en reconocer que, en comparación con la atención hospitalaria tradicional, el cuidado comunitario para pacientes mentales graves (serious mental illness, SMI), conlleva: a) una mayor satisfacción para los pacientes y sus familiares, b) el funcionamiento social y clínico tiende a ser sólo discretamente mejor, aunque persiste una gran incapacidad y dependencia, y c) el coste tiende a ser algo menor. La cuestión no parece ser ni una gran mejora en el funcionamiento social, ni en la clínica, ni tampoco un gran abaratamiento de los costes, sino en la preferencia por el cuidado comunitario expresada por pacientes y familiares, es decir, en la satisfacción del usuario, variable considerada de gran interés en la planificación de servicios.

Una gran parte de la responsabilidad de la atención comunitaria recae en la enfermería y en los médicos de cabecera. En estudios americanos e ingleses, se encontró que los CSM se dedicaban más a la prevención y cuidado a corto plazo y que no cubrían adecuadamente las necesidades de pacientes mentales graves y crónicos. Cuatro son las preguntas que el autor considera imprescindible hacerse con respecto al desarrollo presente y futuro del trabajo de enfermería comunitaria: ¿Qué clase de pacientes deben de ver?, según la experiencia la mayoría de los que ven son trastornos neuróticos; ¿Quién les deriva los pacientes? actualmente sobre todo, el psiquiatra, pero en el futuro será el médico de cabecera la mayor fuente de derivaciones; ¿Dónde deben de trabajar? la experiencia revela que tienden a trabajar donde son menos necesarias, como expresión de una falta de coordinación con respecto a las necesidades locales; ¿Es eficaz su trabajo, desde el punto de vista económico? aquí los resultados son más dispares. Algunos estudios no encuentran diferencias, para trastornos relacionales, ansiosos y depresivos, con los tratamientos llevados a cabo por los médicos de cabecera. Otros resultados son más alentadores, en lo que se refiere al trabajo de enfermeros/as con entrenamiento como terapeutas de conducta, cuyos resultados fueron mucho mejores que los conseguidos por el médico de cabecera.

Por último, uno de los métodos de tratamiento más prometedores en el futuro es, para el autor, el desarrollo de grupos de auto-ayuda. Recuerda que en trastornos como los de ansiedad, es la Exposición el tratamiento que produce mejores, y más duraderos, resultados, siendo la auto-exposición el elemento clave. El clínico jugaría el papel de monitor o guía del programa de auto-exposición que el paciente está llevando a cabo. Serían necesarios tanto grupos de auto-ayuda terapéuticos, que intentan reducir la patología, como grupos de auto-ayuda paliativos, más limitado, es ofrecer información y soporte. El trabajo de ambos grupos como el de los profesionales implicados, se facilitaría mucho con efectivos programas de auto-ayuda computarizados, que además servirían para llevar a cabo la evaluación de los tratamientos.



En este apartado recogemos las noticias de la prensa diaria relacionadas con el mundo de la Salud Mental, que por una u otra razón, nos han interesado especialmente.

FELIX GUATTARI

El 30 de agosto se publicó la noticia de la muerte de Félix Guattari. Tres meses antes, el 1 de junio, *El País* ofrecía una entrevista con él en la sección de medicina y sanidad. Pensamos que la mejor manera de recordarle desde aquí es recopilar las ideas que expuso en ésta entrevista.

Se consideraba, como psiquiatra, enfrentado en su trabajo con la complejidad. Complejidad de la psicosis, las relaciones socioadministrativas, la tarea de organización y formación de equipos, los aspectos políticos de la alienación. Desde aquí se distanciaba del psicoanalista puro, del que decía que hace música de cámara mientras que el psiquiatra hace orquesta. A la pregunta de si sigue alguna corriente del psicoanálisis respondía que aceptaba todas las teorías, y que las doctrinas perfectamente constituidas no le interesaban. Que trabajaba con problemas concretos, que surgían en la experiencia cotidiana con enfermos psicóticos. Pensaba que actualmente no hay ningún pensamiento científico absoluto que domine todas las ciencias humanas. Se distanciaba también de la antipsiquiatría, de la que opinaba que había cometido el error de confundir los aspectos específicos de la alienación mental con aspectos sociales, y que adolecía de una cierta negatividad ideológica, con una idealización de la locura incompatible con la realidad institucional.

Guattari ha sido director adjunto de "La Borde", centro en que la entrevista caracterizaba como lugar dedicado a la psicoterapia institucional desde su creación, en 1953, por Jean Oury. Allí, según su opinión, los tratamientos tienen como objetivo alcanzar un coeficiente de libertad que permita al individuo adquirir la capacidad de asumir las condiciones de su existencia, promoviendo un ambiente de relación y responsabilidad entre enfermos y personal sanitario que provoque una apertura al mundo exterior, tanto social como en un devenir cósmico y estético.

Abogaba por desnacionalizar la psiquiatría, a fin de dejar libre un espacio donde pudieran fundarse estructuras autogestionarias que organizaran su propia libertad.

