

Revista de Revistas

Revisión de publicaciones de abril, mayo y junio de 1990 (*)

De las publicaciones revisadas (ver lista), se han seleccionado una serie de artículos que, como en anteriores ocasiones, se agrupan en función de una temática común.

Dentro del campo de los TRASTORNOS ESQUIZOFRENICOS, Jo Smith y Max Birchwood (*Brit. J.*, mayo) publican un artículo titulado "Familiares y Pacientes como Copartícipes en el Tratamiento de la Esquizofrenia". El objetivo de este trabajo es plantear la necesidad de intervenciones psicosociales en la práctica psiquiátrica. Consideran que hasta el momento, los estudios se basan en el concepto de Emoción Expresada (EE). Los autores describen el servicio desarrollado, dentro de un programa de investigación en individuos esquizofrénicos y sus familiares, así como algunos de los problemas principales que se plantearon a la hora de integrar en una rutina psiquiátrica las intervenciones médicas y las psicosociales. Por ejemplo, los intentos de implicar a los familiares en la terapia no siempre tienen éxito, oscilando las ci-

fras de no colaboradores entre el 14 y el 35 %. Para los autores, algunos familiares se sienten intimidados al considerarse "parte" del problema, mientras que en otros casos se sienten culpabilizados o se suscita agresividad y desconfianza hacia el terapeuta. En este trabajo se proponen tres elementos cruciales para enfrentar el problema: a) intento de sacar un "ethos" de información, de modo que familiar e individuo se sientan activamente implicados en la definición de sus necesidades y planificación de un programa de intervención; b) educación y entrenamiento de profesionales de primera línea, para resaltar las necesidades de la familia y dar una información clara sobre la esquizofrenia, y c) desarrollo de intervenciones que se ajusten flexiblemente a necesidades individuales. Con respecto al concepto de Emoción Expresada (EE) y recaída en esquizofrenia, los autores apuntan que una familia con alta EE no tiene por qué llevar a resultados sociales pobres, sino que por el contrario pueden ayudar más a la reintegración social del individuo que otras familias con baja EE cuya conducta ha sido de despreocupación hacia el problema. Por otra parte, el concepto de EE, que tiene sus limitaciones, no parece ser estable en el tiempo, de forma que muchos es-

(*) Grupo de Hemeroteca de la Asociación Madrileña de Salud Mental. Coordinado por Rodríguez Vega, B. y formado por: Bautista, L.; Camuñas, C.; Diéguez, A.; García Álvarez, J. C.; García Pérez, M.; García Yagüe, E.; García-Noblejas, J.; Gutiérrez, R.; Herráez, C.; Nafs, A.; Polo, C.; Tejadas, A.; Vicente, N.

tudios apuntan a que familias de alta EE pasan, con el tiempo, a baja EE. Por fin, señalan la importancia de definir las intervenciones según objetivos y que éstos vayan guiados por la necesidad. Para ello es importante al tiempo de activar el compromiso de los familiares en los distintos puntos de contacto, conducirse por necesidades, facilitar la aceptación social de la familia, la integración con otros centros comunitarios y servicios de psiquiatría, entrenamiento y supervisión de los profesionales y dar prioridad a la calidad de los servicios.

En la misma revista (*Brit. J.*, abril) un trabajo de Csernonsky y cols. estudia el "5-HIAA en LCR y Características Deficitarias en la Esquizofrenia". El tema ha sido ampliamente investigado en las dos últimas décadas, el sustrato biológico subyacente a las características deficitarias de la Esquizofrenia. Estas se han asociado con un bajo ajuste premórbido, escasa respuesta a neurolépticos, cronicidad, déficit cognitivo y cambios estructurales cerebrales. En el estudio actual sobre 30 pacientes esquizofrénicos y seis esquizoafectivos, se apoya la hipótesis de que la serotonina juega un importante papel en la esquizofrenia. Se confirma la correlación positiva del nivel de 5-HIAA en LCR y síntomas negativos, pero no la correlación negativa de ácido homovanilmandélico con el déficit, ya que encuentra una disminución de HVA, al contrario que en otros estudios. Estos resultados apoyarían los datos de otros estudios actuales en los que se constata una mejoría en los síntomas negativos, tras tratamientos con fármacos inhibidores de la recaptación serotoninérgica.

