

PRESENTE DE UNA SOCIEDAD DESCONOCIDA

La industrialización, grandes migraciones, reducción de la población campesina, aumento del nivel de vida, hacen que en Estados Unidos sean más de 1.000.000 los tratados de enfermedades mentales, esto no podría haberlo supuesto fray Juan Gilabert Jofré cuando en 1409 lanzaba la idea de crear un "Hospital de Ignocents, folls e orats".

Realizado según Decreto del Rey de Valencia Martín el Humano, el 15 de mayo de aquel mismo año. Era el primer paso; Zaragoza, Sevilla, Valladolid, Palma, Toledo siguieron su mismo camino. En 1850, el Hospital General de Madrid creaba dos salas para enfermos mentales, haciéndose extensible a la creación del manicomio de Santa Isabel (Leganés). Se escribían libros, desde Juan Luis Vives hasta López Ibor, pero, sin embargo, numerosas circunstancias impedían que se canalizara la psiquiatría ya separada de la neurología. Nuestra guerra civil fue un paso atrás en ese desarrollo; al finalizar, casos de paludismo o tifus eran los que importaban, sin tener en cuenta los trastornos psiquiátricos provenientes de esos años; así se margina en parte esta ciencia hasta 1955 en que las Cortes aprueban el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PANAP), después múltiples sociedades (de psiquiatría, neuropsiquiatría infantil, psicoterapia y medicina psicosomática, psicología, etcétera) crecen por la Península, en un afán de ocupar el vacío producido por un desinterés total, pero este vacío no se logró ocupar.

En 1966 había 124 hospitales psiquiátricos y se encontraban 42.000 camas como disponibles para enfermos mentales, de ellos el 48 por 100 pertenecía a Diputaciones, 27 por 100 a órdenes religiosas, 20 por 100 a privados y 5 por ciento al PANAP, esta tasa era superior solamente a Grecia y Portugal. En 1970, Francia tenía 2,8 neuropsiquiatras por cada cien mil habitantes. USA alcanzaba los cinco. En cifra global Francia tenía 1.500, faltándole 2.500 para cumplir con números suficiente de cara al futuro. España con sus 700, mal pagados y con honorarios cortos, en proporción al sueldo, estaba ante un alarmante porvenir.

El porqué de la situación

Si tuviéramos que sintetizar los puntos de fricción del desarrollo

psiquiátrico en España podríamos abarcarlos en los siguientes:

a) Desorganización absoluta, que conlleva una total incomunicación médico-familia-empresa, médico-estructura hospitalaria, médico-especialista y, por último, médico-enfermo.

b) Hospitalización "per se" o cura de Sakel no olvidada ni erradicada, que hace patente esa visión

de puente entre empresa y psiquiatra, llamando a éste cuando creen que va a surgir una enfermedad mental.

Una asistencia ambulatoria exige plena unión interpersonal; una reinserción del enfermo hospitalizado, restablecido, en una empresa o en una familia, alcanza ya valores insospechados en lo que debe ser esa unión. Es, como decía Maxwell

Pedro Montoliu Camps

de reclusión, de mitificación del psiquiatra, de impotencia social.

c) Tratamiento desconectado de los nuevos métodos, exento de Medicina preventiva y precoz, de control poscura y rehabilitador, de asistencia ambulatoria, extrahospitalaria, de psicoterapia grupal o individual de laborterapia, etcétera, resultado de unas enseñanzas clásicas e insuficientes que obligan a los interesados verdaderamente a salir de España.

d) Mala formación en los procesos psicológicos del médico y personal sanitario, que le incapacita para dar de sí en un trabajo en el que el "yo" debe ser fuerte, motivado para esa dedicación.

Desunión regresiva

Según la OMS, un control poscura puede terminar a los dos años, esto, naturalmente, exige que el médico se comunique con el hospital que le tuvo internado. En la URSS, el médico va al enfermo, no al revés; la asistencia social sirve

Jones, de la comunidad terapéutica "conjunto social que actuando sobre el enfermo lo capacita para volver a tomar su responsabilidad en la sociedad"; no son palabras bonitas, son hechos, en los que interviene la sociedad, no el psiquiatra, no el hospital, sino la empresa, la familia, el mundo que rodea al enfermo. En España esto se ha olvidado o se ha desconocido. El psiquiatra o trabajador de salud mental deberá empezar su trabajo en la familia, crear una Medicina preventiva entre los que rodean al enfermo debe ser su primer paso; si esto no se ha conseguido, ¿cómo pedir a una empresa que se preocupe por la salud mental de sus trabajadores?

