

PÁGINAS DE LA ASOCIACIÓN

- I. *In memoriam.*
- II. Dos cartas.
- III. Embestida *retro* en Galicia.
- IV. Informe sobre la Salud Mental en Asturias.
- V. Relación de actividades de la Asociación Canaria de Neuropsiquiatría.
- VI. Asociación Canaria de Neuropsiquiatría. La atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil
- VII. Elecciones en la Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría.
- VIII. Actividades de la Associació Balear de Neuropsiquiatría.
- IX. Carta a la Presidente de la Comisión Nacional de Neuropsiquiatría.
- X. Carta del Colegio Oficial de Psicólogos de Cataluña.
- XI. Jornadas-Reuniones-Congresos

I. IN MEMORIAM

El 23 de noviembre falleció en Madrid Miguel Ángel Fernández, psiquiatra malagueño y miembro de la AEN desde hace muchos años.

No fue un psiquiatra famoso, no figuraba en las relaciones de consultores internacionales de las revistas de la especialidad, ni fue presidente de ninguna asociación profesional (aunque siempre colaboró y se sintió orgulloso de la AEN). Sin embargo, sí consiguió ser un médico importante para los pacientes que trató y para la mayoría de los compañeros que tuvimos la suerte de trabajar con él.

Miguel fue hombre de compromiso, humano, social y político, aunque lejos de hacer carrera de ello. Fue un militante comprometido, desde sus primeros años en la Facultad imprimiendo y repartiendo propaganda hasta sus últimos meses en los que andaba tan preocupado por la posible privatización de la sanidad.

Dotado para lo académico, supo evitar las diarias intrigas que llenan nuestras aulas y hospitales clínicos. Siempre disfrutó con la docencia, fue durante bastante tiempo profesor de la Universidad de Málaga y tutor de los residentes durante toda su vida de psiquiatra. Siempre se sintió bien con esto y los residentes también se lo agradecemos siempre, hasta el último día.

Miguel tampoco supo sacarle buenos beneficios económicos a la profesión. Incluso cambió una plaza de Jefe Clínico bien pagada por una de interino en otra ciudad por su eterno afán de seguir abriendo puertas, y la única consulta que explotó al margen de la Sanidad pública fue la de una ONG de Madrid que atendía a emigrantes ilegales.

Por encima de todo, solidario. Eligió el

camino difícil, fue coherente con él hasta el final y sus amigos le echamos de menos.

Tus amigos del C.S.M. de Fuenlabrada.

A Miguel Ángel Martín

Llegaste hecho en el sur, desde siempre,
tierra seca, sol, olivo, tinto y manzanilla
y amistad
honda, robusta, de sombra inexistente.

La vida: una muy seria tontería,
enorme, frívola, efímera, trascendente.

Te fuiste
junto al madroño de Alcalá, los cerros, la estepa.

Te quedaste.
Siempre la amistad
la tuya, la nuestra,
seria, ilustrada, atrevida, consistente.

Sigues
en tu ausencia, presente.
¡Hermano, amigo,
con Marta, con los tuyos,
con los nuestros
hasta siempre!

Mariano

II. CARTA A LOS PRESIDENTES DE LAS COMISIONES DE SANIDAD Y JUSTICIA DEL CONGRESO. SOBRE EL PROYECTO DE LEY DE ENJUICIAMIENTO CIVIL

Madrid, 8 de marzo de 1999

Señoría:

Habiendo tenido conocimiento del Proyecto de Ley de Enjuiciamiento Civil que está actualmente debatiéndose en el Parlamento, y más concretamente del contenido del artículo 765, sobre «Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico», que en su apartado 4 incluye: «... cuando los facultativos que atienden a la persona internada consideren que no es necesario mante-

ner el internamiento, lo comunicarán inmediatamente al Tribunal para que resuelva lo procedente», le manifiesto la alarma presente entre los profesionales ante esa propuesta, y le hago llegar el ruego de que emprendan desde su grupo parlamentario las acciones necesarias para evitar la aprobación por el Parlamento de este artículo.

El rechazo a esta propuesta, desde la Asociación Española de Neuropsiquiatría, se debe a que no existen motivos que justifiquen en modo alguno el que el alta hospitalaria del paciente –que ha de obedecer a motivos estrictamente clínicos– se decida en instancias judiciales.

En este momento está establecido con suficiente claridad en la legislación vigente (art. 211 del Código Civil), la responsabilidad judicial en todo proceso de ingreso involuntario –ya sea en circunstancias ordinarias o en situaciones de urgencia–: garantizar que la restricción de libertad se justifica por la inexcusable necesidad de proporcionar un tratamiento al paciente que, en virtud del trastorno psiquiátrico que padezca, no es capaz de apreciar esa necesidad ni de aceptar la indicación clínica de ingreso.

De establecerse en la Ley la propuesta a la que hago referencia, el juez pasaría en la práctica a suplantarse el criterio clínico de los psiquiatras, convirtiéndose de facto en la autoridad psiquiátrica de mayor rango. Podría así llegar a condicionar seriamente la actividad clínica de las unidades de hospitalización (¡téngase presente que en la mayoría de esas unidades, la frecuencia con que se indican ingresos involuntarios, que cuentan por tanto con la correspondiente autorización judicial, es en torno a la mitad del total de ingresos psiquiátricos!), e indirectamente al conjunto de la red de servicios de salud mental.

Sepa su señoría que ni la mayoría de los

profesionales –ni previsiblemente los pacientes, ni los ciudadanos en general– entenderíamos como favorable una medida de ese tipo. Por el contrario, como un paso atrás en el complejo y costoso proceso de diferenciar de la forma más conveniente posible las respectivas responsabilidades de la autoridad judicial y de los clínicos en el proceso de asistencia psiquiátrica.

Con el ruego de que preste la mayor atención a estas consideraciones, y esperando que actúe en concordancia con las mismas, quedo a su total disposición, y a la espera de sus noticias.

Atentamente

Dr. Mariano Hernández Monsalve
Presidente de la Asociación
Española de Neuropsiquiatría

CARTA AL DIRECTOR DE *EL PAÍS*.
SOBRE UN EDITORIAL EN TORNO A
«LEY Y ANOREXIA»

Sr. Director de *El País*
Sección de «Cartas al Director»
Madrid, 8 de marzo de 1999
Muy Sr. mío:

En relación con el editorial de *El País* de ayer, domingo 7 de marzo, «Ley y anorexia», creo necesario hacer algunas matizaciones con el ánimo de contribuir a una mejor información respecto a las cuestiones que en él se suscitan:

Estando de acuerdo en la gravedad y extensión del problema de la anorexia –y de los trastornos de la conducta alimentaria en general–, y en la necesidad de proceder en alguno de los casos más graves al tratamiento involuntario del paciente, en lo que ya no podemos estar de acuerdo (al menos la mayoría de los profesionales, y proba-

blemente tampoco la mayoría de los jueces) es en la apreciación, aplaudida por el editorialista, de que sean precisamente los jueces quienes «ordenen» el internamiento.