Un estudio prospectivo multicéntrico de Mortesen y Juul (*Actas Psy. Scand.*), estudia la "Mortalidad y Causas de Muerte en Pacientes Esquizofrénicos en Dinamarca". La muestra está compuesta por 6.178 esquizofrénicos seguidos durante 29 años, y homologa-

dos con la población general danesa. Se encontró una mortalidad global superior a la de la población general, pero inferior a la encontrada en otros estudios. Resultó similar la frecuencia por muerte debida a cáncer, con menor mortalidad para el caso del cáncer de pulmón en el varón y aumento del cáncer de mama en la mujer. También resultó mayor las cifras de mortalidad debidas a causas cardiovasculares, pulmonares, genitourinarias y secundarias a caídas.

Otro estudio epidemiológico, llevado a cabo por Cohen *et al.* (*Am. J.*, mayo), analiza la relación entre "Suicidio y Esquizofrenia. Datos de un estudio prospectivo de tratamiento comunitario". La muestra se compuso de 122 pacientes diagnosticados de Esquizofrenia o trastorno Esquizoafectivo o trastorno de la personalidad Esquizotípica, de edades comprendidas entre los 18 y 30 años. Cada uno de estos sujetos fue asignado, de forma randomizada, a dos programas diferentes de atención comunitaria, ambos diseñados para enfermos graves. Los resultados, en relación con los dos programas de tratamiento, fueron similares. Se suicidaron el 10 % de los esquizofrénicos en los diez primeros años, entre el 0,8 y el 1 % cada año, siendo mayor el porcentaje en los jóvenes. Los indicadores con mayor capacidad de predicción fueron un mayor nivel de angustia, desesperanza y depresión, lo que estaría de acuerdo con los hallazgos de Beck. Menos claramente, también parecen aumentar el riesgo, la existencia de un menor soporte familiar, pobre funcionamiento familiar y sexual, actitud negativa ante el tratamiento, mejor funcionamiento premórbido y mayor proporción de síntomas en otras áreas. El riesgo de suicidio parece ser especialmente grave para los hombres, si bien los resultados, según el sexo, no alcanzaron la significación estadística. Para explicar este dato, se señala que la enfermedad tiende a ser especialmente severa en

los varones, quienes tendrían más dificultad que las mujeres para encontrar el equilibrio entre las demandas sociales externas y los impulsos internos.

Sobre TRASTORNOS ESQUIZOAFECTIVOS, Del Río y Ayuso Gutiérrez (*Acta Psy. Scand.*, junio) estudian el "Curso de la Psicosis Esquizoafectiva. Un estudio retrospectivo". Valoran el ajuste social premórbido (con la "Premorbid Adjustment Scale") y el nivel de funcionamiento (con la "Global Assessment Scale") de 77 pacientes que cumplen criterios ICD-9 y RDC de Psicosis Esquizoafectiva. La evolución de los pacientes está en relación con la personalidad previa y mejor ajuste social premórbido. Otros resultados señalan que los pacientes con síntomas psicóticos interepisodios, son más jóvenes, con un comienzo más precoz, peor ajuste previo y un número de recaídas mayor.

Dentro del campo de los TRASTORNOS DE ANSIEDAD, Kushner *et al.* (*Am. J. Psychiatry*, junio) publica un metaestudio en el que se revisan 15 trabajos sobre "La Relación entre los Trastornos de Ansiedad y el Abuso de Alcohol". Encuentra una mayor prevalencia de abuso de alcohol en pacientes agorafóbicas o con fobias sociales y sus familiares, sin que este resultado se de en el resto de los trastornos de ansiedad (fobia simple, ansiedad generalizada, ataques de pánico y trastorno obsesivo-compulsivo). Subrayan la similitud clínica entre ambos trastornos asociándolo al discutido efecto ansiolítico del alcohol.