Decía que la locura significa entrar en el caos determinista y quedarse bloqueado en él, y que el loco es una especie de Ulises atrapado en una etapa de su viaje. De cualquier manera, añadía, la vida no es algo normal ni natural, sino un desastre, una enfermedad de la que siempre podemos hacer una aventura singular.

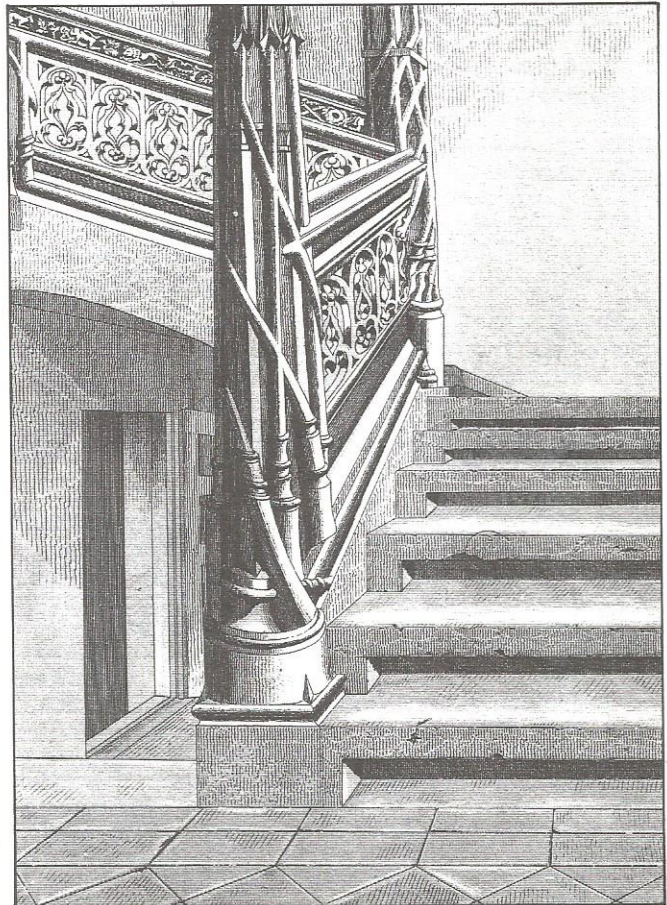
La obra de Félix Guattari ha tenido un peso importante durante una etapa muy reciente del desarrollo de nuestra profesión. Como refleja la entrevista reseñada, seguía trabajando sobre la psicosis y sus posibles tratamientos, huyendo de las simplificaciones de cualquier tipo.

MIR

ABC informaba los días 11 de junio y 11 de julio, sobre las plazas MIR. Este año se convocan un mayor número de plazas para formación sanitaria especializada que en otras ocasiones, ya que se ha incrementado el número de unidades acreditadas. De un total de 4.508 plazas, 651 corresponden a Andalucía, 587 a Madrid y 317 a Cataluña. El número de plazas convocadas en psiquiatría es de 129.

REFORMA SANITARIA

José Antonio Lorenzo Porto, presidente de la FADSP, opina (*El Mundo*, 10 de julio) con ocasión de la presentación ante el Consejo de Ministros de la reforma de la Sanidad Pública, que es necesario racionalizar las instituciones y servicios sanitarios públicos, sin lo cual el Sistema Nacional de Salud acabaría por hacerse inviable. En su opinión es necesario que los servicios sanitarios trabajen con criterios de eficiencia y calidad. Por otra parte critica las formulaciones privatizadoras y la ausencia de planteamientos y objetivos de política sanitaria que existen en el "Informe Abril".



Escalera del Hospital de la Latina, grabado del siglo XIX
(V. M. Paredes)

La Organización Panamericana de Salud OPS/OMS, consciente de la magnitud de las necesidades de atención psiquiátrica y salud mental en América Latina, ha lanzado la Iniciativa para la Reestructuración Psiquiátrica en esta región. El programa, dirigido por el Dr. I. Levav, Responsable de Salud Mental de la OPS, cuenta con la colaboración de expertos de diferentes países europeos (Suecia, Italia y España). La presente declaración firmada en Caracas en noviembre de 1990 es el acta de intenciones y objetivos del programa.

DECLARACION DE CARACAS

Las organizaciones, asociaciones, autoridades de salud, profesionales de salud mental, legisladores y juristas reunidos en la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud

NOTANDO

1. Que la atención psiquiátrica convencional no permite alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva;
2. Que el hospital psiquiátrico, como única modalidad asistencial, obstaculiza el logro de los objetivos antes mencionados al:
 - a) aislar al enfermo de su medio, generando de esa manera mayor discapacidad social,
 - b) crear condiciones desfavorables que ponen en peligro los derechos humanos y civiles del enfermo,
 - c) requerir la mayor parte de los recursos financieros y humanos asignados por los países a los servicios de salud mental,
 - d) impartir una enseñanza insuficientemente vinculada con las necesidades de salud mental de las poblaciones, de los servicios de salud y otros sectores.

