

PSIQUIATRÍA

PÚBLICA

Equipo directivo: Manuel Desviat (director), Alberto Fernández Liria (jefe de redacción), Fernando Colina, Francisco Chicharro, Mariano Hernández Monsalve, Josefina Mas Hesse.

Redacción: María Diéguez Porres, Vicente Ibáñez Rojo, Ana González Rodríguez, Francisco González Aguado, Alberto Ortiz Lobo, Esther Pérez Pérez

Colaboradores:

Álvarez Martínez, J. M ^a	Valladolid	Inglot Domínguez, R.	Las Palmas de G. C.
Amarante, P.	Río de Janeiro	Kapetanovic-Bura, E.	Sarajevo
Ansari, Shakir	Londres	Labad Azquezar, A.	Tarragona
Arboleda-Flórez, J.	Calgary	Lamas Greco, S.	Orense
Arribas Hernández, A.	Madrid	Levav, I.	Washington
Arroyo Sucre, J.	Panamá	Linares Fernández, J. L.	Barcelona
Baca Baldomero, E.	Madrid	López Sánchez, L.	Murcia
Balbo, E.	Madrid	López Mondéjar, L.	Murcia
Ballús, C.	Barcelona	López Ibor Aliño, J. J.	Madrid
Bar-El, Y. C.	Jerusalén	López Álvarez, M.	Sevilla
Barrientos, G.	La Habana	Markez Alonso, I.	Bilbao
Berrios, G. E.	Cambridge	Marsset, P.	Murcia
Bertolote, J. M.	Génova	Martínez Martínez, F. J.	Madrid
Blanco de la Calle, A.	Madrid	Mateo Martín, I.	Sevilla
Bleichmar, H.	Madrid	Mayoral Clies, F.	Málaga
Bravo Ortiz, M. F.	Madrid	Medina Mora, E.	México DF
Caballero Nuez, L.	Madrid	Menéndez Osorio, F.	La Coruña
Calcedo Ordóñez, A.	Madrid	Mezzich, J. E.	Nueva York
Caldas de Almeida, J. M.	Lisboa	Mira Pascual, V.	Madrid
Cañas de la Paz, F.	Madrid	Montenegro, R.	Buenos Aires
Casco Solís, J.	Madrid	Montero Barquero, F.	S. José de Costa Rica
Castanyer Vila, M.	Madrid	Montilla García, J. F.	Madrid
Castañeda Sáez de Jáuregui, M.	Madrid	Montoya Rico, J. L.	Alicante
Castilla del Pino, C.	Córdoba	Morandé Larin, G.	Madrid
Colodrón, Antonio	Madrid	Muñoz, P. E.	Madrid
Collins, Pamela	Nueva York	Negrete, J.C.	Quebec
Corrales Rosado, J. M.	Palma de Mallorca	Ozamiz Ibinarriaga, A.	Vitoria
Crespo Gutiérrez, L. F.	Madrid	Palomo Álvarez, T.	Madrid
Chanoit, P. F.	París	Pardo Gascues, N.	Pamplona
De la Fuente Portero, J.	Sta. Cruz Tenerife	Pastor Martínez, A.	Madrid
De la Rosa Roselló, R.	Palma de Mallorca	Penasa López, B.	Madrid
Del Álamo Jiménez, C.	Madrid	Pereña García, F.	Madrid
Delgado Criado, M.	Madrid	Pichot, P.	París
Díaz Patricio, A.	Granada	Potestad Menéndez, F.	Pamplona
Díaz del Peral, D.	Almería	Prieto-Moreno, L.	Madrid
Díaz Mújica, B.	Barcelona	Rallo, J.	Madrid
Dío Bleichmar, E.	Madrid	Rebolledo Müller, S.	Orense
Domínguez Santos, M ^a . D.	La Coruña	Rendueles Olmedo, G.	Gijón
Escudero Álvaro, C.	Madrid	Retolaza Balsategui, J. A.	Bilbao
Espinosa Iborra, J.	Valencia	Rodríguez López, A.	S. de Compostela
Esteban Arnáiz, R.	Valladolid	Rodríguez Pulido, F.	Sta. Cruz de Tenerife
Fagundes, S.	Porto Alegre	Rodríguez Vega, B.	Madrid
Fernández Sanabria, J. M.	Huelva	Roig Salas, A.	Barcelona
Ferraz, M.	Sao Paulo	Rotelli, F.	La Habana
Ferrero, F.	Génova	Ruiz de Velasco, M. E.	México
Fuentenebro, F.	Madrid	Sabando Suárez, P.	Madrid
Gallano Petit, C.	Madrid	Sáez Aguado, A.	Valladolid
Gallegos Chacón, A.	Madrid	Sánchez Padilla, J. A.	Las Palmas de G. C.
García Valtuille, A.	S. José de Costa Rica	Santodomingo Carrasco, J.	Madrid
García González, J.	Palma de Mallorca	Sarraceno, B.	Milán
García de la Villa, J. M.	Oviedo	Savio Alves, D.	Brasilía
Garrabe, J.	Vigo	Schechtman, A.	Brasilía
Gay Pamos, E.	Le Mesnil St. Denis	Simón Lorda, D.	Orense
Gómez Fernández, R.	Córdoba	Sopelana Rodríguez, P.	Madrid
González Cases, J.	Buenos Aires	Szpilka, J.	Madrid
González Fernández, E.	Madrid	Tesoro Amate, A. L.	Almería
González Juárez, C.	La Coruña	Tizón García, J. L.	Barcelona
González Sanz, L.	Madrid	Trujillo Vera, A.	Cádiz
González Nequera, M. C.	Sevilla	Uribe, I.	Tegucigalpa
González Torres, M. A.	Las Palmas de G. C.	Val, E.	San Diego, California
González Álvarez, O.	Bilbao	Vallejo Ruiloba, J.	Barcelona
González, R.	Huelva	Valls Blanco, J. M.	Córdoba
Harnois, G.	Washington	Vaz Leal, J.L.	Badajoz
Hellín del Campo, M.	Montreal	Venturini, E.	Imola
Henderson, J.	Madrid	Vicente, B.	Concepción, Chile
Huertas García-Alejo, R.	Bruselas	Vidal, G.	Buenos Aires
Ingelmo Fernández, J.	Madrid	While d'Acosta, D.	Panamá



Portada

Pareja de hombre y joven marino.

Federico García Lorca. 1929

© Copyright 1995 Sociedad Psiquiatría Pública

Redacción y Administración: JARPYO EDITORES, S.A.
Antonio López Aguado, 4. 28029 Madrid
e.mail: jarpyo@arconet.es - url: www.jarpyo.es
Tel. 314 43 38. Fax 314 44 99

ISSN: 0213-8972. SVR: 553
Depósito Legal: M-24.251-1987

Control voluntario de
difusión realizado por



Publicación Bimestral con 6 números al año
Tarifa de inscripción anual: 5.000 ptas. IVA incluido - Ejemplar atrasado: 950 ptas.

EDITORIAL

Clínica e historia

F. Colina

207

ARTÍCULO ESPECIAL

La teoría de las representaciones sociales y sus implicaciones metodológicas en el ámbito psicosocial

J. D. Gutiérrez Alberoni

211

ORIGINALES Y REVISIONES

¿Evita ingresos la hospitalización parcial?

M. Álvarez Segura, A.I. Moreno Pérez, F. Sánchez Sánchez,

A. Tesoro Amate, J. Vicente Gázquez

222

Acerca de una alteración de la percepción en el duelo y en otras patologías

E. García Castro, G. Lucas Carbonero

229

CASO CLÍNICO

Síndrome de Capgras: Análisis crítico a propósito de dos casos

C. Morillo-Velarde Quintero, A.I. López Fraile, L. Santamaría Vázquez

233

DEBATE

Denuncia de una sentencia: aborto y psiquiatría

Aborto: jueces, políticos y psiquiatras

G. Rendueles Olmedo

239

FORMACIÓN CONTINUADA

La terapia personal de Hogarty

C. Del Álamo Jiménez

242

ACTUALIZACIÓN BIBLIOGRÁFICA

Reseña de Revistas

Suicidio en pacientes con cáncer

B. Martínez Pascual

246

Menopausia y depresión

J. Sempere Pérez, C. Mouriño Sánchez, M. González Hidalgo

249

Crítica de libros

La escultura y otras técnicas psicodramáticas aplicadas en psicoterapia

A. Espina Barrio

251

Psicodrama. Teoría y práctica.

P. Población Knappe

252

Teoría y práctica del juego en psicoterapia

M. Filgueira Bouza

252

Selección Bibliográfica

Revistas

255

EDITORIAL

Clinics and History

F. Colina

207

SPECIAL ARTICLE

The theory of social representations and their methodological implications in the psychosocial setting

J. D. Gutiérrez Alberoni

211

ORIGINAL AND REVIEWS

Admissions of full hospitalisations stay and partial hospitalisation

M. Álvarez Segura, A.I. Moreno Pérez, F. Sánchez Sánchez,

A. Tesoro Amate, J. Vicente Gázquez

222

About a perception alteration in mourning states and other pathologies

E. García Castro, G. Lucas Carbonero

229

A CLINICAL CASE

Capgras syndrome: critical analysis on two new cases

C. Morillo-Velarde Quintero, A.I. López Fraile, L. Santamaría Vázquez

233

REPORT

Denouncement of a sentence: abortion and psychiatry

Abortion: judges, politicians and psychiatrists

G. Rendueles Olmedo

239

CONTINUING EDUCATION

Hogarty's personal therapy

C. Del Álamo Jiménez

242

BIBLIOGRAPHICAL UPDATE

Journal Review

Suicide in cancer patients

B. Martínez Pascual

246

Menopause and depression

J. Sempere Pérez, C. Mouriño Sánchez, M. González Hidalgo

249

Book Review

Sculpture and other applied psychodramatic techniques in psychotherapy

A. Espina Barrio

251

Psychodrama, theory and practice

P. Población Knappe

252

Theory and practice of games in psychotherapy

M. Filgueira Bouza

252

Bibliographic Selection

Journals

255

Ya sea como efecto de la multidisciplinariedad o de la multiplicación de las prácticas terapéuticas, bien parece que el psiquiatra tiende a ausentarse de la clínica, pretendiendo limitar su actuación al diagnóstico y la prescripción, mientras delega el resto de su tradicional saber y ocupación a otros profesionales. Por ese motivo, ahora y más que nunca, conviene detenerse a comentar algo sobre la historia y sus simpatías clínicas. Dos mundos paralelos. Dos disciplinas forzadas a convivir.

Maquiavelo, para justificar sus *Discursos sobre la primera década de Tito Livio*, se lamentaba de no encontrar príncipe o república que en su tiempo recurriera a los ejemplos antiguos. Por ese motivo, la decadencia de los gobiernos provendría, según escribe, más que del hecho, de la ambición o de los males de la religión, de “no tener verdadero conocimiento de la historia, y de no extraer, al leerla, su sentido, ni gozar del saber que encierra”. Prendido en esta cita me atrevo a subrayar la bondad clínica de la historia. Por diversos motivos.

En principio, porque resulta cada vez más urgente mantener a la historia en el centro del debate sobre las ciencias. Pues, en este orden, la historia es el representante genuino de una de sus ramas, la que atañe en concreto a las llamadas ciencias humanas, hoy algo relegadas en nuestra profesión. Hacer historia de la psiquiatría, por lo tanto, casi coincide en principio con una invocación de humanidades o, al menos, con cierta resistencia a los saberes que pueden degenerar en flagrante positivismo; lo cual, dados los tiempos que corren, ya es suficiente si no mucho. El que se interesa por la historia parece ser alguien próximo a nosotros, que aquí quiere decir que es de los que se resisten no al causalismo biológico o al modelo científico sino sólo a sus excesos, es decir, a la tiranía, ilusión o intimidación con que hoy el naturalismo ocupa hegemónicamente la disciplina psiquiátrica.

Interesarse por la historia, exigirla, cultivarla, es tanto una necesidad como un riesgo. Una necesidad porque nadie puede legítimamente ahorrarse el suficiente conocimiento sobre quien es él mismo, y de esa curiosidad trata en buena parte la historia. Un imperativo de saber y de verdad reclama de nosotros la preocupación sobre nuestro presente y sobre el pasado que lo sostiene. Desprenderse de ese interés, hacerse los sordos a él, volverse invisible y desapercibido a esa corriente nostálgica, conduce a vivir exiliado del tiempo en una actualidad permanente, como vagabundos a la deriva en una ciudad sin barrios, sin centro y sin calles conocidas. Un hombre sin apetenencia histórica es como un hombre sin familia y, de momento, nadie está gratuitamente libre de ese defecto imprescindible y a veces trágico. Hay que apechugar con la familia y con la historia como hay que hacerse con la vida y con la singularidad de cada uno.

Un riesgo señalaba también, al tiempo que una necesidad, porque la memoria es siempre sincera y mordaz, de manera simultánea. Pues no puede decirse tanto que cada uno recuerda lo que ha sido y lo que es, cuanto que cada uno recuerda según su modo de ser. Dime qué recuerdas y te diré quién

eres, sería una variante más de esa fórmula tan socorrida del reconocimiento. En el recuerdo nos comprometemos directamente con lo que no sabemos y con lo que ocultamos. La memoria ridiculiza nuestra sinceridad como la historia lo hace con nuestro conocimiento. Arriesgarse a la historia supone someterse a la corrección, a la limitación de lo incompleto, a la parcialidad de toda reconstrucción. P. Valery escribió que “la historia es el producto más peligroso que haya elaborado la química del intelecto”. Y en esa debilidad y balbuceo obligatorios cada uno de nosotros mostramos nuestra impotencia del mismo modo que revelamos a los demás el rango de nuestros intereses y el grado –¡por qué no!– de nuestra impostura. Ya Le Goff comentaba que “la historia justifica lo que se quiera”. Quien investiga la historia, como quien analiza su vida –y éso es, a la postre, la esencia de la historia–, lleva a cabo un ejercicio de conocimiento y de sinceridad, sin duda, pero también se expone en una inquietante actividad. Así, mientras descubre o recuerda, al tiempo encubre y oculta pues, junto con lo que descifra, a la vez va escondiendo y sellando los mismos materiales que ha desempolvado. Cuanto aporte de cada lado, la proporción de revelación y de emboscadura, dará cuenta de su dignidad, de su valor y de su espíritu franco, pero en ningún caso podrá eludir ni disculpar la responsabilidad de su obligada torpeza. Hacer historia, como hacer clínica, es un enfrentamiento cara a cara con la mala conciencia y con la culpa. No reconocerlo así equivale a identificarse con una postura ahistórica o con una historia de vocación historicista que se dispone ciegamente a una descripción neutra de los sucesos que descarta los juicios de valor, como si esto fuera no ya honesto sino posible.

La historia, por lo tanto, como la desusada clínica, es una ascesis. Una disciplina austera que responde a unos criterios de investigación rigurosos, donde los hechos sólo lo son tras largo análisis y comprobación, una vez que el sistema los ha filtrado y autenticado a través de sólidos métodos historiográficos. Pero una vez que se ha objetivado todo lo que pueda los hechos, e incluso al hacerlo, la historia no puede ahorrarse la interpretación. Es decir, que no se contenta con lo verdadero sino que rescata lo oculto e incluso lo que nunca llegó a ser. Invitando desde ese mismo momento a la imaginación a que contribuya, con su débil verosimilitud y su precisión caótica, a la exigencia explicativa. Del mismo modo que la clínica, contra todos los hábitos actualmente predicados por la psiquiatría dominante, no concluye con el diagnóstico, sino que se inicia tras él, cuando a solas con el loco uno se encuentra dispuesto a perder las garantías positivistas, las seguridades que encorsetan la palabra y el lenguaje.

Esta doble obligación de la historia, mitad exactitud textual, mitad fantasía, nos atañe, nos afecta con ese extraño efecto simpático que convoca a lo psiquiátrico desde el momento que algo suena a doblez, duplicación o escisión. El mundo de los dobles y de lo dividido es el dominio propio de la psiquiatría. Desde el desdoblamiento y la multiplicación históricos hasta la división y ruptura psicóticos, los acordes de lo dual reclaman de modo exigente nuestra atención.

Se nos ha dicho con frecuencia que quien no conoce la historia está condenado a repetirla, dando por supuesto que la novedad nos atrae del mismo modo que la repetición nos devuelve a lo siniestro y nos horroriza. Sin embargo, hoy sabemos que la repetición se apodera inevitablemente de nosotros. Descubrimiento desestabilizador, por una parte, pero consistente

por otra. La verdad clínica nos ha devuelto a esa evidencia: a que, hagas lo que hagas, la repetición va a retornar en compañía de la novedad, anulando de este modo su fácil oposición. He aquí, por lo tanto, otro encuentro que hermana a la historia con la psiquiatría. Del mismo modo que el clínico analiza las repeticiones del deseo llamando la atención sobre las constantes que dominan nuestra biografía, ayudándonos a enumerarlas para dejar el mayor espacio posible al libre y novedoso despliegue de la vida, el historiador debe de combinar en su investigación el interés por las variantes que suceden en todos los tiempos; es decir, igualando verbigracia al romano imperial con el veneciano renacentista, tanto como debe de agudizar su sensibilidad para captar las variantes que separan la economía del deseo, por ejemplo, de un pausado griego clásico frente a la de un acelerado europeo moderno, de tratarse de la historia del deseo por elegir un tema bien afín a lo nuestro. Esto es, reflejando el paralelismo de otro modo, que si el clínico debe de entresacar entre las palabras del psicótico el misterio de lo no dicho, el historiador se confronta por su cuenta, en su juego de variantes e invariantes, con la dificultad de desvelar entre los intersticios de los hechos los presupuestos ocultos de una época que nunca acaban de aparecer del todo, y menos cuando se trata del presente.

A la postre, la psiquiatría es impensable, más allá de todos los avances científicos que marcan la flecha del progreso, sin ese propósito de dejar de ser idénticos a nosotros mismos. Solicitar historia, proponerla en alta voz, coincide con nuestro interés por renovarnos y agrandar la amplitud y resonancia de nuestro conocimiento y de nuestra escucha. Sin historia no podemos dar respuesta a la pregunta sobre cómo queremos vivir, ni somos capaces de diseñar nuestra biografía, lo que nos abandona a un comportamiento alienado, pasivo, domesticado y, seguramente, sometidos a una servidumbre algo vil. Con la historia, en definitiva, reclamamos la libertad y sin ella nos exponemos al dogmatismo y a la gregariedad.

Fernando Colina

ARTÍCULO ESPECIAL

La teoría de las representaciones sociales y sus implicaciones metodológicas en el ámbito psicosocial

J. D. GUTIÉRREZ ALBERONI

Psicólogo. Profesor de la universidad Nacional del Altiplano
Perú

Resumen

El trabajo plantea el papel que tiene la teoría de las representaciones sociales para entender la realidad psicosocial y poder acceder a ella a través de la metodología científica. Para ello se considera que hay que superar el positivismo y considerar otras instancias como la alteridad, la cultura y la subjetividad.

Palabras clave: *Psicosocial. Alteridad. Creatividad.*

Summary

The theory of social representations and their methodological implications in the, psychosocial setting.
The work considers the role of the theory of social representations in understanding psychosocial reality and to be able to access it through scientific methodology. For these purposes it considers that one must overcome positivism and consider other instances, such as alterity, culture and subjectivity.

Key words: *Psychosocial, Alterity, Creativity.*

Résumé

La théorie des représentations sociales et ses implications méthodologiques dans le domaine psychosocial.
Ce travail envisage le rôle de la théorie des représentations sociales pour comprendre la réalité psychosociale et pouvoir y avoir accès à travers la méthodologie scientifique. A cet effet, il est estimé qu'il

faut surmonter le positivisme et considérer d'autres instances telles que l'altérité, la culture et la subjectivité.

Mots clés: *Psychosocial. Altérité. Créativité.*

Riassunto

La teoria delle rappresentazioni sociali e delle loro implicazioni metodologiche nell'ambito professionale.
Il lavoro propone il ruolo che riveste la teoria delle rappresentanze sociali per capire la realtà psicosociale e potervi accedere attraverso la metodologia scientifica. Per questo si considera che bisogna superare il positivismo e considerare altre istanze come l'alterità, la cultura e la soggettività.

Parole chiave: *Psicosociale. Alterità. Creatività.*

“Si me hubieran hecho objeto sería objetivo. Como me han hecho sujeto soy subjetivo.”

José Bergamín

Introducción

El presente trabajo tiene por objeto plantear y discutir algunas cuestiones que consideramos de interés para el estudio del ser humano, grupos y sociedades, desde una perspectiva psicosocial. Lejos de ser este ensayo la resultante monográfica del proceso de revisión biblio-

gráfica tal como se la plantean los psicólogos adscritos alrededor de la temática de las Representaciones Sociales es, además, la síntesis reconstructiva y representada que colocamos con el propósito de producir los efectos y la discusión consiguiente. El interés es generar consensos en el proceso de construcción de metodologías y, concomitantemente, la producción de conocimientos.

En primer término, presentaremos la matriz conceptual referente a la temática de las representaciones sociales para situar al lector en el encuadre teórico privilegiado y ello permita a continuación desarrollar y proponer las líneas directrices de tipo lógico y operacional en la investigación en Ciencias Sociales, así como plantear algunas reflexiones y criterios de orden epistemológico. La parte final del trabajo consiste en el análisis de la creatividad en grupos que integra los niveles epistemológico, lógico y operatorio.

La construcción del conocimiento es, por antonomasia, un hecho eminentemente social; sin embargo, es la institución de la Ciencia la que ha promovido de una manera sistemática la producción del conocimiento válido y de sus innegables consecuencias en el desarrollo de la tecnología. Dicha validez aparece de la adecuada interacción metodológica entre el sujeto cognoscente y la realidad objetiva. El conocimiento científico ha devenido, además, en teorías que no son otra cosa que discursos estructurados sobre lo real, organizados y presentados a través de una gramática y sintáctica peculiares. Sin embargo, estos logros de las ciencias están pautados por un modelo racional de corte positivista que privilegia sobre todo la explicación de la realidad, a través de la búsqueda de regularidades que puedan ser observadas de manera recurrente y en donde el afecto o la conducta de un objeto está en relación de dependencia a otro antecedente, o a causa de la misma. Este sistema genera principios o leyes de carácter nomotético.

La Realidad Objetiva como el asunto de preocupación de las ciencias impone, sin embargo, algunas consideraciones sustantivas. En la evolución de la materia (o realidad objetiva) podemos diferenciar tres niveles de integración: el primer nivel, fisio-químico, cuya dinámica es inherente a la estructura de la materia en dicho nivel; el segundo, o biológico, deviene de las estructuras anteriores (fisio-químicas), sin embargo, una vez que ésta (la vida) se genera, se autonomiza de las estructuras que la precedieron. El tercer nivel es el de la consciencia, posibilitado en el curso de la evolución por la creciente diferenciación del sistema nervioso y que tiene como base al cerebro humano y como con-

texto necesario para su desarrollo la vida en sociedad. Los Niveles de Integración I y II han sido estudiados y aprehendidos de una manera rigurosa a través de la utilización del método científico y de sus diferenciaciones en función de los objetos estudiados. Esto constituye un hecho importante desde cualquier punto de vista y las diversas teorías que nos informan de ellas son lo suficientemente consistentes. Ahora bien, nos parece que el modelo utilizado para generar conocimientos en el nivel psicosocial ha sido marcado profundamente por el modelo de acopio fundado en los análisis físico-químicos y biológicos, y aún subsisten dichos modelos en las mentalidades de algunos investigadores conspicuos de las ciencias sociales, cuyas actividades de estudio están marcadas por una deferencia hacia el uso de las metodologías de orientación claramente positivistas. La ciencia, en relación al ser humano, ha dado cuenta de aquellos aspectos correspondientes a la antropogénesis, aspectos compatibles con la organización de la materia en los niveles físico-químicos y biológicos. Para algunos autores, como E. Morin*, las ciencias del hombre aún no habrían dado el paso inicial debido a la imposibilidad de plantear teorías globales e isomórficas al desarrollo sociogenético del ser humano. Resulta que esta particularidad/generalidad que constituye la complejidad del hombre no ha tenido una respuesta positiva de la ciencia y es menester hoy una actitud crítica y de creciente flexibilización, sobre todo en la búsqueda de referencias teórico-metodológicas que hagan posible explicar y comprender de la mejor manera al ser humano y sus vicisitudes.

El presente trabajo tiene por finalidad presentar al lector las posibilidades que le corresponderían a la teoría de las Representaciones Sociales, fundamentalmente en la proyección de un encuadre metodológico *sui generis*. Encuadre que deberá contextualizarse en la coyuntura de transición y crisis *ad portas* del nuevo milenio. Creemos que desde espacios diversos emerge una nueva racionalidad y una sensibilidad más amplia que la objetivista y mecanicista previa. Hoy desde orígenes y enfoques diversos, hay una revalorización de la

* Morin E., hace referencia en los prolegómenos de algunas de sus obras más importantes a una "cronología" que concluye que la edad de las ciencias del hombre estaría en cero años, que aún no habría dado el paso inicial. Seguramente, la intención del autor es llamar la atención a través de esta metáfora sobre los grandes problemas que el hombre y la humanidad plantean y que no tuvieron respuestas pertinentes desde las ciencias para la solución de los mismos, especialmente en lo que atañe a la salud, la educación, alimentación, trabajo, etc.

cultura, la subjetividad, la cotidianeidad, la persona, la alteridad. Estos valores inherentes al ser humano no han sido considerados por la imposibilidad de tratarlos objetivamente y, sin embargo, se hace menester hoy colocarlos en primer orden sin renunciar al espíritu científico. Este trabajo discutirá las posibilidades de la presente teoría para el desarrollo de las ciencias sociales.

Acerca del concepto de representación social

Como toda categoría que se refiere a la vida mental de las personas, las representaciones sociales pueden estudiarse como productos constituidos y también como procesos constituyentes o generativos. En el primer caso, la representación que las personas poseen sobre algún fenómeno constituye el eje del interés, por otro lado, si nos complica el proceso que dio lugar a una representación *sui generis* (en el sentido de la novedad), pondremos el acento en el estudio de los aspectos coyunturales que posibilitaron esas nuevas representaciones.

La Representación Social puede ser caracterizada en una primera aproximación como el modo de producción cognitiva que corresponde a una persona y grupo en un contexto socio-histórico determinado. Lo social, entendido como el contexto necesario y *sine qua non* del desarrollo del ser humano, mientras que los aspectos históricos pueden dimensionarse diacrónicamente en los individuales que comportan aquello que se denomina la ontogenia y, por otro, la historia social y colectiva que corresponde al desarrollo de la filogenia. Tal modo de producción incluye, necesariamente, a los aspectos ideológicos y de valores inherentes al campo semántico donde se producen.