Quiero pensar que se ha deslizado un error, de concepto o de redacción. Según la legislación vigente (art. 211 del Código Civil) le corresponde al médico que indica el ingreso contra la voluntad del paciente recabar del juez la correspondiente autorización para proceder a la restricción de libertad, para tratar un problema cuya gravedad el paciente no es capaz de apreciar. Y corresponde al juez autorizar, o denegar, el ingreso. Cuando la familia acude a un juzgado solicitando el ingreso, es preceptivo un informe médico, que puede ser del forense. A su vez todo ingreso de un menor en una unidad de psiquiatría requiere la previa autorización judicial. Esta es la práctica cotidiana con pacientes afectos de trastornos mentales que limitan su capacidad para efectuar juicios de realidad adecuados, incluyendo algunos casos de anorexia grave. La Ley se viene aplicando regularmente, bien delimitadas las competencias clínicas y las judiciales. No parece que se hayan esgrimido razones para que estas últimas deban suplantar a las primeras. El correcto cumplimiento de la ley permite hoy día proteger simultáneamente las libertades de los ciudadanos tanto como su derecho a la salud, sin más ambages.

Fdo. Dr. Mariano Hernández Monsalve
 Presidente de la Asociación
 Española de Neuropsiquiatría

III. EMBESTIDA *RETRO* EN GALICIA

En el pasado mes de noviembre, un grupo de psiquiatras gallegos, que se identificaban como «simpatizantes y afiliados al

PP», enviaron un escrito a los diputados del Grupo Popular de la Comisión de Sanidad del Parlamento Gallego en el que, mediante afirmaciones falaces pretendían descalificar al actual responsable del Servicio de Salud Mental de Galicia, Dr. Tiburcio Angosto, y a otros muchos colegas –todos ellos miembros de la Asociación Galega de Saúde Mental y de la AEN– a quienes se referían como inquietantes profesionales de izquierda que estaban previsiblemente llamados a ser designados coordinadores de salud mental de diversas áreas sanitarias.

La Asociación Galega de Saúde mental ha contestado mediante un escrito reflexivo y muy bien argumentado, que expresa su apuesta por la modernización, en la perspectiva de la salud mental comunitaria –integrada en la red sanitaria general–, de la atención psiquiátrica en Galicia.

El documento de la Asociación Galega es, entre otras cosas, un claro exponente de las diferencias entre una asociación sustentada en las convicciones democráticas y en el rigor de los planteamientos, frente a la frivolidad e impostura de grupos que, aún con el reclamo de la profesionalidad, no pretenden sino ofrecer la mayor resistencia posible a cambios que podrían dejar al descubierto su inoperancia y alejarles de posiciones de influencia política.

Nuestro más firme apoyo solidario a la Asociación Galega de Saúde Mental, a Madó Domínguez, su presidenta, a Tiburcio Angosto y demás compañeros directamente aludidos (Fernando Márquez, Arturo Rey, Javier Pérez Montoto, Víctor Pedreira, Santiago Lamas, Ramón Muncharaz, Antonio Núñez, Marisol López Ares), para que sigan sobreponiéndose a las arremetidas *retro* y continúen peleando por una asistencia sanitaria más justa y de la mejor calidad.

Mariano Hernández Monsalve

IV. INFORME SALUD MENTAL ASTURIAS

1. *Propósito y objetivos*

Informe solicitado por la Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría-A.E.N., por decisión de su Asamblea General.

El propósito de este informe es contribuir a la identificación de los aspectos más problemáticos que afectan a la red de salud mental asturiana, y a la elaboración de propuestas que pudieran contribuir a mejorar la calidad de la organización y de los servicios. En ningún caso nos proponemos una evacuación exhaustiva de los mismos, ni revisar en toda su extensión el proceso de reforma psiquiátrica asturiana.

2. *Elaboración del informe*

Por delegación de la Junta Directiva de la A.E.N., la elaboración del informe fue encomendada al Dr. Mariano Hernández, y al Dr. Carlos Dueñas.

Para la elaboración de este informe hemos consultado documentos e informes, técnicos y de opinión, que hicieran referencia a la evolución de la asistencia psiquiátrica y de la salud mental en Asturias. Nos hemos reunido con los representantes de la Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría-A.E.N., y con la propia asamblea de asociados. Hemos visitado varios centros asistenciales de la red de salud mental asturiana e intercambiado opiniones con los profesionales. Y finalmente, hemos podido ampliar y contrastar información con los responsables de la atención a la salud mental en Asturias (en entrevista preliminar con el Dr. Iglesias cuando mantenía la responsabilidad de Gerente de la red asistencial, y con el Dr. Gordon, actual Director General

de Asistencia Sanitaria, quien a su vez nos facilitó la autorización para visitar los centros que consideramos oportuno).

3. *Antecedentes*

Los Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias experimentaron un rápido desarrollo en la segunda mitad de la década de los ochenta y principios de los noventa, orientados según los principios de la salud mental comunitaria, en clara sintonía con las recomendaciones de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, de 1985, y de acuerdo con la Ley General de Sanidad de 1986. En muchos aspectos su experiencia fue, junto a la de algunas otras comunidades autónomas, un importante punto de referencia para quienes estaban trabajando en proyectos de desinstitucionalización de la asistencia psiquiátrica y en el desarrollo de servicios de salud mental comunitarios.

Sin pretensiones de revisión pormenorizada de lo realizado en ese período, nos parece importante resaltar aquellos aspectos que a nuestro entender fueron sus principales aportaciones, así como señalar las insuficiencias y problemas que quedaron pendientes:

3.1. Red asistencial. Dispositivos y programas

Se constituyó una red de servicios de salud mental comunitarios integrados en la red sanitaria general, y atendiendo a los mismos criterios de territorialización que ésta, constituida básicamente por centros de salud mental, hospitales de día, comunidades terapéuticas, pisos tutelados y unidades de hospitalización en los hospitales generales. Esto permitió reducir drástica-

mente el número de pacientes del hospital psiquiátrico y ofrecer un conjunto de prestaciones diversificadas atendiendo al tipo de problemas y necesidades detectadas.

A destacar también el establecimiento de un sistema de información sobre actividad asistencial.

Quedó pendiente sin embargo el desarrollo de recursos y programas de rehabilitación/reinserción en grado suficiente como para permitir la externalización del resto de pacientes del hospital psiquiátrico (probablemente el subgrupo con más dificultades de reinserción), y responder suficientemente a las necesidades de rehabilitación/reinserción de la población en riesgo de cronificación y marginación.

Otros aspectos pendientes: completar la dotación de unidades en hospitales generales, la consolidación de programas de coordinación con la atención primaria, y la consolidación de programas de atención a drogodependientes.

3.2. Docencia y Formación

En la red de servicios de salud mental comunitarios (tanto ambulatorios, como hospitalarios y en los dispositivos de cuidados intermedios) se fueron desarrollando programas de formación de psiquiatras por el sistema MIR. Y en cuanto a la formación de psicólogos clínicos, es digno de ser destacada la iniciativa de desarrollar a nivel regional los programas de formación PIR, que estimuló proyectos similares en otras comunidades autónomas y ha sido un importante referente para el actual programa nacional de formación especializada en Psicología Clínica.

También se desarrollaron programas de formación continuada con el propósito de aumentar la capacidad de los profesionales

en los nuevos requerimientos de la atención comunitaria.

3.3. Investigación

Lo más significativo en este aspecto fue el reconocimiento de los servicios de salud mental asturianos como Centro Colaborador de la OMS, contribuyendo así a estimular la investigación en el ámbito de atención comunitaria y facilitando su difusión en el escenario internacional.