CONSIDERANDO

1. Que la Atención Primaria de Salud es la estrategia adoptada por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud y refrendada por los Países Miembros para lograr la meta de Salud para Todos en el año 2000;
2. Que los Sistemas Locales de Salud (SILOS) han sido establecidos por los países de la Región para facilitar el logro de esa meta, por cuanto ofrecen mejores condiciones para desarrollar programas basados en las necesidades de la población, y de características descentralizadas, participativas y preventivas;
3. Que los programas de Salud Mental y Psiquiatría deben adaptarse a los principios y orientaciones que fundamentan esas estrategias y modelos de organización de la atención de la salud.

DECLARAN

1. Que la reestructuración de la atención psiquiátrica ligada a la Atención Primaria de Salud y en el marco de los Sistemas Locales de Salud permite la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales;
2. Que la reestructuración de la atención psiquiátrica en la Región implica la revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios;
3. Que los recursos, cuidados y tratamientos provistos deben:
 - a) salvaguardar, invariablemente, la dignidad personal y los derechos humanos y civiles,
 - b) estar basados en criterios racionales y técnicamente adecuados,
 - c) propender a la permanencia del enfermo en su medio comunitario;
4. Que las legislaciones de los países deben ajustarse de manera que:
 - a) aseguren el respeto de los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales, y
 - b) promuevan la organización de servicios comunitarios de salud mental que garanticen su cumplimiento;
5. Que la capacitación del recurso humano en Salud Mental y Psiquiatría debe hacerse apuntando a un modelo cuyo eje pasa por el servicio de salud comunitaria y propicia la internación psiquiátrica en los hospitales generales, de acuerdo con los principios rectores que fundamentan esta reestructuración;
6. Que las organizaciones, asociaciones y demás participantes de esta Conferencia se comprometen mancomunada y solidariamente a abogar y desarrollar en los países programas que promuevan la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica y la vigilancia y defensa de los derechos humanos de los enfermos mentales de acuerdo a las legislaciones nacionales y los compromisos internacionales respectivos.

Para lo cual

INSTAN

A los Ministerios de Salud y de Justicia, a los Parlamentos, los Sistemas de Seguridad Social y otros prestadores de servicios, las organizaciones profesionales, las asociaciones de usuarios, universidades y otros centros de capacitación y a los medios de comunicación a que apoyen la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica asegurando así su exitoso desarrollo para el beneficio de las poblaciones de la Región.

APROBADA POR ACLAMACION POR LA CONFERENCIA EN SU ULTIMA SESION DE TRABAJO EL DIA 14 DE NOVIEMBRE DE 1990.

COMUNICACIONES CIENTIFICAS

Con este apartado se abre una sección cuya finalidad será el análisis, en modos y maneras, de los distintos trabajos científicos que pueden plantearse en nuestro que-hacer diario (conferencias, posters, artículos de revisión...).

El primero de ellos versará sobre el artículo científico, su definición y características importantes, así como algunas recomendaciones en lo que se refiere a su estructura y redacción.

EL ARTICULO CIENTIFICO

El Council of Biology Editors, organización de gran prestigio que se ocupa de estas cuestiones, llegó a la siguiente definición:

Una publicación científica primaria aceptable debe ser la primera divulgación y contener información suficiente para que los colegas del autor puedan: 1) Evaluar las observaciones; 2) Repetir los experimentos, y 3) Evaluar los procesos intelectuales. Además debe ser susceptible de percepción sensorial esencialmente permanente, estar a la disposición de la comunidad científica sin restricciones, y estar disponible también para su examen periódico por uno o más de los principales servicios secundarios reconocidos (e.g., Index Medicus, Excerpta Médica...).

El objetivo de la investigación científica es la publicación. Un experimento científico no está completo hasta que sus resultados se han publicado y entendido. La palabra clave es reproducibilidad. Eso es lo que singulariza a la redacción científica.

Además de la organización, el segundo ingrediente principal de un artículo científico debe ser un lenguaje claro y apropiado. La redacción científica no tiene necesidad de adornos ni cabida para ellos.

La comunicación científica, tal y como hoy la conocemos, es relativamente nueva. Las primeras revistas científicas se publicaron hace trescientos años y la organización del artículo científico llamada IMRYD (Introducción, Método, Resultados y Discusión) se ha creado en los últimos cien años.

El formato IMRYD, que había estado haciendo lentos progresos desde finales del siglo XIX, se hizo de utilización casi universal en las revistas de investigación (a partir de la labor de Koch y Pasteur el principio de la reproducibilidad de los experimentos se convirtió en dogma fundamental de la filosofía de la ciencia). Algunos directores lo adoptaron porque se convencieron de que era la forma más sencilla y lógica de comunicar los resultados de la investigación. Dicha rigidez de estructura ahorra espacio y gastos a las revistas y facilitaba las cosas a los directores y a los revisores. La tendencia a la uniformidad ha aumentado desde que el American National Standards Institute estableció como norma el sistema IMRYD, por primera vez en 1972 y nuevamente en

1979. Naturalmente esto se aplica a la mayor parte de los trabajos científicos, pero existen algunas excepciones aunque incluso en estas a menudo resulta apropiado esa misma progresión lógica del problema a la solución.

