

# BOLETÍN DE SALUD DE LA REGIÓN MURCIANA

CONSEJERÍA DE SANIDAD, CONSUMO Y SERVICIOS SOCIALES



HOSPITAL PSIQUIÁTRICO ROMÁN ALBERCA (EL PALMAR - MURCIA)

**COMUNIDAD AUTÓNOMA  
DE LA REGIÓN MURCIANA**

AÑO 1984 - JUNIO  
VOL. IV, NUM. 6  
BOL. S. R. M. IV, 105-116

## ÍNDICE

	<u>Pág.</u>
José Buendía Vidal: PERCEPCIÓN SOCIAL DE LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA (Murcia, 1983) .....	107
RESEÑAS DE PUBLICACIONES SANITARIAS NACIONALES Y EXTRANJERAS .....	114
LEGISLACION SANITARIA .....	115
FE DE ERRATAS DEL MES DE MAYO .....	115
NUMERO DE CASOS COMUNICADOS DE ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA (Junio) .....	116

# NORMAS GENERALES DE PUBLICACIÓN

## Normas de presentación y redacción

Los trabajos deberán estar mecanografiados a doble espacio y su extensión se atenderá a las siguientes pautas:

a) Trabajos de investigación, artículos de revisión y puesta al día de un tema sanitario, artículos de debate; salvo casos específicos y plenamente justificado, el máximo, como norma, será 8 folios Din A4 (aprox. 2.500 palabras), incluidas tablas o gráficas que, normalmente, no deberán ser más de 6. Las gráficas, dibujos o fotografías serán utilizados sólo cuando los datos no puedan ser claramente expresados de otro modo, y deberán ser presentados a tinta, en blanco y negro y sobre papel que permita su reproducción (papel satinado, papel vegetal).

En estos trabajos, el autor o autores incluirán en hoja aparte: 1) un resumen que no exceda en ningún caso las 80/100 palabras (8-10 líneas mecanografiadas); de no ser enviado este resumen, se entiende que el autor o autores aceptan el que haga la redacción de la revista; 2) algunas palabras clave para su clasificación; 3) una breve nota que identifique al autor o autores (nombre y apellidos y cargo que ocupan).

b) Notas o informes breves sobre algún tema de investigación o de actualidad sanitaria o sobre recensión crítica de alguna publicación de especial interés: el máximo, como norma, será 3 folios Din A4 (aproximadamente 900 palabras). En estos trabajos, el autor o autores incluirán únicamente una breve nota de presentación biográfica en los términos definidos para los trabajos del grupo anterior.

## Las referencias bibliográficas

que se procurará reducir a las imprescindibles, serán citadas al final del artículo con la misma secuencia numérica en que aparecen las correspondientes llamadas en el texto.

La forma de citar la bibliografía será la habitual en las revistas científicas:

Artículos de revista: Apellido(s) e inicial(es), nombre(s) autor(es), título del artículo, nombre de la revista (subrayado) y, si es el caso, en abreviatura, tomo o volumen y número, páginas, año.

Libros: Apellido(s) e inicial(es), nombre(s) autor(es), título del libro (subrayado), ciudad edición, editorial, año.

## Las notas a pie de página

serán identificadas mediante asterisco y mecanografiadas en la parte baja de la página de que se trate.

## Criterios de aceptación de originales

Tendrán preferencia aquellos artículos que hagan referencia a problemas de Salud Pública del ámbito regional de Murcia. Sobre esta base, el Boletín recibirá la colaboración de todos los profesionales sanitarios, con la condición de que el tratamiento de los temas se mantenga dentro de los niveles aceptables de metodología y de competencia profesional.

Dos o más expertos de entre los miembros del Consejo de Redacción, revisarán los originales para proceder a su aceptación definitiva.

Para facilitar todo el proceso y asegurar la devolución de los trabajos no aceptados, es conveniente que los originales se envíen por correo certificado, o se entreguen en mano por triplicado.

El Consejo de Redacción asume la responsabilidad de los editoriales cuando éstos no vayan firmados. En los editoriales firmados y en el resto de los trabajos, las ideas expuestas son de responsabilidad de sus autores y el Boletín no se identifica necesariamente con ellos.

## Correspondencia

Deberá dirigirse al Director del Boletín de Salud de la Región Murciana:

**Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales**  
**Ronda de Levante, 11**  
**MURCIA-8.**

### CONSEJO ASESOR DEL BOLETÍN DE SALUD DE LA REGIÓN MURCIANA

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales,  
José María MORALES MESEGUER

Ilmo. Sr. Vice-Consejero de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales,  
Francisco MARTÍNEZ PARDO

Ilmo. Sr. Director Regional de Salud

Ilmo. Sr. Director Provincial de Sanidad y Consumo

Ilmo. Sr. Decano Facultad de Medicina

Ilmo. Sr. Decano Facultad de Veterinaria

Ilmo. Sr. Decano Facultad Biológicas

#### 2 Consejo de Redacción

P. Alonso, F. Galván, A. González Palacios, P. Marset Campos,  
A. Martínez, C. Navarro, P. Parra, A. Peñuela, J. A. Sánchez Sánchez, J.  
Saura, J. M. Sebastián Raz, P. Saturno

**Directora:** Dra. Elvira RAMOS GARCÍA

#### Edita:

Consejería de Sanidad,  
Consumo y Servicios Sociales

#### Diseño gráfico:

Tip. San Francisco, S. A.

#### Fotocomposición:

Tip. San Francisco, S. A.

#### Imprime:

Tip. San Francisco, S. A.  
San Nicolás, 31 - Murcia

#### Dépósito Legal:

MU-491-1981

# PERCEPCIÓN SOCIAL DE LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA (Murcia, 1983)

JOSÉ BUENDÍA VIDAL

Doctor en Psicología. Profesor de Universidad

## INTRODUCCIÓN

La situación de la asistencia psiquiátrica en nuestro país es sobradamente conocida por los profesionales de la salud mental. A nadie se le oculta la escasez de recursos y la dispersión de los mismos así como la ausencia de medidas encaminadas no sólo a evitar el posible aislamiento social de los enfermos sino también y sobre todo de carácter preventivo y de promoción de la salud de la comunidad en general.