"Signos Neurológicos Menores en los Trastornos Obsesivo-Compulsivos", es el título de uno de los artículos que Conde López y cols. publican en *Actas Luso-Españolas* (mayo-junio, 1990). En él, se busca relacionar los signos neurológicos menores y el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC). Comparado con controles fóbicos y controles sanos, se encuentran con mucha más frecuencia en el TOC, sobre todo los que se

refieren a la coordinación motora y al equilibrio (con anomalías en la lateralidad y dominancia derecha-izquierda). La presencia de signos neurológicos menores es, para los autores, una posible explicación del menor CI manipulativo encontrado en estos pacientes, pese a su alta inteligencia.

Sobre TRASTORNOS AFECTIVOS en *Actas Psy. Scandinavicas*, Troisi y cols. hacen un estudio de "Evaluación Etológica de la Clasificación DSM-III de la Depresión Unipolar". Utilizan una grabación de video de 30 minutos de duración, que es analizada según el sistema de resultados etológicos de Grant. Con una muestra corta (44 pacientes), tal como señala el autor, no encuentra diferencias significativas entre las ocho categorías que se describen de comportamiento no verbal y los subtipos depresivos (depresión mayor con o sin melancolía y trastorno distímico).

Por otra parte, bajo el epígrafe de ALCOHOLISMO, podemos comentar el artículo de Roy y cols. (*Am. J.*, junio), titulado "Características de los Alcohólicos que hacen un intento de suicidio". En este grupo, los autores encuentran una mayor frecuencia de otros diagnósticos asociados, como son el abuso de alcohol y los trastornos depresivos en los varones, o los ataques de pánico en las mujeres. También aparecen con una frecuencia significativamente mayor, más antecedentes familiares de alcoholismo y un consumo de alcohol más alto. Basándose en estos datos se propone que el comportamiento suicida, en el curso del alcoholismo, podría indicar una psicopatología más grave y un peor pronóstico.

Irwing y cols. (*Arch. of Gen. Psy.*, abril) publican la "Importancia Clínica de la Edad de Comienzo en los Tipos 1 y 2 de Alcoholismo Primario". Recientemente, Cloninger y cols. han propuesto una nueva clasificación de pacientes alcohólicos en dos subtipos, que se diferenciarían en función de los

síntomas asociados, patrones de herencia y características de la personalidad. Según esto, en el extremo del grupo 1 se situaría un paciente varón, que ha empezado el consumo de alcohol después de los 25 años, con problemas en su salud y en sus relaciones conyugales debidos al alcoholismo y con escasa historia de arrestos, violencia o abuso de otras drogas. En contraste, en el tipo 2 se situarían varones, con incapacidad de abstenerse del consumo alcohólico que se inició antes de los 25 años y con rasgos de personalidad del tipo antisocial, incluyendo historias de violencia, arrestos y abuso de drogas ilegales. En este estudio, sobre una muestra de 171 alcohólicos primarios, los autores encuentran que la edad de inicio precoz se asociaba significativamente con una mayor gravedad del alcoholismo, consumo de otras drogas e historia de criminalidad. No se consiguió diferenciar a los pacientes, según su historia clínica, basándose en los subtipos 1 y 2 de alcoholismo.

Con respecto a los TRASTORNOS POR DEPENDENCIA DE OTRAS DROGAS, distintas del alcohol, citaremos brevemente, el artículo de Stenbacka (*Acta Psy. Scand.*, mayo), titulado "Iniciación en el Abuso de Drogas Intravenoso", en el que estudian una muestra de 156 pacientes con adicción a drogas vía parenteral. La mayoría de los pacientes consideró la curiosidad la primera razón para el inicio, delante de las presiones del grupo o pareja que se situaron en segundo lugar. Para la mujer, el inicio era más precoz, en un escenario casero donde no van a ser molestados y por un varón ya adicto y conocido por el debutante. Plantean la necesidad de la detección de grupos de riesgo, como una de las vías de impedir la extensión del consumo.