La lógica del IMRYD puede definirse mediante una serie de preguntas: ¿Qué cuestión se estudió? La respuesta es la Introducción. ¿Cómo se estudió el problema? La respuesta son los métodos. ¿Cuáles fueron los resultados o hallazgos? La respuesta son los Resultados. ¿Qué significan esos resultados? La respuesta es la Discusión.

Se presentan a continuación algunos principios básicos aceptados en la mayoría de las disciplinas.

COMO PREPARAR EL TITULO

Su autor hará bien en recordar un hecho importante: ese título será leído por miles de personas.

Un buen título es aquel que utiliza el menor número posible de palabras que describen adecuadamente el contenido de un artículo.

Hay que recordar que los servicios de indicación bibliográfica y resúmenes de artículos dependen grandemente de la exactitud del título. Al redactar el título, el autor debe preguntarse: "¿Cómo buscaría yo esta información en un índice?". Un artículo titulado de forma inapropiada puede perderse prácticamente y no llegar nunca al público al que se destina.

El título de un artículo es una etiqueta, no una oración gramatical. Deben utilizar términos específicos, es decir, debe limitarse a aquellas palabras que subrayen el contenido significativo del trabajo de forma que resulte a la vez comprensible y localizable.

Los títulos no deben contener casi nunca abreviaturas, fórmulas químicas, nombres patentados, jerga, etc. La mayoría de los directores son enemigos de la combinación título principal-subtítulo (artículos en serie) y de los títulos partidos. Tampoco debiera utilizarse títulos "interrogativos".

COMO ENUMERAR LOS AUTORES Y SUS DIRECCIONES

No hay normas convenidas ni convenciones de aceptación general. Algunas revistas (principalmente las británicas) exigen que los nombres de los autores se ordenen alfabéticamente. Este sistema sencillo y neutro, tiene mucho a su favor, pero todavía no se ha hecho habitual, especialmente en los EE.UU.

En otro tiempo había una tendencia general a incluir como autor al jefe de laboratorio, hubiera participado o no activamente en la investigación. Como consecuencia, el último puesto se convirtió en el lugar preferido por su supuesto prestigio.

Una tendencia compensadora y más moderna ha sido definir al primero de los autores como autor principal y progenitor primario del trabajo comunicado.

Otra de las nuevas tendencias, consiste en que el científico principal reconocido ceda el puesto (el primero de la lista) a un colega más joven o a un estudiante graduado.

Los autores deben enumerarse normalmente por orden de importancia en relación con los experimentos, reconociendo al primero como autor principal, al segundo como principal asociado, y al tercero como al segundo pero con una participación menor. Los colegas o supervisores no deben pedir o permitir que sus nombres se incluyan en manuscritos sobre investigaciones en las que no hayan participado estrechamente. El autor de un artículo debe definirse como aquel que asume la responsabilidad intelectual de los resultados de la investigación sobre la que se informa.

La secuencia de los autores de un artículo publicado debe decidirse, unánimemente, antes de iniciar la investigación.

La forma preferida de designación es normalmente el nombre de pila y apellidos. Si un autor utiliza sólo iniciales, la bibliografía científica puede resultar confusa. La mayoría de las revistas médicas incluyen los títulos junto con los nombres. Los cargos también se enumeran a menudo, ya sea después del nombre y el título, o en notas a pie de página. Los autores deberán consultar las "Instrucciones a los autores" de la revista o algún número reciente de ésta para saber qué sistema se prefiere.

Para cada autor se indica una dirección (el nombre y dirección del laboratorio en el que se hizo el trabajo). Una dirección tiene dos finalidades. Sirve para identificar al autor; y también proporciona su dirección postal. Es necesaria por muchas razones, de las que la más corriente es indicar a donde dirigirse para obtener separatas.