Esto sería en el ámbito psiquiatra-enfermo, pero no es éste el único desnivel existente: la relación médico-psiquiatra crea ya un estado de inquietud en el enfermo, no puede comprender cómo existe esa tirantez entre su médico general y un especialista. Se podrá también apuntar el plano interpsiquiatras, al

ser una de las profesiones en las que el ego sufre mayores presiones, salen éstas en forma de agresividad, que en caso de no hallarse preparado inciden en el enfermo desorientándole. Por último, dentro del capítulo de la desorganización, está la conexión entre estructuras administrativas que mueven a los médicos como piezas de un ajedrez. Dentro de un mismo hospital, la situación del servicio psiquiátrico, por el rechazo parcial de la Medicina general hacia él, es a veces caótico; esto se plasma en equipo, personal, preocupación, etcétera; luego, al ser sus jefes administrativos personas, en la mayoría de los casos, desconocedores del mundo en el que se desenvuelven sus subordinados, cambian pacientes con el progresivo mal que eso lleva; se muestran herméticos ante nuevas técnicas usadas en sus departamentos, impidiendo así un desarrollo acorde con los enfermos que reciben.

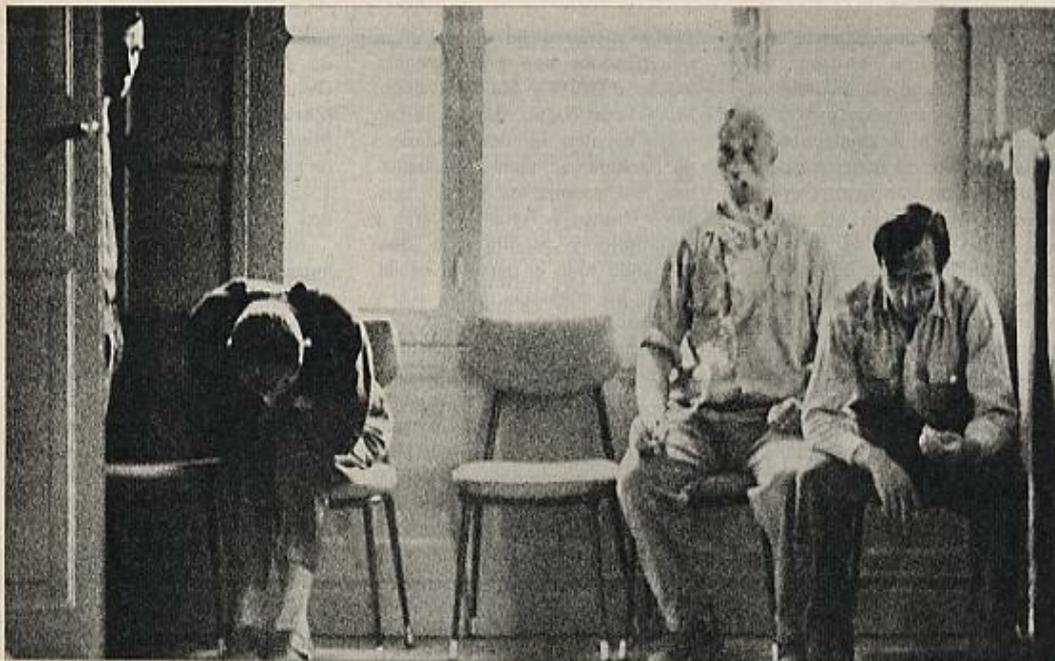
A escala superior, es lógico suponer que mayor será el desligamiento; no hay coordinación entre hospitales y dispensarios, ni entre los directores de los centros y sus órganos de gobierno, que suelen ser las Diputaciones Provinciales; tampoco la hay entre centros privados y estatales, todos tiran de su cuerda sin importarles el futuro psiquiátrico.

¿Es un problema de dinero?

En el capítulo de tratamiento, de psiquiatría en sí, nos encontramos



Según la OMS, es necesario, para estar bien atendido, un centro cada 150.000 habitantes con uno a tres psiquiatras. Nuestro país necesitaría por tanto 226 dispensarios, pero no llega ni a la quinta parte del número establecido por ese organismo internacional.