Crespo y cols. (*Actas Luso-Esp.*, marzo-abril) publican un estudio sobre "Psicosis y Consumo de Cannabis: Estudio de las Diferencias Psicopatológicas y

los Factores de Riesgo". Utilizan el PSE en una muestra de 40 pacientes que han sufrido un primer episodio psicótico, al que se asociaba un importante consumo de cannabis, comparando con pacientes no consumidores. No encontraron diferencias significativas en cuanto a la existencia de los síntomas que sirvieron a estudios previos para apoyar la existencia de una psicosis cannábica (síntomas maníacos e hipomaniacos, ideas paranoides no bien sistematizadas, confusión y conductas agresivas o destructivas).

En el capítulo de TRASTORNOS DE BASE ORGANICA, podríamos incluir el artículo de Sacks y cols. (*Hosp. and Comm.*, abril) titulado "Factores de Riesgo-HIV en Relación con Pacientes Psiquiátricos Agudos Ingresados". La impulsividad, hipersexualidad y trastorno del juicio son algunos de los factores que se citan para explicar el mayor riesgo de la población psiquiátrica en la adquisición y transmisión del SIDA. Se incluyeron 205 pacientes, en los que encontraron que uno de cada cinco presentaba factores de riesgo HIV. Los porcentajes de pacientes homosexuales y de adictos a drogas parenterales representan, aproximadamente, el doble que en la población general de la ciudad de Nueva York. Por otra parte, el estado serológico era conocido sólo en el 3 % de los casos. Más de la mitad de los pacientes físicamente asintomáticos, pero con factores de riesgo, se mostraban totalmente despreocupados por la epidemia de SIDA o por la posibilidad de estar infectados. Los pacientes con enfermedad bipolar fueron relacionados, de forma significativamente mayor, con comportamientos de riesgo, por lo que este grupo aparece como especialmente propicio para contraer la infección. Se señala, por último, la necesidad de que el personal que trabaja en unidades psiquiátricas, realice el trabajo de educación y concienciación de los pacientes psiquiátricos

en cuanto a la enfermedad y sus vías de transmisión.

Dentro de la patología que aparece en el campo de la INTERCONSULTA, citaremos la revisión de Walker y cols. sobre "El Síndrome del Intestino Irritable y Enfermedad Psiquiátrica" (*Am. J.*, mayo). Este síndrome es una enfermedad digestiva de alta prevalencia, pero de diagnóstico impreciso que se realiza por exclusión. Encontraron en la muestra de estudio, del 73 al 100 % de trastornos psiquiátricos, sobre todo, trastornos de ansiedad, afectivos y por somatización. El autor, tras la revisión de la literatura existente sobre el tema, no encuentra datos para confirmar ninguna de las dos hipótesis explicativas, la somatopsíquica y la psicósomática. Se subraya la utilidad de la intervención psiquiátrica en estos casos, con la finalidad de aliviar los síntomas, tratar los trastornos psiquiátricos coexistentes y las actitudes negativas de los pacientes ante la enfermedad.

Otro artículo interesante, por ser una revisión del tema, es el de Ballinger (*Brit. J.*, junio) sobre "Aspectos Psiquiátricos de la Menopausia". Los autores comentan la literatura existente desde el punto de vista ginecológico y psiquiátrico. Entre las conclusiones más interesantes a las que llegan está el que los cambios fisiológicos de la menopausia parecen tener poco impacto en la salud mental, siendo, cuando aparecen, trastornos menores. La impresión general es que el aumento de síntomas psiquiátricos suele ocurrir en edad premenopáusica; los cambios en la estructura familiar, problemas laborales y replanteamiento de roles propios de esta época se consideran más influyentes que los cambios fisiológicos de la menopausia.