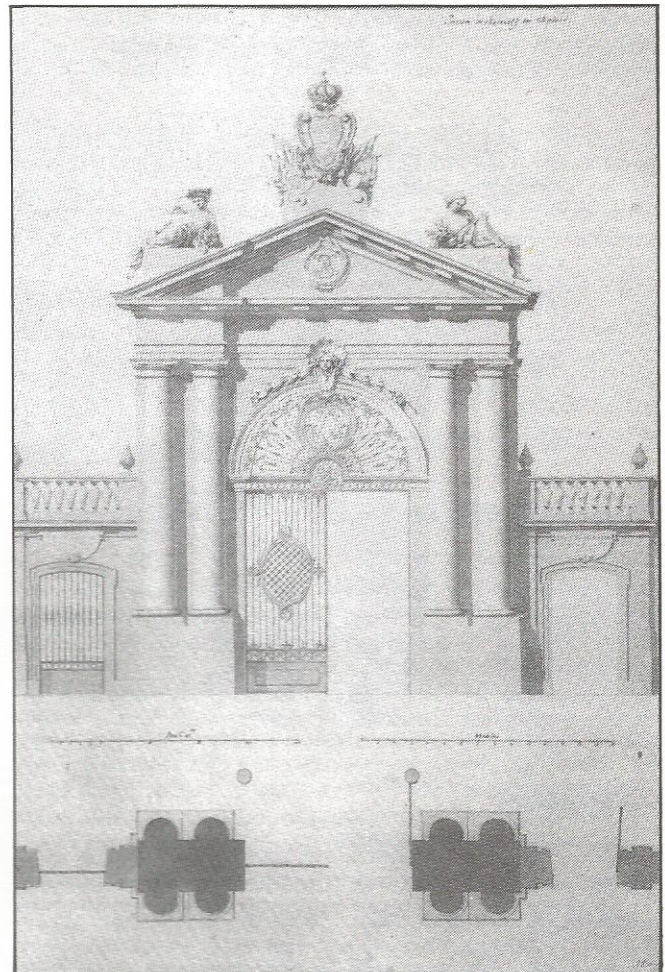
COMO PREPARAR EL RESUMEN

El resumen puede considerarse como una versión en miniatura del artículo. Debe ofrecer un sumario breve de cada una de las secciones principales: Introducción, Materiales y Métodos, Resultados y Discusión. El Resumen no debe exceder de 250 palabras y ha de orientarse a definir claramente lo que el artículo trata.

El Resumen debe escribirse en pretérito, porque se refiere a un trabajo ya realizado. El Resumen no debe presentar ninguna información, ni conclusión que no figuren en el texto. Las referencias bibliográficas no deben citarse en el Resumen.

Hay dos tipos fundamentales de resúmenes: el informativo, que tiene por objeto resumir concisamente el artículo (artículos científicos), y el indicativo o descriptivo, que tiene por objeto indicar el tema del artículo (artículos de revisión, comunicaciones, informes oficiales...).

La mayoría de las revistas científicas publican un Resumen al principio de cada artículo. Se imprime como un sólo párrafo (y así debe mecanografiarse).



Puerta de Recoletos. Juan de Villanueva. Siglo XVIII.

COMO ESCRIBIR LA INTRODUCCION

La finalidad de ésta debe ser suministrar suficientes antecedentes para que el lector pueda comprender y evaluar los resultados del estudio sin necesidad de consultar publicaciones anteriores sobre el tema. Debe presentar también el fundamento racional del estudio.

Hay que elegir las referencias cuidadosamente para suministrar los antecedentes más importantes.

Una gran parte de la Introducción deberá escribirse en tiempo presente porque se referirá principalmente al problema planteado y los conocimientos admitidos en la materia en el momento de iniciar el trabajo.

Se sugieren las siguientes reglas que debe observar una buena Introducción: a) exponer primero, con toda claridad posible, la naturaleza y el alcance del problema investigado; b) revisar las publicaciones pertinentes para orientar al lector; c) indicar el método de investigación; si se estima necesario, se expondrán las razones para

elegir un método determinado); d) mencionar los principales resultados de la investigación, y e) expresar la conclusión o conclusiones principales sugeridas por los resultados.

Si el autor ha publicado anteriormente una nota preliminar o un resumen del trabajo, debe mencionarlo con la cita correspondiente, en la Introducción. Si se han publicado o están a punto de publicarse en otra parte artículos estrechamente relacionados, estos se deben indicar en la Introducción, según costumbre hacia el final o el final del mismo.

Téngase en cuenta que es muy posible que un artículo leído por personas no pertenecientes a la especialidad del autor. Por ello, la Introducción es el lugar adecuado para colocar y definir cualesquiera técnicas o abreviaturas especializadas que se vayan a utilizar.

COMO ESCRIBIR LA SECCION DE MATERIALES Y METODOS

En Materiales y Métodos hay que dar toda clase de detalles. La mayor parte de esta sección debe escribirse en pasado. La finalidad principal es describir (y en caso necesario, defender) el diseño experimental y dar luego detalles suficientes para que un investigador competente pueda repetir los experimentos.

MATERIALES

Hay que incluir las especificaciones técnicas y las cantidades exactas, así como la procedencia o el método de preparación. Hay que abstenerse de utilizar nombres comerciales.

Si se utilizan seres humanos, se describirán los criterios de selección y se añadirá al manuscrito, si la revista lo requiere, una declaración de que los interesados han dado "su consentimiento con conocimiento de causa".

METODOS

El orden de presentación ordinario es el cronológico.

La sección de Materiales y Métodos es la primera del artículo en que deben utilizarse subtítulos. Siempre que sea posible, habrá que formar subtítulos que "casen" con los utilizados en los resultados.

Los métodos estadísticos ordinarios deben utilizarse sin comentario alguno; los avanzados o poco utilizados pueden exigir una cita bibliográfica.

Si el método se ha publicado anteriormente en una revista ordinaria, sólo debe indicar la referencia bibliográfica.

No cometa el error común de mezclar en esta sección algunos de los Resultados. Sólo hay una regla para una sección de Materiales y Métodos bien escrita: debe darse suficiente información para que los experimentos puedan ser reproducidos por un colega competente.

COMO ESCRIBIR LA SECCION DE RESULTADOS

La sección de Resultados contiene normalmente dos componentes:

- Descripción amplia de los experimentos ofreciendo un "panorama general" pero sin repetir los detalles experimentales ya descritos en Materiales y Métodos.
- Presentar los datos.

La exposición de los Resultados debe redactarse en pretérito.

Hay que ofrecer los datos representativos y no los interminablemente repetitivos.