Las técnicas no están aquí aún clarificadas; la psicoterapia sigue siendo por diversos motivos tabú.

con uno de los mayores problemas: las técnicas. Cuando llegó el psicoanálisis a España se le opuso cierta resistencia; en nuestro tiempo, aún se usa demasiado el electrochoque, se tiene un concepto diluido del psicofármaco, confuso; mientras, los toxicómanos extranjeros pueden comprar su Valium en las farmacias del Norte de España; las técnicas no están clarificadas, la psicoterapia en tabú, sea por motivos emocionales o políticos, y aunque hablen de una psicoterapia antropológica propia de nuestros valores celtibéricos, se queda en eso, en conceptos rimbombantes; la laborterapia o talleres protegidos, donde el enfermo realiza un trabajo agradable a sus gustos, que le dé un sentimiento de utilidad social, no existe, o se limita a coser, a hacer muñecos, etcétera; cuando no se hace laborterapia, sirviéndose de los enfermos para

tareas de limpieza, trabajos pesados, cocina, etcétera, que no son propiamente constructivos, sino que, por el contrario, llegan a cronificar al enfermo mental. En otros países esta laborterapia ha sido tomada en su sentido verdadero y cada día se hacen nuevos descubrimientos y se plantean nuevas situaciones, a través de la música, la pintura, la jardinería, la creación personal, la expresión corporal e incluso el café (cofiterapia), haciendo de éste un vínculo, alrededor del cual dialogar, evadirse de la enfermedad, sentirse normal.

No es necesario decir que es utópica una asistencia preventiva, porque no conduce a nada, todo el mundo está inmerso en esta vida de agitación social y no podemos preocuparnos de si éste parece depresivo o si aquél se muestra nervioso; el control poscura queda roto a cargo de los enfermos, al ir

después de la enfermedad al psiquiatra para un control periódico y ver que esos psicofármacos que le recetan en consultas de dos o tres minutos (el número de enfermos, como veremos después, rebasa la dedicación necesaria) no les hacen mucho, y si se encuentran bien dejan de tomarlos y de ir a revisión. Una asistencia heterofamiliar no ha sido planeada, el hecho de que un enfermo no sea aceptado por su familia y pueda encontrar otra que le sirva de hábitat, entra dentro de los imponderables que a lo mejor se solucionan en un futuro demasiado optimista.

Dentro de esa Medicina preventiva se encuentra el diagnóstico precoz, que haría disminuir la población enferma en un tanto por ciento impresionante, al poder decir el médico si se halla ante un caso de neurosis, depresión, exaltación, epilepsia, etcétera, con el consiguiente ahorro de exploraciones y la puesta en marcha de un rápido tratamiento psiquiátrico; eso unido a unos dispensarios neuropsiquiátricos, unos ambulatorios, hospitales de noche que dan cabida a todos aquellos enfermos que sólo pernactan en el centro por diferentes problemas, junto con una red asistencial necesitada no sólo en ciudades de importancia, sino también en pueblos pequeños, donde los conflictos familiares, depresiones, angustia infantil o situación de los jubilados.

Todas estas técnicas y preocupaciones por conseguir un mayor logro han hecho disminuir la población hospitalaria a un 2 por 100 en muchos países; en la URSS se ha llegado incluso al 1 por 100, pero esto ha exigido millones de dólares de desembolso para lograr tal índice en los países desarrolla-

dos; con estas cantidades se pueden crear desde talleres vigilados a instituciones especiales para oligofrénicos, seniles, psicópatas, alcohólicos, epilépticos, neuróticos, etcétera, quedando únicamente los hospitales para casos de peligro de suicidio o agresividad social, estando todo esto de acuerdo con el informe del comité experto de salud mental (Ginebra), cuando dice que el aumento del número de camas en los hospitales psiquiátricos no puede considerarse como índice de mejoramiento de servicios.