Dicho modelo de producción cognitiva determina un *corpus* de conocimiento basado originalmente en las tradiciones compartidas, y luego enriquecidas, por miles de observaciones y, por supuesto, de las observaciones y el discurso de la ciencia. A esta amalgama de fuentes y mensajes que estructuran el conocimiento reconocido como del *senso común* y que corresponde dentro de la teoría al concepto de representación social, bien le ha designado Moscovici con la expresión de Polifasia Cognitiva. Para él, el contacto entre la novedad y el sistema de representación preexistente, está en la raíz de dos órdenes de fenómenos, de alguna forma opuestos, que dan a las representaciones una dualidad a veces sorprendente: es la de ser tanto innovadoras cuanto recientes y eso, a veces, dentro de un mismo sistema. En otro texto, agrega, se trataría de sistemas cog-

nitivos que poseen una lógica y lenguajes particulares “...de Teorías, de Ciencia *sui generis* destinadas a descubrir la realidad y ordenarla” (Moscovici, citado por Farr)¹. “Las representaciones tienen por misión primero describir, luego clasificar y, por último, explicar” (Moscovici y Hewstone)².

Podemos observar en el sentido común un cuerpo de conocimientos reconocido por todos y por tal motivo, comunicable, y este *corpus* se instituye como la teoría que genera el patrón de pensamiento y que es, además, referencia para la práctica social. Éstas tendrán un sentido posibilitado por el contexto en un tiempo-espacio determinados. Según los autores citados anteriormente “...lo que se denomina sentido común aparece en dos formas. Primero, en tanto un cuerpo de conocimientos producido de forma espontánea por los miembros de un grupo, basado en la tradición y el consenso. Siendo un conocimiento de primera mano, es en su terreno donde nace y prospera la ciencia. Segundo, en tanto imágenes mentales y de lazos de origen científico, consumidos y transformados para servir a la vida cotidiana. En este sentido, el *senso común* es penetrado por la razón y sometida a la autoridad legítima de la ciencia” (Ibídem)².

La noción de representación social es amplia, de carácter integrador, presentándose bajo formas variadas, más o menos complejas. Imágenes que condensan un conjunto de significados; sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que nos sucede, e incluso dar un sentido a lo inesperado; categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver; teorías que permiten establecer hechos sobre ellos. Y, a menudo, cuando se les comprende dentro de la realidad concreta de nuestra vida social, las representaciones sociales son todo ello junto” (Jodelet)³. Por otro lado, una definición utilizada frecuentemente como referencia básica por diferentes autores señala que “es una manera de interpretar y de pensar nuestra realidad cotidiana, una forma de conocimiento social. Y correlativamente, la actividad mental desplegada por individuos para fijar su posición en relación con situaciones, acontecimientos, objetos y comunicaciones que les conciernen” (Ibídem)³.

Una de las aproximaciones al contenido de las representaciones sociales nos informa que posee tres dimensiones interdependientes: “Información, actitud y campo de representación o imagen [...] la información se refiere a un cuerpo de conocimientos organizados que un determinado grupo posee respecto a un objeto social [...] El campo de representación remite a la idea

de imagen, de modelo social, al contenido concreto y limitado de las proposiciones acerca de un aspecto preciso del objeto de la representación [...] La actitud termina por focalizar la orientación global en relación al objeto de la representación social”²².

Estas dimensiones de la representación social pueden orientar la investigación de una manera holista o, en cambio, puede ser privilegiado la investigación de uno de los aspectos y en este sentido, los procedimientos y técnicas deben ser adaptados al estudio de la representación. Cuando lo que interesa, por ejemplo, es la información que una determinada comunidad posee sobre la salud y, más pertinentemente, sobre la enfermedad, dicha adaptación de las técnicas deberá estar orientada por el modelo cognitivo de una determinada población y de ninguna manera partir en busca de resultados según premisas preestablecidas. El aspecto de la información es primario en la representación social, esto, además, impone una lógica en el proceso investigador y ésta debería traducirse por el abordaje de dicha cuestión y siguiendo el encuadre psicosocial.

Desde nuestra óptica nos parece que si una persona o grupo no posee informaciones sobre alguna cosa, fenómeno o entidad, no debería tener actitudes, ni tampoco un modelo social o imagen sobre dicho aspecto. Esta observación es importante, ya que en nuestras realidades muchas veces los científicos parten por buscar y/o analizar las actitudes que una población o grupo tienen, para luego implementar programas hacia el cambio de actitudes. Sin embargo, en algunos casos, dicha población no posee los conocimientos estructurados por un conjunto de informaciones del problema investigado, o en otros casos, las informaciones construidas socialmente en dicha población han seguido un proceso de racionalidad, divergente al modelo inherente al investigador.

Los autores enfocan priorizando alguna dimensión sobre las demás; así, para Ibáñez⁴, la dimensión campo de representación o imagen sería la más importante y que tiene, además, una afinidad con la teoría del núcleo central planteada por Abric. Mediante este enfoque, es el “Modelo” o el común denominador ideológico y cognitivo lo que cuenta y una vez reconstruida una representación social, no por la suma de los protocolos individuales, sino por el análisis y la atribución de un sentido único a través de la interpretación, es posible llegar a aquello que algunos autores denominan como la racionalidad lógica, o la cosmovisión traducida en muchos casos en proposiciones, hipótesis y, además, en metáforas.

La teoría del núcleo central fue propuesta por Jean

Claude Abric, en la forma de una hipótesis formulada en los siguientes términos: “La organización de una representación presenta una característica peculiar: no sólo los elementos de la representación son ordenados jerárquicamente, sino que toda representación social es organizada en torno a un núcleo central, constituido de uno o de algunos elementos que dan a las representaciones su significado”²⁵. Esta hipótesis puede verificarse en el hecho de que toda representación social posee un aspecto cognitivo o psíquico y otro aspecto relacional, de posición, de discurso, instituyéndose la cognición como el aspecto básico que modela la comunicación y la práctica, no a la manera de una implicación lógica, ya que el medio externo (social-cultural) impone un patrón variable según las circunstancias. A este hecho apuntaba Moscovici cuando sostenía que la representación es tanto renaciente (por la cognición) como innovadora (por la relación).

El punto anterior sobre la teoría del núcleo central es de grandes consecuencias para la investigación. Constatamos en primer lugar que muchas investigaciones demarcadas por la teoría de las representaciones sociales, resultan en una cantidad de informaciones acumuladas a través de algunos procedimientos que nos presentan de manera variable la posición de los sujetos de una investigación respecto a un tema concreto: banalizando la teoría y sus alcances. Es el núcleo central que hay que tratar de aprehender y esto se logra por la reconstrucción, interpretación y análisis del contexto que, en última instancia, puede proveernos de algunos elementos compatibles con el tipo de racionalidad que instituye de manera diferencial la práctica y la posición de las personas en situación.

Una representación social se organiza en dos sistemas: el del núcleo central y otro periférico. Ellos participan de otro mayor, que es el de la representación, y guardan entre sí lazos complejos de carácter unívoco pero también profundas contradicciones. En relación al núcleo central, Abric le atribuye las siguientes funciones: “él está directamente relacionado y determinado por las condiciones históricas, sociológicas e ideológicas; en ese sentido está fuertemente marcado por la memoria colectiva y por el sistema de normas al que dicho núcleo se refiere [...] es estable, coherente y resistente al cambio [...] y, en fin, es de cierta manera relativamente independiente en el contexto social y material inmediato en el que la representación es puesta en evidencia” (citado por Sá)⁵.

Por otro lado, el sistema periférico pragmatiza y contextualiza permanentemente las determinaciones normativas adaptándose a una realidad concreta,

resultando de ello la movilidad y la pluralidad características de las personas. En este punto, la categoría psicosocial resulta importante en el sentido de que los aspectos psicológicos determinantes demarcan el sistema del núcleo central y los aspectos sociales y de la comunicación son los que se refieren al sistema periférico. “Su primera función es la concretización del sistema central en términos de posiciones o de conductas, es más sensible y está determinado por las características del contexto inmediato [...] este sistema es más flexible que los elementos centrales, asegurando así una función de regulación y adaptación del sistema central frente a las situaciones concretas en las que el grupo se encuentra [...] es el sistema periférico que inicialmente asimila las informaciones nuevas o los eventos susceptibles de colocar en cuestión el núcleo central [...] el sistema periférico permite una cierta modulación individual de la representación. Permite, por lo tanto, la elaboración de representaciones sociales individualizadas, organizadas no obstante en torno de un núcleo central común (Ibídem)⁵.

La correspondencia entre los aspectos centrales y los periféricos no se producen de manera simétrica. Al contrario, a menudo se producen disonancias que expresan una ambivalencia entre el contenido generador del núcleo central y aquél que deviene del sistema periférico pragmatizado en las conductas de las personas.

Para efectos de la investigación, Jodelet ha propuesto la siguiente definición, que creemos debe servir como un referencial capaz de ser operativizado en función del tipo de investigación que se plantee, así “...el concepto de representación social designa una forma de conocimiento específico, el saber del sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente caracterizados [...] En sentido más amplio designa una forma de pensamiento social [...] Las representaciones sociales constituyen modalidades de pensamiento práctico orientadas hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal. En tanto que tales presentan características específicas a nivel de organización de los contenidos, las operaciones mentales y la lógica”³.

Visión y encuadre psicosocial

Cuando apelamos a la teoría de las representaciones sociales, observamos en primer lugar que ella define a un conjunto de fenómenos cognitivos y representaciones que las personas en contexto sociocultural específico poseen sobre diversos aspectos de la realidad. La

representación social puede considerarse como la “teoría” mediante la que personas y grupos obtienen una lectura de la realidad y, además, toman una determinada posición en relación a ella.

La teoría de las representaciones sociales es un producto de la psicología social europea, y particularmente de la francesa. Es importante para dicha corriente el estudio de los fenómenos ideológicos (cogniciones y representaciones sociales) y los de la comunicación. Esta teoría diverge fundamentalmente de otras (en especial de las producidas en los EEUU) por el punto de vista o la visión que imprime a los fenómenos que estudia y, además, porque dicho enfoque subvierte el orden establecido por el paradigma dominante en ciencias.

Por una cuestión de ortodoxia científica, psicólogos y sociólogos han aprendido una manera de enfocar la realidad que estudian a través de una clave de lectura binaria⁶. Esta clave corresponde a la separación del sujeto cognoscitivo por un lado y, por otro, al objeto cognoscible. Sujeto y objeto son dados y definidos independientemente uno del otro. Cuando el científico social, expresión de este modelo de racionalidad, procede al estudio del ser humano como un objeto de investigación, aplica esta clave binaria y considera por un lado los aspectos inherentes al *ego*, resaltando las estructuras anatómicas y funcionales del sistema nervioso que posibilitan la actividad mental y, por otro lado, los aportes medioambientales que actúan como estímulos que provocarán ciertas respuestas y, sobre todo, los productos de la actividad mental en percepciones, en inteligencia, etc.

El sujeto, de un lado, y la realidad, de otro, son analizados como poseedores de invariantes o regularidades que pueden y deben ser objetivadas de la manera más rigurosa posible. Esta visión acerca del ser humano y la realidad social cuenta con un significativo número de investigadores que, orientados por el paradigma dominante han desarrollado teorías, hipótesis y explicaciones que, en muchos casos, difieren de manera significativa de los hechos tal y cual se manifiestan. Sin embargo, “...existe una visión psicosocial que se traduce por una lectura ternaria de los hechos y las relaciones” (Moscovici)⁶. Esta visión psicosocial introduce un tercer elemento que lo constituye el otro, la alteridad, el entorno humano más próximo de la persona que se investiga.

Esta visión psicosocial está marcada por el uso de una “clave de lectura ternaria” que incluye junto con el sujeto que se estudia y el medio donde dicho estudio ocurre, al otro. Un fenómeno psicológico como el de la

percepción visual enfocado de manera tradicional supone considerar al *ego* por un lado, con su aparato visual y, por el otro, el color y/o intensidad de un punto luminoso y las resultantes de la conducta visual que aparecen de la estimulación. El punto de vista heterodoxo que incluye la clave ternaria en el análisis, coloca en el mismo plano el *ego*, el *alter* y el objeto. La percepción así estará producida por esta estructura ternaria, que bien puede representarse en una figura triangular en donde el *ego* que percibe (y que se ubica en una de las bases) lo hace según los valores de estructura social que definimos como el *alter* y que le hacemos corresponder la otra base en esta hipotética estructura triangular.

En este punto, queremos analizar una pequeña digresión para sustantivar las preocupaciones de los científicos en sus menesteres. Aquéllos que, a resultas de su formación, promueven una lectura de la realidad utilizando la clave binaria, obtienen resultados enfocando la realidad sujeto por un lado y, por otro, el objeto. Los psicólogos de las representaciones sociales valoran en la producción de los fenómenos psíquicos y el conocimiento al otro, como “modelador” de las conductas y de las representaciones cognitivas, y “esto presupone una mediación constante, una «terciedad», para utilizar el término del filósofo norteamericano Peirce” (Moscovici)⁶.

El *alter* es una instancia proveedora, no sólo del sentido que las cogniciones y las representaciones poseen, sino fundamentalmente de los aportes y estímulos que modelan la conducta y las respuestas de la persona en una situación concreta. Así, en términos de procurar la salud por la presencia de una enfermedad, el ser humano está compelido a buscar las respuestas que son producto de un proceso de condicionamiento en el cual hubo una corriente de estímulos recurrentes que dieron forma a una respuesta. De ahí una conclusión trivial, pero significativa, se observa en la elección del hombre andino por una medicina popular andina, y no del sistema tradicional de la medicina china, por ejemplo.

El punto anterior puede clarificarse mediante los aportes de la escuela de Palo Alto, para cuyos autores el tema de los valores es importante y éste es tratado según la teoría de la comunicación que desarrollan sobre presupuestos de la psicología del aprendizaje: “El estímulo da forma a una respuesta, y una vez que ésta ha sido aprendida, el individuo se halla condicionado a buscar aquellos estímulos que pondrán en marcha sus respuestas aprendidas [...] así, estímulo y respuesta están soldados en una unidad a la que daremos el nombre de valor. Por lo tanto, los valores son,

por así decir, simplemente los canales preferidos para la comunicación y la relación” (Ruesch)⁷.

El *alter* que se constituye en el mediador es aquél que forma parte de la persona a título del entorno social próximo y contextual; de ahí que el estudio científico del ser humano debe tener en cuenta ciertas condiciones, como la de considerar a éste como un ser concreto, esto es: “...que pertenece a determinada cultura, a determinada clase social, grupo étnico, religioso, etc., y que esta pertenencia no es casual o aleatoria, sino que la integra en su ser y su personalidad” (Bleger)⁸. Más allá de este presupuesto metodológico, podemos observar “... en cada individuo habita una sociedad: la de sus personajes reales o imaginarios, de los héroes que admira, de los amigos y enemigos, de los hermanos y padres con quienes nutre un diálogo interior permanente. Y con los cuales, incluso, llega a sostener relaciones sin saberlo” (Moscovici)⁵.

El *otro*, impregna de sentido a la conducta y al pensamiento, ya que el grupo o lo social construyen campos semánticos y en donde “la experiencia, tanto biográfica cuanto histórica, puede ser objetivada, conservada y acumulada [...] y en virtud de esta acumulación se constituye un acervo social de conocimientos que es transmitido de generación en generación y utilizado por el individuo en la vida cotidiana” (Berger)⁸. Esta visión psicosocial resalta la dialéctica individuo-sociedad, en donde el primero conoce el mundo y se relaciona con los fenómenos que en él ocurren por la presencia de la instancia colectiva que proporciona un patrón nómico a la instancia personal.

A continuación, desarrollaremos algunas ideas acerca del encuadre psicosocial y diremos, en primer lugar, que dicho encuadre es un enfoque y una postura del investigador respecto de su objeto de estudio. Se diferencia de la visión por el hecho de que ésta es una forma de ver los objetos y sus relaciones, en cambio, el encuadre es el modelo que pragmatiza dicha visión en el proceso de la investigación científica.

Podemos definir el encuadre según el tipo de actividad del científico en relación al objeto. “Cuando al estudiar un fenómeno toma un sector de sus relaciones y lo enfoca sistemáticamente en función de las variables que quedan incluidas en el sector, decimos que se está utilizando un encuadre de estudio [...] los encuadres no son solamente principios o modelos mentales de pensamiento, sino que reflejan la ubicación filosófica del investigador y su contexto práctico con determinados aspectos de la realidad social y del objeto que estudia” (Bleger)⁸.

Desde el encuadre psicosocial, los fenómenos que se

estudian tienen que ser objetivados en su relación dialéctica entre el *ego* y el *alter* o, lo que es lo mismo, entre el individuo y la sociedad, establecer en este estudio los enlaces y conflictos que se procesan entre una instancia y la otra y provocar una ruptura en el proceso de construcción de conocimiento, investigación, diagnóstico, políticas, programas, etc., mediante el hecho de privilegiar el polo social como agente constructor de su desarrollo. Este punto puede ser mejor comprendido si tomamos como analogía la administración y su moderno enfoque de planificación estratégica. Este modelo permite procesar la investigación, la actividad y la toma de decisiones, ubicando el problema en un sistema horizontal de redes que permite la creatividad, la heterodoxia y el concurso democrático a través del consenso que posibilite en los niveles superiores imprimir esta idea, decisión o política cristalizada según el encuadre psicosocial, en donde el *alter* es un patrón que define a nivel del individuo y según ciertos isomorfismos, un sentido, una visión, un camino alternativo, una representación social.

Las ciencias en general y, dentro de éstas, las sociales y las de la administración, han estado marcadas por una concepción positivista y normativa privilegiando la ciencia en gran parte de su historia los aspectos deductivos, al igual que la administración basó su actividad en el concepto de estrategia en el que el modelo normativo (*a priori*) se establece en un organigrama y su correspondiente flujograma. Esta racionalidad ha dado lugar hoy a una crisis en los paradigmas sustentantes del conocimiento válido. Así hoy, las preocupaciones en ciencias sociales toman en cuenta la originalidad en el proceso de construcción del conocimiento de su pragmática, lo mismo que la administración privilegia los aspectos “tácticos” que son considerados como instituyentes en la moderna gestión administrativa.

Un último aspecto a considerar es el de la importancia de la representación social y de su encuadre en el proceso de la investigación y del desarrollo. Cuando el científico social (deductivista) parte de supuestos que son considerados como válidos, parte de una(s) teoría(s) sobre el ser humano y su desarrollo que ha sido construida en la institución de la ciencia y que constituye parte del universo reificado, tiene que operar en una base social que detenta el conocimiento y las “teorías” de aquello que hemos definido como la representación social y que corresponden al universo consensual. Creemos que muchas veces este enlace cognitivo-discursivo entre la ciencia y el sentido

común ha conducido a diversos problemas económico-sociales y políticos.

El encuadre opuesto y su lógica inmanente puede permitir a los científicos sociales estar al servicio del otro y constituirse, por el derecho que está basado en la formación, en facilitadores del desarrollo social promoviendo los cambios a través de la síntesis constructiva entre el tipo de conocimiento, actitudes y valores intrínsecos a una representación, por un lado y, por otro, con el tipo de objetivos, criterios y políticas demarcados estrictamente por la institución científica y hacer producir el salto cualitativo que permita pasar del sujeto individual al sujeto epistémico.

Métodos de investigación psicosocial

Las teorías de las representaciones sociales constituyen un *corpus* de conocimientos y discursos acerca del modo de producción cognitivo y del pensamiento correspondiente al senso común. Este *corpus* ha sido instituido en teoría por medio de la puesta en práctica de un conjunto de pasos, procedimientos y técnicas que el científico social se plantea de manera anticipada a la investigación concreta y que, además, proyecta alcanzar determinados objetivos.

Dos son los métodos generales a las ciencias sociales: observación y experimentación. “En psicología social la investigación llevada a cabo por medio de la observación y la investigación realizada por medio de la experimentación, sostienen entre ellas relaciones de hecho y de derecho. Sin embargo, ambas corresponden de manera evidente a operaciones lógicas, a espacios epistemológicos y quizás, incluso, a resonancias ideológicas diferentes” (Deconchy citado por Moscovici)⁶. Mediante el método de la observación el científico describe los hechos que va descubriendo en las personas y grupos considerados siempre en su contexto, registra de manera sistemática las actividades que las personas realizan y tal registro deberá ser confirmado por pares. Algunas técnicas coadyuvan tal proceso, como tomar notas y usar dispositivos audiovisuales.

Una de las formas más frecuentes de la observación se expresa por el uso de las encuestas y entrevistas que dan lugar a productos tales como las opiniones, preferencias, prejuicios, representaciones, etc., que la gente tiene sobre algo. Como queremos partir de un enfoque psicosocial que oriente nuestra actividad investigadora, definimos básicamente que es el individuo/grupo quien determina los intereses, opiniones y actitudes, de tal suerte que el método deba permitir la producción de los

referentes construidos socialmente y *a posteriori*, lo que implica en una actividad facilitadora del investigador implementando el proceso de la mejor manera posible y tratando de obviar aquellos *a priori* que, generalmente, median en la investigación y que traducen su formación y racionalidad.

Si tomamos en cuenta estos métodos de una manera tradicional no estaríamos dando cuenta de la actividad de las Ciencias Sociales, según la racionalidad y encuadres psicosociales; por lo tanto, vamos a desarrollar algunas ideas acerca del proceso de la creatividad en grupos y las consecuencias de ello en la investigación científica. No nos apartamos de la Matriz Ideológica de las Ciencias en relación a la observación y experimentación, sino que el punto de vista y la gravitación del proceso investigador se desplaza del observador al sujeto investigado y, a partir de este desplazamiento, colocamos en pauta el discurso y la actividad del otro como constructor de conocimiento, programas, políticas, etc.

El método en psicología social, dentro del marco general de la teoría de la representación social, incluye como una premisa esencial el encuadre psicosocial, en el que el *alter* determina de manera significativa los procesos psicológicos. Ahora bien, el curso de la investigación debe contener este precepto y debe concretarse a través de la dirección y puesta en escena por parte del investigador, de una serie de condiciones que posibiliten la creatividad del grupo o la muestra de que se trate. Por creatividad "...llamamos al proceso mediante el cual un individuo o grupo situado en un contexto determinado, elabora un producto nuevo u original adaptado a las coacciones y finalidad de la situación" (Abric)¹⁰.

Correspondió a Guilford formular dos ideas nuevas de consecuencias teóricas y prácticas para la creatividad. "En primer término, que la aptitud para la creatividad está presente a diversos niveles en todos los individuos normales y que el proceso creativo puede ser reproducido de manera voluntaria y, por ende, enseñado y desarrollado entre un gran número de individuos"¹⁰.

Por otro lado, los psicólogos que se dedican al estudio de los grupos coinciden en que éstos no sólo cuentan como contexto en el que el individuo está situado, sino que, dependiendo de variables tales como la atmósfera y el liderazgo, los grupos suelen convertirse en promotores del cambio a través de la génesis de alternativas creativas.

En una de las muchas experiencias realizadas por K. Lewin se estudió la influencia de dos modalidades previamente establecidas de inducción al cambio de los hábitos alimenticios de madres en Norteamérica. Una

muestra estuvo dirigida por un experto a través de conferencias que, brillantemente, inducían permanentemente hacia el cambio de actitudes y patrones alimenticios. El otro grupo de madres, siguiendo directivas para su organización y dinámica, construyó de manera consensual y creativa los esquemas que luego posibilitarían el cambio de las actitudes de una manera significativa, en comparación al grupo de las conferencias. Los resultados obtenidos posteriormente para evaluar el impacto del programa planteado por Lewin, mostraron que sólo el 3% de mujeres partícipes del modelo conferencia habían logrado introducir los alimentos no convencionales en la dieta familiar, sin embargo, el 32% de las mujeres que participaron en un proyecto instituido desde sus propias motivaciones e intereses, lograron asimilar el cambio de actitudes con relación al patrón alimentario deseado.

Estos resultados pueden ser evaluados de diversas maneras, sin embargo, creemos que es menester puntualizar algunas consideraciones en relación a nuestra perspectiva. En primer lugar, las acciones instituidas desde el investigador, conferenciante o promotor del cambio, generalmente son guiadas según un modelo técnico, en cambio la acción instituyente del grupo posibilitó (en el caso de Lewin) no sólo el cambio de actitudes, sino algo que es, desde nuestra óptica, mucho más importante y que constituye la acción de generar conocimientos, valores y actitudes desde que las operaciones son guiadas por la participación autogestionaria, espontánea y creativa de los integrantes del grupo.

El grupo favorece el cambio y "...el hecho de estar en grupo, la interacción social y cognoscitiva puede así producir un descenso de la resistencia al cambio y favorecer, por consiguiente, el surgimiento de nuevas conductas"⁹. Conductas que emergen de una situación que visualiza el modelo de producción cognitiva o la representación social del grupo y que, en función de esta realidad y el nivel cognitivo, determinan los pasos a seguir. El grupo, además, favorece la toma de riesgos y esto seguramente debido al sentimiento de corresponsabilidad. El beneficio para el grupo estriba, fundamentalmente, en la posibilidad de participación y generación de decisiones que imprimen al proceso una lógica suficientemente compatible con la noción de democracia participativa y, además, sintonizando con los modernos enfoques de planificación estratégica para promover el pasaje de la lógica de los sistemas burocráticos a la lógica de redes y equipos horizontales apropiados globalmente de su problemática, de la planificación normativa al diseño de ideas fuerza y al planeamiento estratégico con el juego interactivo de actores y fuerzas

sociales.

Un aspecto potencial para la creatividad deviene de la heterogeneidad de actitudes y aptitudes de los miembros del grupo y, si es posible, constituir minorías activas. El proceso tiende a plasmar no solamente esquemas divergentes a los de las mayorías, sino que lleva a potenciar aspectos relativos a la creatividad, puesto que las mayorías generalmente están aptas para las decisiones conformistas. “La mayoría es, de hecho, muy eficaz a la hora de llevar a los sujetos hacia las soluciones correctas que propone, es decir, hacia un conformismo estricto. Por el contrario, si la minoría provoca en mucha menor medida dicho comportamiento, permite en cambio una descentración”¹⁰.

Dos métodos de potenciar la creatividad son la tormenta de ideas y la sinéctica. Ellos posibilitan crear con la ayuda de técnicas de dinámica de grupos las condiciones emocionales y sociales que hacen propicia la liberación de la espontaneidad, que puede considerarse como el fundamento del proceso creador. La tormenta de ideas se apoya en dos postulados básicos: “es necesario disociar la función de producción e investigación de las ideas, de la función de evaluación y de juicio (positivo o negativo) [...]. La liberación de la creatividad se lleva a cabo preferentemente en grupo, siempre que esas reuniones sean animadas y organizadas de forma correcta”¹⁰. Por otro lado, la sinéctica se basa en la utilización consciente de metáforas o analogías que marcan como señales el proceso de construcción de conocimientos y que en pos de los modelos extendidos por analogía a otras esferas, deban servir como referentes y modelos de comprensión y generación de conocimientos.

Conclusión

El tema que nos ocupó fue proyectado en primer término para sensibilizar al lector acerca de las preocupaciones teóricas alrededor de la temática de las representaciones sociales. Hemos querido dejar algunas conceptualizaciones que

“retraten” el perfil de la teoría y, sobre todo, hemos incidido en los aspectos relativos al encuadre psicosocial que, apuntalado en una visión de los hechos, comporta el germen de la crisis y de los cambios sociales. Proponemos en este trabajo, y a partir de la teoría de las representaciones sociales, una dirección metodológica *sui generis* que pragmatice de alguna forma en el proceso de la investigación, del desarrollo y del cambio, a la instancia de la alteridad y la consecuente producción de la misma, claro es, según el modelo de producción característico de tal instancia.