3.4. Cultura de participación y de trabajo en equipo

La constitución de equipos interdisciplinares, y el carácter participativo con que se concibieron las distintas comisiones y grupos de trabajo son, en nuestra opinión, aspectos esenciales en la configuración de la nueva red de servicios.

4. *Situación actual. Valoración de los problemas detectados*

4.1. Entre los de índole *asistencial*, cabe señalar:

4.1.1. En la coordinación con la atención primaria de salud: No se han establecido programas de coordinación para el conjunto de la red; cuando existen actividades a este respecto, dependen exclusivamente de las iniciativas personales de algunos profesionales. Esta carencia es especialmente importante en estos momentos en que los equipos de salud mental se empiezan a sentir desbordados por la demanda (aunque la incidencia de casos nuevos está estabilizada o con leve tendencia a la baja, la prevalencia sigue aumentando).

Además, frente a lo señalado en el Plan (pág 82, 10.3 Objetivo 1) en lugar de la

comisión mixta a la que se hace referencia, el estudio fue encargado inicialmente un profesional (si bien se nos informó del propósito de la Dirección General de contar con la opinión del conjunto de profesionales de la red).

4.1.2. *Recursos sociosanitarios. Colaboración y coordinación con los servicios sociales generales.* Es patente la carencia de recursos sociosanitarios para responder a las necesidades de los pacientes crónicos. La precariedad afecta tanto a recursos de alojamiento y convivencia como a los de reinserción sociolaboral.

En esta situación de precariedad, el que se hayan cerrado en los últimos meses 3 pisos protegidos aduciendo falta de pacientes que pudieran ocuparlos habla de insuficiencias en concordancia entre los niveles clínicos y sociales a la hora de ordenar actividades y recursos

En este aspecto hemos de señalar como uno de los problemas más graves actualmente presentes la cantidad de pacientes crónicos que han sido alojados en pensiones, y a quienes no se ofrecen las mínimas garantías de seguimiento clínico ni social, quebrándose en la mayor parte de las ocasiones la necesaria continuidad de cuidados, y desconociendo a veces las condiciones de vida de estos pacientes. Existe un evidente riesgo de abandono de la responsabilidad asistencial sobre los mismos.

Por parte de los actuales responsables se nos ha informado del proyecto de desarrollar nuevas Unidades Residenciales –tres o cuatro Unidades, con 20-25 plazas en cada una de ellas–, aunque aún están por definir aspectos importantes como los criterios de admisión, además de otros relacionados con su financiación y gestión.

Existe a su vez una evidente desconexión entre los servicios de salud mental y

los servicios sociales generales, de modo que éstos apenas están implicados en los planes y programas de salud mental.

4.1.3. *Atención ambulatoria a la cronicidad.* Ausencia de programas específicos de seguimiento ambulatorio ni domiciliario a la cronicidad en los centros de salud mental. Al no existir estos programas diferenciados, no es posible evaluar la calidad ni los resultados de la atención que se presta a esa población de pacientes, que probablemente es un tanto irregular, dependiendo de circunstancias particulares de los equipos y de la demanda de los propios pacientes.

4.1.4. *Atención a la salud mental de niños y adolescentes.* Dificultades en la atención infanto juvenil, especialmente a los casos graves. Se echan en falta hospitales de día y otros dispositivos intermedios para atender los casos más problemáticos tanto a nivel clínico como psicosocial.

4.1.5. *Atención a drogodependientes.* Los programas de atención a drogodependientes se están configurando en los últimos meses como organización que funciona en paralelo a la de salud mental (cuando lo deseable parecería ser afianzar la integración, preexistente, de la atención a drogodependientes en la red general).

4.1.6. *Los hospitales de día.* Aún valorando positivamente el carácter innovador de estos dispositivos, y el valor de su oferta terapéutica para muchos pacientes, el amplio abanico de objetivos –entre la contención e intervención activa ante situaciones de crisis o graves descompensaciones en unos casos, y la rehabilitación de pacientes con síntomas deficitarios en otros– no parece acompañarse de la dotación de personal que sería necesario para todo ello.

En algunos casos se advierte el riesgo de que las actividades ocupacionales, de man-

tenimiento, prevalezcan sobre otros posibles contenidos terapéuticos.

4.1.7. *La Unidad de trastornos severos, o de pacientes resistentes.* De reciente definición, diseño y ubicación, pretende ser un dispositivo mediante el que responder a las necesidades de atención de los pacientes más graves, a los que en la práctica está resultando imposible proporcionar un medio más normalizado en que desarrollar su vida diaria.

El planteamiento y diseño de esa Unidad ofrecen serias dudas acerca de su pertinencia e idoneidad: define un abanico de indicaciones extremadamente diversas, incluyendo deficientes mentales con severos trastornos de conducta, con pacientes psicóticos muy resistentes a los tratamientos y con pacientes con orden judicial de ingreso... las necesidades de atención y tratamiento de esos pacientes pueden ser bien distintas. No están claros sus objetivos, si se trata más de una Unidad Residencial tipo «Residencia Asistida» para pacientes que previsiblemente no recuperarán suficiente autonomía como para vivir por sí mismos, o si, por el contrario, pretende definirse como una Unidad Activa de Rehabilitación, con el objetivo de que los pacientes salgan habiendo recuperado el máximo de autonomía.

Esta indefinición, junto a su ubicación en los terrenos del Hospital Psiquiátrico, y la dotación de personal prevista, permiten albergar el temor de que en la práctica sea utilizada como una Unidad de «depósito» de los pacientes más difíciles.

4.2. Entre los referidos a *aspectos organizativos más específicos:*

4.2.1. *Canales de información.* Se acusa una gran insuficiencia en la circulación de la información interna; en algunos

aspectos puede hablarse de ruptura los canales de comunicación, con fracturas entre los distintos niveles de la organización. La información no circula de arriba abajo ni de abajo arriba. Se da una atomización de las actividades de los profesionales en el interior de los equipos y de los equipos entre sí.

Al respecto resulta llamativo el desconocimiento por parte de los profesionales de la existencia de nuevos recursos, por ejemplo, de nuevos dispositivos para el tratamiento de trastornos de la conducta alimentaria, o la apertura de un nuevo hospital de día.

4.2.2. *Participación.* Se asiste a una seria restricción, e incluso desaparición, de los espacios de participación. Y algo similar puede decirse respecto a la coordinación:

- No se realizan reuniones de coordinación de área.

- Han desaparecido las estructuras de coordinación de dispositivos, interniveles e intersectoriales.

- Problemas en la representatividad de las comisiones de formación continuada al haberse modificado el anterior sistema de representación centrado en los equipos, por el de representación por estamentos.

4.2.3. *Roles profesionales.* En muchos equipos se acusan efectos derivados de la indefinición de roles, especialmente en lo que atañe a las responsabilidades profesionales de los psicólogos clínicos, y en ocasiones también a los profesionales de enfermería.