Psiquiatra: hombre y médico

No se deben crear nuevos servicios si no existe personal adecuado —escribía Castilla del Pino—. Pero, ¿quién es el personal adecuado? ¿El titulado?, ¿el que ha hecho la especialidad como residente? ¿Quién dice si este o aquel señor están capacitados para ser psiquiatras?, y quien dice psiquiatra dice ATS, psicólogo, etcétera. Malas lenguas afirman que basta apuntarse en el Colegio de Médicos y dejar pasar dos años para que mediante un justificante un tanto oscuro den la especialidad como realizada, pero supongamos que eso no se realiza, lo mismo que supongamos que un médico residente antes ha sido interno; supongamos que todos los psicólogos están en plantilla fija, que no lo están, porque ya aprovechan bastante con hacer prácticas, y sigamos suponiendo que todos los médicos están rodeados de ATS competentes y responsables y no de auxiliares sanitarios cogidos por falta de personal. Una vez supuestos todos estos puntos entremos en el principal, el psiquiatra: hoy, un psiquiatra recibe la influencia de la sociología, psicología social, filosofía, etcétera, pero, sobre todo, recibe unos esquemas en evolución, una purga contra la máquina, el ocio, el pluriempleo, la desunión familiar, los tóxicos y un largo conjunto de factores que inciden en el individuo, afectándole en mayor o menor medida. El psiquiatra es, ante todo, hombre; su ego primero debe culturizarse, debe prepararse a sí mismo, debe estar en cooperación con otras disciplinas, de forma que tenga una mayor preparación humana y técnica; lo mismo que el enfermo debe tener un rol para no encontrarse insignificante ante la estructura social, el psiquiatra no debe ser devorado por el suyo, esa que a veces le invade para comprender y personalizarse con su enfermo, esa carencia de tiempo, esa presión sufrida por parte de las familias para que sirva de cómplice contra el enfermo hace que estalle,



Existe dentro de la asistencia psiquiátrica en nuestro país una desorganización absoluta que conlleva una total incomunicación médico-familia-empresa, médico-estructura hospitalaria y por último médico-enfermo.

PRESENTE DE UNA SOCIEDAD DESCONOCIDA

que cada vez aumente el síndrome depresivo del personal sanitario, de que el psiquiatra se sienta agresivo, metido en su trabajo por la rueda social, pero haciendo todo lo contrario a lo que el enfermo busca al ver a su lado una bata blanca. Y todo esto se evita con preparación, pero, ¿quién la da?, ¿la Universidad?, ¿los hospitales?, ¿en un internado o en una residencia?, ¿el ayudar en una clínica psiquiátrica? Sí, eso hace algo, pero hace algo cultural, no afectivo, no personalizador, no emocional y eso es lo que falla. Falla la técnica, los conocimientos son insuficientes, el psiquiatra estudioso viaja, aprende en otros países, pero lo que no consigue receptor allí es el estímulo vital, esa motivación personal que falta a nivel persona. En Inglaterra, por ejemplo, hay grupos médicos de psicoterapia para que ellos mismos venzan sus problemas. En este momento, no sólo cambia la nomenclatura psiquiátrica, sino que debe variar a tope el concepto de psiquiatra desde todos los prismas sociales incluido el del propio médico.

Dispensarios: realidad y utopía

Según la OMS, es necesario un centro cada 150.000 habitantes, con uno a tres psiquiatras. España necesitaría, por tanto, 226 dispensarios, pero no llega ni a la quinta parte. Estos dispensarios de higiene adscritos a las Jefaturas de Sanidad no son hospitales, es decir, el enfermo es ambulatorio, sólo en forma de consulta psiquiátrica es atendido. Estos dispensarios tendrían que estar divididos en secciones que comprendiera desde psiquiatría infantil a lucha antialcohólica, dependiendo de los problemas que atañan a la socie-

dad en que se desenvuelve. En la actualidad estos centros, que fueron creados en España en 1949, están divididos en: a) De salud mental. b) Antiepilépticos. c) Antialcohólicos. d) Toxicómanos no alcohólicos. e) Varios.

En 1974 existían en nuestro país diez dispensarios de salud mental, figurando 22 nuevos centros en el apartado de próxima apertura. Según el servicio de información del PANAP, en el 75 únicamente dos de estos centros han sido abiertos, ambos en Barcelona, de los cuales no se conocen datos, puesto que las estadísticas del Patronato sobre el año 75 no saldrán hasta febrero o marzo del 76. Limitándonos a los datos conocidos, estos diez centros existentes se repartirían por Badajoz, Barcelona, Cádiz, Málaga, Murcia, Santander y Vizcaya. Madrid posee tres, siendo la capital psiquiátrica, aunque ahora la descentralización haya concedido la igualdad a Barcelona.