Los cambios políticos de los últimos años han despertado la esperanza de poder avanzar en un camino de transformación de la actual asistencia psiquiátrica y concretamente en Murcia la consolidación de la Autonomía parece constituir la oportunidad histórica para llevar a cabo la reforma de la organización sanitaria.

Estas circunstancias hacen necesario conocer las actitudes y opiniones de la población hacia la asistencia psiquiátrica bien sea hospitalaria o ambulatoria, dado que en la nueva programación necesariamente ha de ser tenida en cuenta toda la comunidad y sus auténticas necesidades así como el modelo de asistencia que emerge de dichas actitudes.

Los estudios realizados sobre el tema en diferentes países manifiestan que la población carece de información suficiente sobre la psiquiatría y la enfermedad mental, considerando los recursos existentes como insuficientes para conseguir un adecuado tratamiento. Dichas actitudes difieren según el tipo de población, la clase social y el nivel educacional como lo demuestran las investigaciones de M. Ruiz (1979), Napoletano (1980), Morrison (1980), Calichia (1981), Rodríguez López (1982), entre otras.

En el presente trabajo tratamos de investigar las opiniones de la población murciana sobre la

asistencia psiquiátrica tomando como indicadores la percepción del hospital psiquiátrico, la valoración de la asistencia que se dispensa en este centro y las opiniones sobre la asistencia psiquiátrica en los ambulatorios del INSALUD. Para ello hemos tenido en cuenta el medio geográfico, la educación y los niveles económicosociales como factores que necesariamente influyen en estos criterios.

## MATERIAL Y MÉTODO

Nuestro trabajo se circunscribe al municipio de Murcia que nos ha parecido de especial interés, ya que en él podemos encontrar junto a las características propias del casco urbano y núcleos periurbanos las formas de vida de la sociedad agraria.

Hemos distinguido pues cuatro zonas diferenciadas o sectores a partir de los factores medio rural-urbano y socio-económicamente alto-bajo.

Trabajamos con una muestra estratificada de familias del municipio de Murcia de 502 elementos distribuidos de la siguiente forma: 124 para el sector rural socioeconómicamente bajo, 125 para el sector rural socioeconómicamente alto, 123 para el urbano socioeconómicamente bajo y 130 para el urbano socioeconómicamente alto.

El tamaño de la muestra nos permite movernos dentro de un margen de error del 5% y un margen de confianza del 95,5%.

Como instrumento de trabajo hemos aplicado un cuestionario elaborado para este fin.

## RESULTADOS

### El hospital psiquiátrico

Las personas que no han visitado nunca el hospital psiquiátrico señalan como aspectos nega-

tivos de esta institución la reclusión y el aislamiento (11,6%) y los malos tratos (10%). Mientras que los que conocen directamente el hospital mencionan los malos tratos (14%), la mezcla de enfermos con diferente diagnóstico (13%) y el ambiente de reclusión (11%).

Son los jóvenes quienes tienden a señalar aspectos negativos con más frecuencia que los mayores. Así el grupo de veintiuno a veinticinco años alude en un 31% a la reclusión y malos tratos, mientras que el grupo de mayor edad sólo lo hace en un 8%.

De igual forma son los jóvenes quienes más frecuentemente creen que los enfermos se encuentran mal en el hospital. La mayor frecuencia la encontramos en el grupo de veintiuno a veinticinco años (37%) y la menor en el grupo de mayor edad (6%).

Conforme aumenta el nivel de estudios crece la proporción de los que creen que los enfermos están mal en el hospital psiquiátrico. Así en el grupo sin estudios encontramos la menor proporción (9%) y la mayor en el grupo con estudios universitarios. (Gráfico I).

De igual forma es el grupo sin estudios el que con menos frecuencia (13%) menciona la reclusión y los malos tratos como aspectos negativos del hospital frente a un 32% del grupo con estudios secundarios.

Cabe señalar también que conforme crece el nivel de estudios aumenta la proporción de los que enumeran aspectos negativos del hospital.

Como era de esperar el nivel educacional juega un papel importante en la percepción del hospital psiquiátrico. A mayor nivel educacional es percibido más como centro de reclusión que de tratamiento.

Respecto al *tipo de población* encontramos como significativo que el grupo perteneciente a la zona urbana alta cree en mayor proporción (34%) que los enfermos se encuentran mal en el hospital. En la zona urbana baja observamos un 22% y en las zonas rurales alta y baja un 16% y 19% respectivamente.

La mentalidad más crítica propia del medio urbano puede explicar estas diferencias de percepción del hospital.

También el *nivel económico* origina diferencias significativas en la percepción del hospital psiquiátrico. Son las personas del nivel bajo quienes piensan con menos frecuencia (14%) que los enfermos están mal en el hospital, mientras que las del nivel medio lo hacen en un 28% y los del nivel alto en un (31%). (Gráfico II).

De igual forma es el nivel bajo el que alude a la reclusión y los malos tratos como aspectos negativos del hospital en menor proporción (15%), que el nivel medio (25%) y que el nivel alto (24%).

Los que piensan que el internamiento de los enfermos mentales favorece la curación, lógicamente opinan con menos frecuencia (16%) que los enfermos se encuentran mal en el hospital psiquiátrico, mientras el grupo partidario de que los enfermos permanezcan en su ambiente lo hace en un 27%, y los que creen que el internamiento es perjudicial en un 30%. Estos últimos son los que más frecuentemente aluden a los malos tratos en el hospital (34%), y los menos partidarios del internamiento (12%).

### Los Ambulatorios del Insalud

El 23% de la población opina que la asistencia psiquiátrica ambulatoria es deficiente y un 16% manifiesta que es muy deficiente.

Son especialmente significativas las opiniones de los jóvenes donde un elevado porcentaje (32%) califica la asistencia ambulatoria como muy deficiente, mientras que en el grupo de mayor edad sólo encontramos un 3% que piensan de esta manera.

Conforme aumenta el *nivel económico* crece la percepción negativa de la asistencia psiquiátrica que se dispensa en los ambulatorios.