Un aspecto de innegables consecuencias para la epistemología en las ciencias sociales, estriba en el reconocimiento del otro como productor de conocimientos, de “teorías”, etc. y que de alguna manera procura la búsqueda de referencias teórico-metodológicas divergentes al modelo instituido desde las ciencias, realidad que puede abrir espacios nuevos y diferentes en la que los sujetos sociales (pasivos) adquieren el estatuto de actores comprometidos con su realidad y el cambio.

Bibliografía

1. Farr R. Las representaciones sociales. En: Psicología II. Barcelona: Paidós, 1988.
2. Moscovici S, Hewstone M. De la ciencia al sentido común. En: Psicología Social I y II. Barcelona: Paidós, 1988.
3. Jodelet D. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En: Psicología Social II. Barcelona: Paidós, 1988.
4. Ibáñez J. Más allá de la sociología. Madrid: Siglo XXI, 1979.
5. Sá CP. Núcleo central das representações sociais. Petropolis: Vozes, 1996.
6. Moscovici S. Psicología Social I y II. Barcelona: Paidós, 1988.
7. Bateson G, Ruesch J. Comunicación. La matriz social de la psiquiatría. Barcelona: Paidós, 1984.
8. Bleger J. Psicología da Conduta. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.
9. Berger P, Luckmann T. A construção social da realidade. Petropolis: Vozes, 1996.
10. Abric JC. La creatividad de los grupos. En: Psicología Social I. Barcelona: Paidós, 1988.

ORIGINALES Y REVISIONES

¿Evita ingresos la hospitalización parcial?

Impacto de la creación de un hospital de día de salud mental sobre la incidencia en los ingresos y las estancias en una unidad de hospitalización psiquiátrica de 24 horas

M. ÁLVAREZ SEGURA*, A.I. MORENO PÉREZ**, F. SÁNCHEZ SÁNCHEZ***
A. TESORO AMATE****, J. VICENTE GÁZQUEZ***

*Psiquiatra ***Psicóloga/o ****Psiquiatra. Responsable del Hospital de Día
Hospital de Día de Salud Mental del Hospital de Poniente. Almería
**Psiquiatra
Unidad de Hospitalización de Salud Mental. Hospital Torrecárdenas. Almería

Resumen

Se realiza un estudio retrospectivo con el objetivo de valorar el impacto de la creación del Hospital de Día de Salud Mental del Hospital de Poniente sobre los ingresos y los días de estancia en régimen de hospitalización completa.

La muestra está formada por el total de los ingresados en este dispositivo desde su apertura en junio, a diciembre de 1996. El período de observación es de dos años (el previo y el posterior a la derivación).

Se aplican a los datos resultantes pruebas de homogeneidad de dos medias en datos apareados. Posteriormente, se efectúa el mismo método, pero tomando como muestra sólo los pacientes que han tenido, al menos, una hospitalización completa en el año anterior a su ingreso en el Hospital de Día.

Se encuentra una disminución estadísticamente significativa de los días de estancia para la totalidad de la muestra y una disminución estadísticamente significativa para los ingresos y para los días de estancia en los pacientes que, durante el año anterior a su ingreso en el Hospital de Día, han tenido uno o más ingresos en la Unidad de Hospitalización.

Discutimos las variables que pueden influir en estos resultados.

Palabras clave: Hospital de Día, de Salud Mental. Estancias. Ingresos. Hospitalización parcial. Hospitalización 24 horas.

Summary

Admissions of full hospitalisations stay and partial hospitalisation.

A retrospective study has been performed to evaluate the impact of creation of the Mental Health Day Hospital at the Western Hospital on admissions and days of full hospitalisation stay.

The sample is formed by the full number of patients admitted to this unit since it was opened in June, up to December 1996. The period of observation is two years (before and after the derivation).

Homogeneity tests of the two averages of the data obtained are applied to the resulting data. Later, the same method was carried out, but taking only the patients who have had at least one complete hospitalisation during the year prior to admission in the Day Hospital as a sample.

A statistically significant decrease is found between the days of stay for the whole sample and a statistically significant decrease in admissions and days stayed among patients who, during the year prior to their admission to the Day Hospital had one or more admissions to the Hospitalisation Unit.

The variables that may influence these results are discussed.

Key words: Mental Health Day Hospital, Stays, Admissions, Partial hospitalisation, 24 hour hospitalisation.

Résumé

L'hospitalisation partielle évite-t-elle des entrées?

Une étude rétrospective est réalisée dans le but d'évaluer l'impact de la création de l'Hôpital de Jour de Santé mentale de l'Hôpital de Poniente sur les admissions et les jours de séjour en régime d'hospitalisation complète.

L'échantillon est composé du total des patients admis dans ce dispositif à partir de son ouverture en juin, jusqu'à décembre 1996. La période d'observation est de deux ans (la préalable et la postérieure à la dérivation).

Des essais d'homogénéité de deux moyennes en données égalisées sont appliquées aux données résultantes. Postérieurement, la même méthode est appliquée, mais en prenant comme échantillon seulement les patients qui ont eu, au moins, une admission complète au cours de l'année précédant leur admission à l'Hôpital de Jour.

On constate une diminution statistiquement significative des jours de séjour pour la totalité de l'échantillon et une diminution statistiquement significative pour les admissions et pour les jours de séjour chez les patients qui ont eu, au cours de l'année antérieure à leur admission à l'Hôpital de Jour, une ou plusieurs admissions à l'Unité d'Hospitalisation.

Nous discutons les variables qui peuvent avoir une influence sur ces résultats.

Mots clés: *Hôpital de Jour de Santé mentale. Séjours. Admissions. Hospitalisation partielle. Hospitalisation de 24 heures.*

Riassunto

L'ospedalizzazione parziale evita ricoveri?

Si realizza uno studio retrospettivo con lo scopo di valutare l'impatto della creazione dell'Ospedale Diurno di Salute Mentale dell'Ospedale di "Poniente" sui ricoveri e sui giorni di ricovero in regime totale.

Il campione è formato dal totale dei ricoverati in questo dispositivo dalla sua apertura in giugno a dicembre del 1996. Il periodo di osservazione è di due anni (quello previo e quello successivo alla derivazione).

Ai dati risultanti si applicano prove di omogeneità di due medie in dati pareggiati. Successivamente, si realizzò lo stesso metodo, però prendendo come campione solo i pazienti che sono stati ricoverati in regime totale nell'anno anteriore al loro ricovero nell'Ospedale Diurno.

Si riscontra una diminuzione statisticamente importante dei giorni di soggiorno per la totalità del campione e una diminuzione statisticamente importante per i ricoveri e per i soggiorni dei pazienti che durante l'anno anteriore al loro ricovero nell'Ospedale Diurno hanno avuto uno o più ricoveri nell'Unità Ospedaliera.

Abbiamo discusso le variabili che possono influire su questi risultati.

Parole chiave: *Ospedale Diurno di Salute Mentale. Soggiorni. Ricoveri. Ricovero parziale. Ricovero 24 ore.*

Introducción

Los Hospitales de Día (HD) de Salud Mental surgieron como alternativa a los ingresos de 24 horas para pacientes con patología aguda en momentos de crisis económica, con el objetivo de reducir los gastos.

En 1947, Cameron¹ ya definía una mayor eficacia de la hospitalización parcial sobre la de 24 horas, tanto en lo asistencial como en lo económico.

Para concretar las funciones de la Hospitalización Parcial, la American Association for Partial Hospitalization² define, en 1991, la hospitalización parcial como: "Un tratamiento con límite de tiempo, activo e intensivo, destinado a la superación de crisis o tratamientos de duración intermedia".

La cuestión de si el tratamiento en hospitalización parcial genera menores costes está discutida. Creed et al³ señalan que el HD tiene un coste diario menor, pero el tratamiento global es más caro ya que lo encarecen la mayor demanda a médicos generales y la necesidad de otros recursos comunitarios.

En este sentido, pensamos con Dickey et al⁴ que es preciso, para valorar los costes, considerar toda la red de servicios y no sólo una parte de éstos, así como tener en cuenta que también los pacientes hospitalizados en Unidades de 24 horas, precisan a su alta de recursos especializados y comunitarios de seguimiento.

Sí hay un factor que puede encarecer la hospitalización parcial, y es que el tiempo de estancia suele ser mayor en ellos que en las Unidades de Hospitalización de Salud Mental de 24 horas (UHSM)⁵. Pero sabemos que los costes en las enfermedades de larga evolución no deben ser calculados en un corte transversal, sino en el proceso global del tratamiento. Como señalan Goldberg⁶ y Wiersma⁷, hay que valorar también elementos como la satisfacción de la familia (muy relacionada con el cambio de actitud en positivo hacia el

paciente, con un medio menos estresante, y con la disminución de la emoción expresada), las mayores posibilidades de vinculación del paciente y la mayor adherencia al tratamiento, entre otros elementos que, a medio y largo plazo, reducen considerablemente las recaídas y, por ende, los costes.

Está mayoritariamente aceptada la indicación de los Hospitales de Día para el tratamiento de descompensaciones en un alto número de pacientes agudos. Múltiples investigaciones (Langsley⁸, Passamanick⁹, Creed¹⁰, Scheme¹¹) demuestran que los pacientes tratados en dispositivos a tiempo parcial tienen similares o mejores resultados que los pacientes ingresados en hospitalización total, respecto a la mejoría de los síntomas, disminución de recaídas y ajuste familiar y social. Gudeman¹² señala que, utilizando el Hospital de Día como puerta de entrada para las hospitalizaciones psiquiátricas, se consigue disminuir, al menos, un 30% de ingresos. En este sentido, el objetivo del trabajo que se presenta es evaluar el impacto que ha tenido la creación de un hospital de día sobre los ingresos y estancias en la unidad de agudos existente.

Los pacientes estudiados pertenecen en su totalidad al Área Hospitalaria del Poniente almeriense, que abarca a una población de derecho de 143.764 habitantes, aunque la población estimada es bastante superior, por la inmigración y, en general, por el alto índice de población no censada.

Desde el punto de vista de la salud mental, esta comarca se configura como de alto riesgo, por su evolución histórica en las últimas décadas y por su estructuración social. La riqueza súbita que trajo a la comarca el cultivo de invernaderos, con un cambio repentino de *status* económico junto con un nivel cultural predominantemente bajo; la ola de inmigración, tanto de pueblos cercanos como de África, que se ha venido produciendo con el consiguiente desarraigo; una población mayoritariamente joven; una tasa de natalidad alta, con embarazos en muchas ocasiones no deseados, y una alta proporción de familias muy desestructuradas, constituyen los factores de riesgo psíquico más evidentes.

Sanitariamente, esta comarca posee 29 Centros de Salud o Consultores de Atención Primaria, y dos Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD). En marzo de 1996 se comenzó a poner en marcha el Hospital Comarcal de Poniente, que abrió por completo sus puertas con la puesta en marcha del Servicio de Urgencias en junio de 1997.

Dado que la hospitalización parcial psiquiátrica se muestra, en un alto porcentaje de casos, como modali-

dad de transición y alternativa a la hospitalización de 24 horas, que en el tratamiento de patologías graves se presenta como una alternativa eficaz al tratamiento ambulatorio, y que estos pacientes que viven en un medio rural no tienen acceso a los dispositivos comunitarios de rehabilitación, situados todos en la capital, se decidió poner en marcha en el Hospital de Poniente un Hospital de Día de Salud Mental, ubicado en una planta hospitalaria remodelada para tal fin. Estimamos que, además de lo anterior, tendría menor coste su puesta en marcha y una alta rentabilidad en lo referente a la disminución del número de ingresos y de la estancia media para los pacientes que, a pesar de la existencia de este recurso, precisaran hospitalización de 24 horas en la única UHSM existente en la provincia de Almería, con 45 camas.

El Hospital de Día de Salud Mental del Hospital de Poniente abrió sus puertas el día 3 de junio de 1996, con los siguientes objetivos:

- Ser una alternativa a la hospitalización total.
- Constituirse como una modalidad de transición entre el tratamiento de 24 horas y el ambulatorio, que permita al paciente volver a su hogar en el menor tiempo posible.
- Erigirse en una alternativa al tratamiento ambulatorio, a través de un más intenso contacto social y psicológico para poblaciones de alto riesgo de hospitalización y/o ingresos en UHSM.
- Efectuar programas continuados de rehabilitación y reinserción social a los pacientes con trastornos de salud mental que lo precisen.

Para llevar a cabo estos objetivos, decidimos poner en marcha los siguientes programas:

- Programa Intensivo: dirigido a pacientes agudos y como primera alternativa a la hospitalización de 24 horas.
- Programa de Tratamiento: dirigido a prevenir reagudizaciones de enfermos crónicos, con un alto nivel de sintomatología productiva continua y una alta frecuencia de descompensaciones y/o de ingresos de 24 horas.
- Programa de Cuidados: dirigido a pacientes con deterioro profesional o personal, secundario a trastorno mental.

En definitiva, el perfil del usuario del Hospital de Día es el paciente que, por su psicopatología, precise más apoyo psicoterapéutico y/o farmacológico que el que les puede brindar el ESMD.

El número de pacientes a los que puede dar cobertura oscila entre 30 y 35, el horario para los usuarios es de

9 a 17 horas, la mayor parte de los pacientes son recogidos diariamente por un transporte concertado con el Hospital y los recursos humanos con los que contamos son tres facultativos (dos psicólogos y una psiquiatra) y una responsable de unidad (psiquiatra), cuatro enfermeras, dos auxiliares de enfermería y una supervisora, y un auxiliar administrativo a tiempo parcial.

La metodología de trabajo se basa en la consecución de un ambiente terapéutico mediante, entre otros factores, el trabajo en equipo, la continuidad de cuidados con coordinaciones continuas y fluidas con los ESMD de la zona, el plan individual de tratamiento, con objetivos para todos y cada uno de los pacientes, y la fijación de estándares de calidad con evaluación continua sobre su cumplimiento o desviaciones. Consideramos imprescindible el acceso a camas de 24 horas para los pacientes que lo precisen en un momento de su proceso, por lo que también establecemos coordinación con la UHSM. Asimismo, la implicación de la familia nos parece fundamental y en ese sentido trabajamos con todos los pacientes, intentando que la familia se haga copartícipe de su proceso. Por último, consideramos la evaluación continua de nuestro trabajo básica para conseguir la calidad total y de esa concepción nace el proyecto de este estudio: comprobar qué impacto sobre el número de ingresos y los días de estancia en la UHSM ha tenido en los siete primeros meses de funcionamiento el Hospital de Día de Salud Mental.

Material y métodos

Se trata de un estudio retrospectivo en el que se analiza el impacto del Hospital de Día sobre los ingresos y los días de estancia en régimen de hospitalización completa.

La muestra está compuesta por todos los pacientes que fueron derivados al Hospital de Día en el período comprendido entre junio y diciembre de 1996. El tiempo de observación (dos años) es dividido en dos períodos: P1, que comprende el año previo a la derivación, y P2, año posterior a la misma. Se estudia y compara el número de ingresos y estancias producidas en los dos períodos de la Unidad de Hospitalización de Salud Mental del Hospital Torrecárdenas. Posteriormente seleccionamos a los pacientes que, habiendo sido derivados al HD entre junio-diciembre de 1996, habían generado ingresos durante el año anterior en la UHSM. Comparamos las estancias en el año anterior y posterior a su derivación (fecha de derivación al HD), tratando de establecer si, en nuestro medio y en este tipo de pacientes, el HD puede disminuir de forma significativa la hospitalización completa. Los datos se analizan con el paquete estadístico Epi Info 6.0, mediante pruebas de homogeneidad de dos medias en datos apareados (*t* pareada o test T) obtenemos una tercera variable mediante la diferencia entre los datos de cada paciente antes y después de cada tratamiento; de esta nueva serie obtenemos media, desviación típica y varianza; utilizando el error estándar hallaremos el intervalo de confianza.

Resultados

La muestra está compuesta por 58 pacientes ($n = 58$), 29 hombres (50%) y 29 mujeres (50%). El perfil del usuario más frecuente de este dispositivo es un individuo, mujer u hombre, entre los 26 y 35 años, soltera/o, diagnosticado de esquizofrenia (Figs. 1 a 4).

Los datos relativos al total de estancias y de ingresos se

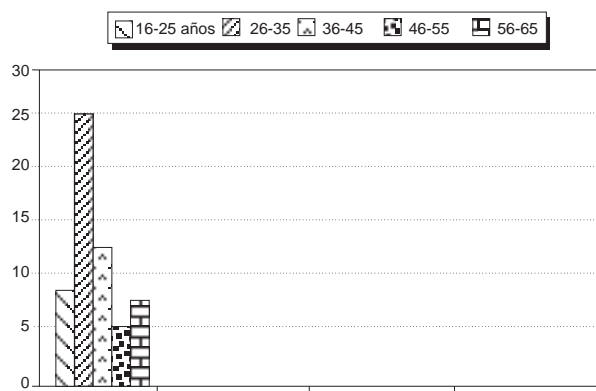


Fig. 1.- Grupos de edad

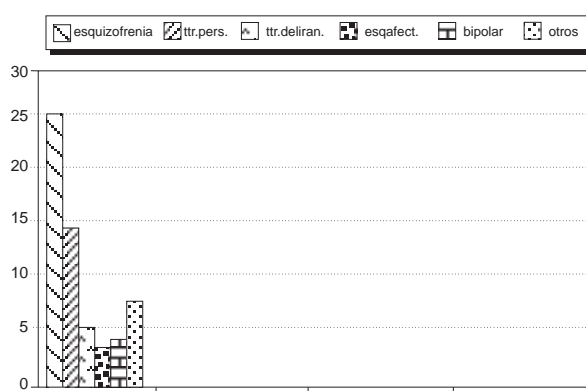


Fig. 2.- Grupos diagnósticos

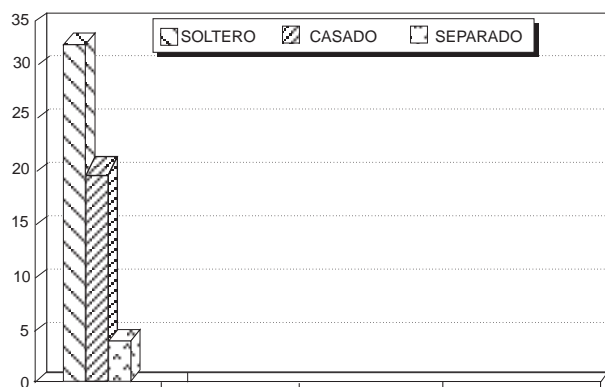


Fig. 3.- Estado Civil.

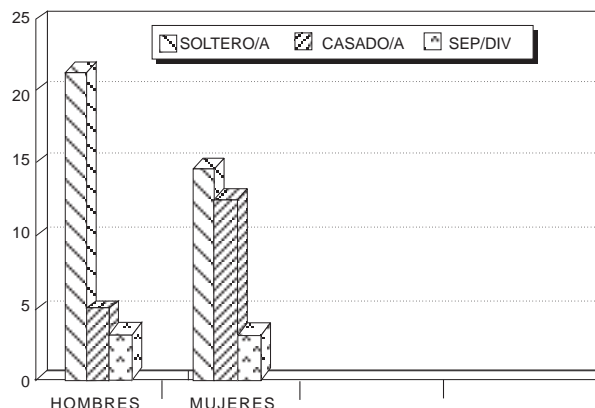


Fig. 4.- Estado Civil, por sexos.

recogen en las Tablas I y II.

Ingresos

Tras el tratamiento en el Hospital de Día se produce una disminución en el número de ingresos de 0,16 (IC al 95% entre -0,15 y 0,46). Esta disminución no resulta estadísticamente significativa ($p = 0,33$), por lo que no puede afirmarse que el tratamiento en el Hospital de Día disminuya el número de ingresos.

Estancias

Tras el tratamiento en el Hospital de Día se produce una disminución media de 7,29 estancias (IC al 95% entre 1,87 y 12,71). Esta disminución es estadísticamente significativa ($p = 0,011$), por lo que puede afirmarse que tras el tratamiento en el Hospital de Día se produce una disminución del número de estancias hospitalarias.

Tras el estudio de todos los pacientes que fueron derivados al HD, hubieran tenido o no ingresos previos en la UHSM, seleccionamos únicamente a los que sí tuvie-

ron ingresos en ese dispositivo el año previo a su derivación. La muestra se compone ahora de 33 pacientes ($n = 33$; 20 hombres (60,60%) y 13 mujeres (49,40%). Los datos respecto a ingresos y estancias se pueden apreciar en las Tablas III y IV.

Ingresos

Se produce una disminución en el número de ingresos de 0,61 (IC al 95% entre 0,21 y 1,05). Esta disminución es estadísticamente significativa ($p = 0,01$), por lo que puede afirmarse que tras el tratamiento en el Hospital de Día, y para el grupo de pacientes que habían tenido ingresos previos, se produce una disminución en el número de éstos.

Estancias

Se produce una disminución de 17,21 estancias (IC al 95% entre 9,63 y 24,59). Esta diferencia es estadísticamente significativa ($p = 0,00007$), por lo que puede afirmarse que tras el tratamiento en el Hospital de Día, y para el grupo de pacientes con ingresos previos, se

Tabla I

Datos de estancia en hospitalización completa de los pacientes derivados al Hospital de Día durante el período de estudio

$n = 58$	P1	P2
Total estancias	1.043	620
Estancia media	17,983	10,690
Varianza	907,210	452,218
Desv. estándar	30,120	21,265

P1 = año previo a la derivación al Hospital de Día
P2 = año posterior a la derivación al Hospital de Día

Tabla II

Datos de ingresos en Unidad de Agudos de los pacientes derivados al Hospital de día durante el período de estudio

$n = 58$	P1	P2
Total ingresos	50	41
Media de ingresos	0,862	0,707
Varianza	0,998	0,877
Desv. estándar	0,999	0,937

P1 = año previo a la derivación al Hospital de Día
P2 = año posterior a la derivación al Hospital de Día

Tabla III

Datos de estancia en pacientes con ingresos previos en la UHSM

<i>n</i> = 33	P1	P2	P3 (P2-P1)
Total	1.043	475	-568
Estancias			
Estancia media	31,606	14,394	-17,297
Varianza	1.171,934	684,871	467,297
Dev. típica	34,234	26,170	21,617

P1 = año previo a la derivación al Hospital de Día
 P2 = año posterior a la derivación al Hospital de Día
 P3 = diferencia en las estancias entre el año posterior a la derivación y el previo

produce una disminución en el número de estancias.

Conclusiones y discusión

El estudio efectuado nos permite plantear las siguientes hipótesis:

El que exista una disminución estadísticamente no significativa del número de ingresos de 24 horas en la totalidad de los pacientes ingresados en el Hospital de Día en el período estudiado, está influido por lo siguiente:

- La inexistencia de un Servicio de Urgencias en el Hospital de Poniente durante esta época, lo que implicaba que muchas urgencias psiquiátricas de la comarca, de 8 a 15 horas y en su totalidad las generadas de 15 a 8 horas, se atendían en el Hospital donde está situada la Unidad de Hospitalización de Salud Mental (UHSM), ubicado en la capital de la provincia. Estas urgencias estaban asistidas por psiquiatras que, al ser el Hospital de Día un dispositivo nuevo, no lo conocían bien, por lo que ingresaban al paciente que demandaba una consulta urgente en la UHSM, siguiendo los esquemas clásicos de funcionamiento, en ocasiones aunque estuvieran ingresados en el Hospital de Día. Es preciso recordar que los pacientes tratados en el Hospital de Día padecen un trastorno mental grave y, por lo tanto, suelen ser grandes consumidores de urgencias, al menos en determinados períodos de la evolución de su enfermedad.
- El cierre del Hospital de Día durante el fin de semana (desde el viernes a las 15 horas hasta el lunes a las 8 horas) a veces implica una falta de contención para los pacientes graves y/o su familia, lo que implica que, o bien consulten por iniciativa propia al Servicio de Urgencias, produciéndose el mecanismo mencionado en el punto anterior, o bien sean programados por el terapeuta del Hospital de Día para su ingreso

Tabla IV

Datos de ingresos en pacientes con ingresos previos en la UHSM

	P1	P2	P3 (P2-P1)
Ingresos	50	30	-20
Media	1,515	0,909	-0,606
Desv. estándar	0,870	1,01	1,273
Varianza	0,758	1,023	1,621

P1 = año previo a la derivación al Hospital de Día
 P2 = año posterior a la derivación al Hospital de Día
 P3 = diferencia en los ingresos entre el año posterior a la derivación y el previo

en la UHSM el fin de semana, generando un ingreso en ambos casos, aunque su duración sea extremadamente corta.

- La captación de la demanda, como es habitual en un dispositivo nuevo, especialmente de tercer nivel asistencial, no es completa, como lo demuestra el índice ingresos/reingresos, que fue en el período estudiado de 4,83 (en el año 1997 fue de 1,12, más cercano a la realidad de la demanda potencial, aunque todavía no se encuentra en su nivel óptimo).
- Por último, la patología nueva que se va generando en una comarca con las características de la nuestra y en el contexto de la provincia de Almería con aumento de ingresos de 24 horas en la población referida a casi todos los equipos de salud mental del distrito, es otro factor que debe de estar influyendo, aunque no con tanto peso como los anteriores.

El que exista una disminución estadísticamente significativa en las estancias hospitalarias de 24 horas, se debe a:

- La existencia del Hospital de Día permite a los terapeutas de la UHSM dar altas más tempranas, derivando a los pacientes a este dispositivo, en el que son atendidos mediante programas activos de tratamiento de 9 a 17 horas, lo que constituye una diferencia significativa con el alta derivada a su domicilio.
- La propia metodología de trabajo del Hospital de Día mediante programas, objetivos individualizados y evaluación continua de su cumplimiento, permite a los terapeutas del Hospital de Día en numerosas ocasiones programar ingresos cortos y pactados, tanto con los facultativos de la UHSM como con los propios pacientes. Una forma muy utilizada en este dispositivo son los ingresos en la UHSM para el fin de semana, si se prevé que el paciente y/o la familia van a estar seriamente perturbados durante ese corto período en el que no tienen la cobertura del Hospital

de Día.

- El hecho de que uno de los programas del Hospital de Día esté dirigido a pacientes psicopatológicamente descompensados posibilita el que contemos con personal multidisciplinario entrenado en afrontar y manejar con habilidad la patología psiquiátrica aguda. Esto, junto con el cuidado del ambiente terapéutico, implica que exista suficiente nivel de contención como para poder acortar ingresos en la UHSM de pacientes en estas fases.