En estos centros había un total de personal sanitario de 56 personas y se desconocían las cifras de consultas efectuadas, excepto en Murcia, con 2.003, y en Santander, con 1.520 pacientes.

Existen, además, quince dispensarios antialcohólicos, equilibrados Madrid y Barcelona, también con tres cada uno, estando el resto en Córdoba, La Coruña, Málaga, Murcia, Las Palmas, Sevilla, Valencia, Vizcaya y Zaragoza, siendo el número de consultas en Madrid y Barcelona más de 1.000 (en Madrid sobrepasaron las 2.000).

No es una mala repartición, sino una carencia de estos centros lo que deja a tantas provincias abandonadas y en manos del turismo psiquiátrico, del cual luego hablaremos.

Se compra tiempo

Por otro lado, tenemos en España 58 centros para Diagnóstico y Orientación Terapéutica destina-

dos a menores de veinte años, repartiéndose uno por provincia, incluidas Ceuta y Melilla, excepto Madrid con cuatro, Barcelona con tres y Valencia con dos. El número de personal en plantilla (psiquiatras) oscila entre los cinco o seis, salvo Orense y Teruel con tres y Valladolid y Melilla con dos. Sumando todo el personal oscila, en las 58 consultas, entre 300 y 325 personas.

Desconociéndose las consultas efectuadas en siete de los 58 centros, el total de las conocidas asciende de 60 a 61.000. Tomando los datos en su límite más alto, restando, naturalmente, el personal de los centros que no han facilitado número de consultas, tocarían a unos 210 enfermos por psiquiatra, siendo esta media rebasada en 24 provincias, y alcanzando cotas superiores a 350 pacientes por persona en La Coruña, Córdoba, Huesca, Soria y Barcelona. Granada, con más de 400 enfermos; Madrid, superando los 450, y Sevilla, que alcanza la cifra de 672,5 personas por psiquiatra, cierran una tabla cada vez más inflacionista que va en detrimento de unos enfermos que en el momento que vuelvan a revisión un número normal de veces, crearán un problema de dedicación en unos especialistas que, exceptuando los que tienen clínicas propias o tengan otro turno en diferente sitio, no trabajarán, por ser poco remunerados, ni antes ni después de su horario, que es de ocho a tres.

Veinte años, insuficientes

Entre los centros dependientes del Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica figuran diez hospitales (cinco de adultos y cinco de infantiles); los primeros están dos en Leganés (Madrid), el Toen (Orense), Nuestra Señora del Pilar (Zaragoza) y el Conde de Romanones (Guadalajara); los infantiles

son La Atalaya (Ciudad Real), Fray B. Alvarez (Madrid), El Pinar (Teruel), Nuestra Señora del Pilar (Zaragoza) y el Rodríguez de Miguel (Zamora). El número global de camas es 2.712; el de ingresos, 1.484, siendo las estancias habitadas 757.214.

Mientras en El Pinar, de 412 ingresos se daban dos altas por mejoría, en el Rodríguez de Miguel, de 135 ingresos se contabilizaban 135 altas por mejoría o curación. Sumando altas por defunción (lirias de las estadísticas), altas por mejoría y otras altas no especificadas, hay hospitales como los de Guadalajara, Madrid y Zaragoza que dan más altas que ingresos, luego quitando el Toen, que dio de alta a más de la mitad de los ingresados, los restantes han tenido unas proporciones muy bajas de enfermos deshospitalizados (ver apéndice 1).

También en estos hospitales se da una repartición de trabajo con características muy desiguales, pues entre todos los centros reúnen unas 86 personas en el capítulo de médicos y que tienen que atender a todos los enfermos; no es de extrañar, por tanto, que haya centros, como el de Leganés, con 450 camas y 28 médicos, y otros, como el Rodríguez de Miguel, con 192 camas para un psiquiatra. Tampoco existe igualdad en el número componente de los equipos médicos (ATS, psicólogos...) ni en la proporción de camas por persona, ya que no se puede hacer una estadística de personal por cama. Esta estadística de personal por cama nos daría un médico por cada trece camas en Nuestra Señora del Pilar (infantil), en el Toen por cada diez, etcétera. Afortunadamente, en Madrid hay una persona por cada cuatro camas, tanto en el Fray B. Alvarez como en Leganés; será para equilibrar.