4.2.4. *Incentivos.* El establecimiento de incentivos individualizados parece estar produciendo efectos indeseables sobre la dinámica de los equipos, al estar centrados en incentivos económicos vinculados a listas de espera de cada profesional. No se incen-

tivan objetivos de los equipos, ni se tienen en cuenta indicadores de calidad. Tampoco se incentivan las intervenciones dirigidas a grupos de población que requieren un mayor esfuerzo asistencial. Finalmente, al no afectar a todos los miembros de los equipos, contribuye a mermar la solidez de los mismos y el necesario espíritu de cooperación.

4.2.5. *Acceso de los profesionales a puestos de responsabilidad.* Los procedimientos de acceso a los puestos de responsabilidad en la red asistencial no garantizan suficientemente la experiencia y capacidad profesional, y dejan un margen excesivamente amplio a la designación por confianza, con el consiguiente riesgo de pérdida de profesionalidad en esos puestos.

4.2.6. *Gestión de los Servicios de Salud Mental.* La desaparición de una Gerencia específica para los SSM es vivido por los profesionales como una debilidad de la organización general de los SSM. Sin embargo, no podemos valorar los efectos concretos derivados de ese cambio en el organigrama.

4.2.7. *Plan Regional de Salud Mental.* Siendo básicamente correctos, en nuestra opinión, sus planteamientos, el acierto y oportunidad del mismo dependerá de la forma y secuencia de implantación. En este sentido, parece razonable la crítica más generalizada que se refiere a que no se haya contado con el conjunto de los profesionales de la red asistencial para su elaboración.

4.3. *Problemas centrales. Prioridades*

Nos parece importante señalar la coincidencia que hemos encontrado entre la mayoría de los profesionales de la red consultados, el director General de Asistencia Sanitaria y nuestra propia percepción de que los problemas más evidentes en estos momentos son principalmente:

La escasa participación de los profesionales en los procesos de información y toma de decisiones que afectan a la organización general de la asistencia, con la consiguiente desmotivación, y

La precariedad en que se encuentran los dispositivos y programas sociosanitarios, especialmente importantes para la atención a los problemas implicados en la cronicidad.

5. *Recomendaciones*

5.1. *De carácter general. Prioridades*

Según las observaciones hechas en el epígrafe anterior, las acciones prioritarias deberían ir encaminadas a estimular y garantizar la participación de los profesionales, en el aspecto organizativo, y a desarrollar dispositivos y programas dirigidos a la población afectada por trastornos crónicos graves, o en riesgo de cronificación.

5.2. *En la organización*

5.2.1. Garantizar la participación de los profesionales en la elaboración de programas asistenciales, y en los de coordinación. Convendría revisar los procedimientos y formas para estimular esta participación, garantizando en todo caso los mecanismos de representación democrática, abriendo y sosteniendo espacios estables e institucionales de acuerdo con los profesionales a nivel de los equipos, de las áreas y del Servicio Asturiano de Salud. A este respecto, debieran cumplirse los objetivos definidos en el Plan de Salud Mental, tales como la implantación del «modelo de dirección participativa por objetivos» (objetivo 5 de los «objetivos de gestión, organización y planificación», pág. 79).

5.2.2. Por lo mismo recomendamos que la Administración Sanitaria de Asturias

restablezca el diálogo y la colaboración con las asociaciones de profesionales, además de mantenerlo con las de familiares. Al respecto, podría decidirse el proporcionar un espacio institucional de participación («Consejo Consultivo», asesor, o similar), donde debatir las propuestas relacionadas con la evaluación y desarrollo de los Servicios Públicos Asturianos de Salud Mental).

5.2.3. Buscar fórmulas de incentiva-ción del trabajo en equipo, y de organiza-ción de la actividad asistencial por progra-mas, que permitan superar la actual fórmu-la centrada solamente en la actividad indi-vidual de los facultativos. Propiciar el tra-bajo bien hecho, la calidad asistencial, y la dedicación de los profesionales a la pobla-ción que más lo necesita (definiendo la prioridad de los programas según criterios clínicos y sociales, y no de meras preferen-cias de los profesionales o de los usuarios más demandantes).

En esta misma línea, recomendamos que se consideren también otras formas de incentivación, además de la económica, vinculadas quizás a la formación continua-da o a la investigación clínica.

5.2.4. Convendría incorporar criterios de formación y experiencia –en clínica, asistencia, salud pública y salud mental comunitaria– para la selección de profesio-nales que hayan de ocupar puestos funcio-nales de responsabilidad (limitados en el tiempo y vinculados a los objetivos de los planes asistenciales).

5.3. En la *actividad asistencial*

5.3.1. Atención a pacientes crónicos. Recomendamos que con la mayor brevedad se proceda a poner en práctica programas de atención a los pacientes crónicos, que incluya la prevención de la cronicidad

hasta donde sea posible, y garanticen la continuidad de cuidados. Estos programas deberían definirse con criterios de rehabilitación, e incluir acciones a desarrollar tanto a nivel ambulatorio y domiciliario, como en el ámbito de las comunidades terapéuti-cas. E incluir los recursos sociales de apoyo imprescindibles (colaboración con los ser-vicios sociales generales, recursos residen-ciales, prelaborales y laborales, ocupacio-nales, de ocio y tiempo libre, etc.).

También a este respecto se trataría de dar cumplimiento a lo definido en los «objetivos asistenciales» del Plan (objetivo 5, pág. 81) cuando se refiere a la « atención a la cronicidad».

5.3.2. Redefinir la Unidad de Tras-tornos Severos, y adecuar en consecuencia los recursos humanos, técnicos y de organi-zación. Se trataría, en nuestra opinión, de optar por definirla como un dispositivo re-sidencial o de rehabilitación, y que en nin-gún caso se convierta en meramente custo-dial. De optarse porque sea un Centro Re-habilitador parece necesario que se refuerce la dotación de profesionales entrenados en esas tareas y ofrecer a su vez opción a programas activos y continuados de rehabi-litación. En todo caso, recomendamos cam-biar su ubicación hacia un lugar mejor inte-grado en la ciudad.

5.3.3. La coordinación con la atención primaria de salud debe ser también actuali-zada antes de que se establezcan fracturas en la colaboración entre ambos niveles asis-tenciales. Consideramos que esta coordina-ción debería ser una tarea importante para los equipos, más allá del interés particular de algunos profesionales, y establecerse de tal modo que se vinculen la coordinación asistencial con la formación continuada de los equipos, y eventualmente también con líneas de investigación compartidas.

5.4. Consideraciones finales.

La implicación de los profesionales

Los profesionales de los servicios públicos deben considerar que, además de la responsabilidad política de la Administración Sanitaria Regional en el desarrollo de recursos y en la aplicación de una política sanitaria aprobada por los órganos de representación (Parlamento Regional) y de Gobierno legítimos, muchos otros aspectos dependen de los profesionales, de sus actuaciones individuales y colectivas. La práctica clínica, el quehacer profesional, la aplicación de conocimientos, el compromiso social y ético, no dependen directamente de la Administración.

Los profesionales no debiéramos renunciar a intentar una práctica clínica y comunitaria de la mejor calidad posible, al trabajo en equipo, ordenado por programas y que garantice la continuidad de cuidados. Este empeño, por difíciles que puedan ser a veces las circunstancias, contará con el apoyo de la Asociación Española de Neuropsiquiatría y de las asociaciones autonómicas que la integran. Y, lo es más importante, con el de los pacientes, familiares y la opinión pública.