Mientras el nivel bajo califica dicha asistencia como muy deficiente en un 9%, en el nivel medio encontramos un 20% y un 26% en el alto.

En cuanto al *nivel educacional*, como era de esperar, el nivel de estudios juega un papel importante en la valoración que cada grupo hace de la asistencia ambulatoria. En la medida que es más elevado el nivel de estudios la asistencia ambulatoria es percibida como negativa en mayor proporción. Así el grupo sin estudios califica dicha asistencia de muy deficiente en un 8% frente a un 34% del grupo con estudios universitarios.

Diferencias parecidas encontramos cuando se adjetiva dicha asistencia de deficiente. La menor proporción la observamos en el grupo sin estudios (16%) y la mayor (35%) en los universitarios. (Gráfico III).

Respecto al *tipo de población* encontramos como dato significativo que en la zona rural baja es donde con menos frecuencia se califica la asistencia ambulatoria de muy deficiente (5%), mientras en la urbana alta observamos la mayor proporción (22%). Las zonas rural alta y urbana baja lo hacen en un 16% y un 21% respectivamente. La mentalidad más tradicional propia del medio rural puede explicar suficientemente estas diferencias.

Llama la atención que quienes han tenido algún familiar con enfermedad mental califican de deficiente la asistencia ambulatoria con más frecuencia (34%) que los que no lo han tenido (20%) (Gráfico IV). El tipo de asistencia prestada a los enfermos psíquicos en los ambulatorios de

GRAFICO I.- OPINIONES SOBRE COMO SE ENCUENTRAN LOS ENFERMOS MENTALES EN EL HOSPITAL PSQUIATRICO SEGUN EL NIVEL EDUCACIONAL.

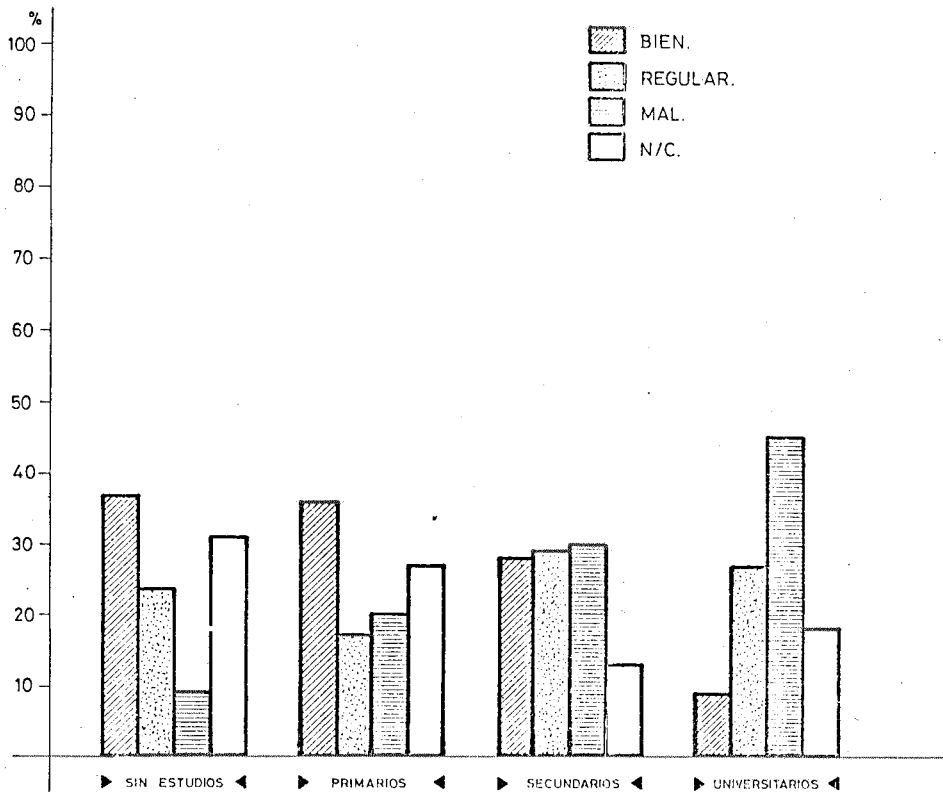


GRAFICO II.- OPINIONES SOBRE COMO SE ENCUENTRAN LOS ENFERMOS MENTALES EN EL HOSPITAL PSQUIATRICO SEGUN EL NIVEL ECONOMICO.

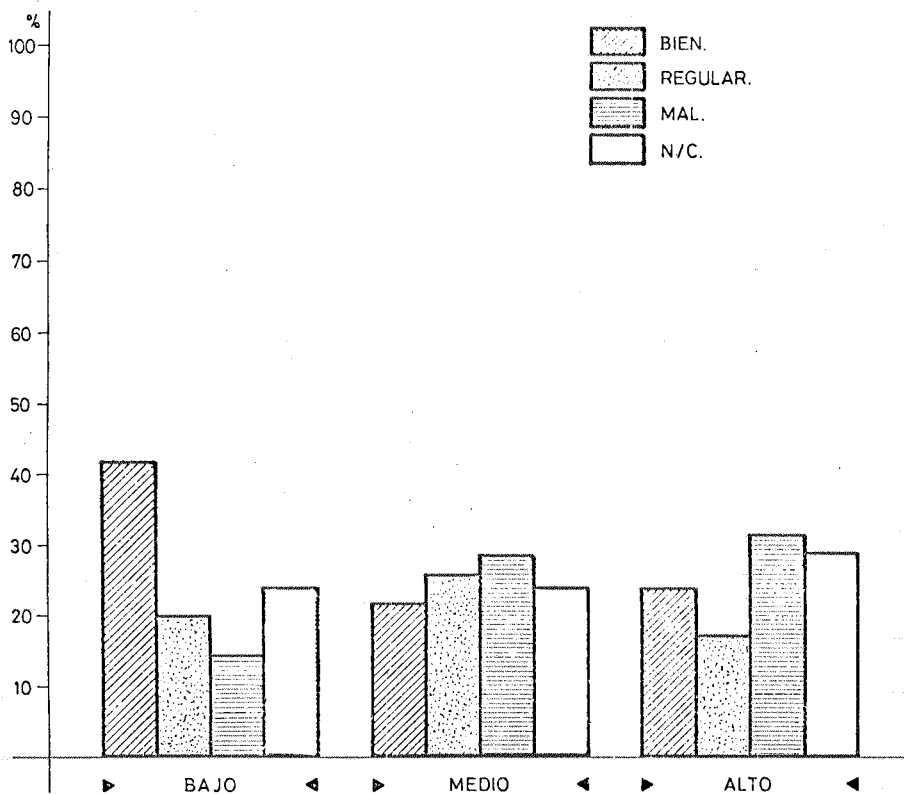


GRAFICO III - OPINIONES SOBRE LA ASISTENCIA PSIQUIATRICA EN LOS AMBULATORIOS, SEGUN EL NIVEL EDUCACIONAL.

