



VERTEX
REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRÍA

102



HOSPITALES DE DÍA

Cuini / Llimos / Maureso / Millas / Oszlak / Pirovani / Stagnaro / Vigo

Revista de Experiencias Clínicas y Neurociencias / Dossier / El Rescate y la Memoria / Confrontaciones / Señales

Volumen XXIII - Nº 102 Marzo - Abril 2012 - ISSN 0327-6139

Director:
Juan Carlos Stagnaro
Director Asociado para Europa:
Dominique Wintrebert

Comité Científico

ARGENTINA: F. Alvarez, M. Cetkovich Bakmas, R. H. Etchegoyen, O. Gershanik, A. Goldchluk, A. Monchablón Espinoza, J. Nazar, E. Olivera, J. Pellegrini, D. J. Rapela, L. Ricón, S. L. Rojtenberg, D. Rabinovich, E. Rodríguez Echandía, L. Salvarezza, C. Solomonoff, M. Suárez Richards, I. Vegh, H. Vezzetti, P. Zöpke **AUSTRIA:** P. Berner. **BÉLGICA:** J. Mendlewicz. **BRASIL:** J. Forbes, J. Mari. **CANADÁ:** B. Dubrovsky. **CHILE:** A. Heerlein, F. Lolas Stepke. **EE.UU.:** R. Alarcón, O. Kernberg, R. A. Muñoz **ESPAÑA:** V. Baremlit, H. Pelegrina Cetrán. **FRANCIA:** J. Bergeret, F. Caroli, H. Lôo, P. Noël, J. Postel, S. Resnik, T. Tremine, E. Zarifian. **ITALIA:** F. Rotelli, **PERÚ:** M. Hernández. **SUECIA:** L. Jacobsson. **URUGUAY:** H. Casarotti, A. Lista, E. Probst.

Comité Editorial

Martín Agrest, Patricio Alba, Norberto Aldo Conti, Juan Costa, Pablo Gabay, Claudio González, Gabriela Silvia Jufe, Eduardo Leiderman, Santiago Levin, Daniel Matusевич, Alexis Mussa, Martín Nemirovsky, Federico Rebok, Esteban Toro Martínez, Hugo Pisa, Fabián Triskier, Ernesto Wahlberg, Silvia Wikinski.

Corresponsales

CAPITAL FEDERAL Y PCIA. DE BUENOS AIRES: S. B. Carpintero (Hosp. C.T. García); N. Conti (Hosp. J.T. Borda); V. Dubrovsky (Hosp. T. Alvear); R. Epstein (AP de BA); J. Faccioli (Hosp. Italiano); A. Giménez (A.P.A.); N. Koldobsky (La Plata); A. Mantero (Hosp. Francés); E. Mata (Bahía Blanca); D. Millas (Hosp. T. Alvarez); L. Millas (Hosp. Rivadavia); G. Onofrio (Asoc. Esc. Arg. de Psicot. para Grad.); J. M. Paz (Hosp. Zubizarreta); M. Podruzny (Mar del Plata); M. Outes (Hosp. B. Moyano); S. Sarubi (Hosp. P. de Elizalde); N. Stepansky (Hosp. R. Gutiérrez); E. Diamanti (Hosp. Español); J. Zirulnik (Hosp. J. Fernández). **CÓRDOBA:** C. Curtó, J. L. Fitó, A. Sassatelli. **CHUBUT:** J. L. Tuñón. **ENTRE RÍOS:** J. H. Garcilaso. **JUJUY:** C. Rey Campero; M. Sánchez. **LA PAMPA:** C. Lisofsky. **MENDOZA:** B. Gutiérrez; J. J. Herrera; F. Linares; O. Voloschin. **NEUQUÉN:** E. Stein. **RÍO NEGRO:** D. Jerez. **SALTA:** J. M. Moltrasio. **SAN JUAN:** M. T. Aciar. **SAN LUIS:** J. Portela. **SANTA FE:** M. T. Colovini; J. C. Liotta. **SANTIAGO DEL ESTERO:** R. Costilla. **TUCUMÁN:** A. Fiorio.

Corresponsales en el Exterior

ALEMANIA Y AUSTRIA: A. Woitzuck. **AMÉRICA CENTRAL:** D. Herrera Salinas. **CHILE:** A. San Martín. **CUBA:** L. Artilles Visbal. **ESCOCIA:** I. McIntosh. **ESPAÑA:** A. Berenstein; M. A. Díaz. **EE.UU.:** G. de Erausquin; R. Hidalgo; P. Pizarro; D. Mirsky; C. Toppelberg (Boston); A. Yaryura Tobías (Nueva York). **FRANCIA:** D. Kamienny. **INGLATERRA:** C. Bronstein. **ITALIA:** M. Soboleosky. **ISRAEL:** L. Mauas. **MÉXICO:** M. Krassoievitch; S. Villaseñor Bayardo. **PARAGUAY:** J. A. Arias. **SUECIA:** U. Penayo. **SUIZA:** N. Feldman. **URUGUAY:** M. Viñar. **VENEZUELA:** J. Villasmil.

Objetivo de VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría

El objetivo de la revista VERTEX es difundir los conocimientos actuales en el área de Salud Mental y promover el intercambio y la reflexión acerca de la manera en que dichos conocimientos modifican el corpus teórico en que se basa la práctica clínica de los profesionales de dicho conjunto disciplinario.

Informes y correspondencia:
VERTEX, Moreno 1785, piso 5
(1093), Buenos Aires, Argentina
Tel./Fax: 54(11)4383-5291 - 54(11)4382-4181
E-mail: editorial@polemos.com.ar
www.editorialpolemos.com.ar

En Europa: Correspondencia
Informes y Suscripciones
Dominique Wintrebert, 63, Bv. de Picpus,
(75012) París, Francia. Tel.: (33-1) 43.43.82.22
Fax.: (33-1) 43.43.24.64
E.mail: wintreb@easy.net.fr

Diseño
Marisa G. Henry
marisaghenry@gmail.com
Impreso en:
Sol Print SRL,
Araoz de Lamadrid 1920, Avellaneda

Reg. Nacional de la Prop. Intelectual: Nro. 207187 - ISSN 0327-6139

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XXIII Nro. 101 MARZO - ABRIL 2012

Todos los derechos reservados. © Copyright by VERTEX

* **Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, es una publicación de Polemos, Sociedad Anónima.**

Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio, sin previo consentimiento de su Editor Responsable. Los artículos firmados y las opiniones vertidas en entrevistas no representan necesariamente la opinión de la revista y son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

SUMARIO

VERTEX
*Revista Argentina de
Psiquiatría*

Aparición
Bimestral

Indizada en el
acopio bibliográfico
*"Literatura
Latinoamericana en
Ciencias de la
Salud" (LILACS) y
MEDLINE.*

Para consultar
listado completo
de números anteriores:
www.editorialpolemos.com.ar

Ilustración de tapa

*Obra: "Tópico II"
Artista: Mariela Piombino*

Año 2010

*marielapiombino@gmail.com
www.marielapiombino.blogspot.com*

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

- **Propiedades psicométricas de la Escala de Impulsividad de Barratt en una muestra de Buenos Aires**
Pablo Luis López, Marcelo Cetkovich-Bakmas, Alicia Lischinsky, Dolores Álvarez Prado, Fernando Torrente pág. 85
- **Síntomas depresivos en cuidadores primarios de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide que acuden al consultorio de Psiquiatría de un hospital general de Lima, Perú**
J. Martín Arévalo-Flores, Hever Krüger-Malpartida, Johann Vega-Dienstmaier pág. 92
- **Estudio farmacoepidemiológico de la utilización de psicofármacos en pacientes internados**
Ricardo Bolaños, Pablo M. Bazerque, Matías Nordaby, Miguel B. Miceli, Ricardo Saxton, Federido Pastore, Marcelo A. Estrin pág. 98
- DOSSIER**
- **Hospitales de Día** pág. 104
- **El Hospital de Día: historia y conceptualización**
Juan Carlos Stagnaro pág. 107
- **Esto no es un Hospital de Día. Abordaje de la investigación en Hospital de Día**
Daniel V. Vigo pág. 119
- **Cuando el Hospital se hace de día...**
Susana Llimos, Carolina Pirovani, Claudia Oszlak, Marisa Cuini pág. 132
- **Nuevos desafíos y actualidad de la práctica privada en los Hospitales de Día y otros dispositivos intermedios**
Pablo Maureso pág. 137
- **El Hospital de Día: una orientación por el síntoma**
Daniel Millas pág. 150
- **Entrevista a Lía Ricón sobre Hospital de Día** pág. 155

EDITORIAL

E

n general, los psiquiatras piensan su objeto entre los estrechos márgenes de su disciplina. Este recorte operativo es necesario para profundizar su conocimiento específico. Dicha maniobra epistemológica no es privativa de nuestra especialidad, sino que es compartida por casi todas las disciplinas en la historia de la ciencia moderna y fue llevada a su extremo con la superespecialización contemporánea. Su utilidad es grande cuando el paradigma filosófico -incluyendo el discurso social, político, económico, en suma, cultural- de una época se mantiene estable, consensuado, y permite el desarrollo histórico con un monto de contradicciones soportable para las relaciones entre los hombres.