Capítulo aparte merece el centro asistencial psiquiátrico penitenciario dependiente del Ministerio de Justicia, con 234 camas, cuatro médicos, ocho ATS y 46 personas

APENDICE 1													
Establecimientos	Provincia	Camas	Ingresos	Estancias	Consultas externas	Total altas	Número médicos	Número ATS	Número auxiliares clínicos	Otro personal sanitario	Total personal sanitario	Personal por cama (%)	Estancia media (días)
La Atalaya	Ciudad Real	400	105	78.820	126	18	12	3	80	—	95	23,75	246
Conde Romanones	Guadalajara	320	24	71.415	—	37	11	5	31	2	49	15,31	324
Leganés	Madrid	450	117	147.077	693	146	28	18	53	5	104	23,11	283
Fray Bernardino Alvarez	Madrid	301	200	73.000	580	45	7	16	27	1	51	25,4	384
TOEN	Orense	350	359	51.480	—	204	9	2	21	1	33	9,4	103
El Pinar	Teruel	376	412	110.878	—	62	5	5	42	—	52	13,8	155
Nuestra Señora del Pilar	Zaragoza	598	126	196.025	515	145	12	11	60	2	85	14,2	296
Nuestra Señora del Pilar (Infantil)	Zaragoza	25	6	5.218	—	1	1	1	—	—	2	8	134
Rodríguez de Miguel	Zamora	192	135	22.301	—	135	1	2	17	—	20	10,4	114



La gravosa estructura jerárquica, la complicada burocracia y el constante politiquero son obstáculo para el funcionamiento total de centros como el Psiquiátrico Alonso Vega, que vemos en la fotografía.

como equipo ayudante. En el año 1974 ingresaron 315 enfermos y hubo 27.000 estancias, número muy bajo en comparación con los centros del PANAP, debido quizá a que allí la falta de prisa produce menos enfermedades.

Política y enfermedades

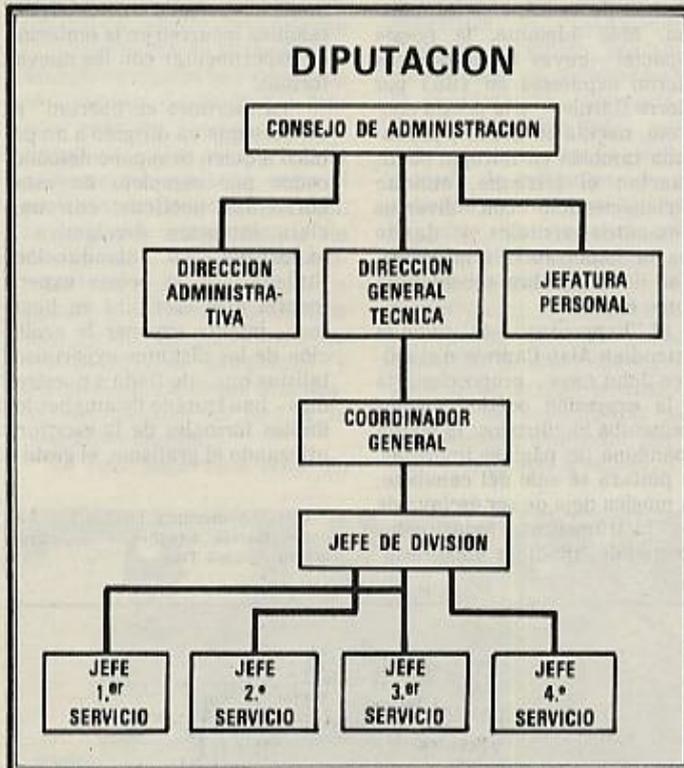
También las Diputaciones tienen centros; para ser más exactos, son los que generalmente tienen los hospitales; centrándonos en la provincia de Madrid, podríamos ver tres hospitales de importancia: Leganés, dividido en dos edificios pertenecientes al PANAP; Ciempozuelos, de una orden religiosa (Hermanos de San Juan de Dios), y el Alonso Vega, propiedad de la Diputación Provincial, que son los tres receptores de enfermos mentales en régimen de hospitalización. Hay otros centros dependientes de diferentes organismos que o tienen camas, pero en escaso número, o sólo tienen servicio de consulta, como pasa en la generalidad de los casos, de ahí los problemas que van a surgir cuando la psiquiatría entre de lleno en la Seguridad Social; centros como La Paz tendrán que buscar espacio y personal ante un insostenible incremento de enfermos mentales.