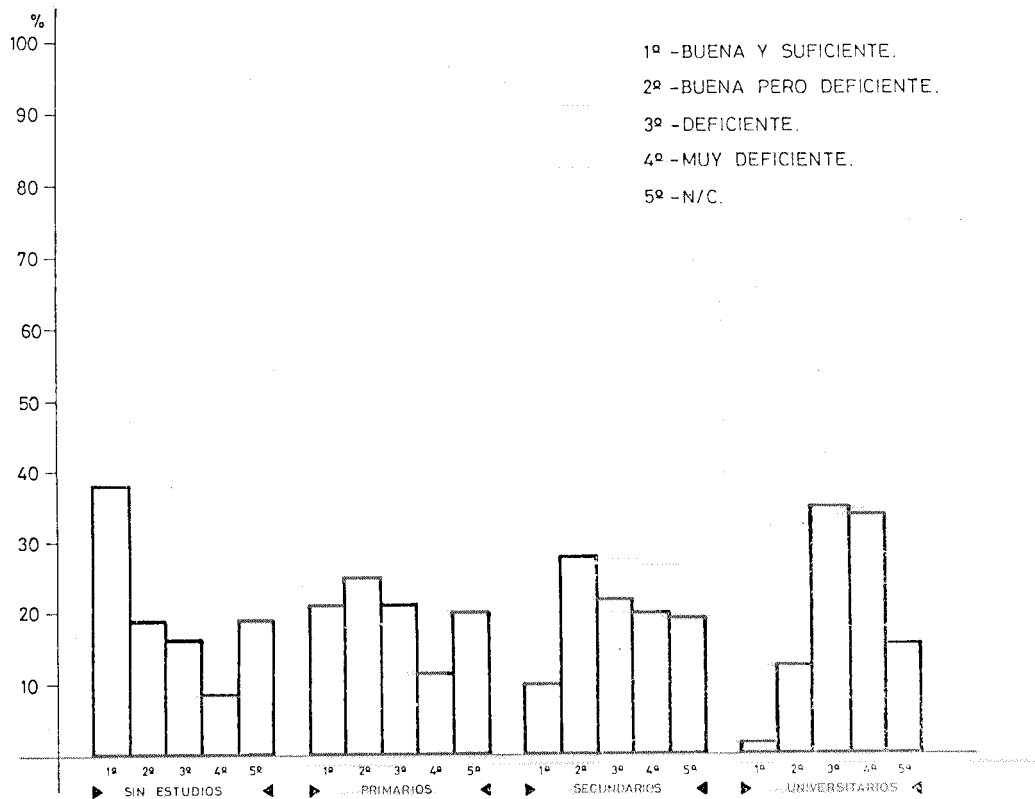
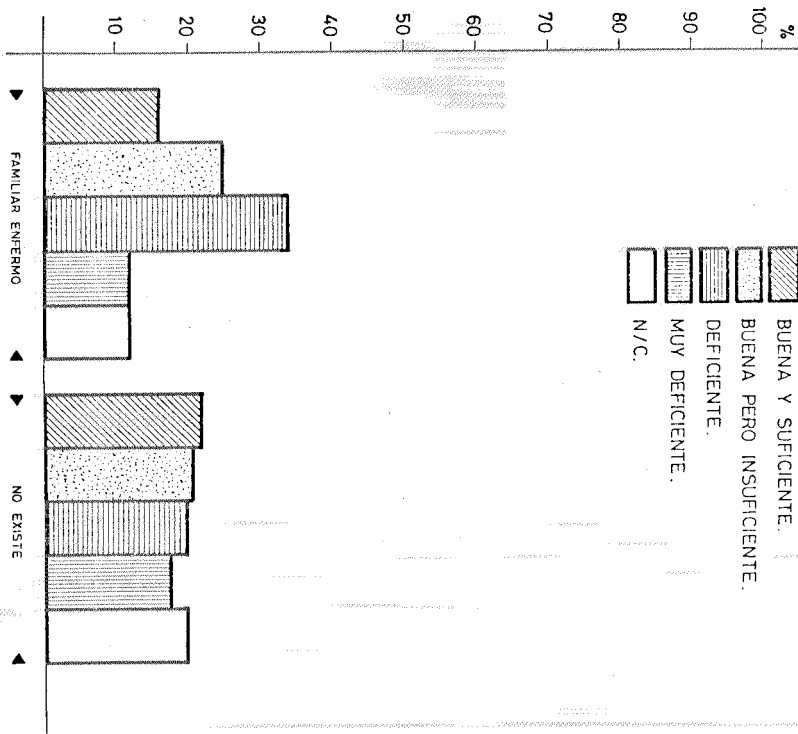


GRAFICO IV - OPINIONES SOBRE LA ASISTENCIA PSIQUIATRICA EN LOS AMBULATORIOS, SEGUN QUE HAYA HABIDO ALGUN MIEMBRO DE LA FAMILIA CON ENFERMEDAD MENTAL.



la Seguridad Social donde sólo son atendidos por espacio de unos tres minutos justifica debidamente estas opiniones.

Cabe señalar también como dato significativo que el grupo de «izquierdas» considera más frecuentemente (25%) que el grupo de «derechas» (15%) que la asistencia ambulatoria es muy deficiente.