La disminución estadísticamente significativa del número de ingresos y de estancias en la UHSM de los pacientes que han tenido uno o más ingresos a tiempo total en el año anterior a su ingreso en el Hospital de Día, y que constituyen la patología más grave del Área Hospitalaria y, por lo tanto, la que más preocupa a los profesionales de los ESMDs -no olvidar que es la primera que filtran y derivan-, se produce por:

- La falta de acceso de estos pacientes, antes de la apertura del Hospital de Día, a los recursos de rehabilitación, ubicados todos en la capital, implicaba que las descompensaciones que precisaban un ingreso en la UHSM fueran más frecuentes.
- La puesta en marcha del Programa de Tratamiento del Hospital de Día, dirigido específicamente a los pacientes con graves trastornos, en donde coexisten la sintomatología positiva y negativa y, en menor medida, el Programa de Cuidados, que tiene los objetivos de tratar los déficits producidos por la enfermedad mental, inciden directamente sobre la mejoría y, por lo tanto, sobre la disminución de ingresos en la UHSM de estos pacientes, proporcionándoles la oportunidad de beneficiarse de tratamientos y/o programas rehabilitadores en un sentido amplio.
- La metodología de trabajo del Hospital de Día, donde siempre que es posible se trabaja de forma intensiva con el entorno próximo del paciente, generalmente la familia ha posibilitado modificar, al menos en parte, pautas de conducta disfuncionales, por lo que el medio ambiente del paciente se transforma en menos hostil, disminuyendo también el número de agravamientos, aumentando la mejoría y, por lo tanto, reduciendo el número de ingresos en la UHSM.
- La posibilidad de separación entre el paciente y la familia durante algunas horas influye en que, sin perder habilidades comunitarias, las relaciones intrafamiliares experimentan una disminución de la tensión, lo que facilita la disminución de las descompensaciones agudas.

Para concluir, queremos manifestar que somos conscientes de los sesgos que, por el poco período de tiem-

po de funcionamiento del Hospital de Día, pueden tener estos resultados para ser generalizables, pero también que implican en principio la gran utilidad de los Hospitales de Día en el tratamiento de los trastornos graves de salud mental en los diferentes estadios de su evolución y que, en nuestra opinión, están especialmente indicados en los Hospitales Comarcales, en los que no existe un número suficiente de pacientes como para poner en marcha dispositivos exclusivamente de tratamientos activos, o de rehabilitación, o de agudos, pero sí para crear un dispositivo como éste que, por su gran versatilidad, da solución a muchos problemas graves de salud mental, salvaguardando la equidad en el acceso a los dispositivos sanitarios para los pacientes del medio rural. Investigaciones posteriores, eliminando el sesgo del corto período desde su apertura, aportarán nuevos datos sobre la utilidad del Hospital de Día en general y del impacto en el número de hospitalizaciones a tiempo total y en el número de días de estancia.

Bibliografía

1. Cameron DE. The Day Hospital. *Mood Hosp* 1947;69-40. Citado por Herz M. En: Freedman AM, Kaplan JH, Sadock BJ. *Tratado de Psiquiatría*, 2ª ed. Barcelona: Salvat 1982:2196-2206.
2. Best L, Braun P, Cuyler RN, Kiser L, Lefkovitz PM. Partial Hospitalization. *Hospital and Community Psychiatry* 1992; 43(7):741-742.
3. Creed F, Mbaya P, Lancashire S, Tomenson B, Williams B, Holme S. Cost effectiveness of day and inpatient psychiatric treatment: results of a randomised controlled trial. *BMJ* 1997; 314(7091):1381-1385.
4. Dickey B, Beren M, Santiago J, Breslau J. Patterns of Service Use and Costs in Model Day Hospital-Inn Programs in Boston and Tucson. *Hosp and Comm Psych* 1990;41:419-424.
5. Rosie JS. Partial Hospitalization: a review of recent literature. *Hosp and Comm Psych* 1987;38:1291-1299.
6. Goldberg D. Cost-effectiveness studies in the evaluation of mental health services in the community: current knowledge and unsolved problems. *Int Clin Psychopharmacol* 1995;9 (suppl 5):29-34.
7. Wiersma D, Kluiters H, Nienhuis FJ, Ruphan M, Giel R. Cost and benefits of hospital and day treatment with community care of affective and schizophrenic disorders. *Br J Psychiatry Suppl* 1995;27:52-59.
8. Langsley DG, Machotka P, Flomenhaft K. Avoiding mental hospital admission: a follow-up study. *Am J Psychiatry* 1971;127:1391. Citado por Herz en op. cit.
9. Pasamanick B, Scarpitti F, Dinitz S. Schizophrenics in the Community: an experimental study in the prevention of hospitalization. Appleton Century Crofts. New York 1967. Citado por Herz M en op. cit.
10. Creed F, Black D, Anthony P, Osborn M, Thomas P, Tomenson B. Randomised controlled trial of day patient *versus* inpatient psychiatric treatment. *BMJ* 1990:1033-1037.
11. Scheme A, van Wijngaarden B, Poelijoe NW et al. The Utrecht comparative study on psychiatric day treatment and inpatient treatment. *Act Psych Scand* 1993;87:427-436.
12. Gudeman JE, Shore MF, Dickey B. Day Hospitalization and an inn instead of inpatient care for psychiatric patients. *N Engl J Med*

ORIGINALES Y REVISIONES

Acerca de una alteración de la percepción en el duelo y en otras patologías

E. GARCÍA CASTRO*, G. LUCAS CARBONERO**

*Psiquiatra, **MIR Psiquiatría

Centro de Salud Mental de Usera. Área 11. Madrid

Resumen

Basándonos en las concepciones de S. Freud y de D. Anzieu acerca de la función del Yo como barrera o envoltura protectora del aparato psíquico (Yo-piel), proponemos una serie de alteraciones de la percepción que acontecen no sólo en las psicosis, sino también en las neurosis y en sujetos normales afectados por una situación de duelo. Estas anomalías perceptivas tendrían que ver con una pérdida, de intensidad y duración variable según la patología de que se trate, de dicha función de barrera del Yo. La consideración de estos trastornos perceptivos puede tener consecuencias en el enfoque clínico y terapéutico del paciente.

Palabras clave: Yo-piel. Función de barrera del Yo. Alteraciones de la percepción.

Summary

About a perception alteration in mourning states and other pathologies. We propose some perception alterations based in S. Freud and D. Anzieu's conceptions about Ego barrier function as a protective envelope of the mind (Ego-Skin), which happens not only in psychosis, but also in neurosis and in normal people in a mourning situation. This perception alterations, variable in duration and intensity according to every pathology, would be related with a losing of the Ego function barrier. This considerations would have clinical and therapeutical applications.

Key words: Ego-Skin. Ego barrier function. Perception alterations.

Résumé

Sur une altération de la perception dans la souffrance et dans d'autres pathologie.

Si nous nous basons sur les conceptions de S. Freud et de M. Anzieu à propos de la fonction du Moi en tant que barrière ou enveloppe protectrice de l'appareil psychique (Moi-peau), nous proposons une série d'altérations de la perception qui se produisent non seulement dans les psychoses, mais aussi dans les névroses et chez des individus normaux affectés par un situation de deuil. Ces anomalies perceptives auraient quelque chose à voir avec une perte, d'intensité et de durée variable en fonction de la pathologie dont il s'agit, de cette fonction de barrière du Moi. La considération de ces troubles perceptifs peut avoir des conséquences sur la perspective clinique et thérapeutique du patient.

Mots clés: Moi-peau. Fonction de barrière du Moi. Altérations de la perception.

Riassunto

Sull'alterazione della percezione nel dolore ed in altre patologie.

Basandoci sui concetti di S. Freud e di D. Anieue sulla funzione dell'lo come barriera o avvolgimento protettore dell'insieme psichico (lo-pelle), proponiamo una serie di alterazioni della percezione che avvengono non solo nella psicosi, ma anche nella neurosi e in soggetti normali, affetti da una situazione di dolore. Queste anomalie percettive deriverebbero da una perdita d'intensità e di durata variabile secondo la patologia in questione della funzione di barriera dell'lo. La considerazione di questi disordini percettivi può avere conseguenze nella definizione clinica e terapeutica del paziente.

Parole chiave: *lo-pelle. Funzione di barriera dell'lo. Alterazioni della percezione.*

En el presente trabajo abordamos una clase de alteraciones de la percepción que acontecen en las situaciones de duelo y en otros campos de la psicopatología. Partimos de las teorizaciones de S. Freud y de D. Anzieu, quienes consideran de suma importancia la función del Yo como barrera o como una envoltura, tal y como este último autor desarrolla en su original concepción del Yo-Piel.

Partimos de la hipótesis de que durante el trabajo de duelo, así como en otras situaciones, puede perderse momentáneamente o modificarse esta función yoica de envoltura o barrera protectora, lo cual puede incidir en modificaciones de la percepción notables, aun fuera del campo de las psicosis.

Se trata de una elaboración teórica, pero de aplicación clínica, que esperamos pueda aportar una riqueza a la comprensión de la psicopatología y que aspira a incorporar corrientes psicoanalíticas y fenomenológicas. Va a requerir, como es evidente, de ulteriores trabajos clínicos, que vengan a confirmar o refutar lo que aquí avanzamos.

Introducción

Ha quedado establecido el Yo como la parte del aparato mental que tiene la función de mediación entre la experiencias de la realidad, la presión de las pulsiones del Ello, los postulados del Super-Yo y sus propios intereses; sirve como órgano específico de adaptación y controla el aparato perceptivo y la motilidad y sus funciones principales son el pensamiento, la percepción y la acción¹.

S. Freud y M. Klein sitúan el origen del Yo a partir de una matriz común del Yo y el Ello; "El Yo es una parte del Ello modificada por las influencias del mundo exterior", dice Freud². Por su parte, M. Klein describe cuatro funciones básicas del Yo: 1) la experiencia de la ansiedad y las defensas contra la misma; 2) los procesos de introyección y proyección; 3) las relaciones de objeto y 4) las funciones de integración y síntesis.

Es conocido que para M. Klein la interiorización del

"buen objeto interno" constituye la base del crecimiento de un Yo integrador, [... es por la historia de la relación con sus objetos que el Yo constituye la suya propia"³.

En "Más allá del principio del placer", Freud describe la función del aparato perceptivo del Yo como "...protección contra cantidades excesivas de excitación", insistiendo en su función de barrera, "...para el organismo vivo la defensa contra las excitaciones es una labor casi más importante que la recepción de las mismas"⁴. En 1927, aclara aún más el origen corpóreo que para él tiene el Yo: "El Yo se deriva, en último término, de las sensaciones corporales, principalmente de aquellas producidas en la superficie del cuerpo. Por lo que puede considerarse al Yo como una proyección mental de dicha superficie y que[...] corresponde a la superficie del aparato mental"².

Siguiendo esta línea se encuentra la genial aportación de D. Anzieu, el Yo-Piel, donde considera al Yo como una envoltura psíquica que actúa como una frontera permeable Mundo Interno-Mundo Externo, privilegiando el autor, por tanto, la percepción táctil en la conformación del Yo. Cumple la función de mantenimiento del psiquismo, una función "continente". Según el autor, "... el Yo hereda la doble posibilidad de establecer barreras[...] y de filtrar los intercambios..."⁵.

Sírvannos estos antecedentes para decir, de acuerdo con Anzieu, que este Yo-Piel temprano tendría la capacidad desde el nacimiento para incorporar los objetos primordiales en su entramado, incorporación predominantemente táctil, por parte de un Yo ávido de objetos, quedando dinámicamente estructurados, al igual que en la propia biología la piel está conformada por diversas estructuras celulares en continuo crecimiento y renovación.

Siguiendo con este paralelismo biológico, "Toda función psíquica se desarrolla apoyándose en una función corporal", dice Anzieu⁵, podríamos comparar al Yo con un entramado celular (objetal) dinámico y de una complejidad creciente a lo largo de todo el desarrollo infantil, y cuyo resultado final dependerá tanto de factores genéticamente determinados, la capacidad del Yo primitivo para retener y asimilar objetos; como de factores ambientales, la capacidad del objeto externo real para ser incorporado eficazmente.

Utilizaremos este modelo para proponer diversas teorías concernientes a la psicopatología y, en particular, a la psicopatología de la percepción en el duelo, considerando que, en tales casos, se producen alteraciones del Yo-Piel y de sus funciones de filtro y barrera, conllevando, por tanto, modificaciones en la percepción de la realidad.

Percepción de la realidad en el duelo

La pérdida objetal lleva asociado un aumento en la permeabilidad del Yo-Piel alterando muy particularmente, a nuestro entender, un aspecto en la percepción de la realidad: la llamada “Percepción de lo familiar”⁶. Parece como si, en condiciones de homeostasis, el Yo inviste los objetos externos familiares produciendo un entorno perceptivo estable, realizando una función de barrera o modulación de la realidad, como ya señalamos anteriormente.

Hasta tal punto considera Jaspers importante la percepción de la realidad, que dice de ésta que “está en la conciencia como experiencia originaria de la existencia...”, hablando de la extrañeza del mundo de la percepción, algo semejante a lo que nosotros proponemos que sucede en la situación de duelo. Tomando su concepto de lo real⁷, “...lo que ofrece resistencia, en el sentido de que estrellarse en la resistencia significa una experiencia de la realidad...”, parece como si el Yo opusiera menor resistencia frente a lo familiar (se estrella menos en la resistencia), cumpliendo así su papel de reducción de la excitación proveniente del exterior, función que, en el caso de la situación de duelo, queda, al menos momentáneamente, suspendida.

De manera que, cuando acontece la pérdida objetal, el Yo-Piel queda desprovisto de su organización previa, volviéndose más permeable ante ese incremento de la excitación proveniente de la realidad exterior, la percepción de la realidad se modifica, particularmente el investimento de lo familiar, de forma que la pérdida objetal arrastra una pérdida proporcional del investimento de lo familiar, el Yo-Piel se desorganiza y lo familiar, súbitamente deja de serlo.

Una experiencia común en nuestra vida cotidiana es observar cómo el Yo reacciona ante una pérdida (o amenaza de pérdida) reparable, acentuando la percepción de aquello que le falta, lo cual deja de ser familiar e inadvertido (se percibe más lo que se necesita, aunque siempre haya estado ahí).

Cuando la pérdida es brutal e irreparable, la alteración perceptiva puede ser extrema e irreversible, apareciendo una nueva realidad totalmente desinvertida de lo familiar y de una intensidad traumática (un verdadero “despellejamiento: del Yo-Piel), que obliga al Yo a un esfuerzo de reorganización mucho mayor, conduciendo, como Freud señaló⁸, a una inicial introversión de la libido a la espera de un nuevo investimento objetal interno y externo, a la aparición de un nuevo Yo-Piel. Podemos citar, como ejemplo, la conocida dificultad para entrar en el domicilio familiar después de la pérdida del cónyuge.

Algunas aplicaciones en psicopatología

Ampliando al terreno de la psicopatología, podemos encontrar también una base para las graves alteraciones perceptivas de las psicosis y trastornos *border-line* en los importantes desarreglos estructurales yoicos, tal como señala Anzieu y también desarrolla Bion⁹, encontrándonos con un Yo-Piel claramente insuficiente desde el origen para cumplir su doble función de barrera protectora y, a la vez, permeable, permitiendo groseras y violentas expulsiones (proyecciones) de partes del mundo interno, las cuales parasitan la percepción de la realidad (“objetos bizarros” de Bion), o bien someten al Yo a un tumulto de percepciones intolerables; ni la realidad externa ni lo familiar llegan a establecerse.

Por contraste, en el caso de la melancolía se produce un estado duradero de introversión de la libido y empobrecimiento del Yo, que puede estar en relación con una vivencia traumática de la realidad por una incapacidad pura para reinvestir objetos nuevos (falta de flexibilidad del Yo-Piel).

La llamada “paranoia del emigrante” es otro ejemplo clínico interesante al presentar un desencadenamiento de síntomas psicóticos agudos relacionados, por un lado, con una situación de duelo por pérdida de objetos y, por otro, con la pérdida de investimento de lo familiar (por el cambio geográfico, en este caso), este doble efecto traumático sobre el Yo obra verdaderos “agujeros” en su estructura, perdiendo momentáneamente la prueba de realidad y desencadenando defensas proyectivas. Sin llegar a la psicosis, cualquier emigrante percibe con frecuencia objetos o personas extrañas como si fueran conocidas, haciéndonos ver la función protectora que la percepción de familiaridad tiene para el Yo (necesidad de lo familiar).

También en las neurosis, particularmente en las fobias, podemos encontrar una alteración del Yo-Piel por una especie de “labilidad” en el mismo, que altera de forma inesperada la percepción de lo familiar, dando lugar a las vivencias de despersonalización y desrealización, como si el fóbico se viera sometido al temor de una catástrofe inminente e inesperada de pérdida objetal, tal y como señalamos para el duelo agudo.

Y, por último, los fenómenos del “*déjà vu*”, “*déjà connu*”, “*déjà entendu*” y sus paralelos “*jamais vu*”, “*jamais connu*” y “*jamais entendu*”, que no son otra cosa que trastornos de la percepción de lo familiar, pueden corresponder a alteraciones del Yo-Piel que, al igual que en las fobias, son agudos y reversibles.

Para concluir, aportaremos algunas indicaciones terapéuticas. Queda claro que en las psicosis existe una grave alteración estructural que afecta al Yo y a sus

funciones, entre ellas la función de barrera, que hemos citado; esta alteración, particularmente en la esquizofrenia, es de naturaleza crónica e irreversible y sólo va a ser paliada con la ayuda de los fármacos antipsicóticos y de las técnicas psicoterapéuticas y rehabilitadoras (de particular importancia las técnicas corporales), que tienden a corregir el tumulto perceptivo del psicótico y a incrementar la función de barrera del Yo. En el caso de las neurosis, las técnicas psicoterapéuticas habituales, aun desde perspectivas teóricas diferentes, pretenden una reducción de la tensión pulsional, amenazante para el Yo (las de inspiración psicoanalítica), o bien una reeducación y reforzamiento del Yo (las conductuales), buscando una mejora de la función de barrera y una reducción de los síntomas.

Cuando se trata de una situación de duelo no complicado en una personalidad previamente adaptada, deberemos tener en cuenta que la desestructuración yoica va a ser un proceso reversible, tendiendo espontáneamente a una nueva reorganización del Yo en todas sus funciones, incluida la de barrera; por lo tanto, se impone una actitud expectante, de soporte y tolerancia frente a los síntomas, mientras el sujeto va poco a poco pudiendo organizar un nuevo entorno perceptivo, creando una nueva piel protectora.

Reducir la psicopatología a alteraciones del Yo-Piel sería un absurdo que no pretendemos en absoluto. Bástenos la satisfacción de aportar una visión que esperamos sea esclarecedora y sugerente en algún sentido, con la única finalidad de una mayor y mejor comprensión de nuestros pacientes.

Conclusiones

En resumen, venimos a proponer en nuestro trabajo:

- Que pacientes neuróticos y aquellos otros “normales”

envueltos en una situación de duelo pueden presentar alteraciones en la percepción de la realidad, si bien no tan groseras y evidentes como en las psicosis, pero de una importancia significativa para su comprensión.

- Que dicha alteración perceptiva tiene como origen la desestructuración momentánea de la función yoica de barrera (Yo-Piel) que tiene lugar con ocasión de la situación de duelo, modificando la percepción de lo familiar, a veces de manera drástica, y obligando al sujeto a una nueva reorganización.
- Que la citada desestructuración y reestructuración del Yo-Piel, tanto en el duelo como en otras patologías, puede alertarnos acerca del proceso interno del paciente y, asimismo, orientarnos en nuestra más importante tarea, en definitiva, la terapéutica.

Bibliografía

1. Hartman H, Kris E, Loewenstein RH. Comentarios sobre la formación de la estructura psíquica. *Psychoanal Study Child* 1946;2:14-15.
2. Freud S. El Yo y el Ello. Obras completas de Sigmund Freud. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981;2704-2710.
3. Klein M. Obras completas de Melanie Klein. Barcelona: Paidós, 1987.
4. Freud S. Más allá del Principio del Placer. Obras completas de Sigmund Freud. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981;2517-2523.
5. Anzieu D. El Yo-Piel. Madrid: Biblioteca Nueva, 1994;47-55.
6. Sims A. *Symptoms in the mind: an introduction to descriptive psychopathology*. London: Baillière Tindall, 1988.
7. Jaspers K. *Psicopatología general*. Buenos Aires: Beta, 1966.
8. Freud S. Duelo y melancolía. Obras completas de Sigmund Freud. Madrid: Biblioteca Nueva, 1981;2091-2100.
9. Bion WR. *Volver a pensar*. Buenos Aires: Lumen-Hormè, 1996.

CASO CLÍNICO

Síndrome de Capgras: Análisis crítico a propósito de dos casos

MORILLO-VELARDE QUINTERO*, A.I. LÓPEZ FRAILE*, L. SANTAMARÍA VÁZQUEZ*

MIR Psiquiatría
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Resumen

En los últimos años se han incrementado considerablemente las aportaciones de casos del síndrome de Capgras a la literatura científica. Han aparecido nuevas variantes relacionadas, como el síndrome de dobles subjetivos y el síndrome de dobles inanimados, que se han englobado bajo la denominación de “síndrome de falsa identificación delirante”. Desde las distintas orientaciones etiopatogénicas propuestas, se trata de aunar criterios biológicos, psicológicos y sociales en un intento de establecer una concepción holística del síndrome.

En este trabajo se presentan dos nuevos casos de síndrome de Capgras que se contrastan con el original. Se realiza una revisión de las aportaciones aparecidas en la literatura y una crítica respecto a la confusión conceptual existente que limita la investigación dirigida a la etiología última de estos cuadros.

Palabras clave: Capgras. Falsa identificación. Etiopatogenia.

Summary

Capgras Syndrome: Critical analysis on two new cases. *In recent years reports of Capgras syndrome in scientific literature have increased. New types related to delusion of doubles (syndrome of doubles subjectives and syndrome of doubles inanimates) have been described and added to the so called delusional misidentification syndrome. Etiopathogenic theories endeavor to bring together biological, psychological and social ele-*

ments, trying to set up a holistic view of the syndrome. In this paper we report two new cases of Capgras syndrome which are faced up to the original description. We review the literature and make a critical analysis of current conceptual theories.

Key words: Capgras. Misidentification. Etiopathogeny.

Résumé

Syndrome de Capgras: Analyse critique sur deux cas.

Au cours de ces dernières années, les apports de cas du syndrome de Capgras à la littérature scientifique se sont considérablement accrus. De nouvelles variantes qui s’y réfèrent sont apparues, variantes telles que le syndrome de doubles subjectifs et le syndrome de doubles inanimés qui ont été englobés sous la dénomination de syndrome de fausse identification délirante. A partir des différentes orientations étiopathogéniques proposées, il s’agit de regrouper des critères biologiques, psychologiques et sociales dans une tentative d’établir une conception holistique du syndrome.

On présente dans ce travail deux nouveaux cas de syndrome de Capgras qui sont vérifiés par rapport à l’original. On fait une révision des apports qui sont apparus dans la littérature et une critique par rapport à la confusion conceptuelle existante qui limite la recherche destinée à l’étiologie ultime de ces cas.

Mots clés: Capgras. Fausse identification. Etiopathogénie.

Riassunto

Síndrome de Capgras. Análisis Crítico a propósito de dos casos.

Negli ultimi anni si sono incrementate considerevolmente le apportioni di casi di síndrome de Capgras alla letteratura scientifica. Sono apparse nuove varianti connesse come la síndrome de doppi soggettivi e la síndrome de doppi inanimati che sono stati inglobati sotto la denominazione di síndrome de falsa identificazione delirante. Dai vari orientamenti etiopatogenici proposti si tratta di riunire criteri biologici, psicologici e sociali nel tentativo di stabilire una concezione olistica della síndrome.

In questo lavoro si presentano due nuovi casi di síndrome de Capgras che contrastano con l'originale. Si realizza una revisione delle apportioni apparse nella letteratura ed una critica rispetto alla confusione concettuale esistente che limita la ricerca rivolta all'ultima etiologia di questi quadri.

Parole chiave: Capgras. Falsa identificación, Etiopatogenia

Introducción

El interés por el concepto de los dobles es bien conocido desde la antigüedad a través de la mitología y la literatura. Por ejemplo, en la obra *Anfitrión*, de Plauto, el dios Mercurio toma la forma de Sosia, el sirviente de Anfitrión, con el fin de seducir a la mujer de éste.

Diferentes autores, como Snell en 1860, Magnan en 1893 y Janet en 1903, se han interesado por este tema. En 1923, Jean Marie Joseph Capgras y J. Reboul-Lachaux describen un caso en el *Bulletin de la Societé Clinique et Médecine Mentale*, al que denominan "la ilusión de sosias"¹. En éste, una mujer de 53 años sufre una psicosis crónica con temática paranoide, megalomaníaca y fantástica. La paciente, que se autodenomina Madame de Río-Branco, emplea la palabra *sosies*, que en francés quiere decir "dobles", al tener la convicción delirante de que familiares y otras personas de su entorno han sido suplantados con el fin de perjudicarla. Igualmente, también cree en la existencia de dobles de sí misma. Un año después, Capgras y su discípulo Carette², describen otro caso de una mujer solitaria y de baja inteligencia diagnosticada de esquizofrenia que presentaba delirios de perjuicio y persecución. Desde su niñez había establecido estre-

chos vínculos con su padre y mostrado agresividad hacia su madre. Posteriormente, desarrolló ideas de incesto y delirio de dobles. Es a partir de 1924, en un artículo de Depovy y Montassut³, cuando se le denomina por primera vez como *síndrome de Capgras*.

La literatura posterior recoge algunos casos que se han considerado variantes de este síndrome. El *síndrome de Frégoli*⁴, descrito por Courbon y Fail, que consiste en la identificación delirante de familiares en diversos extraños; el *síndrome de intermetamorfosis*⁵, descrito por Courbon y Tusques, en el que el paciente tiene la convicción delirante de que personas cercanas a él modifican su aspecto a voluntad, intercambiándose por otros y, más recientemente, el *síndrome de dobles subjetivos*⁶, en el que un extraño es transformado físicamente, pero no psicológicamente, en el propio paciente.

Christodoulou y Maliara-Loulaki⁷ agrupan los cuatro síndromes arriba descritos bajo el término *delirio de falsa identificación*, incluyendo los fenómenos en los que un doble reemplaza a otra persona en su aspecto físico y/o psíquico. Joseph⁸ denomina *síndrome de falsa identificación* a las cuatro variantes anteriores más la paramnesia reduplicativa, la falsa identificación de uno mismo, desorientación espacial y temporal, el cambio de papel de una persona tomado como el cambio de persona y la reduplicación del tiempo y de partes corporales.

Se ha descrito la falsa identificación de objetos inanimados⁹ como una variante del síndrome de falsa identificación delirante, aunque algunos autores la incluyen en éste.

Por tanto, el concepto de falsa identificación varía desde fenómenos clínicos simples a complejos, con los que se han puesto en relación explicaciones como la sustitución, transformación y duplicación.

Psicopatológicamente se plantea con frecuencia la controversia sobre si este fenómeno debe ser considerado un síntoma aislado o un síndrome con entidad propia. Los datos disponibles en la literatura abogan porque sea considerado un síntoma¹⁰. A favor está el hecho de que casi siempre aparece como parte de otra entidad clínica, principalmente esquizofrenia o depresión psicótica, y que se ha descrito en multitud de cuadros de base somática. Capgras consideró este síndrome como una ilusión.

Posteriormente, se han implicado otras alteraciones psicopatológicas. Berson opina que no se trata de una ilusión ni de una alucinación, puesto que los pacientes no perciben imágenes de un doble. Para Todd¹¹, en ocasiones se producen percepciones delirantes, aunque en la mayoría de los pacientes son verdaderas ideaciones delirantes en las que existe el convencimiento de la

existencia del doble, aun cuando el sujeto "original" no está presente. Para otros autores¹², existe una disyunción entre los procesos centrales de percepción, reconocimiento y pensamiento.