Pero, cuando los hechos comienzan a mostrar anomalías crecientes en esa convivencia, los valores dominantes empiezan a ir contra la viabilidad de una cultura, los acontecimientos convulsionan la vida cotidiana, se infiltran conflictivamente en ella, y vuelven cada vez más difícil y hasta insostenible la existencia, comienzan a desagregarse aquellos consensos en todos los órdenes de la vida social.

El panorama de crisis que viene presentándose en la cultura en forma reiterada, acelerada en su frecuencia y cada vez más extendida en diversos países del mundo, convulsiona nuestro mundo contemporáneo. La psiquiatría en tanto disciplina de la vida psíquica patológica no puede ignorar ese contexto. Se impone entonces una mirada más allá de sus fronteras para re-situar su praxis en una nueva realidad. Es necesario preguntarse si los principios que subtienden sus supuestos básicos permanecen vigentes o deben ser revisados. Y es útil buscar en otros campos disciplinares las inspiraciones para pensar su posición actual. Entre los muchos aportes que surgen de diversos horizontes es recomendable leer "El individuo que viene después del neoliberalismo", del filósofo francés Dany-Robert Dufour, quien plantea una pregunta que pocos se hacen: ¿Cómo será el individuo que surgirá tras los cataclismos y las intervenciones globales del neoliberalismo? En otras palabras, nuestra práctica como psiquiatras se desarrolla en el marco ideológico de la trilogía de la modernidad neoliberal: producir, consumir, enriquecerse; como producto de la cual el tipo de individuo adaptado debe ajustarse a un perfil hedonista, egoísta, consumista, frívolo, obsesionado por los objetos. Un individuo que, alienado por los medios de comunicación de masas, introduce los dictados totalitarios del mercado en su conciencia y debe aceptar con indiferencia por el otro el monto de desigualdades, políticas de ajuste e impunidad, que se ensañan con los más débiles. Los oscuros buitres de la crisis que se encarnizaron con nuestros países latinoamericanos se han posado en el hemisferio norte con la misma crueldad, desnudando como nunca los mecanismos perversos del capitalismo financiero improductivo. "Hoy -dice Dufour- hasta la economía discursiva está sujeta al 'quién gana más'. Cada una de las economías humanas están bajo la misma lógica: la economía psíquica, la economía simbólica, la economía política, de allí el hundimiento de la política. La crisis que atraviesa Europa muestra que cuanto más se profundiza la crisis, más la política deja la gestión en manos de la economía. Los circuitos económicos y financieros se apoderaron de la política". Estos fenómenos determinantes de la construcción de subjetividad, productores de descompensaciones en los más vulnerables, enemigos de las políticas sociales inclusivas y de la Salud Pública gratuita e igualitaria, indiferentes a las condiciones laborales de los trabajadores de la salud, privatizadores de las prestaciones sanitarias, establecen, al menos por ahora y hasta que los pueblos los desplacen del poder, quienes diseñan la agenda social. Los psiquiatras, no están fuera de esa realidad convulsionada, ni como personas afectadas, ni como profesionales. Sus instituciones y sus prácticas tampoco. ¿Pueden sus teorías psicopatológicas, sus nosografías, sus terapéuticas mantenerse incólumes o deben ser revisadas a la luz de esos datos de la historia contemporánea? ■

Juan Carlos Stagnaro

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

Los artículos que se envíen a la revista deben ajustarse a las normas de publicación que se especifican en el sitio www.editorialpolemos.com.ar

MÉTODO DE ARBITRAJE

Los trabajos enviados a la revista son evaluados de manera independiente por un mínimo de dos árbitros, a los que por otro lado se les da a conocer el nombre del autor. Cuando ambos arbitrajes son coincidentes y documentan la calidad e interés del trabajo para la revista, el trabajo es aceptado. Cuando hay discrepancias entre ambos árbitros, se solicita la opinión de un tercero. Si la opinión de los árbitros los exige, se pueden solicitar modificaciones al manuscrito enviado, en cuyo caso la aceptación definitiva del trabajo está supeditada a la realización de los cambios solicitados. Cuando las discrepancias entre los árbitros resultan irreconciliables, el Director de VERTEX toma la decisión final acerca de la publicación o rechazo del manuscrito.

TEMAS DE LOS DOSSIERS DEL AÑO 2012

Vertex 101 / Enero - Febrero
LA POLISEMIA DE UN CONCEPTO

Vertex 102 / Marzo - Abril
HOSPITALES DE DÍA



*revista de
experiencias
clínicas y neurociencias*



Propiedades psicométricas de la Escala de Impulsividad de Barratt en una muestra de Buenos Aires

Pablo Luis López

Licenciado en Psicología

Instituto de Neurología Cognitiva (INECO)

Instituto de Neurociencias, Universidad Favaloro

E-mail: plopez@ineco.org.ar

Marcelo Cetkovich-Bakmas

Médico Psiquiatra

Instituto de Neurología Cognitiva (INECO)

Instituto de Neurociencias, Universidad Favaloro

Alicia Lischinsky

Médica Psiquiatra

Instituto de Neurología Cognitiva (INECO)

Instituto de Neurociencias, Universidad Favaloro

Dolores Álvarez Prado

Licenciada en Psicología

Instituto de Neurología Cognitiva (INECO)

Fernando Torrente

Licenciado en Psicología

Instituto de Neurología Cognitiva (INECO)

Instituto de Neurociencias, Universidad Favaloro

Introducción

En los últimos años ha crecido el interés por el estudio de procesos transdiagnósticos. Sin embargo, uno de los mayores problemas a la hora de realizar este tipo de estudios en Argentina es la escasa disponibilidad de instrumentos validados en el ámbito local. La Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11, según sus siglas en inglés) es un instrumento que evalúa una variedad de actos que constituyen un patrón de comportamiento de largo plazo (1). La escala está compuesta por 30 ítems y fue diseñada para medir tres dimensiones de la impulsividad: atencional, motora y no planeada (2, 3). Los autores proponen estas tres dimensiones como resultado de un análisis de componentes principales realizado sobre la escala. Este análisis sugeriría un modelo de tres factores de impulsividad que incluirían menor atención, una gran activación motora y menor planificación; considerados por los autores como dimensiones centrales de la impulsividad. La impulsividad atencional se refiere a la dificultad para focalizar la atención y para concentrarse (4). En la versión original esta subescala fue denominada "impulsividad cognitiva" e indicaba la dificultad para tolerar la complejidad cognitiva, pero diversos estudios factoriales pusieron en discusión dicha denominación (2). La impulsividad motora se relaciona con la tendencia a actuar impetuosamente y/o sin pensar. Finalmente, la impulsividad no planeada se vincula con la pérdida del sentido del futuro y la dificultad para la planificación.

El constructo impulsividad ha sido ampliamente estudiado en los últimos años. De todos modos, aún

no existe consenso sobre la definición del constructo. Moeller, Barratt, Dougherty, Schmitz y Swann (1) citan distintas conceptualizaciones de la impulsividad: como acción rápida sin previsión ni juicio consciente (5), como conducta sin pensamiento adecuado (6), como tendencia a actuar con menos previsión que la mayoría de las personas de la misma capacidad y el conocimiento (7), y como la toma de riesgos junto a la falta de planificación (8). Como se mencionó anteriormente, la BIS-11 es compatible con el modelo de 3 dimensiones propuesto por Patton, Stanford y Barratt (3).

Otros autores (9) proponen distinguir entre la impulsividad como parte de un rasgo estable de la personalidad (10, 11) o como un estado transitorio derivado del consumo de sustancias, de trastornos psiquiátricos, de enfermedades médicas o tratamientos farmacológicos como los agonistas dopaminérgicos (12, 13). De acuerdo con esta clasificación, la BIS-11 se ubicaría dentro de los instrumentos para evaluar impulsividad rasgo.

El constructo impulsividad ha sido estudiado, utilizando la BIS-11, en diferentes trastornos psicopatológicos. En este sentido es importante mencionar que Moeller, Barratt, Dougherty, Schmitz y Swann sostienen que, aunque la impulsividad puede estar presente en cualquier individuo con o sin diagnóstico psicopatológico, es más probable que se presente en personas con ciertos trastornos psiquiátricos (1).

En la actualidad existen numerosos estudios en pacientes con trastorno bipolar (14, 15), bulimia nerviosa (16), trastorno límite de la personalidad (17), tras-

Resumen

La escala de impulsividad de Barratt es un instrumento diseñado para evaluar el constructo impulsividad en tres dimensiones: atencional, motora y no planeada. La escala ha sido aplicada en pacientes con diferentes diagnósticos, en los cuales la sintomatología de impulsividad es característica. En Argentina no existen estudios que evalúen las propiedades psicométricas del instrumento en población clínica. El objetivo del trabajo fue evaluar las propiedades psicométricas de la escala en una muestra de la Ciudad de Buenos Aires. Se seleccionaron 150 sujetos adultos: 67 no presentaban diagnóstico psiquiátrico relevante, 56 cumplían criterios de trastorno bipolar y 27 presentaban diagnóstico de trastorno por déficit de atención. Se evaluaron la consistencia interna, la validez de constructo, la validez discriminativa y la estructura factorial. El alfa de Cronbach fue de 0,84 para la escala total. Asimismo, el instrumento ha demostrado indicadores aceptables de validez de constructo y validez discriminativa. Se encontraron diferencias al comparar la estructura factorial original con los resultados del presente estudio. Los resultados apoyan la utilidad de la escala en el contexto psiquiátrico, científico y clínico para evaluar el constructo de impulsividad. El puntaje total de la escala ha obtenido los indicadores más robustos de confiabilidad y validez.