Informe elaborado por: Dr. Mariano Hernández, Presidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatría y por Dr. Carlos Dueñas, Presidente de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría (y Vocal de la Junta A.E.N.).

V. RELACIÓN DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS POR LA ASOCIACIÓN CANARIA DE NEUROPSIQUIATRÍA (ACN)

Año 1998.

– VI Jornadas de la ACN. «La atención

a la Salud Mental Infanto-Juvenil» (Las Palmas, 26 y 27 de noviembre).

– *Día Mundial de la Salud Mental* (Tenerife, 10 de octubre). (En coordinación con la Asociación de Enfermos Psíquicos, AFES).

– Mesa redonda.

– Actividades en la calle: Simultánea de ajedrez. Reparto del manifiesto sobre Derechos Humanos y Salud Mental.

– Artículos en los medios de comunicación.

– *Actividades públicas de denuncia sobre la situación de la salud mental en Tenerife.*

– Participación en la concentración convocada por AFES (octubre).

– Artículos en prensa y participación en debates en radios y televisiones locales.

– Publicaciones de los *Boletines Informativos* n.º 7 y n.º 8.

– Programa radiofónico quincenal divulgativo sobre salud mental (Radio Ipalán, La Gomera).

Año 1999.

Taller: «*La comunidad terapéutica como escritura intermedia integrada en una red de servicios de salud mental comunitaria desde la perspectiva de la reforma psiquiátrica andaluza*» (Tenerife, 22 y 23 de enero).

«*El enfermo mental en la comunidad*» (Curso de la Universidad Internacional Menéndez y Pelayo. Tenerife, marzo).

Fdo. Cecilio Hdez. A. de Sotomayor
Presidente de la ACN

VI. ASOCIACIÓN CANARIA DE NEUROPSIQUIATRÍA. CONCLUSIONES DE LAS VI JORNADAS DE LA A.C.N. SOBRE LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

La A.C.N. organizó sus VI Jornadas con el tema «Atención a la Salud Mental Infanto-juvenil» los pasados días 26 y 27 de noviembre, con la participación personal de la red de Salud Mental de Gran Canaria y de otras CC.AA., especialistas en el tema, con el objeto de impulsar la reflexión sobre las condiciones de la Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil en nuestra Comunidad Autónoma, y facilitar la elaboración de un programa específico por parte del servicio Canario de Salud.

Dichas Jornadas sirvieron de marco de discusión y debate entre diversos sectores profesionales pertenecientes a distintos Servicios de educación, sociales y sanitarios, y de las que el equipo organizador ha elaborado las siguientes conclusiones:

1.—Deberá existir en la Red de Salud Mental personal con formación específica y dedicación exclusiva a la atención integral infanto-juvenil, con denominación de las plazas al efecto.

2.—Reclamar a la Administración Autónoma, a través de las Consejerías de Educación, Servicios Sociales y Sanidad, un documento para la coordinación de los Servicios implicados.

3.—Acondicionamiento adecuado de los Servicios de Pediatría, para garantizar la posibilidad de hospitalización, para estudio y tratamiento psiquiátrico, a los menores de 14 años que lo precisen.

4.—Garantizar la interconsulta y psiquiatría de enlace para el resto de los Servicios de Pediatría.

5.—Necesidad urgente de que, por parte del Servicio Canario de Salud, se establezca un censo de niños afectados de Trastornos Generalizados del Desarrollo, con objeto de prestar la atención clínica más adecuada.

6.—Necesidad de un Hospital de Día, como dispositivo clínico alternativo y lo complementario a las consultas ambulatorias, para los niños a los que se refiere el apartado anterior, ya que en la actualidad permanecen en el ámbito de los dispositivos de educación especial, contemplándose sólo las necesidades educativas y no las clínicas.

Esperamos del buen hacer de las Instituciones a las que hemos hecho referencia, en especial al Servicio Canario de Salud, tomen en consideración estas conclusiones a la hora de elaborar un Plan Específico para la atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil en nuestra Comunidad Autónoma, previsto para los objetivos de 1998.

Las Palmas de G. C., diciembre de 1998.

Fdo. J. A. Sánchez Padilla
Vicepresidente de la A.C.N.

VII. ELECCIÓN EN LA ASOCIACIÓN ASTURIANA DE NEUROPSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

El 24 de febrero se celebraron las elecciones de la Asociación Asturiana alcanzándose una participación del 62,5%. Los resultados electorales fueron de 37 votos (61,6%) para la candidatura presidida por Víctor Aparicio Basauri, 20 votos (33,3%) para la presidida por Enrique Serrano Guerra y 3 votos nulos (5%). La candidatura elegida está formada por:

Presidente: Víctor Aparicio Basauri.

Vicepresidenta: Cristina Fernández Álvarez.
 Secretario: Luis Vidal Álvarez.
 Vicesecretario: Javier Fernández Méndez.
 Tesorero: Celso Acebal Cienfuegos.
 Director de Publicaciones: José Filgueira Lois.
 Vocales: Paz Arias García, Susana Santamaría Montila.

VIII. ASOCIACIÓ BALEAR DE SALUT MENTAL

Actividades realizadas por la ABSM desde marzo de 1997

– Elaboración de las conclusiones de las Jornadas autonómicas realizadas en enero-febrero de 1997. Difusión de las mismas.

– Introducción de preguntas en el Parlamento sobre:

1. La situación del departamento de Menores, a través del grupo parlamentario de Izquierda Unida.

2. Estancamiento del documento para la reforma psiquiátrica elaborado por la Comisión Mixta.

– Visita del grupo de Infanto-Juvenil al Director de la recientemente creada oficina del Menor.

– Participación en las reuniones de trabajo de la Plataforma del menor el 17-3-1997.

– Organización de una mesa redonda con motivo del anteproyecto de la Ley Penal juvenil, con el título «Los menores víctimas o culpables».

– Organización de un seminario sobre Psicosis, organizado conjuntamente con la Universidad de las Islas Baleares.

– La Junta Directiva realiza visitas a todos los grupos políticos que componen el Parlamento Balear, para impulsar la aceptación y apoyo al Plan de Salud Mental.

Se visita a los siguientes grupos: PSOE, PSM, PP, IU y al Conseller de Santitat.

– Programación de actos para celebrar el Día de la SM, conjuntamente con otras asociaciones:

- Rueda de prensa el 3 de octubre para difundir dichos actos.

- Mesa redonda compuesta por usuarios de la SM.

- Entrega del premio Ariadna a la persona que más destacó en el último año por sus trabajos en favor de la SM. Este año el premio se concedió a un usuario.

– En diciembre de 1997 carta a la prensa del presidente de la ABSM para denunciar la situación de la SM en nuestra comunidad y la necesidad de impulsar el Plan de SM.

– Monográfico de la revista *Alimara*, publicada por el Consell Insular sobre la SM, elaborado por varios miembros de la junta de la ABSM.

– En marzo de 1998 organización de las I Jornadas sobre Rehabilitación psicosocial en SM. Conjuntamente con el Servicio Balear de Salut.

– Inclusión de un miembro de la Asociación en el grupo de trabajo sobre «Docencia: seguimiento de los planes MIR y PIR».

– Mesa redonda organizada en el Club DM, el 20-4-98 sobre el futuro de los enfermos mentales, desde el punto de vista de la familia con el título «Y después de nosotros qué».