De mayor interés es la controversia suscitada por la posible etiopatogenia de este síndrome. Algunos autores se apoyan en interpretaciones dinámicas y otros, basándose en las modernas técnicas de imagen, sugieren la existencia de diferentes alteraciones orgánicas. Recientemente, desde el modelo cognitivo se propone una solución alternativa.

Teorías dinámicas

Se ha postulado desde la teoría psicoanalítica de la psicosis que en estos estados la desorganización conduce al quebrantamiento de las defensas más estables y permanentes, como son la represión y la identificación¹³. El problema de la identificación no puede desvincularse del problema de la identidad. Así, podemos considerar la crisis psicótica como una crisis de identidad grave, que puede llevar al sujeto a la despersonalización-desrealización, al delirio y al trastorno de la identificación¹⁴. En algunos casos, el yo frágil del psicótico trata de evitar la fragmentación utilizando el cuerpo de otro mediante la identificación proyectiva.

Se ha observado en algunos pacientes que el síntoma de despersonalización, al producir sensaciones de irrealidad y extrañeza, conduce a una alteración de la respuesta emocional, al proyectar en otros sus propios sentimientos, y a la falsa identificación¹⁵. Estos autores proponen que el delirio de dobles es una solución al problema de la ambivalencia a través de los mecanismos de la escisión y proyección. El paciente rechaza a la persona implicada, pero los sentimientos de culpa no se lo permiten. El conflicto se resuelve con el delirio de dobles, con la proyección del malestar hacia el impostor de manera segura y sin ningún tipo de incertidumbre afectiva. Algunos autores destacan la presencia de un estado previo de intensa suspicacia sobre el que se desarrollaría el síndrome. A esto lo denominan Capgras y Reboul-Lachaux *disposition paranoïaque*.

Otros mecanismos implicados son la disociación del objeto internalizado, regresión y desintegración resultantes de formas de pensamiento primitivas y regresión a un estado emocional primitivo, caracterizado por la pérdida de identidad, la fusión del *self* y la representación del objeto.

Teorías somáticas

Existen múltiples datos que apoyan la participación de causas somáticas en el síndrome de falsa identifica-

ción. A pesar de que la mayoría de los casos se sustentan sobre diagnósticos previos de esquizofrenia paranoide y otras enfermedades, cuya etiología hoy día sigue siendo desconocida (trastornos afectivos, trastorno delirante crónico), se han descrito multitud de casos asociados a enfermedades metabólicas (déficit vitamina B12 y ácido fólico), endocrinas (hipertiroidismo, diabetes mellitus), cerebrales (tumores, demencia, traumatismos, epilepsia, arterioesclerosis, enfermedad de Huntington y esclerosis múltiple), intoxicaciones (litio, cloroquina) y enfermedades ligadas al postparto.

Por otra parte, y gracias a las técnicas de imagen, algunos autores han descrito diferentes anomalías cerebrales, como atrofia cortical en lóbulos frontales, parietal y temporal¹²⁻¹⁶. Hayman y Abrams¹⁷ consideran la disfunción hemisférica derecha como la alteración fundamental. Para Ellis y Young¹⁸ ésta se localizaría en la corteza occipito-temporal bilateral. Christodoulou¹⁶ refiere alteraciones específicas de la percepción visuo-espacial y de la memoria, y posteriormente, en pruebas con potenciales evocados, describe una mayor latencia en la onda N 100. De acuerdo con lo expuesto, algunos autores como Berson¹⁰ proponen que los factores somáticos siempre deberían ser estudiados y descartados. Bathia¹⁹, en este sentido, recomienda realizar resonancia magnética a todos los pacientes con síndrome de Capgras. Recientemente, el interés se ha centrado en enfoques de la neuropsicología cognitiva como el procesamiento de la información y el reconocimiento facial.

No obstante, la mayoría de autores admiten la insuficiencia de los factores somáticos como explicación etiopatogénica única del síndrome de falsa identificación, apoyándose frecuentemente en interpretaciones dinámicas.

Teorías cognitivas

Se basan en el modelo del procesamiento informático de caras familiares¹⁵. Cualquier información ha de pasar a través de diferentes unidades de codificación, análisis, procesamiento, identificación y reconocimiento.

Desde esta perspectiva, la falsa identificación surge de la disociación entre la percepción y el reconocimiento. En esta línea se encuentra el hallazgo de la alteración de la latencia del potencial evocado N 100 al estar relacionada con la atención y la selección de la información, lo que supondría una disfunción cognitiva.

Ninguna de las anteriores teorías expuestas consiguen explicar satisfactoriamente la etiopatogenia de este síndrome. En los últimos años se han propuesto modelos

holísticos que tratan de aprehender algunos aspectos de las diferentes perspectivas teóricas, en un intento de ofrecer soluciones etiológicas multifactoriales²⁰ para este síndrome.

A continuación se presentan dos casos del síndrome de Capgras.

Caso 1

Varón de 36 años, sin antecedentes de enfermedad conocida, que consulta a petición de la familia por cambio conductual acusado, apatía, aislamiento social, ideación paranoide de perjuicio y heteroagresividad verbal con amenazas de muerte hacia familiares y amigos. Presenta una alteración del patrón sueño-vigilia y de la conducta alimentaria.

Tras su ingreso en la unidad de agudos refiere que, desde hace aproximadamente dos años, tiene la convicción de que sus familiares han sido suplantados por dobles idénticos. Asegura que al principio fueron suplantadas su madre y su hermana para, posteriormente, incluir al resto de la familia y varios vecinos. En un primer momento le parecían prácticamente iguales, pero posteriormente comenzó a notar diferencias, principalmente en el carácter, siendo los dobles más irritables e insultantes. Asimismo, descubre que existen pequeñas modificaciones en cuanto al peso y la talla. Detecta varios dobles de una misma persona sin saber, en determinadas circunstancias, si está delante de un impostor. Explica el paciente que existía un complot contra él en el que participan su familia, amigos y vecinos, siendo molestado mediante golpes en los tabiques de la casa, perseguido y espiado allá donde fuese gracias a un transmisor que le han colocado en una muela y a un sistema de rayos infrarrojos. A donde quiera que fuese ya le esperaban, pues los vecinos avisaban por teléfono. Al ser interrogado, afirma que todo esto sucede porque años atrás, realizando labores agrícolas en su pueblo, había ridiculizado a unos compañeros por ser de izquierdas. Por último, cree que sus padres son comunistas y que ahora todos se han puesto en su contra.

A la exploración se muestra inquieto, con aspecto algo descuidado, afecto tenso y suspicaz, habla coherente sin alteraciones formales del pensamiento, ideación paranoide y autorreferencial, interpretaciones delirantes, alteraciones perceptivas y nula conciencia de enfermedad. Las funciones mentales superiores y el resto de la exploración neurológica no presentan alteraciones. Se realizaron hematimetría, bioquímica, RNM, EEG, no hallándose alteraciones significativas. Se inició tratamiento con 2 mg de risperidona, aumentando 2 mg cada tres días hasta 6 mg, remitiendo parcialmente el cuadro delirante en diez días.

Caso 2

Mujer de 30 años, casada, peluquera de profesión. Como antecedentes somáticos, destaca una aplasia renal sin significación clínica. No se conocen hábitos tóxicos. Entre los antecedentes psiquiátricos, destacan dos episodios psicóticos. Dos años antes presentó un episodio psicótico breve, tratado con haloperidol, que no precisa ingreso y que remite recuperando la paciente su nivel de funcionamiento anterior. Durante el seguimiento ambulatorio posterior, se recoge otro episodio psicótico de corta duración tras el fallecimiento de una hija recién nacida, en el que aparece ideación delirante de perjuicio y extravagante respecto a una vecina que, mediante actos de brujería y actitudes extrañas, se habría llevado a su hija. Este episodio se produjo cuatro años antes y no fue consultado ni tratado. La paciente es traída a urgencias por su marido tras reactivación de sintomatología psicótica, presentando ideación delirante poco sistematizada, difusión del pensamiento, delirio de influencia corporal, fenómenos telepáticos, ideación autorreferencial, alucinaciones auditivas con voces amenazadoras y alucinaciones cenestésicas, al experimentar orgasmos que le transmiten telepáticamente, y conductas desorganizadas, llenando la casa de sal o dando la vuelta a los cuadros. Mantiene la convicción de que su marido ha sido reemplazado por un doble idéntico, aunque al principio piensa que es sólo una sensación. Reconoce que más tarde le es difícil discernir si está ante su marido o el doble. Tras ingreso en nuestra unidad se realizan TAC craneal, EEG, hematimetría con fórmula y recuento, hormonas tiroideas y bioquímica completa, no encontrándose hallazgos significativos. Dada la buena respuesta que tuvo en el pasado se instaura tratamiento con haloperidol, remitiendo el episodio parcialmente en dos semanas.

Discusión

Al analizar los casos presentados, observamos que estamos ante dos cuadros de síndrome de Capgras clásico. Un varón y una mujer de 36 y 30 años, respectivamente. Ambos sufrían cuadros funcionales anteriores a la aparición del síndrome, siendo diagnosticados de esquizofrenia paranoide durante su evolución. La aparición del síndrome de Capgras es tardía respecto al inicio del trastorno de base. El contenido del cuadro se establece con la convicción delirante de que algún familiar ha sido sustituido por un doble idéntico. En el primer caso aparecen varios dobles de amigos y vecinos. Para los dos pacientes es prácticamente imposible llegar a distinguir a sus familiares de los impostores, si bien es cierto que la convicción delirante se instaura

lentamente y, ocasionalmente, descubren ciertas diferencias entre unos y otros. A diferencia del síndrome de Capgras original, en estos casos no hay existencia de dobles de sí mismos. Psicopatológicamente, predomina la suspicacia de los pacientes hacia las personas de su entorno más cercano, concordando esto con la llamada *disposition paranoïaque* descrita por Capgras, comprobándose, además, la existencia de relaciones ambivalentes entre los pacientes y su entorno afectivo.

En ambos casos, se realizaron exhaustivos exámenes físicos y complementarios (TAC, RNM, EEG, hormonas tiroideas), no hallándose en ninguno de ellos alteraciones significativas que pudieran explicar la sintomatología delirante. Los dos casos fueron tratados con antipsicóticos (6 mg de risperidona en el primero y 8 mg de haloperidol en el segundo), remitiendo parcialmente en menos de dos semanas. Se considera fundamental centrarse en la enfermedad primaria sobre la que se originó el delirio de dobles, ya sea de naturaleza funcional u orgánica, pues en la mayoría de los casos, la respuesta al tratamiento de la primera extinguirá los síntomas de este síndrome. Es recomendable, en la mayoría de los casos, acompañar al tratamiento farmacológico correspondiente con una psicoterapia de apoyo, teniendo en cuenta las características específicas y posibilidades de los pacientes. En muchos casos, es beneficiosa la modificación del entorno del enfermo. Concretamente, en los casos aportados, el tratamiento se dirigió hacia la enfermedad de base (utilizando neurolepticos para la esquizofrenia paranoide). Consideramos que el ingreso fue en sí mismo parte de la terapia, al modificar la relación que tenían los pacientes con su entorno, ya que se cancelaron las visitas de familiares hasta que mejoró la presión delirante. Al mismo tiempo, se realizaron entrevistas orientadas a obtener una relación positiva con los pacientes, estableciendo contacto con los elementos sanos del mismo, con el objetivo de atenuar su ansiedad, recuperar el sentido de la realidad y dar apoyo al yo sano.

Como propone Christodoulou²⁰, consideramos que en los casos presentados el enfoque etiopatogénico más acertado es el multifactorial. En ambos pacientes destacan factores personales y ambientales que marcan sus relaciones socio-familiares, siendo llamativa la existencia de dependencia en el primero y hostilidad y culpabilización en el segundo. Posteriormente, surgen la ambivalencia y la suspicacia. Todo ello favorecido por la desestructuración del pensamiento derivada de la psicosis y, al mismo tiempo, modulado por mecanismos como la identificación y la proyección. Por último, no debemos olvidar la propia susceptibilidad individual, es decir, genética, como factor sobre el cual interactúan los demás.

En los últimos años han aparecido numerosas aportaciones a la literatura científica en relación con este síndrome. Se han descrito nuevas variantes, como el síndrome de dobles subjetivos, que consiste en la creencia delirante de que un extraño ha sido transformado físicamente pero no psicológicamente en el propio paciente, y el síndrome de dobles inanimados, consistente en la creencia delirante de que ciertos objetos, casi siempre de determinado valor para el paciente, han sido sustituidos por otros. Además, se ha aportado el término de *síndrome de falsa identificación delirante*, que engloba una muestra heterogénea de cuadros relacionados con el delirio de dobles. Sin embargo, a nuestro entender, existen una serie de problemas que deberían abordarse, puesto que quizá dificulten la búsqueda de la etiología de este síndrome. Como han señalado Marková y Berrios²¹, no existe un consenso sobre qué constituye el delirio de falsa identificación. Como consecuencia de ello, proliferan diversas clasificaciones, cada una de ellas con distintas variantes, basadas fundamentalmente en el contenido, que conllevan una lista interminable de casos-tipo que se van añadiendo a la relación. Esto no tiene ningún valor para la comprensión de la formación del síntoma o de la etiología. Por el contrario, incrementa la confusión, puesto que cada nueva variante se considera un síndrome independiente, con supuestas nuevas correlaciones neuro-anatómicas y neuro-patológicas. Por otra parte, los modelos explicativos se ven atrapados en varias dicotomías: orgánico vs funcional; perceptual vs cognitiva; y síntoma vs enfermedad.

Es posible que la falsa identificación delirante considerada como una entidad única conste, en realidad, de dos componentes independientes: el delirio y la falsa identificación. Quizá la solución estribe en considerar la falsa identificación como un síntoma independiente de la falsa identificación delirante y, así, la primera sería un fenómeno que aparecería en diversas situaciones desde la normalidad hasta estados patológicos. Sería, por tanto, la forma²¹ en la que la falsa identificación se expresa lo que tendría la importancia fundamental, puesto que es esta característica psicopatológica la que ayuda a diferenciar entre los fenómenos clínicos.

Bibliografía

1. Capgras J, Reboul-Lachaux J. L'illusion des sosies dans un délire systématisé chronique. Bull Soc Clin Méd Ment 1923;2:6-16.
2. Capgras J, Carrette P. Illusion de sosies et complexe d'Oedipe. Ann Méd Psychol 1924;Ixxxii:48-68.
3. Depovy R, Montassut M. Un cas de syndrome des sosies chez une délirante par interprétations des troubles psycho-sensoriels. Ann Méd Psychol 1924;82:341-345.

4. Courbon P, Fail G. Syndrome d'illusion de Frégoli et schizophrénie. *Bull Soc Clin Méd Ment* 1927;15:121-124.
5. Courbon P, Tusques J. Illusion d'intermétamorphose et de charme. *Ann Méd Psychol* 1932;90:401-406.
6. Christodoulou GN. Syndrome of subjective doubles. *Am J Psychiatry* 1978;135:249-251.
7. Christodoulou GN, Malliara-Loulakaki S. Delusional misidentification syndromes and cerebral "dysrhythmia". *Psychiatr Clin* 1981;14:245-251.
8. Joseph AB. Focal nervous system abnormalities in patients with misidentifications syndromes. En: Christodoulou GN (ed). *The delusional misidentification syndromes*. Bibl Psychiatr. Basel, Karger, 1986;164:68-79.
9. Anderson DN. The delusional of inanimate doubles. *Br J Psychiatry* 1988;153:694-699.
10. Berson RJ. Capgras Syndrome. *Am J Psychiatry* 1983;140:969-970.
11. Todd J. The syndrome of Capgras. *Br J Psychiatry* 1981;139:319-327.
12. Lechmann HE. Otros trastornos psiquiátricos. En: Kaplan HI, Sadock BJ (eds.). *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Salvat, 1989;26:1217-1255.
13. Freeman T. *Psicopatología de la psicosis*. 1ª ed. Barcelona: Toray SA, 1972;46-47.
14. Resnik S. *La experiencia psicótica*. 1ª ed. Madrid: Tecnipublicaciones SA, 1988;155-157.
15. Ellis HD, Young AW. Accounting for delusional misidentification. *Br J Psychiatry* 1990;157:239-248.
16. Alexander MP et al. Capgras syndrome. A reduplicative phenomenon. *Neurology* 1979;29:334-339.
17. Hayman MA. Capgras syndrome and cerebral dysfunction. *Br J Psychiatry* 1977;130:68-71.
18. Christodoulou GN. The syndrome of Capgras. *Br J Psychiatry* 1977;130:556-564.
19. Bathia MS. Capgras syndrome in a patient with migraine. *Br J Psychiatry* 1990;157:917-918.
20. Christodoulou GN. The delusional misidentification syndromes. *Br J Psychiatry* 1991;159 (suppl. 14):65-69.
21. Markova IS, Berrios GE. Delusional misidentifications: Facts and Fancies. *Psychopathology* 1994;27:136-143.

FORMACIÓN CONTINUADA

La terapia personal de Hogarty

C. DEL ÁLAMO JIMÉNEZ

*Psiquiatra

Servicios de Salud Mental de Parla. Área 10. Madrid

Mientras que de la práctica habitual conocemos la importancia del tratamiento interpersonal con los pacientes esquizofrénicos y el resultado positivo que se desprende de muchas de las intervenciones a nivel psicológico que realizamos, ésto no queda lo suficientemente bien reflejado en los estudios de investigación publicados, apareciendo que muchos de éstos no reconocen un beneficio de este tipo de tratamiento (Gómes-Schwartz, 1984). Esta discordancia ha ocasionado la detención en el desarrollo de la psicoterapia en este terreno, en muchas ocasiones.

Sin embargo, como señalan otros autores (Masher y Keith, 1980; Scott y Dixon, 1995; Lehman y Carpenter, 1995), la gran mayoría de las investigaciones llevadas a cabo presentan graves errores en la metodología empleada y en la aplicación de las técnicas terapéuticas; algunos de los errores más comunes serían: una definición insuficiente de lo que son las intervenciones psicológicas, la poca atención concedida a la experiencia y entrenamiento del terapeuta que las realiza, no especificación del mínimo número de sesiones, una ausencia del tipo y dosis de medicación antipsicótica recibida, etc.

A pesar de las limitaciones de muchos de los estudios, podemos resumir algunas de las conclusiones sobre la eficacia de la psicoterapia revisada. En primer lugar, no parece existir una eficacia demostrada para la psicoterapia de orientación psicoanalítica centrada en el *insight* para pacientes con esquizofrenia, incluso algunos autores (Mueser y Berenbaum, 1990) señalan cierto potencial yatrogénico en intervenciones de este tipo. Este modelo quedaría reservado para aquellos pacientes que pueden integrar la experiencia psicótica dentro de sus vidas (Kaplan, y Sadock 1995), en quienes los síntomas negativos no sean los más relevantes. Las investigaciones realizadas sobre psicoterapias de apoyo (Gunderson et al, 1984), parecen encontrar

resultados más satisfactorios, reduciendo la sintomatología y el número de hospitalizaciones requeridas y produciendo un mayor ajuste social. Aunque estas técnicas no quedan del todo bien definidas, siendo necesaria una mayor diferenciación entre lo que es una psicoterapia de apoyo y el apoyo que podemos dar al paciente en una intervención habitual para el control farmacológico. Dentro de la primera, tendría que estar incluido no sólo el apoyo necesario, sino también una atención específica a los problemas y déficits que surgen de la propia enfermedad (psicoeducación, puesta de límites y prohibiciones, desarrollo de conductas adaptativas frente a una reducción de las maladaptativas, etc.).

Clásicamente, como apunta McGlashan, las psicoterapias se han venido dividiendo en dos formas: las psicoterapias de apoyo y las psicoterapias intensivas u orientadas al *insight*. La diferencia en cuanto a los objetivos y técnicas aplicadas, recogidas en la Tabla I, fueron la base para el desarrollo de los distintos estudios e investigaciones.

De esta manera, McGlashan (1994), propone un abandono de esta dicotomía en las técnicas aplicadas en la psicoterapia con esquizofrénicos, ya que polaridades de este tipo suelen ser falsas. Para él, lo necesario es una integración de ambos extremos; el terapeuta ha de ser activo pero no intrusivo, consistente pero no rígido, firme pero no abstinento. Sobre todo, apoyar, ya sea realizando una interpretación o asistiendo activamente al paciente para realizar un cambio en el medio. El terapeuta debe ser real, incorporando progresivamente, según el momento y la situación clínica del paciente, técnicas, bien de apoyo, bien de psicoterapia de *insight*, es decir, ha de disponer de un amplio rango de respuesta.

Aunque los objetivos de todos los tratamientos en la esquizofrenia incluyen una disminución de los síntomas, una reducción del riesgo de recaídas y una mejo-

Tabla I
Comparación de objetivos y técnicas entre la psicoterapia de apoyo y la orientada al *insight*

Apoyo	<i>Insight</i>
1. Recuperación social	1. Cambios en la personalidad
2. Reestablecer la homeostasis	2. Conseguir crecimiento emocional
3. Eliminar síntomas	3. Eliminar y entender los síntomas
4. Fortalecer defensas	4. Favorecer defensas más maduras
5. Ignorar síntomas psicóticos	5. Integrar la experiencia psicótica
6. Delimitar la realidad	6. Explorar la realidad del paciente
7. Aconsejar	7. Abstinencia
8. Evitar la regresión	8. Tolerar la regresión
9. Favorecer la transferencia	9. No alterar la transferencia negativa
10. Evitar la transferencia negativa	10. Interpretarla

ra en el ajuste psicosocial, raramente una única modalidad terapéutica puede por sí misma abarcar todos ellos. Más a menudo, un buen cuidado terapéutico requiere de la integración de técnicas diferentes, tanto a nivel farmacológico como psicoterapéutico o de soporte comunitario.

Los últimos trabajos realizados por Hogarty et al (1995), son un ejemplo de este tipo de modelos integrativos donde también se incluyen técnicas cognitivas, sociales, psicoeducativas, tanto para familias como para pacientes, así como un control de la medicación en cuanto a dosis requerida y al manejo de ésta por parte del paciente. Hogarty describe la terapia personal (Personal Therapy, PT), como una intervención centrada en el modelo de enfermedad, con estrategias secuenciales de intervención en tres tiempos de diferente grado de complejidad, según la situación de recuperación del paciente, y que tienen como fin el reconocimiento por parte de éste de las situaciones de estrés y la alteración de los afectos que a éstas siguen y que suelen ser, a su vez, previas a una descompensación de los síntomas psicóticos. Es una técnica basada en el modelo de estrés-vulnerabilidad. Los tres tiempos están bien establecidos, aunque existe gran flexibilidad en sus contenidos, administrándose mensualmente una escala, *Process Rating Scale*, que valora la obtención de los objetivos correspondientes. Hogarty señala la importancia de una estabilidad previa al comienzo del tratamiento en lo que a vivienda, higiene, alimentación e ingresos económicos se refiere, y también en la necesidad de reintroducir al paciente en el punto de tratamiento adecuado tras haber sufrido una recaída.

La terapia personal es un modelo centrado en la enfermedad, ya que la atención, el procesamiento de la

información, la memoria, la motivación y el ajuste social son tan deficitarios que impiden un correcto desarrollo de la clásica psicoterapia orientada al *insight* afín al modelo centrado en la persona donde se asumía una integridad a nivel cerebral, que proporcionaba la facilitación del desarrollo de los aspectos más adaptativos.

Descripción

La terapia personal está conceptualizada como una respuesta a la desregularización afectiva expresada como la pérdida de control del humor.

Está diseñada para dar al paciente estrategias más adaptativas que puedan facilitar el autocontrol de los afectos y estados que siguen a la percepción individual del estrés, experiencia única, subjetiva e independiente de situaciones específicas. Se busca controlar el proceso en escalada de los sentimientos; es decir, de la vulnerabilidad del individuo, dando un conocimiento y entendimiento del estado subjetivo del paciente y, así, dar alternativas más adecuadas al control y expresión de los sentimientos intensos y problemáticos, conociendo la influencia que la expresión de éstos tiene en la respuesta de las personas de su alrededor.

Fase 1^a

Tiene una duración entre tres y seis meses, se utilizan básicamente técnicas de apoyo; el objetivo prioritario será el de adquirir una alianza terapéutica. *Se realiza un contrato terapéutico donde se reflejan los objeti-*

vos de cada fase, así como la necesidad de tomar la medicación, la prohibición del uso de alcohol y drogas y la necesidad de consultar con el terapeuta en caso de crisis. Las familias son atendidas, al menos en una ocasión, para explicar el programa terapéutico y dejar una puerta abierta para cuestiones relacionadas con la psicoeducación; esta última está integrada como parte de todas las sesiones individuales, además de, también, participar en un taller de trabajo, compuesto por cuatro/seis pacientes, comprendido por tres sesiones de 20 minutos, que se comienza una vez alcanzada la estabilidad clínica, hablando de la naturaleza de la esquizofrenia y sus síntomas, dentro de un modelo biopsicosocial; también se aborda la necesidad de tratamiento farmacológico, los riesgos de depresión y suicidio, incidiendo en lo importante de la alianza terapéutica.

Se utilizan básicamente técnicas de apoyo: escucha activa, aceptación de lo que el paciente pueda ir expresando, empatía, estimulando las afirmaciones relevantes e iniciativas más sanas por parte de éste. Posteriormente, se incluyen estrategias dirigidas a asumir progresivamente responsabilidades en el autocuidado y asignaciones domésticas.

Ya en esta fase, se introduce el componente principal de la terapia personal, esto es, el manejo interno de los sentimientos. Se analizan situaciones estresantes para el paciente identificando los signos internos que esos desajustes provocan. Se trata de hacer ver la relación entre la situación estresante y todos los afectos, cogniciones, comportamientos y/o trastornos somáticos que le siguen, si bien el terapeuta no pone a prueba esta relación.

También se introducen nociones básicas sobre entrenamiento en habilidades sociales, favoreciendo la evitación del estrés; se trabaja sobre la naturaleza de los contenidos verbales y expresiones no verbales.

Para pasar a la segunda fase se han de conseguir los objetivos siguientes: 1) estabilizar los síntomas positivos y alcanzar unas condiciones de vida mínimamente estables; si bien puede persistir sintomatología positiva, el comportamiento no ha de estar muy alterado por ésta. 2) Mantenimiento de una dosis mínima necesaria de neurolépticos durante un período de, al menos, dos meses. 3) Posibilidad de mantener la atención un mínimo de 30 minutos. 4) Entendimiento básico sobre la involuntariedad de la esquizofrenia como una enfermedad psicobiológica, con una elevada sensibilidad al medio. 5) Que exista un mínimo de ausencias a las citas.

Fase 2ª

Duración de seis/ocho meses, centrada en un mayor autoconocimiento de los sentimientos, cogniciones y comportamientos. Paralela a la psicoterapia a nivel individual, se continúa acudiendo a un segundo taller de psicoeducación, también dividido en tres presentaciones: en la primera, se descubren los síntomas prodrómicos, el papel de las alteraciones afectivas como pistas de un distrés, así como estrategias para la autoprotección, como intentar distraerse o evitar ciertas situaciones; en la segunda presentación se enseñan técnicas de relajación y entrenamiento en habilidades sociales más avanzadas; por último, la tercera está centrada en las actividades vocacionales y la vulnerabilidad al trabajo, intentando disminuir demandas competitivas.