Palabras clave: Barratt - Validación - Propiedades psicométricas - TDAH - Bipolar.

PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF THE BARRATT IMPULSIVENESS SCALE IN A SAMPLE OF THE CITY OF BUENOS AIRES

Summary

The Barratt Impulsiveness Scale was designed to assess the impulsivity construct in three dimensions: attentional, motor and unplanned. The scale has been applied to patients with different diagnoses in which the impulsivity symptoms are characteristic. In Argentina there aren't studies that evaluate the psychometrics properties of the scale in clinical population. The objective of the research was to evaluate the psychometrics properties in a sample of the city of Buenos Aires. 150 adult subjects were selected: 67 didn't have relevant psychiatric diagnoses, 56 met criteria for bipolar disorder and 27 had Attention Deficit Disorder. The internal consistency, the construct validity, discriminative validity and the factorial structure were assessed. The Cronbach alpha was 0.84 for the total scale. Also the instrument has demonstrated acceptable indicators of construct and discriminative validity. Significant differences were found when the results of the present study and the original factorial structure were compared. The results support the usefulness of the scale in the psychiatric, scientific and clinical context to evaluate the impulsivity construct. The total score of the scale obtained the strongest indicators of reliability and validity.

Key words: Barratt - Validation - Psychometric properties - ADHD - Bipolar.

torno por déficit de atención (18) y abuso de sustancias (19), entre otros. Actualmente no existe consenso sobre la mejor manera de evaluar la impulsividad, pero la BIS-11 es uno de los instrumentos más estudiados.

La BIS-11 ha sido adaptada al alemán (20), al coreano (21), al español (22), al francés (23), al italiano (24), al japonés (25) y al portugués (26). En Argentina no existe ningún estudio que evalúe las propiedades psicométricas del instrumento en poblaciones clínicas. Solamente existe un estudio previo realizado en población carcelaria (27). Por tal motivo, en el presente estudio se describen las propiedades psicométricas de la versión española de la escala BIS-11 en una muestra de la ciudad de Buenos Aires.

Métodos

Participantes

Se administró la escala a 150 sujetos, 70 mujeres y 80 varones, de entre 18 y 65 años que residen en la Ciudad de Buenos Aires y del Conurbano bonaerense. De ellos, 67 sujetos que no cumplían criterios diagnósticos psicopatológicos según el *Manual Diagnóstico y Estadístico*, cuarta versión revisada (28) (DSM-IV TR) (44,7%) fueron seleccionados a través de un muestreo bola de nieve. Para descartar sintomatología de ansiedad y depresión se administró el Inventario de Depresión de Beck II (BDI II) y el Inventario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI). Se seleccionaron además 2 muestras clínicas a través de un muestreo intencional: una conformada por 56 sujetos (37,3%) con diagnóstico de trastorno bipolar (TB) en fase depresiva y otra formada por 27 sujetos (18%) con diagnóstico de trastorno por déficit de atención (TDA/H), 21 de ellos presentaban subtipo hiperactivo/impulsivo y 6 subtipo inatento. Los sujetos que integraron este último grupo, fueron evaluados al momento de la admisión, sin que estuvieran realizando tratamiento psicofarmacológico específico. El diagnóstico se realizó a través de una entrevista psiquiátrica estructurada, con el objetivo de establecer la presencia de los criterios diagnósticos establecidos para tales diagnósticos clínicos por el DSM-IV TR.

Todos los participantes han sido informados de las características y objetivos del estudio, prestando su consentimiento para su inclusión en el mismo.

Análisis de datos

Con el fin de evaluar la presencia de casos atípicos, se calcularon las puntuaciones estándares de la escala total y de todas las subescalas. Se consideraron atípicos aquellos casos con puntuaciones z que se alejaban más de 3 desvíos típicos de la media de cada distribución.

Se testearon los supuestos de normalidad en la escala total y en las tres subescalas, a través del test de Shapiro Wilk.

Posteriormente, se evaluó la consistencia interna del instrumento a través del coeficiente alfa de Cronbach. En segundo lugar, con el objeto de evaluar la validez de constructo, se estudió la correlación ítem-subescala. Por su parte, la estructura factorial del instrumento se exploró a través del análisis de componentes principales con

rotación Varimax y, a fin de confirmar la estructura propuesta por el autor, se forzó una solución de 3 factores, considerando los ítems con una carga factorial superior a 0,4. Finalmente se calculó la validez discriminativa entre los distintos grupos seleccionados mediante análisis de la covarianza (ANCOVA), controlando por ansiedad, a través de los puntajes del STAI, y por depresión, a través de los puntajes del BDI II. Para estos análisis, se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 17.0.

Resultados

No se encontraron casos que presentaran valores atípicos. La muestra total registró una media del puntaje total de la escala de 49,97 (d.t. 17,97). La distribución de la escala total se ajusta al modelo normal estándar de acuerdo al Test de Shapiro Wilk ($W = 0,99$; $p = ,331$). La media de impulsividad atencional fue de 15,41 (d.t. 5,51) y la distribución no se ajusta al modelo normal ($W = 0,983$; $p = ,062$). En la subescala de impulsividad motora se encontró una media de 16,08 (d.t. 8,32) y la distribución tampoco se ajusta al modelo normal estándar ($W = 0,974$; $p = ,005$). Finalmente, en la subescala de impulsividad no planeada la media fue de 18,48 (d.t. 7,92), presentando un ajuste débil al modelo normal estándar ($W = 0,987$; $p = ,184$).

La consistencia interna del instrumento, calculada a través del alpha de Cronbach, fue de 0,84 para la escala total. Al evaluar las 3 subescalas propuestas en la versión original del instrumento, solamente la subescala de impulsividad motora registró un coeficiente aceptable (0,79), siguiendo la clasificación sugerida por George y Mallery (29), mientras que el alfa de Cronbach de la subescala de impulsividad no planeada fue de 0,67 y el de la subescala de impulsividad atencional fue de 0,49.

La factibilidad del análisis factorial se evaluó a través del índice de adecuación muestral KMO (Kaiser-Meyer-Olkin), que presentó un valor de ,782, y la prueba de esfericidad de Bartlett, que presentó resultados significativos ($X^2 = 1544,34$; $gl = 435$; $p < ,001$). Puede observarse que la gran mayoría de los 30 ítems, a excepción de 4 (3, 13, 24 y 30), correlacionan significativamente con el puntaje total de la escala (ver Tabla 1). Discriminando por cada subescala, 7 de los 8 ítems correspondientes a impulsividad atencional correlacionan significativamente con el total de dicha subescala, todos los ítems de impulsividad motora correlacionan significativamente con el total de la subescala, mientras que en impulsividad no planeada todos los ítems correlacionan con el total de la subescala correspondiente.

En la Tabla 2 se observa que todas las subescalas correlacionan con la escala total y que al mismo tiempo correlacionan todas las subescalas entre sí.

El análisis factorial, forzado en los tres factores que propone el autor del instrumento, explica el 37,74% de la varianza. El factor correspondiente a impulsividad no planeada explica el 18,25% de la varianza, el factor relacionado con impulsividad motora, el 12,99% mientras que el factor de impulsividad atencional solamente explica el 6,49% de la variabilidad.

En la Tabla 3 se observa la matriz de componentes rotados. Los ítems correspondientes al factor de impul-

Tabla 1. Correlaciones entre ítems y escalas.

	Impulsividad Atencional	Impulsividad Motora	Impulsividad No planeada	Puntaje Total
A1 (ítem 4)	,383**	,458**	,212**	,423**
A2 (ítem 7)	,714**	,444**	,481**	,637**
A3 (ítem 10)	,571**	,378**	,422**	,536**
A4 (ítem 13)	,268**	-,131	-,015	,015
A5 (ítem 16)	,593**	,402**	,234**	,471**
A6 (ítem 19)	,656**	,328**	,434**	,544**
A7 (ítem 24)	,004	,049	-,136	-,036
A8 (ítem 27)	,57**	,439**	,312**	,516**
M1 (ítem 2)	,455**	,648**	,393**	,613**
M2 (ítem 6)	,518**	,565**	,476**	,63**
M3 (ítem 9)	,381**	,541**	,097	,410**
M4 (ítem 12)	,312**	,6**	,232**	,476**
M5 (ítem 15)	,45**	,738**	,353**	,636**
M6 (ítem 18)	,39**	,64**	,329**	,561**
M7 (ítem 21)	,337**	,556**	,34**	,511**
M8 (ítem 23)	,137	,384**	-,047	,199*
M9 (ítem 26)	,164*	,545**	,087	,341**
M10 (ítem 29)	,558**	,721**	,381**	,673**
NP1 (ítem 1)	,414**	,415**	,663**	0,612**
NP2 (ítem 3)	,024	-,076	,219**	,069
NP3 (ítem 5)	,328**	,317**	,565**	,497**
NP4 (ítem 8)	,342**	,286**	,594**	,499**
NP5 (ítem 11)	,373**	,303**	,639**	,537**
NP6 (ítem 14)	,296**	,245**	,437**	,397**
NP7 (ítem 17)	,001	,009	,421**	,190*
NP8 (ítem 20)	,125	,214**	,191*	,222**
NP9 (ítem 22)	,466**	,368**	,636**	,594**
NP10 (ítem 25)	,17*	,334**	,528**	,440**
NP11 (ítem 28)	,204*	,156	,313**	,273**
NP12 (ítem 30)	,096	-,092	,338**	,136

A = Impulsividad Atencional; M = Impulsividad Motora; NP = Impulsividad No planeada * $p < ,05$; ** $p < ,01$

Tabla 2. Correlaciones entre las subescalas.