### Lugar idóneo para el tratamiento

En relación con el lugar más idóneo para el tratamiento en caso de padecer trastornos psíquicos, las opiniones se distribuyen de la forma siguiente: consulta del seguro un 37%, médico particular un 37%, hospital psiquiátrico un 15%, sanidad un 1% y otros un 6%.

Llama la atención el alto porcentaje de personas que prefieren el médico particular, lo que indica la baja estima de la asistencia pública.

Entre los motivos señalados para esa elección sobresalen la mejor asistencia (25%), mejor profesionalidad (18%) y razones económicas (9%), mientras que un 42% indica motivos muy diversos.

Conforme aumenta la edad se inclinan más por la consulta del seguro, por lo que la edad juega un papel decisivo en estos criterios. Así la menor frecuencia la encontramos en el grupo de quince a veinte años (24%) y la mayor en los mayores de cincuenta años (52%).

De igual forma va decreciendo la proporción de los que eligen la Consulta del Seguro conforme aumenta el nivel de estudios, encontrando como extremos significativos la mayor frecuencia en el grupo sin estudios (55%) y la menor (13%) en los que tienen estudios universitarios. (Gráfico V).

En cuanto al *nivel económico* los del nivel bajo eligen con mayor frecuencia (51%) la consulta del Seguro que en el nivel medio (31%) y que el nivel alto (12%).

A la inversa ocurre cuando se trata de optar por el médico particular, observamos que decrece la frecuencia conforme desciende el nivel económico. Así mientras en el nivel alto prefieren el médico particular en un 60%, en el nivel medio lo hacen en un 44% y en el bajo en un 23%. (Gráfico VI).

Para explicar adecuadamente estos resultados hay que tener en cuenta, además del nivel educacional, la accesibilidad económica a la que expresamente alude un 9% como motivo para su elección.

También encontramos como datos significativos que las zonas rural baja y urbana baja eligen con más frecuencia la consulta del Seguro (51% y 50% respectivamente), que la rural alta (33%) y la urbana alta (16%).

A la inversa ocurre cuando se trata de optar por el médico particular, en la urbana alta encontramos la mayor frecuencia (57%) y la menor en las zonas rural y urbana bajas (28%).

### DISCUSIÓN

En la actualidad el hospital psiquiátrico es en la práctica, a excepción de las consultas ambulatorias del INSALUD, la única opción asistencial de tipo social que se ofrece a los afectados por una problemática de salud mental. Sin embargo en la población estudiada solamente un 15% acudiría al hospital psiquiátrico en caso de padecer trastornos psíquicos. Además todavía existe la creencia de que los enfermos reciben malos tratos en el hospital.

De todos es conocido que el hospital psiquiátrico pertenece al modelo tradicional de institución psiquiátrica. El simple hecho de que el hospital admita entre sus miembros a quienes acusan una problemática no estrictamente médica, indica que entre sus funciones propias existe eventualmente la de recluir también a aquellos individuos definidos como «agresivos» o «inadaptados».

Desde este punto de vista no es extraño que la población murciana hable de reclusión al opinar sobre el hospital psiquiátrico, ya que éste tiene la función —heredada históricamente— de recluir a aquellos elementos de la sociedad que de un modo u otro perturban la tranquilidad pública.

Y es curioso observar cómo las personas que menos creen en la curación de la enfermedad mental son precisamente las más partidarias del internamiento de los enfermos.

Según lo que acabamos de señalar es obvio que el lugar ideal del tratamiento de la enfermedad mental no es el hospital psiquiátrico sino que por el contrario éste necesita modificarse sustancialmente.

Actualmente muchos se preguntan sobre la conveniencia o necesidad del hospital psiquiátrico y son bastantes los que propugnan la abolición total de este centro asistencial.

Estas ideas van estando cada vez más difundidas entre la opinión pública, por lo que observamos en Murcia un elevado porcentaje de personas (39%) que son partidarias de que los enfermos mentales permanezcan en su ambiente familiar para facilitar la curación. Y conforme aumenta el nivel de estudios decrece la frecuencia de quienes están a favor del internamiento.

Si a esto añadimos que un 37% de la población estarían dispuestos a colaborar en reuniones y actividades con los propios enfermos para que éstos sean aceptados en sus respectivos barrios o pueblos, tenemos una realidad esperanzadora para emprender con éxito la transformación de la institución psiquiátrica en Murcia, y para la que



GRAFICO V - LUGAR IDONEO PARA EL TRATAMIENTO PSQUIATRICO SEGUN EL NIVEL EDUCACIONAL.