En general, esta fase está orientada hacia la reflexión identificando los principales signos internos asociados con el estrés manifestados como un rango de respuestas afectivas, comportamentales o somáticas. Se realizará un listado de signos de alarma incluso por escrito; se focaliza siempre en la respuesta subjetiva, independiente de la naturaleza del desencadenante y, como ésta, provoca otras respuestas en las personas de alrededor; para alcanzar relaciones interpersonales más adecuadas.

Se utilizan técnicas de relajación más sofisticadas, con respiración diafragmática.

Según la relación va avanzando, y el paciente se encuentra más estabilizado, comenzaremos a trabajar otros aspectos que van a requerir el desarrollo de un mejor conocimiento y manejo sobre los estados anímicos, cognitivos y del comportamiento. Es una etapa que se va a centrar más en lo interno del individuo, y en cómo esto repercute en las respuestas obtenidas del medio externo, posibilitando una mayor reflexión sobre todo ello.

Hay varios temas fundamentales sobre los que centraremos nuestra atención:

- Participación activa en su propio tratamiento, lo que supone la toma de medicación, acudir a las citas prefijadas, toma de contacto cuando exista un empeoramiento de su estado, es decir, una solicitud activa de éste.
- Adaptación a su realidad social, reincorporándose progresivamente a la comunidad, llevando a cabo actividades que, a su vez, puedan estimular al paciente, reiniciando relaciones interpersonales y responsabilidades que, en un principio, se realizarán básicamente en el mismo hogar; aprovechamiento

del tiempo de ocio e, incluso, en aquellos casos donde la demanda se ajuste a las posibilidades del individuo, favorecer una ocupación laboral, sea protegida o no.

- Conocimiento de sus síntomas delirantes, alucinaciones, estados afectivos (ansiosos, depresivos, etc.), reconociéndolos y pudiendo comprender su significado y la relación que éstos mantienen con las conductas que son llevadas a cabo por ellos, así como las respuestas obtenidas por los demás.
- Localizar las situaciones de estrés que pueden provocar un empeoramiento de los síntomas, aprendiendo alternativas más adecuadas en el manejo de éstas y en la resolución de conflictos.

Durante este período se utilizarán también técnicas aplicadas, como ya dijimos en la primera fase: psicoeducación, apoyo, etc. Aunque las intervenciones van siendo más complejas, utilizando la relación terapéutica para resolver ciertas experiencias, no debemos caer en el error de creer que por haberse producido una disminución o desaparición de los síntomas positivos el paciente está capacitado para una participación más activa; esto será el producto de una elaboración más costosa.

Ha de cumplirse los siguientes objetivos para alcanzar la fase tercera del tratamiento: 1) que persista la estabilización; 2) que se haya obtenido un entendimiento de los efectos que el estrés produce sobre una persona más vulnerable; 3) percepción correcta de la situación social en rol-playing y evidencia su situación fuera del marco terapéutico; y 4) sesiones de relajación utilizando respiraciones diafragmáticas. Se continúa pasando la PRS mensualmente.

Fase 3^a

Con una duración aproximada que va desde los 18 meses a los tres años. Las intervenciones se irán realizando progresivamente, según las características del paciente y de su proceso, *intentando dar oportunidad para la introspección; se presta especial atención a los déficits neuropsicológicos menos aparentes, pero fundamentales en el procesamiento de la información y la percepción social. Se continúa con técnicas de*

psicoeducación, técnicas de relajación basadas en el autocontrol, se enseña al paciente a manejarse en relaciones interpersonales claves, lo que necesita hacer y los pasos a seguir para alcanzar sus objetivos.

Es en este momento cuando podemos comenzar a señalarles la relación existente entre las circunstancias vitales sufridas y la situación interior, al mismo tiempo que continuamos con el entendimiento de sus síntomas, las circunstancias en que aparecen, cómo manejarlos e impedir que puedan progresar; reconocer los pródromos de una descompensación hace sentirse al paciente más seguro y fortalecido en su capacidad de manejo y control por sí mismo de su enfermedad, entendiendo que no toda alteración del estado de ánimo, cognición, comportamiento, son equivalentes a una nueva descompensación (Marder et al, 1994).

Cuando el paciente comienza a dar muestras de la aplicación de los recursos aprendidos en un contexto fuera del terapéutico, las sesiones gradualmente van disminuyendo su frecuencia.

Bibliografía

1. Fenton W, McGlashan T. Schizophrenia: individual psychotherapy. En: Comprehensive textbook of Psychiatry/VI. Kaplan H, Sadock B. Baltimore: Williams&Wilkins, 1995.
2. Gómez-Schwartz B. Individual psychotherapy in schizophrenia. En: Treatment, management, and rehabilitation. Groonen and Straton. New York: Bellack AS, 1984:307-335.
3. Gunderson JG, Frank AK et al. Effect of psychotherapy in schizophrenia II. Comparative outcome of two forms of treatment. Schizophr Bull 1984;10:564-598.
4. Hogarty GE, Kornblith SF, Greenwald D et al. Personal Therapy: a disorder relevant psychotherapy for schizophrenia. Schizophr Bull 1995;21:379-393. Lehman A, Carpenter W, Goldman H et al. Treatment outcomes in schizophrenia: implications practice, policy and research. Schizophrenia Bulletin 1995;21(4):669-675.
6. McGlashan TH. What has become of the psychotherapy of schizophrenia? Acta Psychiatr Scand 1994;90(384):147-152.
7. Moshier LR, Keith SJ. Psychosocial treatment: individual, group, family and community support approaches. Schizophrenia Bulletin 1980;6:10-41.
8. Mueser KT, Berenbaum H. Psychodynamic treatment of schizophrenia. Is there a future? Psychological Med 1990;20:253-262.
9. Scott JE, Dixon LB. Psychological interventions for schizophrenia. Schizophrenia Bulletin 1995;21(4):621-630.

Denuncia de una sentencia: aborto y psiquiatría

No es nuevo que la psiquiatría cubra las fallas del legislativo. La medicalización de la locura, origen de la psiquiatría, va a permitir un nuevo estatuto del trastorno mental, esencial en una sociedad contractual. El dictamen psiquiátrico -internamiento, imputabilidad, tutela, curatela- complementa el ordenamiento jurídico.

La interrupción voluntaria del embarazo en España, vuelve a situar a la psiquiatría en el lugar de suplir las fallas del legislador. De las tres circunstancias que penalizan el aborto la única que permite, en la mayoría de las ocasiones, a la embarazada llevar a cabo el deseo o la decisión, apremiada por la necesidad, de interrumpir el embarazo es “encontrarse en grave riesgo de enfermar psíquicamente”.

Estos son los tres supuestos (Ley Orgánica 5 julio 1985, número 9/85):

1. Que sea necesario para evitar un grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por un médico de la especialidad correspondiente, distinto de aquél por quien o bajo cuya dirección se practique el aborto. En caso de urgencia por riesgo vital de la gestante, podrá prescindirse del dictamen y del consentimiento expreso.
2. Que el embarazo sea consecuencia de un hecho constitutivo de delito de violación del artículo 429, siempre que el aborto se practique dentro de las doce primeras semanas de gestación y que el mencionado hecho hubiese sido denunciado.
3. Que se presuma que el feto habrá de nacer con graves taras físicas o psíquicas, siempre que el aborto se practique dentro de las veintidós primeras semanas de gestación y que el dictamen, expresado con anterioridad a la práctica del aborto, sea emitido por dos especialistas de centro o establecimiento sanitario, público o privado, acreditado al efecto, y distintos de aquel por quien o bajo cuya dirección se practique el aborto.

La incertidumbre legal, la hipocresía social, trasladan el problema a las filas de los psiquiatras, que se encuentran con el dilema de:

- a) aceptar que en determinadas circunstancias, llevar a

cabo un embarazo no deseado supone un grave problema para la salud mental de la embarazada y, por tanto, facilitar con su informe la interrupción voluntaria del embarazo;

- b) considerar que existen más riesgos para la salud en el caso de interrumpir voluntariamente el embarazo;
- c) por último, quien simplemente se inhibe declarándose objetor de conciencia.

El hecho es que la mujer que, por las razones que sean, desea libremente abortar no tiene, muchas veces, más remedio que convertirse en “enferma mental”. Una potencial enferma mental que deberá acudir a una clínica privada, pues el mapa sanitario público del aborto es muy reducido gracias a la beligerancia antiaborto de algunos jueces y la violencia de los movimientos Pro-Vida. Unos y otros han sembrado suficiente miedo entre los psiquiatras y ginecólogos para reducir la posibilidad de los abortos en la sanidad pública a unos pocos centros en todo el territorio nacional¹.

No pretendemos introducir un debate sobre la patología de la IVE. En la literatura psiquiátrica hay suficientes estudios.

El consejo editor y de redacción de la revista *Psiquiatría Pública*, no pretende en estas páginas sino denunciar una sentencia que condena a la psiquiatra Norma Giménez Pinos, y sumarse a todos los compañeros (Asamblea de la Asociación Madrileña de Salud Mental, carta declarándose autores de informes semejantes de socios de la Asociación Española de Neuropsiquiatría). El debate no es médico: es un debate social, ciudadano, político. Y es un debate cerrado, con posiciones claras. El legislador tiene la palabra. Pero, entretanto, los jueces no pueden usar la psiquiatría según les conviene a sus creencias religiosas o políticas.

Este es el sentido del artículo de Guillermo Rendueles, perito de la defensa en el caso mencionado y colaborador de *Psiquiatría Pública*, que publicamos a continuación, (consejo de redacción).

¹ Sin embargo, la dimensión social y humana del problema puede verse, por ejemplo, y de ahí la dificultad de la decisión del psiquiatra, en que, según estudios recientes, cerca de la mitad de las embarazadas españolas menores de 20 años abortan.

Aborto: jueces, políticos y psiquiatras

G. RENDUELES OLMEDO

Médico Psiquiatra
Centro de Salud Mental. Gijón (Asturias)

El último año tuve que actuar como perito de la defensa en dos juicios por aborto en la Audiencia Provincial de Oviedo contra la psiquiatra Norma Emma Giménez Pinos que, según dicen los papeles, tiene ya 52 años y es natural de Río Gallegos (Argentina).

Aunque la acusación era la misma -aborto sin circunstancias modificativas-, los resultados no pudieron ser más dispares: absolución en el primero, condena a un año de prisión y a dos de inhabilitación en el segundo, y en los dos aparece citada mi peritación para apoyar en uno la absolución y, en otro, la condena.

Desde luego, no aspiro a descifrar los vericuetos mentales que lleven a resolver ese misterio, sino a plantear un debate teórico-práctico respecto al triste papel que los psiquiatras solemos representar en unos juegos de poder donde el oportunismo político de un gobierno que, como el anterior, es incapaz de legalizar el aborto por cobardía, pero deseoso de quedar bien con los grupos feministas, hace un guiño progresista murmurando implícitamente “la ley, por necesidades electorales, es restrictiva, pero deja abierta la puerta para que los psiquiatras -ya se sabe, de los nuestros-, firmen certificados en barbecho del supuesto riesgo psíquico, con lo que, en la práctica y por la puerta de atrás, legalizamos el aborto”.

Enfrente, la más oscura reacción judicial, rastreando la coincidencia de un novio despechado que denuncie, algún forense de la obra más cercano a Torquemada que al dulce Rabí de Galilea, que exhortó a no tirar piedras, y alguna incoherencia formal en el informe de indicación de IVE para ajustar cuentas con lo que llaman el mundo abortista y condenar a quien le toque la lotería al revés, como a Giménez Pinos, apenas que rompen la vida profesional.

Esa es, a mi juicio, la primera reflexión sincera que todo profesional no objetor debe hacer y que yo hago en primera persona: a mí también me podía haber tocado acabar en el banquillo, porque los hechos probados que recoge la sentencia son similares a la mayoría de

informes que todos hacemos ya que, según la Audiencia Provincial “con los síntomas de ansiedad, equivalentes somáticos de angustia, insomnio, emesis, mareos y dolor abdominal”, la psiquiatra era plenamente consciente de la ausencia de sintomatología que aconsejara la práctica de un aborto terapéutico en una joven que, como recoge en otro apartado la sentencia, “tiene 18 años, es soltera y en función de su situación social y económica no quiere continuar el embarazo”.

La sentencia hace referencia también al alto grado de reprochabilidad que merecen conductas como las enjuiciadas en las que “con manifiesto desprecio de la legislación vigente y cumpliendo sólo los requisitos formales, se burla el espíritu de la misma”, y que yo creo fue clave en el ensañamiento de condenar de paso al ginecólogo por no darse cuenta de la falsedad del dictamen psiquiátrico en una pirueta dialéctica difícil de igualar: cuando uno reciba un informe del otorrino sobre un sordo, mejor da una palmada, no sea que el diagnóstico sea falso y el juez te empapele.

Respecto a la psiquiatra, ya puesta la Audiencia a hacer diagnóstico diferencial, nada mejor que terminar la faena negando la posibilidad de error vencible o invencible afirmando la consciente y voluntaria invención de una indicación inexistente “según ha puesto de relieve la pericial médico forense, como la psiquiátrica propuesta por la propia defensa” (¡qué mal debí explicarme aquella mañana!).

Finalmente, la sentencia resuelve un viejo dilema psiquiátrico respecto a la normalidad, al considerar “que los síntomas de neurosis de angustia, ansiedad, insomnio, son absolutamente normales, predecibles y esperables en cualquier joven de 18 años que se queda embarazada de su novio y que carece de antecedentes psiquiátricos”.

El cierre de esta primera reflexión no puede ser más práctico y sencillo: la legislación actual sobre aborto es, para la psiquiatría, una NORMA PERVERSA en el sentido de que es una de esas normas que nunca se cumple y que, por transgredirla todo el mundo -como el

no fumar en consulta los médicos-, crea desmoralización en su entorno, ya que únicamente se sanciona de forma azarosa a un mínimo de transgresores, mientras el resto continúa en una ambigüedad que se transmite al resto del sistema. Los psiquiatras somos especialmente crédulos en astenias que permiten invalidarse laboralmente o en justificar vicios o incontinencias morales como enfermedades.

De ahí que este caso concreto exija medidas solidarias rápidas que nos hagan salir de ese papel ambiguo de crédulos respecto a simuladores o cómplices para criminales, deshaciendo ese Estatuto de Tutela respecto a la mujer que patologiza decisiones que, como ha señalado Josefina Mas, no tienen por qué vivirse en clave psiquiátrica: el aborto es una decisión libre de quien la toma y no una enfermedad, y plantear dicha decisión de la mujer sin ningún permiso médico o social nos permitiría a quienes hoy somos solidarios y militantes a favor de las víctimas, expresar íntimos melindres sobre el aborto, como es mi caso.

La reflexión general que este caso nos trae, se ampliaría al brutal proceso de judicialización que la psiquiatría ha sufrido en el siglo y cuya genealogía no está de más resaltar como buscada y lograda, como fruto de una "Campaña Forense" iniciada a primeros de siglo por los psiquiatras ilustrados para librar del garrote vil a criminales locos, a locos criminales y a locos que no lo parecen, como titulaban sus opúsculos los paladines del progresismo intervencionista.

Y la verdad es que la psiquiatría está a punto de morir de éxito, ya que, como dice Foucault, no sólo no hay juicio penal que no comienza por una peritación respecto a cuanto de criminal o cuanto de loco tiene el reo, sino que prácticamente todo el sistema de vigilar y castigar se ha psiquiatrizado. En tal sentido, los jueces no

juzgan en el sentido antiguo de hacer corresponder una conducta con una figura penal, sino que tratan de insertar el delito en la biografía del delincuente para comprender y facilitar el mejor lugar de reinserción, y los criterios de entrar y salir de las cárceles tienen que ver más con la rehabilitación o la peligrosidad que con la conducta y la culpa.

El verbo castigar también ha desaparecido de las cárceles, donde los carceleros también rehabilitan a los presos -perdón, internos- con técnicas psicopedagógicas, que también consisten en colocarlos en circuitos de semilibertad o semiprisión, que se gradúan en función de unos etéreos criterios de peligrosidad.

A cambio, todo el sistema de cuidados psiquiátricos ha formado un bloque de vigilancia y control de riesgos, en los que se le exige ser un eslabón más de la cadena disciplinaria: condenas a tratamiento en toxicomanías, obligación de informar periódicamente al juzgado, evaluaciones continuas de infancia peligrosa o en peligro se multiplican a velocidad vertiginosa en la psiquiatría social.

Y, creo yo, es buena ocasión ésta de la solidaridad con la compañera condenada por aborto, para recordar una vieja palabra conjugada en aquel mayo de mis amores, que se llamaba DESPSIQUIATRIZAR y empezar con una campaña opuesta a la de nuestros abuelos para huir de los espacios judiciales, carcelarios o pedagógicos, para evitar que cuando los de arriba -políticos, jueces- no sepan cómo responder ante un dilema, jueguen a los trileros y desplacen el problema desde el plano moral -abortar puede ser pecado para quien así lo crea, pero no delito- o disciplinario, hacia ese campo de lo íntimo que nos hace especialistas en simulación o comprensivos consejeros del amo.

ACTUALIZACIÓN BIBLIOGRÁFICA

Reseña de Revistas

Suicidio en pacientes con cáncer

B. Martínez Pascual

Psiquiatra. U.S.M. Las Palmas. Gran Canaria

Introducción

Los pacientes con cáncer tienen mayor riesgo de suicidio. Las características de irreversibilidad y severidad de la enfermedad cancerosa, la convierte en uno de los máximos exponentes en el momento de establecer correlación entre enfermedad orgánica y riesgo de suicidio^{1,2}. Según algunos autores, este riesgo es mayor inmediatamente después del diagnóstico y en las personas que están recibiendo quimioterapia¹. Para Breitbart et al el riesgo es más elevado en las fases terminales³. Hay una tendencia a considerar que el suicidio en los pacientes con cáncer es un hecho racional, una alternativa digna al prolongado sufrimiento físico y mental causado por la enfermedad y su tratamiento⁴. Sin embargo, otros autores consideran que estas decisiones suicidas meditadas en ausencia de enfermedad psíquica son excepcionales⁵.

Diversos estudios señalan que la mayoría de los pacientes que padecen cáncer y llevan a cabo una conducta suicida, sufren también algún trastorno psiquiátrico, sobre todo depresión⁵⁻⁷.

El riesgo de desarrollar trastornos mentales en enfermedades crónicas es claro, bien por ellas mismas o bien por las consecuencias biológicas o psicosociales que conllevan, o por la terapéutica utilizada².

El suicidio puede ocurrir en el contexto de una depresión mayor, un trastorno adaptativo, *delirium* o un trastorno orgánico del ánimo⁸.

Datos epidemiológicos

El riesgo de suicidio en pacientes con cáncer es dos a diez veces mayor que en la población general⁹.

La incidencia de enfermedades psíquicas en pacientes con cáncer varía, según los estudios, entre 4,5 y 8,5%.

Esta variación depende de las muestras utilizadas, el lugar donde se localiza el tumor primario, la extensión, el estado físico del paciente, etc.¹⁰ La prevalencia de trastornos depresivos va desde el 5 al 77%¹¹, la prevalencia de trastornos cerebrales orgánicos en pacientes de cáncer es de hasta el 85% en pacientes terminales. Es más frecuente entre los varones, fundamentalmente en mayores de 50 años².

Por lo general, las características de ejecución del acto suicida en las personas con cáncer suele tener un índice de letalidad importante. El método utilizado más frecuentemente es la intoxicación medicamentosa^{2,3}. La mayoría se suicidan en el domicilio y el 33% dejan una nota.

El suicidio es más frecuente cuando los pacientes padecen cáncer bucofaríngeo, pulmonar, gastrointestinal, de mama y urogenital. Estos lugares tienen un importante impacto psicológico por la desfiguración y la alteración funcional que producen³.

Factores de riesgo de suicidio en pacientes con cáncer

1. Enfermedad avanzada, mal pronóstico: según Breitbart, el 86% de los suicidios en pacientes con cáncer ocurrirían en los estados avanzados de la enfermedad. Generalmente, el mal pronóstico y la enfermedad avanzada van unidos. Los pacientes con enfermedad terminal tienen más riesgo de suicidio porque tienen más complicaciones de la enfermedad como dolor, depresión, *delirium* y síntomas deficitarios¹².

2. Dolor incontrolado: la mayoría de suicidios son en aquellos pacientes con dolor severo, a menudo controlado inadecuadamente o mal tolerado⁸. Generalmente se asocia a alteraciones psicológicas y del estado de

ánimo¹². Los pacientes con dolor tienen dos veces más complicaciones psíquicas (depresión o ansiedad) que los que no tienen. El dolor empeora la calidad de vida y la sensación de control. De aquí la importancia de tratarlo adecuadamente³.

3. Depresión. Desesperanza: los trastornos depresivos, incluyendo los trastornos adaptativos con ánimo deprimido, afectan al 50% de todos los pacientes que cometen suicidio, los que sufren depresión tienen 25 veces más riesgo de suicidio que la población general. Aproximadamente el 25% de los pacientes con cáncer experimentan severos síntomas depresivos y el 6% cumplen criterios DSM-III-R de depresión mayor.

Los cuadros depresivos en el cáncer se correlacionan con la influencia fisiológica de la enfermedad sobre el estado de ánimo, la acción de los tratamientos médicos utilizados o las limitaciones psicosociales derivadas de la propia enfermedad⁵. En los que sufren enfermedad avanzada con progresivo impedimento físico, los síntomas de depresión severa afectan al 77%¹².

En muchos casos resulta difícil realizar un diagnóstico de trastorno depresivo en pacientes con cáncer, ya que la presencia de síntomas de la enfermedad cancerosa o en relación con el tratamiento aplicado son complicados de diferenciar de alguno de los síntomas vegetativos de la depresión². Esto podría explicar las diferentes prevalencias de depresión en pacientes con cáncer que aparecen en la literatura¹³. Los síntomas más valiosos en pacientes con cáncer para diagnosticar la depresión son: severidad de humor disfórico, grado de desesperanza, sentimientos de culpabilidad o incapacidad e ideas suicidas⁷.

La detección y tratamiento de la depresión es crucial, ya que interfiere en la calidad de vida, empeora los síntomas físicos, aumenta el tiempo de ingreso, puede disminuir la motivación y colaboración al tratamiento, y producir una distorsión cognitiva acerca del tratamiento y pronóstico^{4,9,14}.

4. *Delirium*. Desinhibición: la prevalencia de *delirium* entre pacientes con cáncer es de 25-40% y aumenta al 85% en estadios terminales de la enfermedad¹². Aunque en trabajos anteriores se decía que el *delirium* era un factor protector, las investigaciones de Breitbart et al, al igual que otros investigadores, muestran que los estadios confusionales son un factor que contribuye a los intentos de suicidio impulsivos^{8,15,16}.

5. Pérdida de control. Sentimientos de desamparo: algunos estudios han demostrado que el suicidio es más frecuente en aquellas personas que tienen la necesidad de controlar todo lo referente a su cuidado y enferme-

dad, que en aquéllos que aceptan y se adaptan a la situación. Parece que es más estresante la sensación de pérdida de control de la mente, fundamentalmente cuando están sedados o confusos por la medicación, que la sensación de pérdida de control física por el debilitamiento^{7,12}.

6. Psicopatología preexistente: en pacientes con historia previa de conductas autodestructivas, como trastorno de personalidad límite, alcoholismo y abuso de sustancias, aumenta drásticamente el riesgo de suicidio. Las enfermedades mentales mayores (fundamentalmente las psicosis), también incrementan este riesgo⁷. Tras los trastornos depresivos, el alcoholismo es la segunda patología más frecuente (aparece en el 30% de los suicidios).

7. Historia previa de intentos de suicidio. Historia familiar de suicidio: en un estudio finlandés⁴, el 54% de los pacientes con cáncer que se suicidaron habían tenido previamente pensamientos o planes sobre el suicidio, y el 29% de ellos habían realizado algún intento previo. Estos datos aparecen también en otras investigaciones¹⁶⁻¹⁸. La historia familiar de suicidio, al igual que en las estadísticas de suicidio en general, aumenta considerablemente el riesgo de cometer suicidio posteriormente³.

8. Fatiga. Extenuamiento: actualmente el cáncer es una enfermedad, a menudo, crónica. El aumento de la supervivencia incrementa el número de ingresos, las complicaciones, etc., y esto aumenta el cansancio del paciente ante su situación y, por tanto, el riesgo de suicidio. Una fase muy importante es la final, el paciente puede sentirse más solo y abandonado en estas circunstancias¹².

9. Otros factores de riesgo: el miedo a las recaídas, el aislamiento social, pérdidas recientes del cónyuge o de algún amigo, tendencias pesimistas, presiones socioeconómicas⁹.

Manejo del riesgo de suicidio

La intervención precoz en el individuo con riesgo es fundamental. Es necesaria una evaluación cuidadosa de los pensamientos suicidas, incluida una investigación sobre el significado de las ideas suicidas, así como explorar la seriedad del riesgo. Favorecer que el paciente exprese sus pensamientos es esencial, al igual que la escucha empática y nunca crítica⁸. Los factores de vulnerabilidad al suicidio deberían usarse como una

guía para la evaluación y el manejo. El involucrar a la familia cercana en el tratamiento es muy útil¹².

Siempre hay que tener presente la percepción de la enfermedad por el paciente, siendo especialmente cautos con aquellas personas que focalizan su enfermedad de modo hipocondríaco. Las alteraciones emocionales causadas por la enfermedad deben ser correctamente evaluadas y tratadas. Proveer de un adecuado tratamiento del dolor, así como de un soporte psicoterapéutico preciso, incluyendo el uso de medidas psicotrópicas¹⁹.

Una medida eficaz para prevenir la conducta suicida en pacientes con enfermedades físicas consiste en mejorar la formación médica en lo referente al diagnóstico y al tratamiento de los trastornos afectivos⁵.

El tratamiento farmacológico de la depresión en pacientes con cáncer es efectivo, y mejora la calidad de vida de estos pacientes. El tratamiento psicoterapéutico se ha demostrado que es útil en el manejo del estrés, del autoconcepto, control de salud, fatiga, problemas sexuales, ansiedad, dolores y náuseas⁹.

Cuando el suicidio se comete, la pérdida puede ser especialmente difícil para los que se quedan. Las reacciones incluyen sentimientos de rechazo, abandono, enfado y culpabilidad. Los grupos de autoayuda disminuyen el aislamiento, dan la oportunidad de ventilar sentimientos y ayudan a afrontar la pérdida³.

Conclusiones

La presencia de una enfermedad orgánica supone un factor de riesgo de suicidio. En el caso del cáncer, enfermedad asociada con gran frecuencia a características de irreversibilidad y severidad, esta relación es clara.

El suicidio de los parientes con cáncer se relaciona con la presencia de trastornos mentales, fundamentalmente depresión, y es excepcional sin psicopatología concomitante.

Existen una serie de factores que aumentan la vulnerabilidad al suicidio. Entre ellos destacan la enfermedad avanzada, el dolor incontrolado, los síntomas depresivos y los sentimientos de desesperanza.