Un artículo que incluimos dentro del campo de la EPIDEMIOLOGIA, estudia la "Edad de Comienzo de los Trastornos Mentales en Cinco Comunidades" (Bucke y cols., *Arch. of Gen.*, junio). Utilizan datos del NIMH (National Institute of

Mental Health) y del Epidemiologic Catchment Area Program, para estudiar la edad de inicio de los trastornos mentales en adultos a partir de los 18 años, en cinco comunidades de los EE.UU. El diseño del trabajo es transversal, empleando como instrumentos el DIS (Diagnostic Interview Schedule) y la Life Table Survival Analysis, para valorar el tiempo en que se produjeron los acontecimientos. No encontraron diferencias significativas en cuanto a la edad media de inicio en las cinco comunidades, siendo la adolescencia y el adulto joven los períodos más importantes para el desarrollo de síntomas psiquiátricos. Entre otras, señalan como edad media de comienzo, los 25 años para la depresión unipolar, 19 años para el trastorno bipolar, 24 años para el trastorno de ataques de pánico, 23 años para el trastorno obsesivo-compulsivo, 13 años para las fobias, 18 años para el abuso o dependencia de drogas y 21 años para el abuso o dependencia de alcohol.

James y cols. publican (*Brit. J.*, junio) el "Aumento de la Violencia en Pacientes Psiquiátricos Agudos Ingresados". Durante los 15 meses de duración del estudio encontraron un aumento sustancial de los incidentes violentos, siendo destacable que el 60,9 % de estos pacientes fueron diagnosticados de esquizofrenia, y que en el mismo porcentaje habían ingresado involuntariamente. No se encontraron diferencias en cuanto a sexo o en cuanto a índice de ocupación de camas, pero resulta especialmente interesante la correlación positiva observada entre el número de episodios violentos y la presencia de personal temporal y la correlación negativa entre éstos y la presencia de personal de enfermería permanente.

Sobre SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL, Pelkonen publica un artículo traducido como "La función de los adolescentes ingresados por un trastorno psiquiátrico, es mejor que la esperada tras el alta. Un estudio de seguimien-

to". Bajo este título, el autor diseña un programa terapéutico que incluye tratamiento de familia, individual y grupal, para 58 adolescentes a los que siguen durante los siete años a continuación de su alta hospitalaria. Se utilizó el GAS (Global Assessment Schedule) como instrumento de valoración psicossocial. La tercera parte de los pacientes reingresó, 14 permanecieron en una institución por tres o más años y el 5 % en la cárcel. Durante el seguimiento la mitad trabajaba o estudiaba, mientras otra mitad recibía una pensión, aunque llevaban a cabo, en el 50 % de éstos, trabajos sumergidos. Según los autores, los resultados, globalmente, indican que el establecimiento de relaciones terapéuticas tiene efecto de más larga duración al mejorar el desarrollo individual, aunque es difícil valorar en qué medida depende también de la maduración del propio adolescente.

Harrington y cols. publican (*Arch. of Gen.*, mayo) un interesante estudio sobre los "Resultados en la Vida Adulta de la Depresión en la Infancia y Adolescencia". Mientras que la infancia constituye un período de relativa protección frente a la depresión, existe un aumento de vulnerabilidad durante las etapas media y tardía de la adolescencia. Los estudios de seguimiento anteriores concluyen que la depresión en la infancia tiende a recurrir con un riesgo mayor de rehospitalización en el caso de niños deprimidos. El estudio que comentamos siguió durante 17 años a un grupo de 80 niños y adolescentes que habían presentado un trastorno depresivo (criterios RDC). Los resultados indican que dicho trastorno muestra una importante continuidad con la depresión en la vida adulta, sin que este grupo presentase una mayor frecuencia para otros trastornos no depresivos, que el grupo control. Parecería existir una importante especificidad en la continuidad de los trastornos entre la niñez y la vida adulta.