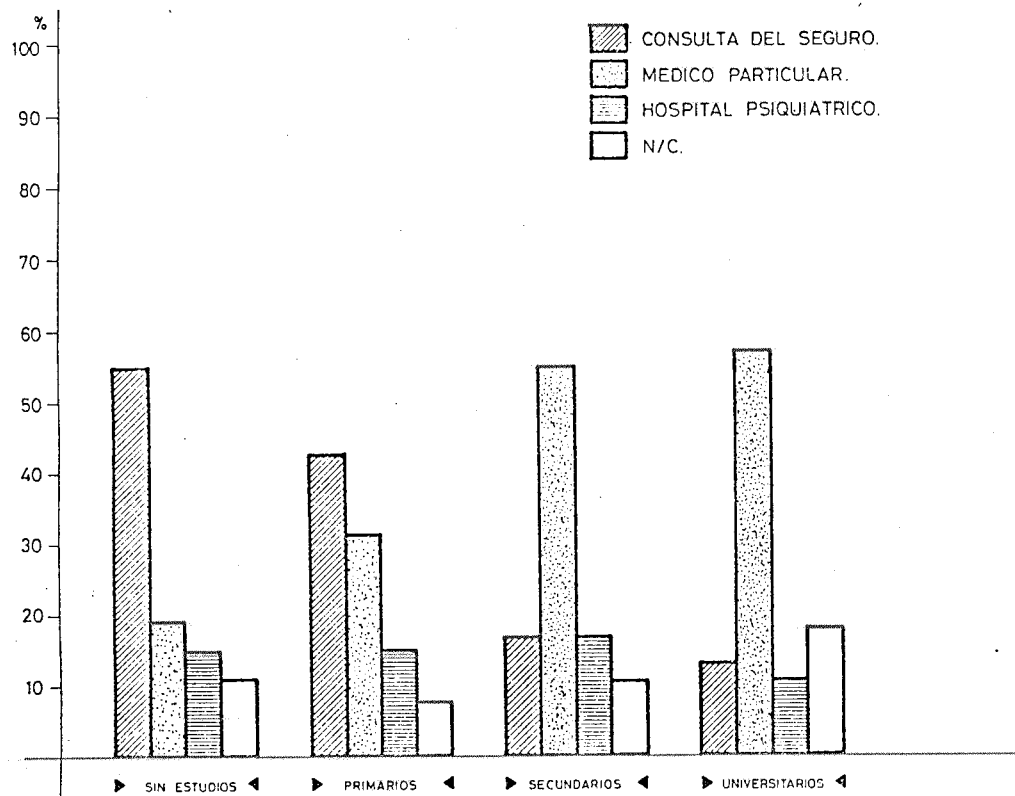
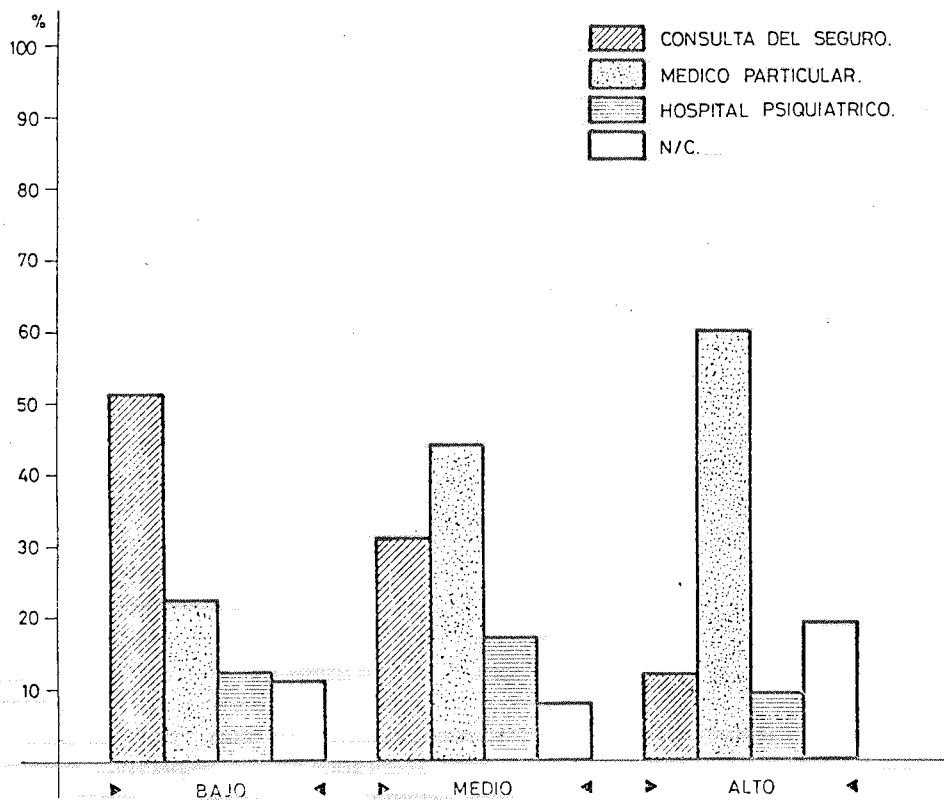


GRAFICO VI - LUGAR IDONEO PARA EL TRATAMIENTO PSQUIATRICO SEGUN EL NIVEL ECONOMICO.





naturalmente es imprescindible una actitud de acogida y aceptación por parte de la población.

Observamos también que el grado de disponibilidad aumenta progresivamente conforme aumenta el nivel educacional, precisamente por la mayor información y por la visión más científica de que se dispone como ya hemos dejado dicho anteriormente. Todo esto nos lleva a pensar en la educación sanitaria como medio de modificar las actitudes sociales negativas en relación con la enfermedad mental.

En cuanto a la imagen de los *ambulatorios del INSALUD* llama la atención cómo la edad y el nivel educacional juegan un papel decisivo en estos criterios. Los jóvenes son más críticos con la asistencia ambulatoria y consecuentemente son los que más eligen el médico particular. Y en la medida que es más elevado el nivel educacional crece la percepción negativa de la asistencia ambulatoria y también la proporción de los que eligen el médico particular.

Las condiciones de total ineficacia con que la Seguridad Social realiza la asistencia psiquiátrica ha hecho posible que la psiquiatría privada haya tenido y tenga todavía un florecimiento importante.

Pero lógicamente esta opción está condicionada también por la accesibilidad económica, de ahí que sean las zonas más desfavorecidas las que con más frecuencia eligen la consulta del Seguro, aún a sabiendas de que es deficiente, como podemos observar al comparar las zonas rural alta y urbana baja. Esta última califica con más frecuencia que la anterior, la asistencia ambulatoria como muy deficiente, y sin embargo elige la consulta del Seguro con más frecuencia, hechos que nos confirman la influencia que ejerce también el factor económico. Se puede afirmar que en la medida que es más elevado el nivel económico crece la proporción de los que eligen el médico particular.

Otro dato que nos ha llamado especialmente la atención es que precisamente quienes han padecido trastornos psíquicos califican la asistencia ambulatoria como deficiente con más frecuencia que quienes no los han padecido, lo que nos muestra la valoración negativa que hacen especialmente quienes han tenido que asistir alguna vez a la consulta ambulatoria.

En un trabajo realizado recientemente sobre psiquiatría ambulatoria de la Seguridad Social en Asturias (Rendueles, 1982), puede verse la ausencia de cualquier enfoque psicosocial y cómo únicamente se llevan a cabo exploraciones somáticas. Y así tras la recepción de los datos bioquímicos o biofísicos, al enfermo le es prescrita una medicación que alcanza a 2,3 recetas por enfermo para tiempos que oscilan entre las seis semanas y los tres meses, según los resultados del referido trabajo.