Subescala	1	2	3	4
1.1. Atencional	1	,625**	,515**	,823**
2.1. Motora	,625**	1	,441**	,849**
3.1. No planeada	,515**	,441**	1	,803**
4. Total	,823**	,849**	,803**	1

** $p < ,01$

sividad atencional propuesto por el autor son el 4, 7, 10, 13, 16, 19, 24 y 27. Ahora bien, tal como se observa en la matriz, los ítems 4 y 27 cargan para el factor de impulsividad motora, el 7, 10, 19 y 24 para impulsividad no planeada y el ítem 13 y el 16 presentan coeficientes inferiores

a 0,40. El factor de impulsividad motora está compuesto por los ítems 2, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 23, 26 y 29. El análisis de factores es consistente con la propuesta originaria en la mayoría de los ítems, a excepción del ítem 6 que carga para el factor de impulsividad no planeada. Finalmente

con respecto a este último factor, el autor propone que está conformado por los ítems 1, 3, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 22, 25, 28 y 30. Si bien la mayoría de los ítems coincide con el planteo original, se observa que el ítem 3 y el 20 cargan para impulsividad atencional, mientras que los ítems 17, 28 y 30 presentan coeficientes inferiores a 0,40.

Por otro lado, se observan 4 ítems que cargan para dos factores simultáneamente. El ítem 2, 15 y 29 cargan tanto para impulsividad motora como para no planeada, mientras que el ítem 8 para atencional y no planeada.

Finalmente, se comparó a los 3 grupos seleccionados en todas las subescalas del instrumento. En la Tabla 4 se describen los resúmenes estadísticos de la variable edad y de los puntajes del BDI-II, la STAI-Rasgo y las subescalas de la BIS-11. Como puede observarse se registran diferencias significativas en depresión y en ansiedad rasgo, razón por la cual se decidió controlar las diferencias en las subescalas de la BIS-11 por dichas variables.

Al controlar por depresión se observan diferencias estadísticamente significativas en impulsividad atencio-

Tabla 3. Matriz de Componentes Rotados.

	Componente		
	Impulsividad Atencional	Impulsividad Motora	Impulsividad No planeada
i1	,092	,120	,721
i2	,013	,506	,430
i3	,520	,011	-,037
i4	,029	,631	,035
i5	,274	,157	,501
i6	,115	,290	,600
i7	,010	,152	,710
i8	,475	,124	,515
i9	-,348	,525	,097
i10	,167	,074	,641
i11	,167	,105	,575
i12	-,139	,500	,279
i13	,043	-,396	,232
i14	-,396	,121	,404
i15	-,088	,541	,469
i16	-,292	,324	,339
i17	-,127	-,133	,292
i18	-,009	,580	,300
i19	-,181	,022	,697
i20	-,513	,273	,057
i21	,252	,437	,291
i22	-,142	,085	,716
i23	,164	,529	-,227
i24	,301	,366	-,467
i25	,317	,207	,400
i26	,049	,547	,029
i27	-,214	,443	,316
i28	,349	,191	,089
i29	-,181	,583	,437
i30	,300	-,122	,118

nal ($F(2, 147) = 10,83$; $p < ,001$), motora ($F(2, 147) = 7,58$; $p = ,001$) y en el puntaje total de la escala ($F(2, 147) = 9,68$; $p < ,001$). En impulsividad atencional los pacientes con TDA/H obtienen puntuaciones significativamente superiores que los pacientes con TB, quienes a su vez se

diferencian significativamente del grupo control. Las mismas diferencias se observan en impulsividad motora y en el puntaje total de la escala.

De manera similar, cuando se controla por ansiedad rasgo, se registran diferencias en impulsividad atencional

Tabla 4. Estadísticos descriptivos. Medias y Desviación estándar (entre paréntesis).

	TB	TDA/H	Control	p
Edad	39,09 (12,02)	33,5 (12,83)	33,16 (12,33)	,106
BDI-II	24,05 (13,58)	15,35 (9,85)	6,57 (5,98)	< ,001
STAI-R	54,79 (12,58)	52,81 (13,49)	35,38 (7,28)	< ,001
BIS-11 Atencional	16,89 (5,02)	19,48 (5,46)	12,52 (4,34)	< ,001
BIS-11 Motora	18,09 (7,73)	21,11 (8,33)	12,37 (7,18)	< ,001
BIS-11 No planeada	20,32 (8,4)	21,89 (7,3)	15,57 (6,75)	< ,001
BIS-11 Total	55,30 (16,92)	62,48 (16,4)	40,46 (14,3)	< ,001

TB = Trastorno Bipolar; TDA/H = Trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad; Control = Controles sanos

($F(2, 147) = 6,59$; $p = ,002$), impulsividad motora ($F(2, 147) = 4,09$; $p = ,02$) y en el puntaje total de la escala ($F(2, 147) = 5,77$; $p = ,004$), pero a diferencia de cuando se controla por depresión, los pacientes con TDA/H registran puntuaciones significativamente superiores en las mismas subescalas, pero los grupos de TB y controles sanos no se diferencian entre sí.

Discusión

La BIS-11 es un instrumento que ha sido estudiado en numerosas poblaciones y que ha demostrado índices elevados de validez y fiabilidad para evaluar el constructo de impulsividad en distintas patologías. En este estudio se buscó establecer las propiedades psicométricas de la versión española de la BIS-11 (22) en una muestra de la Ciudad de Buenos Aires.

En relación con la consistencia interna del instrumento, el coeficiente de Cronbach de la escala total ha sido elevado (0,84). La subescala de impulsividad motora, siguiendo la clasificación propuesta por George y Mallery (29), ha registrado un coeficiente aceptable (0,79), la subescala de impulsividad no planeada ha obtenido un coeficiente débil (0,67), y la subescala de impulsividad atencional, un coeficiente por debajo de lo aceptable (0,49). La literatura especializada recomienda un coeficiente superior a 0,60 para que un instrumento autoadministrable sea fiable, es decir, que se tienen argumentos suficientes para afirmar que los ítems son interdependientes y homogéneos en términos de los constructos que mide (30).

En relación con la validez de constructo, se ha observado que la gran mayoría de los 30 ítems, a excepción de 4 (3, 13, 24 y 30), correlacionan significativamente con el puntaje total de la escala. En la subescala de impulsividad atencional, 7 de los 8 ítems correlacionan significativamente con el total de dicha subescala. Todos los ítems de impulsividad motora correlacionan significativamente con el total de la subescala, lo que apoya la mejor definición de esta subescala. Finalmente, en impulsividad no planeada, todos los ítems correlacionan con el total de la subescala correspondiente. Otra información sumamente importante que se desprende del análisis es que todas las subescalas correlacionan entre sí, cuestión que pone en duda que las dimensiones sean mutuamente excluyentes. Además, en la tabla en donde se detallan las correlaciones entre subescalas se describe que las correlaciones más ele-

vadas son con respecto a la escala total, lo que apoya la idea de que todas las subescalas en última instancia están midiendo el mismo constructo general.

Con respecto a la estructura factorial del instrumento, el autor de la versión original de la escala propone la existencia de tres factores: impulsividad atencional, impulsividad motora e impulsividad no planeada. El factor correspondiente a la impulsividad motora ha sido en este estudio el más claramente identificable. Un resultado similar han obtenido en la validación brasileña de la escala en una muestra de adolescentes (26). En dicho estudio, los autores hacen la observación de que en la versión original en inglés se propone la existencia de dos subescalas mutuamente excluyentes, impulsividad motora e impulsividad no planeada, pero que la impulsividad atencional puntúa en más de un factor (3). Los autores de la escala original plantean que los procesos cognitivos están presentes en la impulsividad en general, mientras que los otros dos factores se delimitan claramente. Además sugieren que el puntaje de la escala total tiene potencial utilidad clínica, pero no especifican la utilidad de cada subescala. Los resultados obtenidos en el análisis factorial en la presente investigación, sumados a los de validez de constructo, apoyan la propuesta de la utilidad del puntaje total de la escala.

El porcentaje de varianza explicado es similar que en el resto de los estudios psicométricos realizados con este instrumento. En el presente estudio el porcentaje ha sido de 37,74%, mientras que en la versión original ha sido de 32% (3).