– Mesa redonda con el título «los profesionales de la SM» el día 18-5-98.

– Mesa redonda con el título «Examen de los políticos y la SM». El día 15-6-98, en el Club DM.

– Actos para celebrar el día de la SM 1998:

1. Artículo en la prensa regional sobre la situación actual en nuestras islas.

2. Entrega del premio Ariadna, que este año recayó sobre el alcalde de un pueblo.

3. Organización y participación en un debate sobre la SM en una TV autonómica.

– Convocatoria de elecciones para el mes de diciembre de 1998.

– Nueva ronda de visitas a los grupos parlamentarios, para solicitarles la transmisión del Plan de SM en la presente legislatura.

– Noviembre de 1998 la ABSM subvenciona a los socios que quieran asistir a las XV Jornadas de Bilbao.

Actualmente: La Comisión Infanto-Juvenil organiza un curso de Psicoterapia Breve. En fase de preorganización de las próximas Jornadas Nacionales en nuestra Comunidad.

La secretaria: Joana Castell

IX. CARTA AL PRESIDENTE DE LA COMISIÓN NACIONAL DE PSIQUIATRÍA

Dr. Tomás Palomo.

Madrid, 8 de octubre de 1998.

Querido compañero:

En relación con el documento elaborado por la Comisión Nacional de Pediatría, en el caso que se propone una doble vía de acceso al «Área de Capacitación Específica de Psiquiatría del Niño y del Adolescente», quiero hacerte llegar las opiniones y perspectivas predominantes en la AEN a este respecto.

Esta cuestión ha sido ampliamente estudiada y debatida en distintos foros asociativos»; no solamente en la Junta Directiva, sino también en Sección de Salud Mental Infanto-juvenil de la AEN, en grupos de trabajo y en asambleas, tanto de la Sección como en asambleas generales de la Asociación. En la última ocasión en que se debatió este te-

ma, en la asamblea general de resolución se adoptó por unanimidad la siguiente resolución: «La formación en Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente requerirá, al menos, una acreditación específica dentro de la especialidad de Psiquiatría».

Los argumentos en favor de la defensa de esta opción derivan de las características que ha de tener la formación, tanto en lo teórico como en la práctica clínica: en la formación teórica, la Psicopatología y la Clínica Psiquiátrica son los referentes imprescindibles.

En la práctica clínica, la atención psiquiátrica y a los problemas de salud mental de niños y adolescentes se ofrece, en nuestro Sistema Nacional de Salud, en la red de Servicios de Salud Mental. La colaboración y coordinación con otros servicios, especialmente con los de Pediatría, es imprescindible, pero la especificidad de la atención especializada se estructura y organiza desde los Servicios de Salud Mental. Y lógicamente, esta debe ser la red que soporte la formación de los especialistas.

Por otra parte, también en el resto de países europeos que cuentan con reconocimiento de la especialidad de Psiquiatría Infantil y del Adolescente, o sistemas equivalentes al actual proyecto de Capacitación Específica, se contemplan dentro de la Psiquiatría, considerada especialidad troncal de referencia. En el programa de formación recomendado por la Sección de Psiquiatría Infantil y del Adolescente de la Unión Europea de Especialidades Médicas (UEMS), se contempla la formación centrada en servicios específicos de Psiquiatría Infantil y del Adolescente, con un tiempo de formación en Psiquiatría General, y considera las rotaciones en Pediatría y Neurología opcionales.

Otra cuestión es el problema de la homologación, que necesariamente tendrá

que resolverse una vez se apruebe la correspondencia «Área de Capacitación Específica». En este caso, probablemente estaremos todos de acuerdo en que se puedan homologar tanto a psiquiatras como a pediatras, siempre y cuando cumplan los requisitos que se estipulen para esta homogeneización, que ha de incluir el estar ejerciendo como psiquiatras infantiles con una determinada antigüedad.

En conclusión, por las distintas razones expuestas, pensamos que no se deben aceptar las propuestas planteadas por la comisión de Pediatría. Y convendría sin embargo facilitar al máximo el proceso de reconocimiento de este Área de Capacitación Específica y el consiguiente proceso de homologación de quienes actualmente ejercen como tales, que son necesidades acuciantes de la red asistencial y del ejercicio profesional.

Con nuestro agradecimiento por tu interés, te recuerdo que estamos a tu disposición y de la Comisión de Psiquiatría para cualquier otra colaboración que estiméis conveniente.

Un cordial saludo.

Mariano Hernández Monsalve
Presidente de la A.E.N.

X. CARTA A LA JUNTA DIRECTIVA

Señores:

La Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Psicólogos de Cataluña quiere poner de manifiesto un hecho que, a nuestro juicio, vulnera el mutuo respeto y buen entendimiento que deben seguir las relaciones entre los distintos profesionales que trabajan en el ámbito de la Salud Mental.

Con motivo del III Congreso Nacional de Psiquiatría celebrado en Platja d'Aro (Girona) del 20 al 24 de octubre, se progra-

mó para el día 22 de 13 a 14 horas un Foro Debate titulado «Actos médicos y paramédicos en la atención a los enfermos mentales: el papel del psicólogo y otros profesionales no médicos» coordinado por el profesor J. J. López Iber y en el que intervinieron A. Calcedo, V. Moya y J. J. González. A lo largo de una hora y media los ponentes expusieron sus opiniones ante un auditorio de unas cien personas que siguieron con atención y respeto las mismas.

Los psicólogos y muchos psiquiatras asistentes al acto quedaron sorprendidos por el tono y el contenido de las afirmaciones manifestadas por los ponentes, no obstante su sorpresa fue mayor por otros motivos que concretamos a continuación.

En primer lugar y sin querer entrar en polémica sobre el contenido de las afirmaciones de los ponentes, la mesa del así anunciado «Foro Debate», no permitió la expresión de otras opiniones que las vertidas por la mesa. Así, dos psicólogas asistentes al acto que acudieron al mismo en representación de la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Psicólogos pese a pedir la palabra, fueron totalmente desoídas por los componentes de la mesa que se levantaron de inmediato tras terminar sus alusiones. No se trató por tanto ni de un Foro, ni de un Debate tal como había sido comunicado en el programa del Congreso.

Por otra parte, si el título del debate hacía referencia al «papel del psicólogo y otros profesionales no médicos», era justo esperar que algún psicólogo y algún otro profesional de la salud mental participara en la mesa junto con los psiquiatras para dar cuenta de su quehacer en ese ámbito. Decimos «junto con» porque de todos es sabido que ya desde hace muchos años, los psicólogos trabajamos en el campo de la salud mental tanto en centro públicos como priva-

dos formando equipos multidisciplinares y jugando un papel activo en el tratamiento como en la docencia e investigación en el marco de la enfermedad y la salud mental.

En este quehacer todos estamos implicados y no es el campo exclusivo de ningún sector profesional. Como muy bien opinó una de las psiquiatras asistentes al acto «así no vamos a ninguna parte» porque lo que piden los enfermos mentales en particular y los ciudadanos en general es que los profesionales de la salud mental pongan a su servicio los saberes, conocimientos y capacidades específicos de cada uno de los sectores profesionales para combatir, erradicar o paliar, al menos, su sufrimiento. Sólo así iremos a alguna parte.