Si sólo hay que presentar una o varias mediciones, deberán tratarse descriptivamente en el texto. Las mediciones reiteradas se presentarán en cuadros o gráficas.

Es una buena garantía decir lo que no se encontró en las condiciones en que se realizaron los experimentos.

Los Resultados deben ser breves y claros. Aunque la sección de Resultados de un artículo es su parte más importante, a menudo es también la más corta, especialmente si va precedida por una sección de Materiales y Métodos y seguida por una Discusión bien escritas.

COMO ESCRIBIR LA DISCUSION

Es normalmente la sección más difícil de escribir.

Los componentes principales se darán si se observan los siguientes preceptos:

- 1) Los resultados se exponen, no se recapitulan.
- 2) Señale las excepciones o las faltas de correlación y delimite los aspectos no resueltos.
- 3) Muestre como concuerdan (o no) sus resultados e interpretaciones con los trabajos anteriormente publicados.
- 4) Exponga las consecuencias teóricas de su trabajo y sus posibles aplicaciones prácticas.
- 5) Formule sus conclusiones de la forma más clara posible.
- 6) Resuma las pruebas que respaldan cada conclusión.

Los tiempos verbales oscilarán continuamente entre el presente y el pasado. Los trabajos de otros se escribirán en presente, pero sus propios resultados deberá escribirlos en pasado.

La finalidad principal de la Discusión es mostrar las relaciones existentes entre los hechos observados.

La discusión debe terminar haciendo un breve resumen de las conclusiones sobre la significación del trabajo.

COMO ESCRIBIR LA SECCION DE AGRADECIMIENTO

En primer lugar, se debe agradecer cualquier ayuda técnica importante recibida de cualquier persona ya sea en el laboratorio o en otra parte. Hay que agradecer también cualquier provisión de equipo, cultivos u otros materiales especiales.

En segundo lugar, es normalmente en el Agradecimiento donde se debe reconocer cualquier ayuda financiera externa, como subvenciones, contratos o becas.

Resultará prudente mostrar la redacción provisional del Agradecimiento a la persona cuya ayuda se está agradeciendo.

Si el Agradecimiento se refiere a una idea, sugerencia o interpretación, es preciso ser muy específicos al respecto.

COMO CITAR LAS REFERENCIAS

Deben enumerarse sólo obras importantes y publicadas.

Coteje todas las partes de cada referencia contra la publicación original antes de presentar el manuscrito, ya que hay muchos más errores en la sección de Referencias de un artículo científico que en cualquier otra de sus partes.

Aunque usted sepa que la revista a la que se propone presentar el manuscrito utiliza una forma abreviada, hará bien en preparar una lista de referencias completas. Esto es una buena costumbre, porque: a) la revista puede rechazar el manuscrito, lo que se traducirá en la decisión de presentarlo a otra revista, que quizá exija

mayores requisitos, y b) es probable que más adelante vuelva a utilizar algunas de esas mismas referencias al redactar otros artículos.

Hay varios sistemas generales: Harvard, sistema numérico-alfabético, sistema por orden de mención, o sistema de Vancouver, que es el que está ganando preponderancia, consiste en citar las referencias por número según el orden en que se mencionan en el artículo.

Las abreviaturas de los títulos de las revistas se han uniformado en los últimos años.

Algunos autores adquieren el hábito de poner todas las citas al final de las oraciones, cosa que es un error. Las referencias deben hacerse en el lugar de la frase a que se apliquen.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

GREMMINS, E. T.: *The art of abstracting*. ISI Press. Filadelfia, 1982.

DAY, R.: *Cómo escribir y publicar trabajos científicos*. 3.ª ed. Organización Panamericana de la Salud, 1991.

FREEMAN, C., and TYRER, P.: *Research methods in Psychiatry*. Gaskell. London, 1989.

HUTH, E. J.: "Guidelines on authorship of medical papers". *Ann. Intern. Med.* 104: 269-274. 1986.



Fuente y plaza de la Cebada. Grabado de Haered. Siglo XVIII.

BIBLIOTECA BASICA

En este número, nuestra intención es ofrecer una relación de libros, cuya lectura es recomendable, sobre la teoría y la práctica de psicoterapias de orientación dinámica y sistémica.

PSICOTERAPIAS DINAMICAS

CODERCH, J. (1987): *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona, Herder.

SCHNEIDER, P. B. (1979): *Propedéutica de una psicoterapia*. Valencia, Nau Llibres.

HOLLENDER, M. H., y FORD, CH. V. (1990): *Dynamic psychotherapy: an introductory approach*. Washington, American Psychiatric Press.

URSANO, R. J. et al. (1991): *Concise guide to psychodynamic psychotherapy*. Washington, American Psychiatric Press.

RACAMIER, P. C. (1973): *Le psychoanalyste sans divan*. París, Payot, 1973.

ALEXANDER, F., y FRENCH, T. (1956): *Terapéutica psicoanalítica*. Buenos Aires, Paidós.

FIORINI, H. J. (1973): *Teoría y técnicas de psicoterapias*. Buenos Aires, Nueva Visión.

BRAIER, E. A. (1984): *Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica*. Buenos Aires, Nueva Visión.