Pasando a la validez discriminativa del instrumento, en el presente estudio se han comparado dos patologías en las que la impulsividad es uno de los síntomas principales: el trastorno por déficit de atención (28) y el trastorno bipolar (31). Incluso se han realizado investigaciones anteriores en pacientes con estos trastornos utilizando la BIS-11 (14, 15, 18). Si bien la BIS-11 no es una escala diagnóstica, la misma ha demostrado, de acuerdo a los resultados obtenidos en el presente trabajo, que tiene utilidad para discriminar entre los distintos grupos. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en impulsividad atencional, motora y en el puntaje total de la escala entre los dos grupos de pacientes (TB y TDA/H). Sin embargo, considerando los comentarios que se realizaron previamente con respecto a la validez y confiabilidad de las subescalas, debemos ser cautos con la interpretación de las diferencias en impulsividad atencional principalmente. De todos modos, dado que los indicadores de validez

y confiabilidad de la subescala de impulsividad motora y de la escala total han sido satisfactorios, tenemos mayores argumentos para pensar que estas diferencias describen de manera adecuada el fenómeno estudiado.

Las principales limitaciones del trabajo son el tamaño de muestra y el método de muestreo, en particular en la muestra de sujetos controles sanos. El método de muestreo de la muestra clínica, en cambio, permite una mejor generalización de los resultados dado que, por el propio método de selección, los sujetos representan adecuadamente las características propias de los trastornos relevantes para el estudio.

A modo de conclusión podemos afirmar que los resultados obtenidos en el presente estudio apoyan la utilidad de la escala en el contexto psiquiátrico, científico y clínico para evaluar el constructo transdiagnóstico de impulsivi-

dad en el contexto de realización de este estudio. Acorde con los estudios previos en otros países, el puntaje total de la escala es el que ha obtenido indicadores más robustos de confiabilidad y validez, razón por la cual sugerimos continuar estudiando las propiedades psicométricas de las tres subescalas propuestas en la versión original. Adicionalmente, consideramos de suma importancia evaluar en estudios posteriores el funcionamiento de los ítems que presentaron coeficientes negativos, con el fin de establecer correcciones en futuras adaptaciones del instrumento en nuestro medio ■

Los autores no declaran conflictos de intereses.

Referencias bibliográficas

- Moeller FG, Barratt E, Dougherty D, Schmitz JM, Swann AC. Psychiatric Aspects of Impulsivity. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1783-1793.
- Barratt ES, Patton JH. En: Hillsdale ZM (ed.). *Impulsivity: Cognitive, Behavioral, and Psychophysiological Correlates in Biological Basis of Sensation-Seeking, Impulsivity, and Anxiety*. New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates, 1983.
- Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychology* 1995; 51: 768-774.
- Luengo MA, Carrillo-de-la-Pena MT, Otero JM. The components of impulsiveness: A comparison of the I.7 impulsiveness questionnaire and the Barratt impulsiveness scale. *Pers Individ Dif* 1991; 12: 657-667.
- Hinslie L, Shatzky J. *Psychiatric Dictionary*. New York, Oxford University Press, 1940.
- Smith L. *A Dictionary of Psychiatry for the Layman*. London, Maxwell, 1952.
- Dickman SJ. Impulsivity and information processing. En: Mc Cown WG, Johnson JL, Shure MB (eds.). *The Impulsive Client: Theory, Research, and Treatment*. Washington, DC: American Psychological Association; 1993. p. 151-184.
- Eysenck SB, Eysenck HJ. The place of impulsiveness in a dimensional system of personality description. *Br J Soc Clin Psychology* 1977; 16: 57-68.
- Iribarren MM, Jiménez-Giménez M, García-de Cecilia JM, Rubio-Valladolid G. Validación y Propiedades Psicométricas de la Escala de Impulsividad Estado (EIE). *Actas Esp Psiquiatr* 2011; 39 (1): 49-60.
- Eysenck HJ. *Crime and personality*. Boston, Houghton Mifflin, 1964.
- Dickman SJ. Functional and dysfunctional impulsivity: personality and cognitive correlates. *J Pers Soc Psychology* 1990; 58 (1): 95-102.
- Rubio G, Jiménez M, Rodríguez-Jiménez R, Martínez I, Iribarren MM, Jiménez-Arriero MA, et al. Varieties of impulsivity in males with alcohol dependence: the role of Cluster-B personality disorder. *Alcohol Clin Exp Res* 2007; 31 (11): 1826-32.
- Rossi M, Merello M. Trastornos del control de los impulsos en la Enfermedad de Parkinson. *Archivos de Neurología, Neurocirugía y Neuropsiquiatría*, 2008; 15 (1): 6-16.
- Swann AC, Anderson J, Dougherty DM, Moeller FG. Measurement of interepisode impulsivity in bipolar disorder: *Preliminary report*. *Psychiatry Res* 2001; 101: 195-197.
- Lewis M, Scott J, Frangou S. Impulsivity, personality and bipolar disorder. *Eur J Psychiatry* 2009; 24 (7): 464-9.
- Kemps E, Wilsdon A. Preliminary evidence for a role for impulsivity in cognitive disinhibition in bulimia nervosa. *J Clin Exp Neuropsychology* 2010; 32 (5): 515-21.
- Jacob GA, Gutz L, Bader K, Lieb K, Tüscher O, Stahl C. Impulsivity in borderline personality disorder: impairment in self-report measures, but not behavioral inhibition. *Psychopathology* 2010; 43 (3): 180-8.
- Ray Li CS, Chen SH, Lin WH, Yang YY. Attentional blink in adolescents with varying levels of impulsivity. *J Psychiatr Res* 2005; 39 (2): 197-205.
- Moeller FG, Dougherty D, Barratt E, et al. Increased impulsivity in cocaine dependent subjects independent of antisocial personality disorder and aggression. *Drug Alcohol Depend* 2002; 68: 105.
- Preuss UW, Rujescu D, Giegling I, Koller G, Bottlender M, Engel RR, Moller HJ, Soyka M. Factor structure and validity of a German version of the Barratt impulsiveness scale. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2003; 71: 527-534.
- Chung YO, Lee CW. A study of factor structures of the Barratt impulsiveness scale in Korean university students. *Korean Journal of Clinical Psychology* 1997; 16: 117-129.
- Oquendo M, Baca-García E, Graver R, Morales M, Montalvan V, Mann J. Spanish adaptation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11). *Eur J Psychiatry* 2001; 15: 147-55.
- Bayle FJ, Bourdel MC, Caci H, Gorwood P, Chignon JM, Ades J, Loo H. Structure factorielle de la traduction Française de l'échelle d'impulsivité de Barratt (BIS-10). *Can J Psychiatry* 2000; 45: 156-166.
- Fossati A, Di Ceglie A, Acquarini E, Barratt ES. Psychometric properties of an Italian version of the Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11) in nonclinical subjects. *J Clin Psychology* 2001; 57 (6): 815-28.
- Sakado K, Sakado M, Muratake T, Mundt C, Someya T. A psychometrically derived impulsive trait related to a polymorphism in the serotonin transporter gene-linked polymorphic region (5-HTTLPR) in a Japanese nonclinical population: assessment by the Barratt impulsiveness scale (BIS). *Am J Med Gen B Neuropsychiatr Genet* 2003; 121B (1): 71-5.
- von Diemen L, Szobot CM, Kessler F, Pechansky F. Adaptation and construct validation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS 11) to Brazilian Portuguese for use in adolescents. *Rev Bras Psiquiatr* 2007; 29 (2): 153-6.
- Folino JO, Escobar Córdoba F, Castillo JL. Exploración de la validez de la escala de impulsividad de Barratt (BIS 11) en la población carcelaria Argentina. *Rev Colomb Psiquiatr* 2006; 35 (2): 132-148.
- American Psychiatric Association. *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4a edición). Barcelona, Masson, 1994.
- George D, Mallery P. *SPSS/PC + step by step: a simple guide and reference*. California, Wadsworth Publishing Company, 1995.
- Nunnally J, Bernstein I. *Psychometric theory*. New York, McGraw-Hill, 1994.
- Najt P, Pérez J, Sánchez M., Peluso MA, Glahn D, Soares JC. Impulsivity and bipolar disorder. *Eur Neuropsychopharmacol* 2006; 17 (5): 313-20.

Síntomas depresivos en cuidadores primarios de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide que acuden al consultorio de Psiquiatría de un hospital general de Lima, Perú

J. Martín Arévalo-Flores

Médico Psiquiatra

Servicio de Neuro-Psiquiatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia

E-mail: martin.arevalo@upch.pe

Hever Krüger-Malpartida

Médico Psiquiatra

Universidad Peruana Cayetano Heredia

Johann Vega-Dienstmaier

Médico Psiquiatra

Servicio de Neuro-Psiquiatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia

Resumen

Objetivo: determinar la prevalencia de síntomas depresivos en cuidadores de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide que acuden al consultorio de psiquiatría de un hospital general y estimar la correlación entre la severidad de la esquizofrenia y los síntomas depresivos del cuidador. **Métodos:** se aplicó la Escala de Depresión de Zung (EDZ) y la Escala de Psicopatología Depresiva (EPD) a los cuidadores; además se evaluó la severidad de la esquizofrenia mediante la escala de Impresión Clínica Global (CGI). **Resultados:** se evaluaron 61 binomios paciente-cuidador. Entre los pacientes, el 63,9% fueron hombres y el 88,5% solteros. De los cuidadores, el 77,05% fueron mujeres, el 47,5% casados y el 42,6% fueron madres de los pacientes. La prevalencia de probable depresión clínica fue de 3,3% y 14,8% de acuerdo a la EPD ($\geq 25,5$) y EDZ ($\geq 56,25$). Se encontró correlación entre el puntaje de la EDZ del cuidador y el CGI del paciente ($\rho = 0,317$; $p = 0,0013$). Los puntajes de la EDZ fueron mayores en cuidadoras mujeres respecto a los cuidadores hombres ($49,65 \pm 8,9$ vs. $42,59 \pm 7,15$, $p = 0,009$). **Conclusiones:** los pacientes fueron principalmente varones y solteros; los cuidadores: casados, mujeres y madres de los pacientes. La sintomatología depresiva en cuidadores (según la EDZ) fue mayor en mujeres y se correlacionó con la severidad de la enfermedad del paciente.