Atentamente.

Barcelona, 4 de noviembre de 1998.

Rosa Martí-Sensat Rodríguez
Decana

XI. JORNADAS - REUNIONES - CONGRESOS

III Jornadas Nacionales de Historia de la Psiquiatría

«1924-1999. 75 Aniversario de la A.E.N.»

A Coruña, 21 y 22 de mayo de 1999.

Secretaría Técnica: Fundación PAIDEIA.

Plaza María Pita, 17.

Tel.: 981 224102. Fax: 981 224659.
15001 A Coruña.

«Estss 6th European conference on traumatic stress»

«Psycho traumatology clinical practice and human rights».

Istanbul. Turquía, 5-8 junio de 1999.

Secretaría Técnica: Birlik Sokak, Akydiz Sitesi, N.º 24/B, D.7.

1. Levent, Istanbul, Turquía.

Tel.: + 90 (212) 264 37 70.

+ 90 (212) 278 10 18.

+ 90 (212) 280 39 61 y fax.

4.º Congreso Europeo sobre de la Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica.

«Medición en Salud Mental: de la Genética a los Servicios Psiquiátricos».

Barcelona, 10, 11 y 12 de junio de 1999.

Secretaría Técnica: MediViatges.

Passeig de la Bonanova, 47

Tel.: 93 4174428. Fax: 93 4172184. 08017

Barcelona.

Ninth Congress of the International Psychogeriatric Association

«Challenges for the New Millennium: Professional, Cultural and regional Diversity»

Vancouver, Canadá 15-20 agosto de 1999.

Secretaría Técnica: c/o Venue West Conference Services Ltd.

645 - 375 Water Street.

Tel.: 1-604-681-5226.

Fax: 1-604-681-2503.

Congreso Mundial 1999 de la Federación Mundial de Salud Mental

«Interfaces en Salud Mental: Pobreza, Calidad de Vida y Sociedad».

Santiago-Chile, 5-10 septiembre 1999.

Secretaría Técnica: Centro de Convenciones «Diego Portales»

Fono/Fax: 56-41-312799/56-2-7778051.

Santiago-Chile.

II European Conference on Psychotherapy

«Psychotherap hand-in-hand with Pharmacotherapy»

Barcelona, 13-16 septiembre de 1999.

Secretaría Técnica: Grupo Geyseco.
Marina, 27, bajos.
Tel.: +34 93 2212242.
Fax: +34 93 2217005.
08005 Barcelona.

IV Congreso Nacional de Psiquiatría
Oviedo, 29 de octubre a 1 de noviembre de 1999.

Secretaría Técnica: Área de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Julián Clavería, 6.
Tel.: + 34 98 5104219/98 5103552.
Fax: + 34 98 5103553/98 5103552.
33006 Oviedo.

XVI Jornadas Nacionales de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (A.E.N.).

«Cambio de milenio. Encrucijada para la Salud Mental».

Palma de Mallorca, 18, 19 y 20 de noviembre de 1999.

Secretaría Técnica: Valerie Hugues de ULTRAMAR EXPRESS.

Tel.: 971 766454. Fax: 971 766583.

III Congreso Nacional de la Asociación de Psicoterapia Analítica Grupal

«Psicoterapia grupal y cambio»

Sitges (Barcelona), 26, 27 y 28 de noviembre de 1999.

Secretaría Técnica: Pilar Duro, Maribel López. Tel.: 93 2011796.

Inscripciones: Suport Serveis. Calvet, 30, entlo. 2.^a

Tel.: 93 2017571. Fax: 93 2019789. 08021 Barcelona.

XXI Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

«El saber en Salud Mental: certezas, incertidumbre y expectativas ante un nuevo siglo»

Santiago de Compostela, 8, 9 y 10 de junio del 2000.

Secretaría Técnica: Viajes Atlántico. Plaza de Fuenterrabía, 3.

Tel.: 981 585899 - 981 585189. 15702 Santiago de Compostela.

Fédération Française de Psychiatrie. 2000 in Paris. Paris An 2000

«From clinical practice to research: to research: rethinking psychiatry. Dela clinique à la recherche: Penser la psychiatrie».

26-30 junio del 2000.

Secretaría Técnica: Fédération Française de Psychiatrie. 9 rue Brantome.

Tel.: 0148047341. Fax: 0148047315. 75003 París.

Congreso Europeo de Psicoterapia

«La Psicoterapia en una Europa unificada».

Barcelona, 5 al 9 de septiembre del 2000.

Secretaría Técnica: FEAP offici. Cristóbal

Bordiú, 35, of. 105. 28003 Madrid.

Congreso Europeo de la W.P.A.

«Cambios sociales: Nuevos compromisos para los psiquiatras»

Madrid, 30 septiembre-4 octubre de 1999.

Organizado por: Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA).

Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN).

Sociedad Española de Psiquiatría (SEP).

LIBROS DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA
(Distribución: Siglo XXI)

Estudios

1. M. GONZÁLEZ DE CHÁVEZ (ed.), *La transformación de la asistencia psiquiátrica*, 1980.
2. A. PORTERA, F. BERMEJO (eds.), *Demencias*, 1980 (agotado).
3. S. MASCARELL (ed.), *Aproximación a la histeria*, 1980.
4. T. SUÁREZ, C. F. ROJERO (eds.), *Paradigma sistémico y terapia familiar*, 1983 (agotado).
5. V. CORCÉS (ed.), *Aproximación dinámica a las psicosis*, 1983.
6. J. ESPINOSA (ed.), *Cronicidad en psiquiatría*, 1986.
7. J. L. PEDREIRA MASSA (ed.), *Gravedad psíquica en la infancia*, 1988 (agotado).
8. J. A. FERNÁNDEZ SANABRIA, J. MAURA ABRIL, A. RODRÍGUEZ GÓMEZ (eds.), *I Jornadas de la Sección de Psicoanálisis de la A.E.N.*, 1989 (agotado).
9. R. INGLOTT (ed.), *El que-hacer en salud mental*, 1989 (agotado).
10. C. CASTILLA DEL PINO (ed.), *Criterios de objetivación en psicopatología*, 1989.
11. A. BAULEO, J. C. DURO, R. VIGNALE (eds.), *La concepción operativa de grupo*, 1990.
12. R. FERNÁNDEZ, M. A. GARCÍA CARBAJOSA, J. L. PEDREIRA MASSA (eds.), *La contención*, 1990.
13. M. DESVIAT (ed.), *Epistemología y práctica psiquiátrica*, 1990.
14. A. INGALA, R. GÓMEZ ESTEBAN, J. FRÈRE, A. GONZÁLEZ GUILLÉN (eds.), *II y III Jornadas de la Sección de Psicoanálisis de la A.E.N.*, «El malestar en la cultura», 1992.
15. P. SAN ROMÁN VILLALÓN (ed.), *Jornadas sobre salud mental y ley. Malos tratos a menores, malos tratos a mujeres, separaciones y divorcios*, 1993.
16. C. F. ROJERO, T. SUÁREZ (eds.), *Psicosis de la infancia y la adolescencia*, 1993.
17. V. APARICIO BASAURI (ed.), *Evaluación de servicios en salud mental*, 1993.
18. J. MAS HESSE, A. TESORO AMATE (eds.), *Mujer y salud mental. Mitos y realidades*, 1993.
19. A. FERNÁNDEZ LIRIA, M. HERNÁNDEZ MONSALVE, B. RODRÍGUEZ VEGA (eds.), *Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración*, 1997.
20. R. GÓMEZ ESTEBAN (ed.), *Grupos terapéuticos y asistencia pública*, 1997.
21. J. LEAL RUBIO (ed.), *Equipos e instituciones de salud (mental), salud (mental) de equipos e instituciones*, 1997.
22. C. POLO, *Crónica del manicomio*, 1999.