En el apartado de TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS, incluimos el artículo de Goodman y cols. (*Arch. of Gen. Psy.*, junio) sobre la "Especificidad de los Inhibidores de la Recaptación Serotoninérgica en el Tratamiento del Trastorno Obsesivo-Compulsivo". Cuarenta pacientes con TOC, fueron asignados de forma randomizada, en un diseño doble ciego, a uno de los dos programas de ocho semanas de duración, con dos fármacos antidepressivos. Se pretendía comparar la eficacia de un inhibidor de la recaptación serotoninérgica (Fluvoxamina) frente a un inhibidor de la de noradrenalina (Desipramina). La Fluvoxamina resultó ser significativamente más eficaz para reducir la severidad de los síntomas del TOC y de la depresión secundaria, sin que dicha mejoría en la clínica obsesivo-compulsiva se relacionase con la mejoría en los síntomas depresivos. Estos resultados apoyan las propiedades agudas de estos fármacos en el TOC, así como que permiten plantear hipótesis del mecanismo de acción. Los inhibidores de la recaptación serotoninérgica podrían producir cambios adaptativos en el receptor serotoninérgico presináptico en el tratamiento crónico (desensibilización del autorreceptor) y/o indirectamente en la función dopaminérgica.

Thaker y cols. publican (*Am. J.*, abril) el "Tratamiento de la Diskinesia Tardía con Clonazepam: Una Estrategia GABA-mimética Práctica". Realizan un ensayo doble-cego placebo-control con 19 pacientes con diskinesia tardía y tratamiento neuroléptico. El clonazepam, a dosis de 1 mg al día, que aumentaban 1 mg al día cada tres, producía un descenso del 35 % en la puntuación de la diskinesia. La mejoría era mayor en los pacientes con distonía que en los que presentaban movimientos coreoatetósicos. En el tratamiento a largo plazo, un período libre de clonazepam de dos semanas, favorecía la recuperación del efecto antidiskinéptico. En otro artículo, pero en la misma publi-

cación, Elkhassel y cols., también con un diseño doble ciego, informan de la disminución en la puntuación de la severidad de la diskinesia en un tratamiento con vitamina E.

Calabrese y cols. (*Am. J.*, abril) presentan un ensayo clínico prospectivo, titulado "Espectro de Eficacia del Valproato en 55 Pacientes Bipolares Cicladores Rápidos". Se confirman los resultados de otros estudios en cuanto a la eficacia del Valproato en fases maníacas y mixtas, pero con menores propiedades antidepresivas.

En *Hospital and Community* se publica (número de mayo) "Terapia Electroconvulsiva: Una Actualización". Pese a ser una técnica muy controvertida ha cumplido su 50 aniversario en 1988, alcanzando, incluso, un auge mayor en EE.UU., posiblemente en relación con las mayores presiones económicas y la exigencia de tratamientos más breves que sean incluidos en las coberturas de los seguros. Se utiliza con más frecuencia en hospitales universitarios y de veteranos, siendo menor su uso en los hospitales estatales. Se mantienen las mismas indicaciones, a las que se le añaden la epilepsia intratable y el Parkinson. Se señala la escasa mortalidad por sesión (0,002-0,004), aunque en estudios recientes se halla un aumento de anomalías estructurales cerebrales, atrofia cortical e hiperdensidad subcortical en pacientes ancianos. Se insiste en las posibles ventajas de la aplicación unilateral, uso de breves estímulos pulsátiles y la necesidad de que el estímulo supere el umbral convulsivo para que sea eficaz.

Por último, reseñar brevemente, por razones de espacio, el monográfico que

dedica *L'Information Psychiatrique* (mes de marzo) dentro del capítulo de ORGANIZACION ASISTENCIAL, a la reforma psiquiátrica en Francia, en el 30 aniversario de ésta. Se recoge, de forma literal, el texto de la circular del 15 de marzo de 1960, origen del concepto de "sector" y, a través de varios artículos, se describen, por un lado, los principios de dicha organización, en el artículo original de 1960 y, por otro, el balance de dicha política de sectorización 30 años después, comparándola con las soluciones preconizadas en este ámbito en países como USA, Canadá e Italia.