Palabras clave: Depresión - Cuidadores - Esquizofrenia.

DEPRESSIVE SYMPTOMS IN PRIMARY CAREGIVERS OF PATIENTS DIAGNOSED WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA ATTENDING AT A PSYCHIATRIC OFFICE OF A GENERAL HOSPITAL IN LIMA, PERÚ

Summary

Objective: To determine the prevalence of depressive symptoms in caregivers of patients attending at a psychiatric office of a general hospital with diagnosis of paranoid schizophrenia and to estimate the correlation between the severity of schizophrenia and depressive symptoms in the primary caregiver. **Methods:** The Zung Depression Scale (ZDS) and the Depressive Psychopathology Scale (DPS) were administered to caregivers and the severity of schizophrenia was assessed using the scale of Clinical Global Impression (CGI). **Results:** We evaluated 61 patient-caregiver pairs. Between the patients; 63.9% were male and 88.5% were single. Of the caregivers; 77.05% were women, 47.5% married, and 42.6% were the mothers of the patients. The prevalence of probable clinic depression was 3.3% and 14.8% according to the DPS (≥ 25.5) and the ZDS (≥ 56.25). It was find correlation between the caregiver score in the ZDS and the CGI of the patient ($\rho = 0.317$, $p = 0.0013$). The female caregivers had higher scores in ZDS than male caregivers (49.65 ± 8.9 vs. 42.59 ± 7.15 , $p = 0.009$). **Conclusions:** Patients were mostly male and single; most caregivers were married, women and mothers of patients. Depressive symptoms (according ZDS) in caregivers were higher in female and were correlated with the severity of the patient's illness.

Key words: Depression - Caregivers - Paranoid Schizophrenia.

Introducción

La esquizofrenia es una enfermedad mental severa y discapacitante que afecta el pensamiento, la percepción, la cognición y la afectividad (1). A pesar de los progresos actuales se observa que aproximadamente la quinta parte de los pacientes sufre graves limitaciones en sus actividades cotidianas (2). El efecto negativo de la enfermedad recae básicamente en quienes la padecen y en las personas que conviven y cuidan de ellos (3). Las dificultades que surgen en las relaciones familiares, la carga emocional y la falta de conocimientos sobre la enfermedad son fuentes de estrés que contribuyen a empobrecer la calidad de vida tanto de pacientes como de sus familiares; además, estos factores pueden ser predictores de la exacerbación de los síntomas, recaídas y hospitalizaciones (2).

El estudio de los cuidadores primarios es fundamental ya que son estas personas quienes acompañan al paciente a lo largo de la enfermedad y lideran el proceso de reintegración del paciente a la familia y a la sociedad. Las características de las personas que cuidan del paciente son similares en diversos estudios. Según investigaciones llevadas a cabo en Estados Unidos (5), Perú (4), México (6) y en un estudio multicéntrico en 5 ciudades de Europa (7), el mayor porcentaje son los padres de los pacientes, son mujeres y pertenecen al rango de edad entre 40 y 60 años (4-6).

Existen pocos estudios que evalúen síntomas depresivos en cuidadores y que los relacionen con la severidad de la enfermedad. En Perú, en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi se encontró que el 42,2% de los familiares de pacientes tenían probable depresión moderada o intensa (8). En Latinoamérica encontramos dos estudios en México: en el primero (4) se encontró que entre los familiares de los pacientes, los trastornos afectivos (no se hace especificación del tipo) eran los problemas mentales más frecuentes (16,6%), mientras que en un estudio más reciente (9) se reporta una prevalencia de trastornos depresivos (incluyendo distimia) del 20,6% entre familiares cuidadores de pacientes.

Considerando estos aspectos, la salud mental del familiar y/o del cuidador primario debería ser una prioridad en los programas de atención de pacientes con esquizofrenia. El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de depresión probable entre los cuidadores de pacientes esquizofrénicos que acuden al consultorio de Psiquiatría del Hospital Cayetano Heredia, así como evaluar la relación entre la intensidad del cuadro clínico del paciente y la presencia de síntomas depresivos en el cuidador.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo correlacional de corte transversal donde se incluyó, mediante un muestreo por conveniencia, a pacientes con esquizofrenia paranoide y sus respectivos cuidadores primarios que acudían al consultorio de Psiquiatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

Se revisaron las historias clínicas de los pacientes; posteriormente se verificó si los pacientes habían acudido acompañados y finalmente se evaluó si el acompañante cumplía las funciones de cuidador primario. Los criterios de inclusión para el paciente fueron el tener diagnóstico de esquizofrenia paranoide de acuerdo a la evaluación del médico psiquiatra, según el texto revisado de la cuarta versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV-TR) (10) y la aceptación del primero para ingresar al estudio. En el caso del cuidador primario los criterios de inclusión, además de la aceptación para ingresar al estudio, fueron: 1) Tener 18 años o más; 2) cumplir con la definición de cuidador primario: persona que asume la responsabilidad del cuidado del paciente, se encarga de mantener el control, tratamiento y cuidado en general del mismo; 3) grado de instrucción primaria completa como mínimo.

Los criterios de exclusión para el paciente fueron la negativa a participar en el estudio y/o que el diagnóstico no se encontrara especificado en la historia clínica. En el caso del cuidador fueron la negativa a participar en el estudio y/o que el grado de instrucción fuera menor a primaria completa. Si el cuidador primario y el paciente cumplían con los criterios del estudio, se les invitó a participar del mismo y se les proporcionó un consentimiento informado a ambos (cuidador primario y paciente). Los consentimientos informados y el protocolo fueron aprobados por el Comité Institucional de Ética en la Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Se registraron los datos del paciente (sexo, edad, estado civil, grado de instrucción, tiempo de enfermedad, número de hospitalizaciones por causa psiquiátrica a lo largo de la enfermedad y número de hospitalizaciones en el último año por la misma razón) y datos del cuidador primario (sexo, edad, estado civil, grado de instrucción, grado de parentesco con el paciente y tiempo de convivencia con el paciente desde que este inició la enfermedad). Posteriormente se entregó al cuidador la Escala de Psicopatología Depresiva (EPD) y la Escala de Depresión de Zung (EDZ) y finalmente el psiquiatra tratante evaluó la severidad presente de la enfermedad esquizofrénica por medio de la Impresión Clínica Global (CGI). La CGI es un instrumento que califica la severidad de la enfermedad en una escala del 1 al 7, donde 1 corresponde a "Normal, no enfermo" y 7 corresponde a "Entre los pacientes más extremadamente enfermos".

Al finalizar la consulta se informó al cuidador del resultado de las escalas. Si el resultado de alguna de las escalas (EPD y/o EDZ) fue sugerente de depresión, se le indicaba que acuda al consultorio de psiquiatría para realizar la evaluación clínica correspondiente.

La escala de Depresión de Zung es un instrumento autoaplicado ampliamente utilizado; está compuesto de 20 ítems que se puntúan de 1 a 4 de acuerdo a la severidad del síntoma. La suma de los puntajes de los ítems se multiplica por 10 y se divide entre 8, resultando puntajes totales de 25 a 100. La EDZ fue validada en el mismo escenario del presente estudio (consultorio de psiquiatría del Hospital Cayetano Heredia) (11). El punto de cor-

te (PC) para definir depresión probable ($\geq 56,25$) se tomó teniendo como referencia el diagnóstico de depresión mayor hecho por un psiquiatra, siendo su sensibilidad del 91,47% y la especificidad del 91,8% para ese punto de corte.

La Escala de Psicopatología Depresiva es un instrumento autoadministrable, basado en los criterios diagnósticos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (10a versión) y del DSM-IV. Consta de 20 ítems: 17 que se puntúan de 0 a 3, dos que se puntúan de 0 a 2 y uno de 0 a 4, resultando un puntaje total de 0 a 59. Los ítems están referidos a los síntomas experimentados en las últimas dos semanas. La EPD fue validada en Perú (12) en el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi", encontrándose una consistencia interna adecuada (alfa de Cronbach = 0,86) y para el punto de corte usado para definir depresión probable ($> 25,5$) su sensibilidad es de 77,67% y la especificidad es de 72,32%, tomando como referencia el diagnóstico de depresión mayor hecho por un psiquiatra.