LIBROS DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA
(Distribución: Siglo XXI)

Historia

1. Jacques FERRAND, *Melancolía erótica*, 1996.
2. Robert BURTON, *Anatomía de la melancolía, I*, 1997.
3. Anselm von FEUERBACH, *Gaspar Hauser*, 1997.
4. Robert BURTON, *Anatomía de la melancolía, II*, 1998.
5. Robert GAUPP, *El caso Wagner*, 1998.
6. Gerolamo CARDANO, *El libro de los sueños*, 1999.

ESCRITOS DE PSIQUIATRÍA
(Nieva, DOR)

- E. KRAEPELIN, *Introducción a la Clínica Psiquiátrica*, Nieva, 1988.
- Ph. PINEL, *Tratado médico-filosófico de la enagenación mental o manía*, Nieva, 1988.
- J. M. CHARCOT, *Lecciones sobre la histeria traumática*, Nieva, 1989.
- I. D. GOLDBERG; P. HUXLEY, *Enfermedad mental en la comunidad*, Nieva, 1990.
- H. MAUDSLEY, *Las causas de la locura*, DOR, 1991.
- H. DAVANLOO, *Psicoterapia breve*, DOR, 1992.
- J. E. D. ESQUIROL, *Memorias sobre la locura y sus variedades*, DOR, 1992.
- VV. AA., *Estudios psicoanalíticos I (Metáfora y delirio)*, DOR, 1993.
- J. M. ÁLVAREZ; F. COLINA (eds.), *El delirio en la clínica francesa*, DOR, 1994.
- VV. AA., *Estudios psicoanalíticos II (Locura: clínica y suplencia)*, DOR, 1994.
- M. DESVIAT, *La reforma psiquiátrica*, DOR, 1994.
- G. G. CLÉRAMBAULT, *El automatismo mental*, DOR, 1995.
- K. KAHLBAUM, *Clasificación de las enfermedades psíquicas*, DOR, 1995.
- F. COLINA, *Escritos psicóticos*, DOR, 1996.
- VV. AA., *Estudios psicoanalíticos III (Imaginario y lógica colectiva)*, DOR, 1996.
- J. M. ÁLVAREZ; F. COLINA (eds.), *Clásicos de la paranoia*, DOR, 1997.
- J.-P. FALRET, *Clínica de las alucinaciones*, DOR, 1997.
- J. M. ÁLVAREZ, *La invención de las enfermedades mentales*, DOR, 1999.

CRITERIOS PARA LA ACEPTACIÓN DE ORIGINALES

1. Los trabajos deberán ser inéditos, mecanografiados a doble espacio en papel de tamaño folio o DIN A4, que se considerará, en cualquier caso, como el original. Se enviarán cuatro copias de éste a la Redacción.
2. La primera página debe incluir el título y un brevísimo resumen de 20 palabras acompañado de tres a cinco palabras clave para índices: todo ello, en castellano e inglés.
3. En página final, se incluirán: 1) Nombre y apellidos, profesión y lugar de trabajo de cada autor. 2) Nombre de los departamentos e instituciones a los que debe atribuirse el trabajo. 3) Renuncias, si existen. 4) Nombre y dirección del autor al que debe dirigirse la correspondencia sobre el manuscrito.
4. Cuando sea posible, el texto se adaptará a los apartados clásicos de Introducción (con explicitación de los objetivos del artículo), Métodos, Resultados y Discusión.
5. La bibliografía se identificará en el texto mediante números arábigos (entre paréntesis) y las citas se numerarán consecutivamente por el orden en que se citen por primera vez en el texto y se reunirán en páginas separadas al final del manuscrito. En el caso de los libros se especificará por este orden: autor, título (subrayado o en cursiva), lugar de la edición, editorial y año. En el caso de las revistas, por este orden: autor, título del artículo (entrecomillado), título de la revista (subrayado o en cursiva), año, volumen, número y páginas. Cada una de las especificaciones, en ambos casos, tienen que ir entre comas*.
6. Si apareciesen dos o tres autores, se escribirían separados mediante punto y coma. Si hubiese más de tres, sólo se escribiría el primero, seguido de: y otros.
7. Las tablas se mecanografiarán en hoja distinta para cada una, a doble espacio, irán numeradas consecutivamente y las abreviaturas empleadas irán explicadas a pie de página.
8. En caso de presentar, además, los originales en soporte informático, se ruega usar con preferencia Word Perfect, versión 5.1, o posteriores (indicándose en el disco la versión empleada), o en formato estándar (ASCII) o en MacWP.
9. En este caso, tecléese el texto con la máxima austeridad: a) no emplear nunca negritas (sólo se admiten redondas o cursivas), ni tipos de letra de distinto tamaño; b) no dividir nunca las palabras con un guión, al final de línea; y no dejar líneas en blanco; c) no imitar los formatos de edición (dobles columnas, centrados, sangrados distintos al usado tras un punto y aparte). Por otro lado, las notas deberán ir siempre al final del texto.

El Consejo de Redacción se rige por las siguientes directrices:

1. Se acusará recibo de todo artículo remitido a la *Revista*.
2. Los manuscritos serán revisados anónimamente por expertos en el tema tratado, quienes informarán sobre la conveniencia de introducir modificaciones o, en su caso, de publicarlo sin modificar el mismo, correspondiente en último extremo esta decisión al Consejo de Redacción.
3. La responsabilidad de la decisión de publicar o no un original así como de determinar la fecha oportuna corresponde al Consejo de Redacción y, en última instancia, al Director.

* Ejemplos: MORRIS, T. E.; ALONSO, M., *What is identity?*, Nueva York, Columbia University, 1979.

MORRIS, T. E., «Trastornos de identidad», *Rev. Esp. Psq.*, 1979, XL, pp. 194-206.

MORRIS, T. E., y otros, «Un estudio sobre la identidad», en ARJONA, L. (ed.), *Dédalo*, Sevilla, Proliber, 1980, pp. 213-219.

BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN A LA REVISTA

DIRECCIÓN DE ENVÍO

Nombre y apellidos _____

Dirección _____ n.º ____ Piso _____ Tel. _____

Población _____ Cód. Postal _____ Provincia _____

ORDEN DE PAGO POR DOMICILIACIÓN BANCARIA

Banco o Caja de Ahorros _____ N.º Sucursal _____

Domicilio de la sucursal _____

Calle _____ N.º _____

Población _____ C.P. _____ Provincia _____

Cuenta corriente o Libreta de ahorro n.º _____

Ruego a ustedes se sirvan tomar nota de que, hasta nuevo aviso, deberán adeudar en mi cuenta o libreta con esa cantidad los efectos que les sean presentados para su cobro por la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

.....
(firma)

Nombre _____

Domicilio _____

_____ de _____ de 1999