MALAN, D. H. (1974): *La psicoterapia breve*. Buenos Aires, Centro editor de América Latina.

ANDREOLI, A., y ABRAHAM, G. (1982): *La psychotherapie anjourd'hui*. SS. Villeurbane, Simep.

TEORIA Y PSICOTERAPIA SISTEMICAS

GURMAN, A. S., y KNISKERN, D. P. (1991): *Handbook of Family Therapy, Vols. I y II*. Nueva York, Brunner / Mazel.

BATESON, G. (1985): *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires, Carlos Lohle.

WATZLAWICK, P. et al. (1981): *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona, Herder.

MINUCHIN, S. (1982): *Familias y terapia familiar*. Buenos Aires, Gedisa.

HALEY, J. (1980): *Terapia no convencional*. Buenos Aires, Amorrortu.

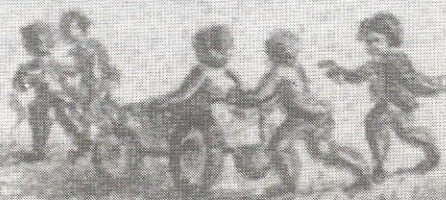
SELVINI-PALAZZOLI, M. et al. (1988): *Paradoja y contraparadoja*. Barcelona, Paidós.

SUAREZ, T., y ROJERO, C. F. (1983): *Paradigma sistémico y terapia de familia*. Madrid, AEN.

BERTALANFFY, L. V. (1976): *Teoría general de Sistemas*. Madrid, Fondo de Cultura Económica.

HIERMONT, J. (1987): *Dictionnaire des Thérapies familiales. Théories et pratiques*. París, Payot.

ANDOLFI, M., y ZWERLING, I. (1985): *Dimensiones de la Terapia Familiar*. Barcelona, Paidós.



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".

II Congreso hispano-francés de Medicina Psicosomática

Lugar: Toledo. Fechas: 30 y 31 de octubre de 1992. Organización: Instituto de Estudios Psicosomáticos y Psicoterapia Médica. Institut de Psychosomatique de París. Sociedad de Estudios Psicosomáticos Iberoamericana. Información: Mauricio Legendre, 4, Atico G. 28046 Madrid. Teléfono (91) 323 37 71.

VI Congreso de la Asociación Europea de Psiquiatría

Lugar: Barcelona. Fechas: 3 y 7 de noviembre de 1992. Información: Unidad de Psiquiatría, Facultad de Medicina. Teléfono (93) 323 35 57. Subdivisión de Psiquiatría. Hospital Clínico y Provincial. Tels. (93) 323 14 14 y 323 55 65 (ext. 2397). Casanova, 143. 08036 Barcelona.

V Congreso Internacional e Interdisciplinario de la mujer

Lugar: San José de Costa Rica. Fechas: 22 y 26 de febrero de 1993. Información: Universidad de Costa Rica. P.O. Box 2060. San Pedro. Costa Rica. Teléfono (506) 34 14 95. Fax (506) 53 46 01.

Jornadas Eurolatinoamericanas

Lugar: Sevilla. Fechas: 5, 6 y 7 de diciembre de 1992. Información: ADSP. Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Sevilla. Apdo. de Correos 12205. 41080 Sevilla. Teléfono (95) 434 56 18 (jueves tarde). Fax (95) 434 56 18.

Curso de evaluación en Salud Mental

Lugar: Madrid. Fechas: Inicio, 14 de diciembre de 1992 (40 horas lectivas). Información: Escuela Nacional de Sanidad. Sinesio Delgado, 10. 28029 Madrid. Tels. (91) 314 79 89, 314 80 48 y 314 82 18.

Curso de Epidemiología Psiquiátrica y evaluación de Servicios de Salud Mental

Lugar: Madrid. Fechas: 19 a 23 de octubre de 1992. Información: Centro Universitario de Salud Pública. General Orta, 39. 28006 Madrid. Tel. (91) 564 24 99. Fax 411 66 96.

Curso de Formación de Terapia Sistémica de Familias y Parejas

Lugar: Madrid. Fechas: Inicio, 7 de noviembre de 1992. Duración, 2 años (1 fin de semana al mes). Información: Centre d'etude de la famille Association de Psicoterapia Gestalt. Atocha, 95, 1.º Derecha. Tels. (91) 420 00 59 y 572 15 07.

Educación para la salud

Lugar: Madrid. Fechas: Matrícula de 15 de septiembre a 20 de octubre de 1992. Información: UNED.

Curso "Las depresiones: psicopatología y psicoterapia"

Lugar: Madrid. Fechas: Octubre 1992-junio 1993. Información: Elipsis. Diego de León, 44, 3.º izda. Tels. (91) 411 24 42 y 564 62 27.