Para el análisis de los datos se realizó estadísticas descriptivas. Se aplicó la prueba de correlación de Spearman para evaluar la correlación entre variables ordinales. La edad del cuidador, puntaje de la EDZ y puntaje de la EPD tuvieron una distribución normal por lo que se aplicó la t de Student para evaluar la asociación entre el puntaje de las escalas de depresión y el sexo de los cuidadores, así como la asociación entre el sexo y edad de los cuidadores. En el caso del CGI, la edad de inicio de la enfermedad, el número de hospitalizaciones y las hospitalizaciones en el último año no tuvieron una distribución normal, por ello se aplicó la prueba U de

Mann-Whitney para evaluar la asociación con el sexo de los pacientes.

Se utilizó el programa Microsoft Excel 2007 y el programa SPSS versión 14.0.

Resultados

Se revisaron las historias de 100 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide. De estos pacientes, 27 acudieron solos, 7 acudieron acompañados por una persona que no era el cuidador primario y 5 acudieron con el cuidador primario pero se excluyeron porque su grado de instrucción era menor a primaria completa. Luego de la revisión ingresaron al estudio 61 binomios paciente - cuidador primario.

En la Tabla 1 se muestran las características principales de los pacientes y de los cuidadores primarios. En cuanto a los pacientes, el promedio de edad fue 35,5 años con una desviación estándar (DE) de 13; la enfermedad tenía una duración de 13,6 años (DE = 12,1) y una edad de inicio de 21,9 años (DE = 7,5). Esta última fue significativamente mayor en las mujeres (M = 25; DE = 8,3) que en los hombres (M = 20,1; DE = 6,4) ($p = 0,007$). El 63,9% (n = 39) de los pacientes fueron de sexo masculino, el 88,5% (n = 54) fueron solteros y el 65,6% (n = 40) tuvo grado de instrucción secundaria completa o menor.

Entre los cuidadores primarios, el promedio de edad fue de 54,4 años (DE = 12,4) y el tiempo de convivencia con el paciente fue de 12,4 años (DE = 10,7). El 77,05% (n = 47) fueron de sexo femenino, el 47,5% (n = 29) eran casados, el 57,38% (n = 35) tuvo grado de instrucción secundaria completa o menor y en su mayoría fueron las madres de los pacientes (42,6%). No se encontraron diferencias significa-

Tabla 1. Características generales de los pacientes con esquizofrenia paranoide y de los cuidadores primarios.

Paciente		
Edad (Media \pm DE)	35,5 \pm 13,0	
Tiempo de enfermedad (M \pm DE)	13,6 \pm 12,1	
	n	%
Sexo		
Masculino	39	63,9
Femenino	22	36,1
Grado de instrucción		
Primaria	3	4,9
Secundaria	37	60,7
Superior no universitaria	4	6,5
Superior universitaria	17	27,9
Estado Civil		
Soltero	54	88,5
Conviviente	4	6,6
Casado	1	1,6
Separado	1	1,6
Viudo	1	1,6

Cuidador		
Edad (M ± DE)	54,4 ± 12,4	
Tiempo de convivencia (M ± DE)	12,4 ± 10,7	
	n	%
Sexo		
Masculino	14	23,0
Femenino	47	77,0
Grado de instrucción		
Primaria	5	8,3
Secundaria	30	50,0
Superior no universitaria	13	21,7
Superior universitaria	12	20,0
Estado Civil		
Casado	29	47,5
Soltero	17	27,9
Separado	5	8,2
Conviviente	4	6,6
Viudo	4	6,6
Divorciado	2	3,3
Grado de parentesco con el paciente		
Madre	26	42,6
Hermana	13	21,3
Padre	8	13,1
Otros	14	23,0

tivas entre la edad de los cuidadores hombres (M = 52,43; DE = 17,1) y mujeres (M = 54,96; DE = 10,8) ($p = 0,609$).

Al evaluar la severidad de la enfermedad se encontró que el 52,5% ($n = 32$) de los pacientes fueron catalogados por el médico psiquiatra como "Moderadamente enfermos", mientras que el 1,6% ($n = 1$) fue catalogado como "Gravemente enfermo". No se encontraron diferencias significativas entre el CGI de los pacientes varones (M = 3,77; DE = 0,8) y mujeres (M = 3,86; DE = 0,9) ($p = 0,844$).

El antecedente de hospitalización por causa psiquiátrica se encontró en el 36,7% de los pacientes; el 11,5% ($n = 7$) estuvo hospitalizado en el último año. Se encontraron diferencias significativas entre el número de hospitalizaciones en el último año en mujeres (M = 0,227; DE = 0,43) y varones (M = 0,051; DE = 0,23) ($p = 0,04$).

El promedio de la EDZ fue de 48 (DE = 8) y de la EPD fue de 10,8 (DE = 8,3). La prevalencia de probable depresión clínica fue de 3,3% y 14,8% de acuerdo a la EPD (PC $\geq 25,5$) y a la EDZ (PC $\geq 56,25$), respectivamente. En la Tabla 2 se aprecian las correlaciones entre las variables ordinales del paciente y del cuidador primario. Se encontró correlación significativa ($\rho = 0,317$; $p = 0,0013$) entre el puntaje de la EDZ en el cuidador pri-

mario y el CGI del paciente; esto mismo no se encontró entre la EPD y el CGI, así como tampoco entre las escalas de depresión del cuidador y variables del cuidador (edad y tiempo de convivencia con el paciente) y del paciente (edad, edad de inicio de la enfermedad y hospitalizaciones en el último año). El coeficiente de correlación de Spearman entre ambas escalas de depresión fue de 0,75 ($p = 0,000001$).

Finalmente se evaluó la correlación entre los puntajes de las escalas de depresión (EPD y EDZ) del cuidador con el sexo del paciente y del cuidador. Se encontró asociación significativa entre el puntaje en la EDZ y el sexo del cuidador. Así se observó que la media de la EDZ entre las cuidadoras mujeres fue de 49,65 (DE = 8,9) y la media entre los cuidadores varones fue de 42,59 (DE = 7,15) ($p = 0,009$). No se encontró asociación significativa entre el puntaje de la EPD y el sexo del cuidador, ni entre el puntaje de la EDZ y EPD con el sexo del paciente.

Discusión

Las características de los pacientes de este estudio fueron similares a las halladas en otros estudios, donde se evaluaron a pacientes esquizofrénicos y sus respectivos

Tabla 2. Coeficiente de correlación de Spearman entre variables del paciente y el cuidador primario.

Variables	1	2	3	4	5	6	7
1. Edad del paciente	1						
2. Edad de inicio de la enfermedad	0,40 ^a	1					
3. HUA^d	-0,11	-0,10	1				
4. CGI^e	0,12	0,003	0,09	1			
5. Edad del cuidador	0,17	0,11	-0,02	0,04	1		
6. Tiempo de convivencia	0,75 ^b	-0,12	-0,01	0,07	0,22	1	
7. Puntaje EDZ^f	-0,01	-0,18	-0,01	0,32 ^c	-0,14	0,15	1
8. Puntaje EPD^g	0,09	-0,09	0,00	0,18	-0,16	0,15	0,75 ^b

- a. p = 0,001
- c. p < 0,05
- d. Hospitalizaciones en el último año
- e. Impresión Clínica Global
- f. Escala de Depresión de Zung
- g. Escala de Psicopatología Depresiva

cuidadores. En este estudio, la mayor parte de los pacientes fueron varones (63,9%), coincidiendo con otros estudios donde se encuentra predominio del sexo masculino (55% a 77,7%) (4, 7, 13-15). La media de edad de los pacientes en este estudio fue de 35,5 años, mientras que en otros estudios se reporta una media entre 33,2 y 39 años (13-15). De acuerdo al conocimiento de las características de la esquizofrenia paranoide era de esperar que la edad de inicio de la enfermedad fuera mayor en mujeres que en hombres (25 vs. 20,1). El perfil de los cuidadores es también similar a otros estudios, donde la media de edad oscila entre los 51 y los 60,8 años (9, 13-15). En este estudio se encontró una media de 54,4 años. Asimismo se repite el hallazgo del predominio del sexo femenino entre los cuidadores. Los principales cuidadores fueron los padres de los pacientes (55,7%) con similar hallazgo que la mayoría de estudios (30-76,7%) (6, 7, 15). Entre los padres predominó la madre como cuidadora primaria (42,6%), tal como se reporta en estudios similares en Finlandia (39%), Estados Unidos (59%), México (75%) y Perú (53,3%) (4, 5, 14, 15).

En esta serie se encontró que la prevalencia de probable depresión mayor fue de 3,3% y 14,8% de acuerdo a la EPD y a la EDZ respectivamente, mientras que en México (4) se encontró una prevalencia de 16,6% de trastornos afectivos en general, usando una entrevista estructurada (CIDI) y en un estudio posterior (9), del 2010 en el mismo país, se reporta un 20,6% de trastornos depresivos. En una población latina en Estados Unidos (14) se encontró que el 40% de los cuidadores tenían puntajes en la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) por encima del punto de corte (mayor o igual a 16), lo que implicaba que tenían “altos niveles de síntomas depresivos” (no necesariamente depresión). En el

mismo trabajo no se señala cuál es la prevalencia de probable depresión según esa misma escala. La prevalencia actual de trastornos depresivos en la población general de la zona donde está ubicado el hospital (Cono Norte de Lima) fue de 5,4% (16), siendo mayor a la depresión probable según la EPD (3,3%) y menor a la depresión probable según la EDZ (14,8%) encontradas en nuestro estudio. Es interesante señalar la diferencia encontrada en el trabajo de Fuster y cols. (8) que reporta un 42,2% de depresión moderada e intensa usando la EDZ (puntajes mayores o iguales a 61). La razón de la diferencia podría radicar en que aquel estudio fue realizado en el servicio de emergencia y en la consulta externa del INSM en Lima, donde acuden pacientes con mayor grado de complejidad, tiempo de enfermedad y/o recientemente hospitalizados, por lo tanto los cuidadores están expuestos a mayor carga emocional y generalmente dedican mayor cantidad de tiempo para el cuidado de los pacientes.