Es fundamental detectar los pacientes con elevado riesgo de suicidio, para ello es importante incrementar la formación médica en el diagnóstico y tratamiento de trastornos psiquiátricos.

El adecuado control del dolor, el tratamiento psicoterapéutico y farmacológico de los trastornos psicopatológicos, así como el apoyo a la familia, son factores fundamentales en la prevención del suicidio.

Bibliografía

1. Gili M, Roca M. Trastornos afectivos en oncología. En: Roca M, Bernardo M, eds. Trastornos depresivos en patologías médicas. Barcelona: Masson; 1996.
2. Bisen JR. Enfermedad médica y suicidio. En: Ros S, ed. La conducta suicida. Madrid: ELA; 1997.
3. Breitbart W. Suicide in cancer patients. En: Holland JC, Rowland JH, eds. Handbook of Psychooncology: Psychological care of the patient with cancer. New York: Oxford University Press; 1989.
4. Henriksson MM et al. Mental disorders in cancer suicides. *J Affect Disord* 1995;36:11-20.
5. González JC, Ramos Y, Carbonell C, Bobes J. Poblaciones específicas de alto riesgo. En: Bobes J, González JC, Sáiz PA, eds. Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. Barcelona: Masson; 1997.
6. Baile WF. Rational suicide or depression: A new dilemma for the C-L psychiatrist. *Psycho-Oncology* 1993;2:67-68.
7. Lynch ME. The assessment and prevalence of affective disorders in advanced cancer. *J Palliat Care* 1995;11(1):10-18.
8. Breitbart W, Levenson JA, Passik SD. Terminally ill cancer patients. En: Breitbart W, Holland JC, eds. Psychiatric aspects of symptom management in cancer patients. Washington DC: American Psychiatric Press; 1992.
9. McDaniels et al. Depression in patients with cancer. Diagnosis, biology and treatment. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:89-99.
10. Ginsburg et al. Psychiatric illness and psychosocial concerns of patients with newly diagnose lung cancer. *Can Med Assoc J* 1995;152(5):701-9.
11. Barista I, Yazici M, Tekuzman G. Psychiatric morbidity in terminally ill cancer patients. A prospective study. *Cancer* 1997;79(9):1848-50.
12. Breitbart W. Suicide risk and pain in cancer and AIDS patients. En: Chapman CR, Foley KM, eds. Current and emergency issues in cancer pain. New York: Raven Press; 1993.
13. Harold GK et al. Depression in medically ill hospitalized older adults: Prevalence, characteristics and course of symptoms according to six diagnostic schemes. *Am J Psychiatry* 1997;154(10):1376-83.
14. Brown M, King E, Barraclough B. Nine suicide pacts. A clinical study of a consecutive series 1974-93. *British J Psych* 1995;167:448-51.
15. Grabbe et al. The health status of elderly persons in the last year of life: A comparison of deaths by suicide, injury and natural causes. *Am J Publ Health* 1997;87(3):434-7.
16. Minagawa H et al. Psychiatric morbidity in terminally ill cancer patients. A prospective study. *Am Ca Society* 1996;1131-6.
17. Hietanen P et al. Do cancer suicides differ from others? *Psychooncology* 1994;3:189-95.
18. Cattel H, Jolley DJ. One hundred cases of suicide in elderly people. *Br J Psychiatry* 1995;166:451-7.
19. González JC, Ramos Y, González-Quirós P. Desarrollo de futuras estrategias de prevención. En: Bobes J, González JC, Sáiz PA. Prevención de conductas suicidas y parasuicidas. Barcelona: Masson; 1997.

Menopausia y depresión

*J. Sempere Pérez, C. Mouriño Sánchez, M. González Hidalgo
MIR Psiquiatría. Instituto Psiquiátrico José Germain. Leganés. Madrid*

La función menstrual ha sido fuente de numerosas interpretaciones, mitos y temores a lo largo de la historia. Durante un largo período de tiempo la menopausia fue interpretada como la acumulación de productos peligrosos para la salud, determinantes de cambios de humor o, incluso, de la locura. En este contexto, la mujer menopáusica era considerada como un ser disminuido, que pasaba a una situación socialmente irrelevante cuando cumplía con su misión de perpetuar la especie. Todavía hoy en día perdura esta visión peyorativa cuando se hace un juicio negativo de una mujer, diciendo que “está menopáusica”.

La cultura occidental fomenta el mito de que la mujer menopáusica sufre cambios en su personalidad, con tendencia a padecer depresión y disminución de su interés sexual; lo cual, a su vez, refuerza la consideración negativa que la propia mujer tiene de su proceso de menopausia¹⁻³.

Aunque se ha constatado que durante el período postmenopáusico el interés y actividad sexual tiende a declinar como consecuencia de los efectos de la disminución de estrógenos, como la sequedad vaginal y el aumento de infecciones vaginales^{4,5}, también se ha constatado que en numerosos casos no sólo no se da una disminución de la libido, sino que, incluso, puede experimentar una intensificación al sentirse la mujer libre del temor al embarazo no deseado y de las atenciones a los niños pequeños⁶. En muchas ocasiones, la menopausia puede, probablemente, convertirse en el centro de proyección de todas las causas de los conflictos que se presentan concomitantemente a nivel físico, emocional, laboral y familiar, cuando, por lo general, habrían de atribuirse estos síntomas psíquicos asociados al proceso menopáusico a la combinación de los cambios físicos, las influencias culturales y las expectativas y percepciones individuales del proceso^{7,8}.

Los trastornos afectivos han sido, probablemente, los que con mayor frecuencia se han asociado a la menopausia. Incluso Kraepelin se refirió a ella al escribir acerca de la melancolía involutiva en relación con la menopausia. Sin embargo, los estudios más recientes vienen a desmitificar esta conexión, ya que no hallan evidencias significativas que permitan establecer la existencia de un trastorno depresivo asociado específicamente a dicho período, ni la mayor prevalencia de

mujeres depresivas entre las menopáusicas^{9,10}, señalándose la excepción en aquellas mujeres con trastornos afectivos previos de curso cíclico o asociados a acontecimientos relacionados con la reproducción (mujeres que han padecido previamente síndrome premenstrual, depresión postparto y/o depresión en los años previos a la menopausia)^{11,12}. Por el contrario, sí se aprecia un aumento en la incidencia de depresión en los años previos al cese total de la menstruación, por lo que se ha sugerido que es el desequilibrio hormonal que sucede en esta etapa lo que causa los síntomas psicológicos (fatiga, irritabilidad, problemas de sueño, variaciones bruscas del humor...), por el mismo mecanismo que actuaría en el síndrome premenstrual. Experimentar un largo período perimenopáusico (de, al menos, 27 meses) se ha asociado con un riesgo aumentado de depresión^{13,14}. Este aumento de prevalencia de depresión en estos períodos alargados de perimenopausia parece ser transitorio.

Cuando la depresión se desencadena en la menopausia, los motivos precipitantes y la mayor o menor severidad de sus síntomas no parecen apartarse de los patrones que caracterizan las otras formas de depresión. No tiene, pues, peculiaridad clínica alguna que la distinga de la de otras etapas de la vida. De hecho, la depresión durante la menopausia no está específicamente asociada con los cambios hormonales de la menopausia fisiológica, sino con otros factores^{15,16}: menopausia quirúrgica, depresión previa (la variable más predictiva)¹⁴, estado de salud, problemas menstruales, estrés social o familiar y actitudes negativas hacia la menopausia. De entre ellos, ha sido la menopausia quirúrgica¹⁷ la que se ha relacionado con mayor índice de depresión. No está claro si sólo se debe al déficit brusco hormonal, a la situación psicosocial o a la enfermedad que provocó la intervención.

Algunos estudios^{18,19} han demostrado que las tensiones familiares y sociales, así como el pensamiento negativo asociado, parecen más implicados en la etiología de los trastornos depresivos concomitantes a la menopausia que el cambio biológico-hormonal.

Mucho se ha escrito acerca del síndrome del “nido vacío” y del “ama de casa”, sugiriéndose una tasa más elevada de depresión entre las amas de casa que han estado exclusivamente dedicadas al cuidado de los hijos y que sienten la pérdida del papel maternal coincidiendo con la edad de la menopausia, en la que los hijos se inde-

pendizan^{20,21}. Sin embargo, las estadísticas no han podido ratificar lo que, probablemente, es otro mito erróneo²². Diversos estudios^{23,24} demuestran que las diferencias de género en la depresión no sólo no aumentan, sino que disminuyen en este rango de edad.

Los acercamientos terapéuticos a la depresión en la menopausia vienen a confirmar lo anteriormente enunciado, y se añaden a la controversia sobre si la menopausia debe ser medicalizada o tratada como un acontecimiento normal en la vida.

La terapia sustitutiva estrogénica parece tener propiedades antidepresivas, según estudios de diversos autores, y se ha confirmado como efectiva en la mejoría del estado de ánimo durante la perimenopausia y después de la menopausia quirúrgica^{25,26}. Asimismo, se ha sugerido¹¹ la utilización de hormonoterapia estrogénica en la menopausia acompañada de síntomas vasomotores. Los progestágenos y andrógenos también han sido utilizados, si bien no ha sido suficientemente documentado su resultado. En cualquier caso, en las depresiones clínicamente severas se ha de utilizar medicación antidepresiva unida o no a hormonoterapia¹¹.

Por la bibliografía consultada, parece que son necesarios nuevos estudios que confirmen la efectividad de la terapia hormonal en la depresión que cursa después de la menopausia²⁷, puesto que, por el momento, ésta no ha sido científicamente comprobada.

Quizás lo más llamativo sea la escasa atención que ha recibido el papel de los tratamientos no farmacológicos, a pesar de que en la mayoría de los casos el tratamiento psicológico y el abordaje educativo se han confirmado como más apropiados que la hormonoterapia²⁵. Sirva como ejemplo que se han publicado estudios sobre cómo el ejercicio, en especial el de tipo aeróbico, mejora significativamente el estado de ánimo en un elevado porcentaje de mujeres menopáusicas, independientemente del estadio del proceso²⁸.

Desde diversos sectores se apunta la imperiosa necesidad de educar a las mujeres y a los sanitarios que las atienden acerca del proceso de la menopausia, de forma que encaren de forma más positiva los síntomas que aparecen en la perimenopausia²⁹ y prevenir así la aparición de sintomatología depresiva reactiva a las múltiples variantes que se relacionan con este proceso.

Bibliografía

- Jones JB. Representations of menopause and their health care implications: a qualitative study. *Am J Prev Med* 1997;13(1):58-65.
- Pham K, Grisso J, Freeman E. Ovarian aging and hormone replacement therapy. Hormonal levels, symptoms and attitudes of african-american and white women. *J Gen Intern Med* 1997;12(4):230-236.
- Barile L. Theories of menopause. Brief comparative synopsis. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1997;35(2):36-39.
- Omu A, Al Qattan N. Effects of hormone replacement therapy on sexuality in postmenopausal women in a dieast country. *J Obstet Gynaecol Res* 1997;23(2):157-164.
- Sulak P. The perimenopause: a critical time in a woman's life. *Int J Fertil Menopausal Stud* 1996;41(2):85-89.
- Lee K. Korean urban women's experience of menopause: new life. *Health Care Women Int* 1997;18(2):139-148.
- Robinson G. Cross-cultural perspectives on menopause. *J Nerv Ment Dis* 1996;184(8):453-458.
- Wilbur J, Miller A, Montgomery A. The influence of demographic characteristics, menopausal status and symptoms on women's attitudes toward menopause. *Women Health* 1995;23(3):19-39.
- Nicol-Smith L. Causality, menopause and depression: a critical review of the literature. *BMJ* 1996;313(7067):1217-1218.
- Avis EN, Brambilla D, McKinlay SM, Vass K. A longitudinal analysis of the association between menopause and depression. Results from the Massachusetts Women's Health Study. *Ann Epidemiol* 1994;4(3):214-220.
- Pearlstein T, Rosen K, Stone A. Mood disorders and menopause. *Endocrinol Metab Clin North Am* 1997;26(2):279-294.
- Leibenluft E. Women with bipolar illness: clinical and research issues. *Am J Psychiatry* 1996;153(2):163-173.
- Huerta R, Mena A, Malacara J, Díaz de León J. Symptoms at perimenopausal period: its association with attitudes toward sexuality, life-style, family function and FSH levels. *Psychoneuroendocrinology* 1995;20(2):135-148.
- Woods N, Mitchel E. Pathways to depressed mood for midlife women: observations from the Seattle Midlife Women's Health Study. *Res Nurs Health* 1997;20(2):119-129.
- Coope J. Hormonal and non-hormonal interventions for menopausal symptoms. *Maturitas* 1996;23(2):159-168.
- Dennerstein L. Well-being, symptoms and the menopausal transition. *Maturitas* 1996;23(2):147-157.
- Díez M, González-Tablas M, López-Sosa C, Manzano JM, Lanchares JL, Llorca G. Incidencia y génesis multivariable de la depresión en la postmenopausia. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1995;23(4):172-177.
- Giusto MD, Lambiasi A, Cantonetti G, Morini A. The emotive and cognitive reactions in temporary pharmacological menopause. *Minerva Ginecol* 1995;47(7-8):319-325.
- Defey D, Stoch E, Cardozo S, Díaz O, Fernández G. The menopause: women's psychology and health care. *Soc Sci Med* 1996;42(10):1447-1456.
- Robinson G. Cross-cultural perspectives on menopause. *J Nerv Ment Dis* 1996;184(4):453-458.
- Mas J, Tesoro A. Mujer y salud mental. Mitos y realidades. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1993.
- Silverstein B, Perlick D. Gender differences in depression: histological changes. *Acta Psychiatr Scand* 1991;84:327-331.
- Kornstein S et al. Gender differences in presentation of chronic major depression. *Psychopharmacology Bulletin* 1995;31(4):711-718.
- Pearce J, Hawton K, Blake F. Psychological and sexual symptoms associated with the menopause and the effects of hormone replacement therapy. *Br J Psychiatry* 1995;167(2):163-173.
- Pearce MJ, Hawton K. Psychological and sexual aspects of menopause and HRT. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol* 1996;10(3):385-399.
- Slaven L, Lee C. Modd and symptom reporting among middle-aged women: the relationship between menopausal status, hormone replacement therapy and exercise participation. *Health Psychol* 1997;16(3):203-208.
- Li S et al. Perimenopause: the transition into menopause. *Health*

ACTUALIZACIÓN BIBLIOGRÁFICA

Crítica de Libros

La escultura y otras técnicas psicodramáticas aplicadas en psicoterapia

E. López Barberá, P. Población Knappe

Ed. Paidós. Barcelona, 1997

El primer recuerdo que este libro me suscita es un momento, durante mi etapa de evolución personal. Hace casi 20 años, estaba en un grupo de formación y vi a Elisa López Barberá realizar una escultura de pareja. Me sorprendió su respeto con los protagonistas y la aparente facilidad con la que emergía su mundo interno. Acostumbrado al bullicio de las discusiones conyugales interminables, la escultura de pareja abre un lugar de encuentro donde resulta muy difícil la agresión.

Desde entonces hasta ahora, se ha hablado mucho de la escultura. Se ha usado de una forma fría y, como sucede con el psicodrama, se ha recurrido a la técnica sin tener en cuenta la teoría.

Los autores transmiten desde su experiencia y sabiduría. Por ello, se impone un amplio excursus por toda la teoría del psicodrama, que constituye una introducción al mismo y una modélica manera de integrar la teoría y la técnica. Esta articulación otorga a la psicoterapia su carácter científico y no un mero quehacer plagado de ejemplos y desprovistos de abstracción, la cual generaliza la práctica y la extiende a otros psicoterapeutas.

Las técnicas activas son descritas con detalle, así como la forma de aplicarlas. No se trata de un manual de recursos, sino la transmisión de una manera de hacer psicoterapia. El momento apropiado, la elección de la técnica, las instrucciones que se dan, el desarrollo de la misma y el comentario final, que sirve para reflexionar sobre lo vivido, son tratados con claridad y detalle.

La escultura aúna creatividad y simbolismo. Convierte a los pacientes en autores. Muestra las vinculaciones internas. Simboliza los conflictos que pasan de ser extraños a familiares. Su respeto por la autoría hace que el terapeuta no interprete, sino que facilite el acceso del autor al conocimiento. Fieles al psicodrama, proponen técnicas elementales del mismo, como el soliloquio, y fundamentales, doble, espejo y cambio de roles, para llegar al autoconocimiento y al encuentro de alternati-

vas más apropiadas para las dificultades que les agobian.

No se trata de una escultura fría y sin preparación. Requiere de un caldeamiento que permita a los protagonistas encontrar el desarrollo adecuado para que la espontaneidad dé lugar a respuestas nuevas a problemas antiguos o apropiadas a las dificultades actuales.

La escultura no es una dramatización congelada, lo que enfría es la alta expresividad emocional de la pareja y permite integrar el conocimiento, el afecto y los cuerpos.

La amplia experiencia docente de los autores se nota en la claridad con que exponen los temas y dividen los diferentes apartados.

Desde la escultura real pasan a la deseada y a la temida, el conjunto constituye el guión con el que construyen la narrativa de sus vidas. Es un libro vivo e interactivo, donde el paso a cámara lenta de una escultura a otra permite saber lo que uno coje y deja a lo largo de su vida. Aunque parece que la escultura sólo es aplicable a la pareja, los grupos, las familias y la sociedad se benefician también de esta forma de recursiva de hacer y conocer. El lenguaje se convierte en acción, cuyo símbolo da lugar a otras conversaciones.

Su interés clínico es indudable, cubre una carencia de libros que sistematicen el tema y cuestiona la aplicación fría como un recurso más, tal y como algunas orientaciones de terapia familiar realizan.

Todos aquellos profesionales que estén interesados en tratar problemas interpersonales, encontrarán un tratado claro, sencillo y eficaz. Abre un campo de reflexión e integración allí donde la demanda se dramatiza con un alto contenido de emoción expresada.

Antonio Espina Barrio
Doctor en Psiquiatría
Ex-Presidente Asociación Española de Psicodrama
C.S.M. Parquesol. Valladolid

Psicodrama. Teoría y práctica

J. Agustín Ramírez

Ed. Desclee. Bilbao, 1997

Desde la primera ojeada que tuve ocasión de dar a esta interesante obra, intuí que podría constituirse en el libro de estudio idóneo para los formados en psicodrama, es decir, se constituye en un texto que aporta los fundamentos que los alumnos precisan para su aprendizaje teórico y práctico. Una lectura más detenida me confirmaría en esta primera opinión, ampliando su utilidad a verlo constituido como el libro de mano de todo profesional que quiera tener un conocimiento claro, sintético y concreto de las bases de la obra de Jacobo Leví Moreno.

El autor, discípulo directo de Moreno, director del Instituto de Psicodrama de Guadalajara (México), consigue aunar la sencillez de expresión para transmitir la complejidad de la teoría de este modelo con la claridad de comprensión de sus múltiples técnicas terapéuticas. Y, aún más, sin separarse de una transmisión enraizada en la ortodoxia moreniana, nos ayuda a percibir de modo simultáneo la tremenda modernidad de las tesis de este autor, tesis que se van mostrando más próximas e, incluso, adelantadas a movimientos muy actuales, como la teoría sistémica o post-modernos, como el constructivismo social.

El libro abarca, pues, los fundamentos de la teoría y la práctica del psicodrama con el lenguaje claro y fluido del que conoce muy a fondo la temática tratada, con lo

que logra hacer la lectura amena y facilitar la aproximación a un autor, Moreno, que como creador e innovador que es, a veces, tremendamente complejo para el que se inicia en su modelo.

A lo anterior se suma que introduce unos capítulos que solemos echar en falta en otros tratados análogos sobre entrenamiento en psicodrama y sobre sus aplicaciones en diversas áreas. Son páginas eminentemente prácticas y apoyadas en casos y situaciones vividos en la experiencia del autor.

El libro de J. A. Ramírez nos parece, en suma, una obra de referencia obligada para todo estudioso del psicodrama y, de modo especial, un manual utilísimo para los formados en esta materia, a los que aporta una vía de encuentro con las construcciones fundamentales de J.L. Moreno.

Quiero terminar esta reseña adhiriéndome a la opinión del Prof. García-Monge, cuando nos dice que “en realidad, no necesitaría presentación un libro que viene avalado por el propio Moreno y su esposa Zerka”.

Pablo Población Knappe, MD
Psiquiatra. Psicodramatista
Director del Instituto de
Técnicas de Grupo y Psicodrama
Madrid

Teoría y práctica del juego en psicoterapia

P. Población Knappe

Ed. Fundamentos. Madrid, 1997

Cuando me propuse hacer la reseña de esta nueva obra de Pablo Población, no había reparado en la dificultad que conlleva el valorar el trabajo de un amigo con justicia y neutralidad, de tal manera que nadie puede decir que te dominó el cariño, y que esta misma precaución no te lleve a un exceso de dureza en el juicio. El prólogo, de Sergio Perazzo, me sirvió de

ejemplo sobre la medida justa que me habría gustado lograr en semejante tarea, por eso me voy a permitir extraer algunas de sus palabras para introducir este comentario.

Dice Sergio que, en sus páginas, Pablo “muestra no sólo su enorme experiencia como psicoterapeuta y, particularmente, como psicodramatista y profesor de psi-

codrama, sino también su notable capacidad para teorizar sobre la práctica clínica, con la desenvoltura de quien sobrepasa tranquilamente la tentación de hacer del asunto 'Juegos' una simple lista de procedimientos técnicos recomendados a los que se inician". (...) Logra "recuperar a Moreno y hacerle justicia como pionero de la terapia grupal y como introductor de las técnicas de acción (recolocándolo) en un lugar destacado como un verdadero revolucionario aportador de nuevos caminos de la psicoterapia". Su "concepción del terapeuta como un co-creador del proceso terapéutico, más que sólo un co-experimentador, marca una diferencia de postura que se configura como una divisoria de aguas pre y postmorenianas". "(...), al utilizar indistintamente conceptos y lenguajes, tanto del campo psicodramático como del sistémico, él demuestra, sin duda, el paralelismo entre estas dos áreas de conocimiento. (...) No podemos dejar de convencernos, leyendo este libro, que Moreno, sin saberlo, fue también un precursor, con su construcción psicodramática, de formulaciones posteriores de la teoría sistémica". (...) "El juego es entendido aquí como la esencia de la psicoterapia, la vía capaz de romper con la cristalización de un pasado para construir creativamente un proyecto existencial para el futuro en permanente movimiento. A partir de estas coordenadas bien trazadas, Pablo Población nos introduce en la co-creación de los juegos través del cuerpo que juega, del cuerpo en acción. En esta perspectiva nos da una visión amplia y generosa de las posibilidades de liberación del cuerpo aprisionado". (...) Sobrepasando la simple descripción, nos remite "al juego como medio de exploración 'de las conductas de un mundo relacional' y, como tal, el instrumento que, al mismo tiempo, construye y desvela la escena representada, con sus textos, subtextos, intérpretes espontáneos, mitos y rituales. Traza una metodología clara aplicada al papel del terapeuta y nos describe y fundamenta teóricamente cada una de las técnicas psicodramáticas esenciales en nuestra práctica clínica, no dejando de situarnos en las diferencias que deben resaltarse entre juegos y ejercicios. Como un cirujano, diseña para nosotros con precisión metodológica los 'ocho pasos en la aplicación de una técnica', una verdadera aula magna de estrategia psicoterapéutica, aplicable en la cotidianeidad de los juegos y de los procesos terapéuticos, capaz de iluminar los pasos de cualquier terapeuta en la elección más adecuada de sus procedimientos técnicos". Realiza, además, una "revisión minuciosa de las diversas clasificaciones de los juegos en la literatura especializada". Y vincula "la utilización de los juegos a las fases evolutivas del grupo, confiriéndoles un dinamismo que nos da una idea consistente, como una película que gradualmente se reve-

la, mostrando que los vínculos no sólo están en permanente movimiento, sino que también la construcción gradual de la interrelación humana pasa por un proceso obligatorio de lenta maduración".

Las palabras de Sergio Perazzo me evocan escenas de Pablo-maestro, Pablo-compañero y Pablo-amigo, desde los comienzos de los ochenta hasta la fecha, todas ellas con un hilo conductor: su visión y actitud integradora de la psicoterapia con la vida, manejando con soltura los componentes de la teoría y práctica moreniana en los dos niveles, empeñado siempre en resaltar la trascendencia de vivir/trabajar creativa y consecuentemente, aun a costa de la impopularidad. Porque Pablo, a mi juicio, como Moreno, también recibe un reconocimiento tardío.

Este libro sobre el juego en psicoterapia cristaliza, desde mi punto de vista, la actitud vital de Pablo Población, como también una buena parte de su obra escrita, inédita o publicada. En el primer borrador de Apuntes del I.T.G.P., ya recogía los puntos claves de la teoría psicodramática, que ahora rescata procesados con su producción posterior: los conceptos de espontaneidad-creatividad, tele-encuentro-relación, el cuerpo, el espacio y el tiempo en psicodrama, dinámica grupal, teoría evolutiva..., con la relación, clasificación y contextos de aplicación que Pablo fue explorando minuciosamente (bipersonal, pareja, familia, infancia y adolescencia...), sirviéndole de fundamento para una ingente elaboración teórica, entre la que destacaría a propósito la teoría de las escenas, las fases grupales, lo sincrónico y lo diacrónico..., ilustrada en artículos tan sencillos y didácticos como "La Escena Primigenia y el Proceso Diabólico", o "Psicodrama y Teoría General de Sistemas", que no recibieron en su momento la merecida atención. Por fin, se han reunido los elementos necesarios para argumentar con solidez la figura de Moreno como precursor sistémico, una tesis en la que Pablo lleva insistiendo desde que tengo uso de razón psicodramática.

Pablo demuestra con esta obra su experiencia como psicoterapeuta (estoy con Perazzo)..., y como vividor. La vida -y también la psicoterapia- es un juego. Él siempre enfatizó la capacidad lúdica del terapeuta para que fluya la creatividad necesaria en el proceso terapéutico, y le recuerdo jugando con sus alumnos y pacientes en las sesiones de trabajo, como Moreno insistía, en la necesidad de cultivar el juego espontáneo para desatar esos instantes-momentos que permiten al hombre crear su vida con sentido, y jugaba con sus niños y actores...

Pero no se olvida de analizar las vicisitudes de la psicoterapia que pueden poner en apuros al terapeuta, facilitando las pautas de un proceso de análisis, toma

de decisiones e intervenciones que guían magistralmente el camino terapéutico. Todos sabemos lo difícil que resulta poner palabras con orden a lo que hacemos en nuestro trabajo. No conozco una sistematización mejor de esos pasos que todos los terapeutas vamos dando poco a poco, intuitivamente, tambaleantes, llenos de inseguridad que, sólo después de mucho tiempo, con la experiencia y muchos tropiezos, se constituyen en estrategias consolidadas y operativas.

Con este libro, Pablo nos ahorra una gran caminata. También comparto con Sergio Perazzo la idea de que es un libro para expertos. Espero que siga jugando.