LISTA DE REVISTAS REVISADAS

— *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 18, n.º 2 (marzo-abril); 18, n.º 3 (mayo-junio), 1990.

— *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 81, n.º 4, abril; n.º 5, mayo; n.º 6, junio, 1990.

— *American Journal of Psychiatry*, vol. 147, n.º 4, abril; n.º 5, mayo; n.º 6, junio, 1990.

— *Archives of General Psychiatry*, vol. 47, n.º 4, abril; n.º 5, mayo; n.º 6, junio, 1990.

— *British Journal of Psychiatry*, vol. 156, n.º 4, abril; n.º 5, mayo; n.º 6, junio, 1990.

— *Family Process*, vol. 29, n.º 2, junio, 1990.

— *Hospital and Community*, vol. 41, n.º 4, abril; n.º 5, mayo; n.º 6, junio, 1990.

— *L'Information Psychiatrique*, volumen 66, n.º 3, marzo, 1990.

REVISTAS RECIBIDAS

- *Archivos de la Facultad de Medicina de Zaragoza*. Vol. 30, n.º 2, mayo, 1990. *Zaragoza Medicina Militar*. Revista de Sanidad de las Fuerzas Armadas de España. Vol. 46, n.º 4, año 1990. Madrid.
- *Revista Española de Drogodependencias*. Vol. 15, n.º 2, 1990. Valencia.
- *Adiciones*. Revista de sosicodrogalcohol. Vol. 2, n.º 2, 1990. Palma de Mallorca.
- *Revista Española de Foniatría*. Vol. 3, n.º 1, 1990. Madrid.
- *Psicoanálisis*. Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires. Vol. XI, n.º 3. 1989.
- *Revista de Estudios Penitenciarios*. Extra 1. Ministerio de Justicia. Madrid. 1990.
- *Revista de Sanidad e Higiene Pública*. Año LXIV. Marzo-Abril de 1990. Núms. 3 y 4. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.
- *Papeles del Psicólogo*. Revista del C.O.P. Especial "II CONGRESO". Madrid.
- *Cadernos de Psicología*. N.º 9. Agosto de 1990. Galicia.
- *Psiquis*. 6/90. Año XII. Vol. 11. Revista de Psiquiatría, Psicología y Psicósomática.
- *Psicomotricidad*. Revista de Estudios y Experiencias Citap. N.º 11. Madrid.
- *Revista Internacional de Sociología*. C.S.I.C. Vol. 47. Fascs. 1 y 2. 1989. Madrid.
- *International Social Science Journal*. N.º 125. UNESCO. París.
- *Anthropos*. Revista de Documentación Científica de la Cultura. Números 110/111 y 112. Barcelona.
- *Infancia y Aprendizaje*. Journal for the Study of Education and Development, 50/1990. Madrid.
- *Clínica y Análisis Grupal*. Revista de Psicoterapia, Psicoanálisis y Grupo. Año XIV. Mayo/Agosto. 1990. Vol. 12. Madrid.
- *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry*. Vol. VI. N.º 2/1990. Roma.
- *Cuadernos de Terapia Familiar*. N.º 14. II Epoca. Año IV. 1990. Stirpe. Madrid.
- *Informaciones Psiquiátricas*. Núms. 120 y 122. San Baudilio de Llobregat.

OTRAS PUBLICACIONES

- *Índice Médico Español*. N.º 100. Valencia.
- *Berriorriak*. C.O.P. Del. Euskadi.
- *Índice Español de Ciencias Sociales*. Vol. 10. C.S.I.C. Madrid.
- *Programa Nacional de Formación de Personal Investigador*. Comisión Interministerial de Ciencia y Tecnología.
- *Programa Sectorial de Formación de Personal Investigador*. Ministerio de Educación.
- *Resúmenes de Proyectos de Investigación*. Ministerio de Educación.
- *Resúmenes de Proyectos de Biomedicina y Ciencias de la Salud*. Ministerio de Educación.
- *Información sobre el destino de los recursos de la Administración central del Estado, 1989*.