Por eso, desde las Casas de Socorro, desde Gobernación, penitenciaría o Seguridad Social hoy deben mandar a los pacientes psiquiátricos al Alonso Vega; allí se tratan, y, según sean agudos o crónicos, se les aplica una u otra política. Si son considerados agudos, vienen a estar hospitalizados unos veinte días; si no, da comienzo el turismo psiquiátrico, enviándolos la Diputación de Madrid a hospitales de Málaga, Cádiz, etcétera, pagando un tanto diario por enfermo; de esa forma, el Alonso Vega puede continuar su función una vez que el lastre crónico ha sido separado.

Recordemos ahora lo hablado anteriormente sobre el problema que crea la estructura jerárquica en un hospital como el Alonso Vega,

se necesita saber política administrativa de fondo para comprender tal dependencia (ver apéndice 2). Desde un médico residente hasta el Consejo de Administración (compuesto, además, de los consejeros por los directores de las tres

APENDICE 2



dependencias y por un decano de los servicios médicos) hay un mundo enorme, donde las curiosidades pueden alcanzar a que el coordinador general, el jefe de división y el jefe de un servicio sean la misma persona, como es en la actualidad y donde las maravillas de la política hagan estar separados a los servicios (el número 1 en la calle Ibiza, el 2, 3 y 4 en el Alonso Vega). Cuenta en la actualidad este hospital con departamentos para asistencia social, electroencefalografía, Medicina interna, cirugía, psicología, electroconvulsoterapia y laborterapia; podría parecer que de esta

forma cubre toda clase de enfermedades, pero tengamos también en cuenta que la laborterapia se hace a base de hilo, papel y cartón, que no hay psicoterapia, que lo que se llama "familias" son sólo preguntas para el historial clínico del enfermo y consejos dados por el médico ante las diferentes situaciones del hospitalizado, es, en fin, una psiquiatría orgánica a base de quimioterapia y electros.

Este centro, con 1.050 camas y 150 del nuevo anexo, creado para descongestionar el hospital, como dicen unos, o para unir los tres servicios que allí existen con el de la calle Ibiza (objetivo que de ser cierto no se ha realizado), como dicen otros; con cuatro jefes de servicio, dos jefes clínicos, seis ayudantes, nueve residentes por servicio, 22 médicos internos rotatorios, seis UVI y un número de ATS que oscila alrededor de nueve por servicio y turno, es solamente uno más, aun-

que sea de los mayores, dentro del conjunto de centros psiquiátricos, cuya mayoría está regulada por una bonita política, donde sea cual sea el presupuesto, sea cual sea el número de enfermos y sus enfermedades, los médicos harán lo que les esté permitido, donde los politiqueros estén veladamente ocultos, donde las luchas entre los innovadores y los del manicomio clásico estén a la orden del día y donde una incapacidad en muchos planos de la estructura anularán todo intento de renovación y progreso de la psiquiatría española. ■ P. M. C.

Alianza Universidad

Ultimos titulos publicados

Daniel Bell
El advenimiento de la sociedad post-industrial
AU 149, 480 ptas.

G. K. Helleiner
Comercio internacional y desarrollo económico
Curso de Economía Moderna Penguin/Alianza
AU 148, 160 ptas.

Ray Hemmings
Cincuenta años de libertad. Las ideas de A. S. Neill y la escuela de Summerhill
AU 147, 280 ptas.

M. A. Utton
La concentración industrial
Curso de Economía Moderna Penguin/Alianza
AU 146, 140 ptas.

John Lyons
Nuevos horizontes de la lingüística
AU 145, 320 ptas.

Edward R. Tannenbaum
La experiencia fascista: sociedad y cultura en Italia (1922-1945)
AU 144, 370 ptas.

John Boardman
Los griegos en ultramar: Comercio y expansión colonial antes de la era clásica
AU 140, 300 ptas.

Alianza Editorial