Después de ese tiempo los problemas permanecen en un importante número de casos, y la mejoría sintomática que se ha logrado con los fármacos sobre la puesta a una cronificación de los trastornos muy similares a la cronificación manicomial.

La asistencia prestada queda así configurada por un diálogo centrado en lo somático en el que la relación médico-enfermo queda limitada a tres minutos.

En este sentido cabe señalar las críticas que distintos profesionales de la salud vienen haciendo a las consultas ambulatorias calificándolas de inútiles y contraproducentes (Munguira, 1982), o de vergüenza nacional (Tizón, 1983).

Por este motivo cuando se habla de implantar en nuestro país una verdadera asistencia pública, utilizando los actuales recursos de la Seguridad Social, hemos de pensar necesariamente en reconvertir las consultas de Neuropsiquiatría, ampliando sus posibilidades asistenciales a aquellos campos que actualmente no son atendidos: los aspectos psicológicos y sociales.

## BIBLIOGRAFÍA

- CALICCHIA, JOHN, P. Attitudinal comparison of mental health and non-mental health professionals toward ex-mental patients. *Journal of Psychology*, 108, 35-41 (1981).
- DÍAZ MUNGUIRA y otros. Per a una reconversió de les consultes de neuropsiquiatria dels Ambulatoris de l'Insalud. Comunicació presentada en las *Jornadas de Salut Mental y comunitat a Catalunya*, 1982.
- FOUCAULT, M. *Histoire de la folie á l'áge classique*. París, Plon, 1954.
- GARCÍA GONZÁLEZ, J. Pasado y presente de la asistencia psiquiátrica; en la *transformación de la Asistencia Psiquiátrica*. Madrid, Mayoría, 1980.
- MORRISON, JAMES K. et al. Attitudes of community gatekeeper and psychiatric social workers toward mental illness *Journal of Community Psychology* 7, 147-150 (1979).
- MORRISON, JAMES K.; TETA, DIANA C. Reducing students fear of means of seminar-induced belief change. *Journal of Clinical Psychology* 36, 275-276 (1980).
- NAPOLETANO, MARGO A. The effects of academic instruction in psychology on student nurses attitudes toward mental illness. *Teaching of Psychology* 8, 22-24 (1981).
- RENDUELES, O.G. y otros. Psiquiatría ambulatoria de la Seguridad Social en Asturias. *Asociación española de Neuropsiquiatría* 4, 49-55 (1982).
- RODRÍGUEZ LÓPEZ, A.; MATEOS ALVAREZ R. et al. Actitudes hacia la enfermedad mental y la Psiquiatría en Galicia. *Documentación Social* 47, 139-143 (1982).
- ROMAN, P.M.; FLOYD, H.H. Social acceptance of psychiatric illness and psychiatric treatment. *Social Psychiatry* 16, 21-29 (1981).
- RUIZ RUIZ, M.; LILLO ESPINOSA, J.L. *Ecología y Epidemiología de la enfermedad mental*. Ponencia al II Congreso Hispano-Luso-Americano. 1978.
- TOSQUELLES, DAUMEZON et PAUMELLE. Organisation thérapeutique de l'hospital psychiatrique, ergotherapie, sociotherapie. *Enciclopedia M.D.* 37930-A-10, 1978.

## RESUMEN

El autor investiga mediante un trabajo de campo las opiniones sobre la asistencia psiquiátrica tanto hospitalaria como ambulatoria. Para ello se han tenido en cuenta el hábitat (rural y urbano) los niveles económico-sociales y la educación como factores que influyen decisivamente en estos criterios.

El ámbito territorial es el municipio de Murcia y se trabaja con una muestra representativa (502 familias del total de la población).

## SUMMARY

The author investigates by means of an opinion poll, the people's hospitality toward psychiatric assistance like state financed hospitals. To do this the survey has to take into account the environment (rural and urban) the levels social-economic and the education factors that influence decisively the people's attitude.

The territorial boundary is the borough of Murcia and the work was carried out with (502 families) out of the total population.

## RESEÑAS DE PUBLICACIONES SANITARIAS NACIONALES Y EXTRANJERAS

**MORTALIDAD INFANTIL EN LA ASISTENCIA NEONATOLÓGICA MUNICIPAL. DATOS COMPARATIVOS DESDE 1963 HASTA 1979.** Por Quinzaños de la Torre, J. *Gaceta Sanitaria de Barcelona*, (1983), págs. 61-65.

Se definen los conceptos de mortalidad fetal, mortalidad neonatal precoz y tardía, mortalidad perinatal y mortalidad infantil. Se clasifica a los Centros de Neonatología en tres tipos, según estén dotados de unidad de cuidados intensivos, de cuidados semiintensivos o no se haga terapia intensiva alguna y se dan datos comparativos de mortalidad en varios países y en varias provincias españolas, con respecto a los datos en la asistencia materno-infantil municipal. A continuación se hace referencia al traslado del recién nacido de alto riesgo, debidamente preparado, a centros con UCI como medio inicial de terapia intensiva y de descenso de morbimortalidad. Se detallan las causas de morbilidad infantil neonatal observadas en 1974-75 y se termina señalando la necesidad de ampliar los Centros de Neonatología y la creación de Centros Regionales de Diagnóstico prenatal y de Unidades de Terapia Intensiva Materno-Infantil.

**USO Y EFICACIA DE LA ANTICONCEPCIÓN: ESTUDIO DESCRIPTIVO EN UN CENTRO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.** Por Espinos, N.; y Villalbi, J.R. *Gaceta Sanitaria de Barcelona*. (1983), págs. 66-68.

A partir de los datos recogidos en el curso de las primeras visitas a un Centro de Planificación Familiar municipal de Barcelona, se estudian las pautas de la anticoncepción practicada anteriormente por las mujeres que acuden al centro, así como su eficacia. La anticoncepción hormonal ha sido practicada por un 80,5 por 100 de las mujeres antes de acudir al centro y se confirma como el método más seguro. Se discuten algunos aspectos relativos al perfil demográfico de las mujeres atendidas y sus implicaciones.

**ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LA BRUCELOSIS EN LA PROVINCIA DE GRANADA.** Por Cueto Espinar, A. y cols. (1983), *Infectologia*, págs. 9-24.

Se analiza un estudio epidemiológico de la brucelosis en la provincia de Granada, sobre un total de 5.191 casos humanos que habían sido recogidos en fichas por el doctor Sánchez Mariscal (RIP) y que

corresponden a los casos declarados en nuestra provincia desde 1967 a 1979. Ha interesado ver la distribución de los casos por comarcas, estado civil, edad y sexo de los enfermos, su evolución estacionaria, su presentación dependiente del contacto con el ganado y sus productos (leche, queso, requesón) y la aparición en relación al consumo de agua de los abrevaderos. La máxima incidencia de enfermedad corresponde a los grupos de edad comprendidos entre 31 y 40 años, con un claro predominio de los varones (75,8 por 100) sobre las hembras (24,17 por 100). El contacto con animales como posible mecanismo de contagio, se pudo constatar en el 82,5 por 100 de los enfermos, siendo la cabra el animal más veces identificado como posible reservorio (75 por 100). Todas estas consideraciones y algunas otras vienen a poner de manifiesto el carácter profesional de la enfermedad que, unido al elevado coste económico (aproximadamente 55 millones de pesetas para Granada), cualifican el tema estudiado como un importante problema sanitario y social.

**LA HIPERTENSIÓN COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA.** Por Lopes Dias, J. *Revista Portuguesa de Saude Publica*, (1983), págs. 18-22.

En Portugal, la hipertensión presenta un problema muy importante y se revela su importancia por las tasas tan elevadas de accidentes cerebro-vasculares. Es necesario aplicar la metodología de Salud Pública para el estudio del problema y tomar las medidas posibles con el fin de combatirlo y utilizar, especialmente, los Servicios de Salud Primaria, no solamente para la identificación de los enfermos y sus tratamientos sino también para los factores de riesgo relativos a ciertos grupos de la población.

**PAPEL DE LA MEDICINA DEL TRABAJO EN LA PREVENCIÓN DE LA INVALIDEZ Y EN LA READAPTACIÓN PROFESIONAL DE LOS DISMINUIDOS.** Por Faria, M. y cols. *Revista Portuguesa de Saude Publica*, (1983), págs. 23-28.

Los autores ponen en evidencia la ambigüedad que caracteriza a los conceptos de incapacidad y disminución, concluyendo con la imposibilidad de tratar el problema específico de los disminuidos como un problema aparte, separado del contexto socio-profesional, en el cual es necesario integrarlo. Se pasa, a continuación, revista a diversos modos de interven-

ción del dominio de la medicina del trabajo susceptibles de contribuir de forma eficaz, por una parte a la prevención de la incapacidad, por otra a la integración o reintegración profesional del disminuido. En este sentido, una atención especial fue acordada a la necesidad, para los servicios de la medicina del trabajo, de adoptar una perspectiva ergonómica en el ejercicio de sus actividades, así como de tratar en colaboración con todos los otros servicios y entidades

que intervienen.

EPIDEMIOLOGÍA DE LA PAROTIDITIS EPIDÉMICA. Por Bosco, G. *Rivista Italiana d'Igiene*, (1982), págs. 13-32.

Se resumen en este trabajo los principales conocimientos sobre la epidemiología de la parotiditis epidémica.

## LEGISLACION SANITARIA

— Complementos de personal médico de los equipos de Atención Primaria. O. de 30-5-84 del Ministerio de Sanidad y Consumo. B.O.E. 134 de 5-06-84, pág. 16.017.

— Personal del Instituto Nacional de la Salud. Retribuciones O. de 31-05-84 del Ministerio de Sanidad y Consumo. B.O.E. 143 de 15-06-84, pág. 17.430.

— Competencias y funciones de los Técnicos Especialistas de laboratorio, Radiodiagnóstico, Anatomía, Patología, Medicina Nuclear y Radioterapia, de Formación profesional de Segundo Grado, Rama Sanitaria. O. de 14-06-84 del Ministerio de Sanidad y Consumo. B.O.E. 145 de 18-06-84, pág. 17.817.

— Modificación del Estatuto de Personal Auxiliar Titulado y Auxiliar de Clínica de la Seguridad Social. O. de 14-06-84 del Ministerio de Sanidad y Consumo. B.O.E. 146 de 19-06-84, pág. 17.941.

— Instrumento de ratificación de 21 de mayo de 1984 del protocolo sobre la protección del Mar Mediterráneo contra la contaminación de origen terrestre,

hecho en Atenas el 17 de mayo de 1980. B.O.E. 152 de 26-06-84, pág. 18.550.

— Modificación de la normativa urgente en materia de invalidez permanente en la Seguridad Social. R.D. 1.071/1984 de 23-01-84 de Presidencia de Gobierno. B.O.E. 136 de 7-06-84, pág. 16.360.

— Sustancias y preparados medicinales psicotrópicos. O. de 30-05-84 del Ministerio de Sanidad y Consumo. B.O.E. 138 de 9-06-84, pág. 16.673.

— Inclusión en la lista I, anexa al Convenio único de 1961, sobre estupefacientes, la sustancia alfentanil. O. de 30-05-84 del Ministerio de Sanidad y Consumo. B.O.E. 139 de 11-06-84, pág. 16.868.

— Normas sobre el tamaño de las letras del material de acondicionamiento de las especialidades farmacéuticas de uso humano. R. de 12-06-84, pág. 18.467.

— Normas complementarias para el desarrollo de las Campañas de Saneamiento Ganadero. R. de 22-05-84 de la D.G. de producción Agraria. B.O.E. 130 de 31-05-84, pág. 15.412.

## FE DE ERRATAS DEL BOLETÍN DEL MES DE MAYO

Portada: en el índice, donde dice Número casos.. (abril), debería decir (mayo).

En la página 98. El párrafo de la primera línea: «Este documento será sometido... aprobación definitiva si procede», debería estar incluido al final de la página 97.