Marisol Filgueira Bouza
Psicóloga Clínica
Unidad de Hospitalización Psiquiátrica
Hospital Marítimo de Oza. La Coruña

Federico García Lorca
Verde que te quiero verde



SELECCIÓN BIBLIOGRÁFICA

Revistas

REVISTAS

ADDICTION

Buprenorphine maintenance treatment of opiate dependence: a multicenter, randomized clinical trial. Ling W, Charuvastra C, Collins JF, Batki S, Brown LS, Kintaudi P et al. 1998; 93(4):475-486.

En este ensayo clínico estudian la seguridad y la eficacia de la buprenorfina sublingual en un programa de mantenimiento para pacientes con dependencia de opiáceos. Los resultados son alentadores al respecto y consideran que este opiáceo a dosis adecuadas, en torno a 8 mg/día, puede ser un eficaz tratamiento farmacológico en estos programas.

The efficacy of methadone maintenance interventions in reducing illicit opiate use, HIV risk behavior and criminality: a meta-analysis. Marsch LA. 1998; 93(4): 515-532.

Este estudio analiza la eficacia de la metadona en reducir el uso de opiáceos ilegales, las conductas de riesgo de adquirir o transmitir el VIH y la criminalidad, mediante procedimientos de metaanálisis desde 11, 8 y 24 estudios, respectivamente. Se concluye que la metadona es eficaz en reducir estos tres parámetros y esta eficacia es evidente en individuos de distintos contextos, culturas y grupos étnicos.

AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY

Practice guideline for the treatment of patients with Panic Disorder. 1998;5(suppl.)

Resume los datos obtenidos de una extensa revisión de la bibliografía, con el objetivo de servir de guía a los profesionales de la salud para el tratamiento del Trastorno de Pánico.

ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY

Limitations of diagnostic criteria and assessment instruments for mental disorders. Regier DA et al. 1998; 55:109-115.

Los autores resumen y comentan los hallazgos de los dos grandes estudios epidemiológicos sobre prevalencia e incidencia de trastornos mentales en población general americana (el de la ECA y la NCS). Ambos encuentran prevalencias altísimas de trastornos, pero sus datos son discordantes, punto que tratan de explicar los autores, quienes señalan las discrepancias entre instrumentos diagnósticos, las carencias de éstos y las dificultades de la definición de caso en la comunidad. Concluyen que es importante darse cuenta de que el diagnosticar un trastorno no implica necesidad de tratamiento, y que en los estudios se deberían recoger datos de severidad, discapacidad y comorbilidad para determinar esta necesidad. El artículo es comentado por **Allen Frances** (pág. 119), quien abunda en las limitaciones de los estudios en población general, de los instrumentos y evaluadores, de la distinción entre normalidad y enfermedad y de la significación clínica de los síntomas detectados en encuestas; y por **Robert L. Spitzer** (pág. 120), quien, sarcásticamente, apoyándose en ejemplos de otras especialidades, muestra cómo obvia la diferencia entre diagnosticar una patología y necesitar un tratamiento (padecer un grano, de tos, de molestias cervicales, se diagnostica pero nadie se hace un lío respecto a si hay que tratarlo), y se pregunta qué hacen los psiquiatras discutiendo semejante cosa, previniendo de la tentación de modificar los criterios diagnósticos para que los datos de prevalencia en población general satisfagan unas expectativas del público sobre cuántos enfermos debemos encontrar.

Treatment of depressive symptoms in HIV+ patients. Markowitz JC et al. 1998; 55: 452-457.

Un ensayo clínico controlado-randomizado que compara diferentes intervenciones psicoterapéuticas de 16

semanas entre sí: psicoterapia interpersonal, cognitivo-conductual, de apoyo, y de apoyo más imipramina, en el tratamiento de síntomas depresivos en pacientes HIV+. La psicoterapia interpersonal fue la más eficaz con significación estadística, en igual medida que la de apoyo más imipramina. Este trabajo avanza en el terreno de la investigación sobre qué psicoterapia es más eficaz en qué trastorno, y apoya la mayor eficacia de la TIP frente a la TCC en patología depresiva, dando una explicación del porqué en este caso particular.

ASOCIACION MADRILEÑA DE SALUD MENTAL

Prestaciones básicas y estándares de calidad en los servicios de salud mental. Cuaderno Técnico. Madrid. 1998.

Con la realización de este documento, la AMSM pretende aportar una aproximación a una definición de las prestaciones que debe ofertar el servicio público de salud desde los dispositivos de salud mental. Se apuesta por priorizar la atención y la extensión de los recursos en base a la gravedad de los trastornos y por fomentar la coordinación con la Atención Primaria de Salud.

BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY

Premorbid adjustment and personality in people with schizophrenia. Malmberg A, Lewis G, David A, Allebeck P. 1988; 172: 308-313.

Invited commentaries on: Premorbid adjustment and personality in people with schizophrenia. Jablensky A, Jones P. 1988; 172: 314-316.

Estudio prospectivo sueco con 50.087 hombres de 18-20 años que fueron estudiados en relación a su personalidad y ajuste social entre 1969 y 1970. Supone todos los hombres suecos nacidos entre 1949 y 1950, excepto el 2% por razones de grave enfermedad previa. Estudian en los 15 años siguientes aquéllos que desarrollan esquizofrenia. Concluyen que problemas interpersonales, medidos en cuatro variables, y bajo ajuste social son más frecuentes en sujetos que más tarde van a ser diagnosticados de esquizofrenia y que representan parte causal de la enfermedad, que la etiología es multifactorial y que se puede y se deben realizar *screenings* y programas de prevención dirigidos a personalidades esquizoides o a niños con bajo ajuste social. La importancia del estudio en cuanto al tamaño de la muestra, la

más adecuada estadística (en relación a estudios previos), genera en la revista varios comentarios y discusiones.

Self-injury and violence in people with severe learning disabilities. Read S. 1988; 172: 381-384.

Self-injurious behaviour as part of genetic syndromes. Deb S. 1988; 172: 385-388.

Psychopharmacology of severe self-injury associated with learning disabilities. Clarke DJ. 1988; 172: 389-394.

Psychological interventions in self-injurious behaviour. Working with people with a learning disability. Halliday S, Mackrell K. 1988; 172: 395-400.

Extensa y multidisciplinar revisión sobre las conductas autoagresivas en personas con dificultades de desarrollo y aprendizaje.

COMPREHENSIVE PSYCHIATRY

The ethical basis of psychiatric research: conceptual issues and empirical findings. Weiss LR. 1998; 39(3): 99-111.

Extensa revisión y reflexión sobre un tema que actualmente produce mucha literatura en las revistas psiquiátricas. Incide en los problemas éticos que presenta toda investigación médica y, particularmente, la investigación en el campo de la psiquiatría. Aparecen ejemplos prácticos de diferentes investigaciones y plantea diferentes posibilidades para solucionar las dificultades.

JAMA

The request to die. Role for a psychodynamic perspective on physician assisted suicide. Muskin PR. 1998; 279:323-328.

Según el autor, el debate sobre las peticiones de suicidio asistido se centran en la capacidad y derecho del paciente a solicitarlo, y escasamente en el significado de esa petición. El médico debe dialogar con el paciente para comprender qué emociones, pensamientos y significados están detrás de la solicitud. En el artículo se dan recomendaciones respecto al papel del médico y del psiquiatra consultor en esas situaciones. Respecto al debate centrado en la capacidad y en la influencia en las decisiones médicas de las implicaciones judiciales, ver Gostin LO. Deciding life and death in the courtroom:

from Quinlan to Cruzan, Glucksberg and Vaco-a brief history and analysis of constitutional protection of the "right to die". JAMA 1997;278:1523-28, y las cuatro cartas en respuesta en JAMA 1998;279:1259-1261.

Why patients use alternative medicine. Astin JA. 1998; 279: 1548-1553.

Estudio sobre 1.035 individuos a través de una encuesta por correo en territorio USA, sobre las condiciones de salud, uso de recursos sanitarios, valores y actitudes respecto a la medicina convencional y alternativa. El 43% de los encuestados usaban una forma de medicina alternativa, para dolencias como dolor crónico, ansiedad, síndrome de fatiga crónico, adicciones y artritis (en orden de frecuencia). Los resultados muestran que la gente de nivel cultural medio, o por encima de la media, y con condiciones de salud algo peores que la media, utilizan más la medicina alternativa y lo hacen no porque no estén satisfechos con la convencional, sino porque es más acorde con su sistema de valores y creencias, que podría ser definido como una visión holística del ser humano. (En JAMA 1998;279:a partir de la pág. 279, hay una serie de artículos monográficos sobre medicina alternativa).

LANCET

Antidepressant dependency controversy moves to internet. Bonn D. 1998, 351:1263.

En este comentario de la sección "policy and people", se presenta la polémica destada en el Reino Unido por un artículo de Charles Medawar (Int J Risk Safety Med 1997;10:75-126), sobre la dependencia que producen los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, basándose en datos de síntomas de abstinencia tras interrupciones de tratamientos. El Colegio de Psiquiatras y otros expertos han respondido negando dicha posibilidad de dependencia, pero Medawar, perteneciente a una asociación de consumidores y vigilancia médica llamada Social Audit, ha trasladado la polémica solicitando casos y opiniones a internet: <http://www.socialaudit.org.uk>.

NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE

The treatment of unrelated disorders in patients with chronic diseases. Redelmeier DA et al. 1998; 338:1516-20.
Se estudia la población de Ontario mayor de 65 años

que, basándose en datos de consumo de medicinas, padece diabetes, enfisema pulmonar o psicosis, y se compara con la que no tiene estos diagnósticos de enfermedades crónicas. Los autores encuentran que los pacientes crónicos reciben menos tratamientos de patología concurrente que la población no crónica. En sus comentarios y en la editorial de Steinbrook, en la página 1541 del mismo número, se discuten las limitaciones del estudio y sus implicaciones, llamando la atención a los médicos de pacientes crónicos sobre la necesidad de detectar patología concurrente y tratarla.

Patients with alcohol problems. O'Connor PG, Schottenfeld R. 1998; Feb:592-602.

Extensa y completa revisión sobre el manejo general de pacientes con problemas por el consumo de alcohol. Incluye manejo farmacológico y no tanto intervenciones psicoterapéuticas. Da una visión médica sobre los procedimientos actuales que se recomiendan en EEUU sobre la problemática de estos pacientes.

PSYCHIATRIC SERVICES

Persons with severe mental illness in jails and prisons: a review. Lamb HR, Weinberger LE. 1998; 49(4):483-492.

Se trata de una revisión de la literatura científica que examina la presencia de enfermos mentales graves en las cárceles. Entre el 6-15% de los encarcelados presenta un trastorno mental grave. Los autores sugieren como factores causales la desinstitucionalización sin recursos de larga estancia alternativos, la rigidez de los criterios de encarcelamiento, la falta de adecuados sistemas de apoyo comunitarios a los enfermos mentales graves, la dificultad de acceder a los servicios de salud mental de aquéllos que provienen de la cárcel y la creencia del personal policial de que pueden tratar ciertas conductas más rápida y eficientemente mediante el sistema judicial que con el sistema de salud mental.

Estimation of costs of public psychiatric treatment. Trauter T, Duckmanton RA, Chiu E. 1998; 49(4):440-442.

Se trata de un estudio llevado a cabo en un distrito de Melbourne (Australia), que analiza el coste de la atención psiquiátrica pública durante tres meses de 200

pacientes nuevos. La estimación del coste depende de la predicción de hospitalización del paciente, ya que el cuidado hospitalario es, con mucho, el más caro. En ese sentido, la conducta antisocial y bizarra son los principales determinantes de hospitalización, más que ningún diagnóstico clínico. En el tratamiento comunitario, los pacientes más costosos económicamente son los diagnosticados de trastorno de la personalidad y aquéllos con un elevado nivel de aislamiento social (independientemente del diagnóstico de esquizofrenia).

REVISTA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

La cronicidad como concepto contratransferencial.

Vidal Otero J. 1998; 66: 253-268.

Para el autor, lo contratransferencial es hacer un uso protocolizado y “por principio” de las estrategias terapéuticas y estructuras intermedias con los pacientes “crónicos”. Esta actitud no hace sino obturar toda posibilidad de escucha y de reconocimiento de la subjetividad del paciente y comporta el sólo reconocimiento social del psicótico. Plantea una visión crítica de la asistencia psiquiátrica desde esta perspectiva.

¿Tratar la peligrosidad? Inglott R. (Editorial) 1998; 66:

213-216.

Denuncia las actuaciones de determinados tribunales que deciden eximir de responsabilidad criminal a pacientes que han cometido delitos, a cambio de ser “curados” en centros psiquiátricos. Los profesionales de la salud mental quedan convertidos así en tasadores y centinelas de sus pacientes, y sometidos a cambio de rescatar a los eximidos de la “maraña confusamente penitenciaria”, a los imperativos de la Justicia. Resalta la implícita equiparación de locura con peligrosidad y, como consecuencia, de curación con cordura y con inocuidad y la implícita exigencia de “cordura a todo trance”.

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Homenaje a Carl Rogers. 1998;32.

Número enteramente dedicado al creador del enfoque centrado en la persona, diez años después de su muerte. Incluye un artículo de 1985 del propio autor, donde reproduce un fragmento de entrevista con comentarios suyos que ilustran el proceso.

Federico García Lorca. 1928
Busto de Antoñito el Camborio



NORMAS DE PUBLICACIÓN

La revista consta de las siguientes secciones:

- Artículos Originales.
- Revisiones.
- Casos clínicos.
- Cartas al Director.
- Otras Secciones, tales como Editoriales o Crítica de Libros o Artículos Especiales, serán encargadas directamente por el Comité proponiendo la publicación de artículos que no se adapten a las secciones anteriores.

PRESENTACIÓN DE LOS TRABAJOS

Los trabajos aceptados quedan como propiedad de Psiquiatría Pública y no podrán ser reproducidos total ni parcialmente sin permiso de esta publicación. No se aceptarán trabajos publicados anteriormente o presentados al mismo tiempo en otra revista.

El mecanografiado de los trabajos se hará en hojas de tamaño DIN A-4 a doble espacio (alrededor de 30 líneas) dejando un margen de 25 mm a la izquierda. Las hojas deben ir numeradas correlativamente en el ángulo superior derecho. El manuscrito se presentará en el siguiente orden:

1. En la primera hoja se indicarán los siguientes datos:
 - Títulos del artículo (conciso pero ilustrativo).
 - Nombre y apellidos de los autores con su grado académico más alto, especificando el significado del orden en que aparecen en cuanto al grado de participación.
 - Nombre del departamento o institución en el que se ha realizado el trabajo y dirección del mismo.
 - Dirección completa, incluyendo teléfono, del responsable del trabajo o del primer autor (para correspondencia).
2. En la segunda hoja se presentará un resumen del trabajo de no más de 150 palabras si no está estructurado o de 250 palabras si está estructurado. Debe especificar el método básico utilizado, principales hallazgos y conclusiones fundamentales. A continuación se relacionará de 3 a 10 palabras clave o frases cortas que identifiquen el trabajo. Se deberán utilizar términos del *Medical Subject Headings (Mesh) del Index Medicus*. Si no hubiera términos apropiados disponibles se utilizarán términos o expresiones de uso conocido.
3. En la tercera hoja se encontrará el título, resumen y palabras clave en inglés.
4. Las hojas siguientes serán las dedicadas al texto del artículo, el cual conviene vaya dividido en secciones, introducción, métodos, resultados y conclusiones, o aquellos otros apartados que considere de interés el autor.
5. La bibliografía debe reseñar a continuación según las normas que se indican mas adelante.
6. Los estudios con pacientes y voluntarios requieren un consentimiento informado y debe ser especificado en el texto del trabajo.

jo. Cualquier información que sirva para identificar a los sujetos que han participado en una investigación o son objeto de presentación en un caso clínico, se omitirán si no son esenciales, pero ésta no se podrá alterar o falsear. Cuando el trabajo contenga datos que sirvan para identificar la identidad, se debe evitar junto con el artículo el consentimiento informado del paciente y se hará constar en el artículo la existencia de dicho consentimiento.

7. En el siguiente espacio deben incluirse las tablas ordenadas correlativamente y numeradas con números arábigos.
8. En último lugar se aportarán las gráficas o las fotografías presentadas dentro de un sobre u otro sistema similar.
9. Por facilitación del trabajo de publicación se agradecerá se adjunte el trabajo en disquette de ordenador, ya sea en Word Perfect o Sistema Windows.

ESTRUCTURA DE LOS TRABAJOS

Artículos originales. Deben constar, si la naturaleza del trabajo así lo permite, de unas secciones concretas: resumen, introducción, material y métodos, resultados, discusión y bibliografía. La extensión máxima del texto será de doce hojas a tamaño DIN A-4 mecanografiadas a doble espacio por una cara, admitiéndose un máximo de 6 figuras y 6 tablas. Es aconsejable que el número de firmantes no sobrepase los 6.

Revisiones. Constarán de resumen, introducción, exposición del tema y bibliografía. El texto tendrá una extensión máxima de 15 hojas de tamaño DIN A-4 mecanografiadas a doble espacio. La bibliografía no será superior a 100 citas. Opcionalmente el trabajo podrá incluir tablas y figuras.

Casos clínicos. Presentarán abreviadamente material clínico que pretende ilustrar paradigmáticamente o plantear problemas sobre algún aspecto de la práctica clínica. La extensión máxima del texto será de 8 hojas de tamaño DIN A-4.

Cartas al Director. Su extensión máxima será de dos hojas de tamaño DIN A-4 mecanografiadas a doble espacio, admitiéndose, además, una gráfica y una figura. No se incluirá bibliografía superior a 10 citas. El número de firmantes no debe ser superior a cuatro.

Los apartados de los trabajos deberán reunir las siguientes características:

Resumen: Su extensión aproximada será de 100 palabras. Se caracteriza por poder ser comprendido sin necesidad de leer parcial o totalmente el artículo, su ordenación seguirá el esquema general del artículo, no incluirá material o datos no citados en el texto.

Palabras clave: Especificar de tres a seis palabras clave o frases cortas que identifiquen el contenido del trabajo para su inclusión en los repertorios y bases de datos biomédicos nacionales e internacionales.

Introducción. Debe indicar con claridad la finalidad del artículo. Resumirá los criterios que han conducido a su realización. Proporcionará, si es necesario, el sustrato bibliográfico mínimo indispensable y evitará entrar en una revisión extensa del tema. No incluirá conclusiones.

Material y métodos. Describirá claramente los criterios seguidos a la hora de seleccionar el material objeto de estudio, incluido el grupo control. Expondrá la metodología utilizada incluyendo la instrumentación y las sistémica seguida, con detalle suficiente como para que otros grupos puedan reproducir el mismo trabajo. Hará referencia al tipo de análisis estadístico utilizado. Si se trata de una metodología original, expondrá además, las razones que han conducido a su empleo y describirá sus posibles limitaciones. Cuando se trate de trabajos experimentales en que se hayan utilizado grupos humanos indicará si se han tenido en cuanto los criterios éticos aprobados por la comisión correspondiente del Centro en que se realizó el estudio, y en todo caso, si se han respetado los acuerdos de la Declaración de Helsinki en su revisión de 1983. No deben utilizarse los nombres ni las iniciales de los pacientes. Cuando se haga referencia a fármacos o productos químicos debe indicarse el nombre genérico, la dosificación y la vía de administración.

Resultados. Relatan, no interpretan, las observaciones efectuadas con el material y métodos empleados. No deben repetirse en el texto datos expuestos en tablas o gráficos, Resumir o recalcar sólo las observaciones más importantes.

Discusión. El autor intentará ofrecer sus propias opiniones sobre el tema. Destacan aquí el significado y la aplicación práctica de los resultados; las consideraciones sobre una posible inconsciencia de la metodología y las razones por las cuales pueden ser válidos los resultados, la relación con publicaciones similares y comparación entre las áreas de acuerdo y desacuerdo: las indicaciones y directrices para futuras investigaciones.

Agradecimiento. Cuando se considere necesario se citará a las personas, centros o entidades que han colaborado en la realización del trabajo.

Bibliografía. Se presentará según el orden de aparición en el texto con la correspondiente numeración correlativa. En el texto constará siempre la numeración de la cita en números volados, vaya o no acompañada del nombre de los autores; cuando se mencionen éstos, si se trata de un trabajo realizado por dos, se mencionan ambos, y si se trata de tres o más se citará el primero seguido de la expresión et al.

Los nombres de las revistas deben abreviarse de acuerdo con el *Index Medicus*, consultar la "List of Journals Indexed" que publica todos los años el *Index Medicus* en el número de enero. Se evitará el uso de frases imprecisas como citas bibliográficas. No puede emplearse como tales "observaciones no publicadas" ni "comunicación personal", pero sí pueden citarse entre paréntesis dentro del texto. Los trabajos aceptados pero aún no publicados se incluyen en las citas bibliográficas como "en prensa", especificando el nombre de la revista seguido por la expresión "en prensa" entre paréntesis. Las citas bibliográficas deben comprobarse por comparación con los documentos originales indicando siempre para página inicial y final de la cita. A continuación se dan unos formatos de citas bibliográficas:

Revistas

1. Relacionar todos los autores si son seis o menos; si son siete o más, relacionar sólo los tres primeros seguidos de la expresión et al.

Yoy Ch, Lee KY, Chey RY, Menguy R. Electrogastrophic study of patients with unexplained nausea, bloating and vomiting. *Gastroenterology* 1980; 79:311-314.

2. Trabajo publicado por una institución.
The Royal Marsden Hospital Bone-Marrow Transplantation Team: Failure of syngeneic bone marrow graft without preconditioning in posthepatitis marrow aplasia. *Lancet* 1977; 2:242-44.

3. Autor anónimo.
Anónimo. Coffe drinking and cancer of the pancreas (Editorial). *Br Med J* 1981; 283:628-269.

4. Suplementos de una revista.
Mastri AR. Neuropathy of diabetic neurogenic bladder. *Ann Intern Med.* 1980; 92 (2 Pt 2):316-8. Frumin AM, Naussbaum J, Esposito M. Functional asplenia. Demonstration of splenic activity by bone marrow scan (Abstract). *Blood* 1979; 54 (Suppl 1):26a.

5. Revista paginada por volumen.
Seaman WB. The case of the pancreatic pseudocysts. *Hosp Pract* 1981, 16 (Sep): 24-25.

Libros y otras monografías

6. Autor personal.
Eisen HN, Immunology an introduction to molecular and cellular principles of the immune response, 5ª ed. New York: Harper and Row; 1974. p.406.

7. Editor, compilador o director como autor. Dausset J, Colombani J, eds. *Histocompatibility testin* 1972. Coponhague: Munksgaard. 1973. 12-18.

8. Capítulo de un libro.
Weinstein L, Swartz MN, Pathogenic properties of invading microorganisms. En: Sodeman WA Jr, Sodeman WA, eds. *Pathologic physiologic: mechanisms of disease*. Philadelphia: WB Saunders; 1974.p.457-472.

9. Actas de conferencias.
Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-9; Kyoto, Japón. Amsterdam: Elsevier; 1996.

10. Ponencia presentada en una conferencia.
Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection privacy and security in medical informatics. En: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rinhold O, editors. *MEDINFO-92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics*; 1992 Sep 6-10; Ginebra, Suiza. Amsterdam: North Holland; 1992. p.1561-5.

11. Series monográficas.
Hunninghake GW, Gadek JE, Szapiel SV et al. The human alveolar macrophage. En: Harris CC, ed. *Cultured human cells and tissues in biomedical research an perspectives in cell biology*; vol 1.

12. Tesis.
Cairns RB. *Infrared spectroscopic of solid oxygen* (Dissertation). Berkeley, California: University of California; 1965.

13. Ley aprobada.
Preventive healths Amendments of 1993 Pub. L. No. 103-183, 107 Stat 2226 (Dec 14, 1993).

14. Artículos de periódico.

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sec. A:3 (col.5).

15. Artículos en soporte informático.

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial online] 1995 Jan - Mar [citado 5 Jun 1996]; 1 (1): [24 pantallas]. Disponible en: URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/edid.htm>.

Fotografías, gráficas y tablas. Las fotografías se seleccionarán cuidadosamente, procurando que sean de buena calidad y omitiendo las que no contribuyan a una mejor comprensión del texto. El tamaño será de 9 X 12 cm. Es muy importante que las copias fotográficas sean de calidad inmejorable para poder obtener así buenas reproducciones; se presentarán de manera que los cuerpos opacos (huesos, sustancias de contraste, etc.) aparezcan en blanco. La revista aconseja un máximo de seis fotografías, salvo excepciones muy justificadas. Se admiten ilustraciones en color previo acuerdo económico, caso en el que se recomienda el envío de diapositivas. Las fotografías irán numeradas al dorso mediante una etiqueta adhesiva, indicando además el nombre del primer autor, se señalará con una flecha la parte superior (no escribir en el dorso ya que se producen surcos en la fotografía). Se presentarán por separado del texto dentro de un sobre. Los pies de las figuras deben ir mecanografiadas en hoja aparte.

- Las gráficas (hasta un máximo de seis) se dibujarán con tinta china negra o similares. Cuidando que su formato sea de 9 X 12 cm o múltiplo. Se tendrá en cuenta las mismas normas que para las fotografías.
- Las fotografías y gráficas irán numeradas de manera correlativa y conjunta, como figuras.
- Las tablas se presentarán en hojas aparte del texto que incluirán: a) numeración de la tabla con números arábigos, b) enunciado (título) correspondiente, y c) una sola tabla por hoja. Se procurará que sean claras y sin rectificaciones, las siglas y abreviaturas se acompañarán siempre de una nota explicativa al pie. Si

una tabla ocupa más de una hoja se repetirán los encabezamientos en la hoja siguiente.

INFORMACION PARA LOS AUTORES

1. El autor recibirá, cuando el artículo se halle en prensa, unas pruebas impresas para su corrección, que deberá devolver al redactor jefe dentro de las 48 horas siguientes a la recepción.

2. El Comité Editorial acusará recibo de los trabajos enviados a la Revista e informará de su aceptación dentro de un plazo no superior a 6 meses.

3. Los manuscritos serán revisados anónimamente por dos expertos en el tema tratado. El Comité Editorial se reserva el derecho de rechazar los artículos que no juzgue apropiados, así como de introducir modificaciones de estilo y/o acortar los textos que lo precisen, comprometiéndose a respetar el contenido del original. *Psiquiatría Pública* no acepta la responsabilidad de las afirmaciones realizadas por los autores.

4. Cuando un trabajo sea aceptado para su publicación los autores deberán ceder los derechos de autor a la revista, a tal efecto, les será enviado un documento que harán llegar al Comité Editorial en el menor plazo posible.

5. Los trabajos se remitirán por cuadruplicado al *redactor jefe de Psiquiatría Pública*. JARPYO EDITORES. C/ Antonio López Aguado 4. 28029 Madrid, acompañados de una carta de presentación en la que se solicite el examen de los mismos para su publicación en alguna de las secciones de la Revista, con indicación expresa de tratarse de un trabajo original, no haber sido publicado excepto en forma de resumen y que sólo es enviado a esta revista.

Estas normas de publicación son un resumen de las elaboradas por el International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts Submitted of *Biomedical Journal*. *N Engl J Med* 1997; 336:309-315. La versión española traducida ha sido publicada íntegramente en *Psiquiatría Pública* 1998; 10(1):44-53.