Curso: "Psicoanálisis de niños"

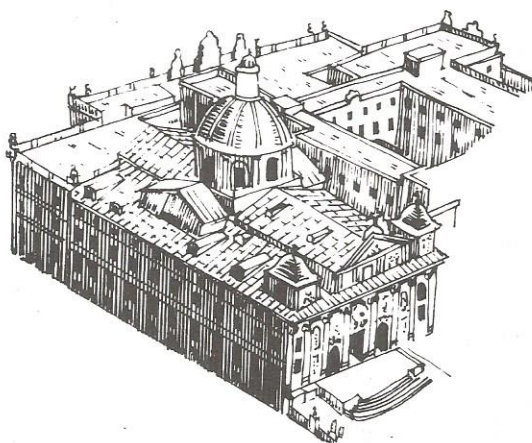
Lugar: Madrid. Fechas: Octubre 1992-junio 1993. Información: Elipsis. Diego de León, 44, 3.º izda. Tels. (91) 411 24 42 y 564 62 27.

Ciclo de conferencias "lo inconsciente y la cultura"

Lugar: Salón de Actos del Ateneo de Madrid. C/. Prado, 21. Fechas: De mayo a diciembre de 1992. Todos los martes, a las 20,30 horas. Organiza: Sección de Psicología del Ateneo y Asociación Psicoanalítica de Madrid.

III Jornadas Internacionales de Grupo, Psicoterapia y Psicoanálisis

Lugar: Salamanca. Fechas: 20 y 21 de noviembre de 1992. Información: Secretaría de SEGPA. Príncipe de Vergara, 35, bajo dcha. Teléfonos (91) 577 60 39, 577 60 40 y 577 60 41.



**Watts, Fraser W. y
Bennet, Douglas H. (comp.)
REHABILITACION
PSIQUIATRICA. TEORIA
Y PRACTICA**

México, Limusa, 1990

La rehabilitación es un aspecto de la práctica psiquiátrica de indudable actualidad. En absoluto es una actividad nueva, aunque posiblemente "lo que faltaba [era] un concepto amplio de sus metas y objetivos". Por ello, es de agradecer la publicación de la versión en castellano de una obra clásica ya en este terreno, a pesar de las limitaciones de la traducción.

Destaca este trabajo por reunir aspectos teóricos, que permiten conocer sistematizadamente la evolución histórica y el contenido de los conceptos principales de esta disciplina, y prácticos, dirigidos tanto al contexto hospitalario como al comunitario.

El volumen resultará de interés para la gran diversidad de profesionales implicados en el proceso rehabilitador, contribuyendo a evitar en la medida de lo posible las innegables frustraciones que la práctica rehabilitadora puede acarrear, mediante el conocimiento de los *¿por qué?, ¿para qué? y ¿cómo?*.

**D. Marcelli
ADOLESCENCIA Y DEPRESION**

Ed. Masson, S. A., 1992

D. Marcelli, co-autor del reconocido "Manual de psicopatología de la adolescencia" (en la misma editorial), nos ofrece en este libro una profundización en la patología afec-

tiva propia de esta edad. Lo hace desde un abordaje multifocal, si bien predomina una muy didáctica visión desde un punto de vista psicoanalítico y más específicamente a la luz de la teoría de relaciones objetales. Aborda los complejos límites entre la depresión clínica y el propio proceso de la adolescencia, apoyado en estudios epidemiológicos. Describe y profundiza cuatro cuadros clínicos: tristeza; taciturnidad de la adolescencia; crisis ansioso-depresiva y síndrome depresivo-grave. Tras estudiar las hipótesis etiopatogénicas de los trastornos afectivos de la adolescencia (Modelos orgánicos, ambientales, psicoanalíticos), continúa con la evolución de éstos a lo largo del tiempo y los antecedentes "claves" en estos pacientes. Termina ofreciendo un estudio sobre la depresión y suicidio en esa edad y, por fin, las elecciones terapéuticas para cada caso.

**C. Castilla del Pino,
J. M. Ruiz-Vargas, P. Adarraga,
M. Belinchón y C. Vizcarro
ASPECTOS COGNITIVOS DE LA
ESQUIZOFRENIA**

Ed. Trotta. Madrid, 1991

Incluye un interesante capítulo del prof. Castilla del Pino —"crítica de la razón psicopatológica"— en el que pone de manifiesto la insuficiencia del análisis fenomenológico para la construcción de un lenguaje científico propio de la Psicopatología. En los restantes capítulos, los otros autores presentan una buena revisión actualizada del estado de la cuestión, y de posibles implicaciones y perspectivas de cara al diagnóstico y al tratamiento.



**C. Whitaker
MEDITACIONES NOCTURNAS DE
UN TERAPEUTA FAMILIAR**

Ed. Paidós. Barcelona, 1992

Sin las pretensiones del estudio concienzudo y sistemático, el autor ofrece una serie de textos a caballo entre lo autobiográfico y la reflexión teórica. Aunque con un tono informal, propio de una colección de "apuntes", se tocan muchos aspectos nucleares de las psicoterapias —del proceso, de las técnicas, y de cuestiones que atañen al propio terapeuta—, como cuando afirma... "estoy firmemente convencido de que el proceso de ser un psicoterapeuta profesional es como el problema de convertirse en una actriz o un actor profesionales. Requiere entrenamiento, amplia experiencia y una habilidad peculiar para diferenciar la presencia en la escena, el proceso escénico y la vida real..." ... y otra serie de obviedades nada despreciables...

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 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.