En dos estudios revisados (5, 14) se reporta que la sintomatología depresiva en el cuidador se correlacionaba con la severidad de los síntomas del paciente, lo cual es similar a nuestro hallazgo usando la EDZ. El grupo de Rautkis (5) encontró además correlación entre sintomatología depresiva y nivel socioeconómico y soporte social, lo que no fue evaluado en nuestro estudio.

Sobre la asociación entre la edad del cuidador y la sintomatología depresiva, los hallazgos difieren. En este estudio no se encontraron diferencias, igual que en el estudio de Rautkis y cols. (5), no obstante Magaña y cols. (14) concluyen que a menor edad del cuidador, mayor fue la sintomatología depresiva.

Hay que señalar que la marcada diferencia de probable depresión según la escala usada (3,3% y 14,8% según

EPD y EDZ) podría deberse a que la EPD fue validada en el INSM donde, como ya se señaló, los pacientes tienen cuadros clínicos más severos y el punto de corte sugerido sería elevado.

Una dificultad al momento de la elaboración del proyecto, y luego en la discusión del trabajo, es que no se encontraron muchos estudios que evalúen la asociación entre las características de los cuidadores (síntomas depresivos u otros trastornos psiquiátricos, grado de instrucción, estado civil, soporte social, etc.) y las variables de los pacientes (tiempo de enfermedad, edad de inicio y gravedad de la enfermedad). La mayor parte de los estudios que tienen que ver con cuidadores de pacientes con esquizofrenia se enfocan en el estigma percibido, la carga en los familiares, necesidades o programas de educación a los cuidadores.

Una de las limitaciones para generalizar los resultados de este estudio es que se realizó en el consultorio de psiquiatría de un hospital general. Para tener resultados

que sean más representativos de los pacientes con esquizofrenia paranoide y sus respectivos cuidadores sería ideal realizar un estudio similar a este, pero añadiendo a pacientes y cuidadores de otros hospitales (públicos y de seguridad social), así como de hospitales psiquiátricos.

Por último, si bien la Impresión Clínica Global es un instrumento que no toma mayor tiempo en su llenado, sería aconsejable utilizar escalas como el PANSS (Escala de los síndromes positivos y negativos) en los pacientes, debido a que esta evalúa una cantidad de síntomas que pueden reflejar con mayor exactitud el estado actual del paciente con esquizofrenia. En nuestro estudio no utilizamos el PANSS debido a que su aplicación implica mayor cantidad de tiempo, lo que retrasaría la atención médica de otros pacientes en un hospital público con alta carga asistencial como el nuestro ■

Los autores no declaran conflictos de intereses.

Referencias bibliográficas

1. Sadock B, Sadock V. Schizophrenia. En: Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. 10th ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
2. World Health Organization. The world health report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva, World Health Organization, 2001.
3. Phillips M, Pearson V, Li F, Xu M, Yang L. Stigma and expressed emotion: a study of people with schizophrenia and their family members in China. *Br J Psychiatry* 2002; 181: 488-493.
4. Rascón M, Díaz R, López J, Reyes C. La necesidad de dar atención a los familiares responsables del cuidado de pacientes esquizofrénicos. *Salud Mental* 1997; 20 (Suppl 2): 55-64.
5. Rautkis M, Koeske G, Tereshko O. Negative social interactions, distress, and depression among those caring for a seriously and persistently mentally ill relative. *Am J Community Psychol* 1995; 23 (2): 279-298.
6. Cabeza H, Lucas L. Características del cuidador primario y su relación con las recaídas del paciente con diagnóstico de esquizofrenia. [Tesis para el título de Licenciado en Enfermería]. Lima (Pe): Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima; 2008.
7. Van Wijngaarden B, Schene A, Koeter M, Becker T, Knapp M, Knudsen H et al. People with schizophrenia in five countries: conceptual similarities and intercultural differences in family caregiving. *Schizophr Bull* 2003; 29 (3): 573-586.
8. Fuster P, Rosadio F, Rosadio L. Depresión en el familiar más cercano del paciente esquizofrénico en relación con el nivel de conocimiento sobre la enfermedad en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi 1994 - 1995. [Tesis para el título de Licenciado en Enfermería]. Lima (Pe): Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima; 1996.
9. Rascón M, Caraveo J, Valencia M. Trastornos emocionales, físicos y psiquiátricos en los familiares de pacientes con esquizofrenia en México. *Rev Invest Clin* 2010; 62 (6): 509-515.
10. American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition. Washington DC, American Psychiatry Association, 1994.
11. Ruiz-Grosso PJM, Vega-Dienstmaier JM, Loret de Mola C, Arévalo-Flores JM, Zapata-Vega MI. Validación de la Escala para Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en un hospital nacional en Lima, Perú. Lima: XX Congreso Peruano de Psiquiatría. Lima; 2008.
12. Vega-Dienstmaier JM, Stucchi-Portocarrero S, Valdez-Huancaya N, Cabra-Bravo M, Zapata-Vega MI. Presentation and validation of a new scale for assessment of depression in Spanish speaking population. Toronto: American Psychiatric Association Annual Meeting; 2006.
13. Leal M, Sales R, Ibáñez E, Giner J, Leal C. Evaluation of the effect of a psychoeducational program on the burden in informal caregivers of patients with schizophrenia. *Actas Esp Psiquiatr* 2008; 36 (2): 63-69.
14. Magaña S, Ramírez García J, Hernández M, Cortez R. Psychological Distress Among Latino Family Caregivers of Adults With Schizophrenia: The Roles of Burden and Stigma. *Psychiatr Serv* 2007; 58: 378-384.
15. Stengård E, Honkonen T, Koivisto A, Salokangas R. Satisfaction of Caregivers of Patients With Schizophrenia in Finland. *Psychiatr Serv* 2000; 51: 1034-1039.
16. Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002. Informe General. *Anales de Salud Mental* 2002; 18 (1-2).

Estudio farmacoepidemiológico de la utilización de psicofármacos en pacientes internados

Ricardo Bolaños

*Profesor Asociado de Farmacología, Facultad de Medicina, Universidad Abierta Interamericana.
E-mail: ricardo@anmat.gov.ar*

Pablo M. Bazerque

Profesor Titular de Farmacología, Facultad de Medicina, Universidad Abierta Interamericana

Matías Nordaby

Ex Profesor Adjunto de Farmacología, Facultad de Medicina, Universidad Abierta Interamericana

Miguel B. Miceli

Profesor Adjunto de Farmacología, Facultad de Medicina, Universidad Abierta Interamericana

Ricardo Saxton

Profesor Adjunto de Farmacología, Facultad de Medicina, Universidad Abierta Interamericana

Federico Pastore

Ex Profesor Adjunto de Farmacología, Facultad de Medicina, Universidad Abierta Interamericana

Marcelo A. Estrin

Profesor Adjunto de Farmacología, Facultad de Medicina, Universidad Abierta Interamericana

Resumen

Objetivo: evaluar el consumo de psicofármacos y la exposición en pacientes internados de manera indiferenciada en el Hospital Universitario de la Universidad Abierta Interamericana, entre octubre y diciembre de los años 2007 a 2009. **Métodos:** estudio observacional descriptivo. La información se obtuvo del sector farmacia. Se analizaron las dispensaciones (unidades); la exposición se evaluó mediante la dosis diaria definida por 100 camas/día. Se analizó cuántos de los psicofármacos dispensados son considerados medicamentos esenciales por la OMS. Fueron cuantificadas las reacciones adversas registradas. **Resultados:** los psicofármacos representaron el 43%, 41% y 44% de las dispensaciones de drogas para el sistema nervioso en los años 2007, 2008 y 2009. Las benzodiazepinas representaron más del 50% de las dispensaciones de psicofármacos. La exposición fue respectivamente del 57%, 66% y 40% (del total de pacientes internados en el período 2007-2009). Los medicamentos esenciales utilizados oscilaron entre el 41% y el 48%. De 32 reacciones adversas relacionadas con el sistema nervioso central, 20 (62,5%) se atribuyeron a psicofármacos. **Conclusiones:** 1.- La utilización de psicofármacos de la lista de medicamentos esenciales de la OMS, estuvo por encima del 40%. 2.- Las reacciones adversas mostraron una bajo nivel de presentación (0,57% de todos los diagnósticos), particularmente por la amplia utilización de benzodiazepinas.

Palabras clave: Estudio de utilización - Psicofármacos - Exposición a psicofármacos - Farmacoepidemiología - Dispensación de psicofármacos.

PHARMACOEPIDEMIOLOGICAL STUDY OF THE USE OF PSYCHOTROPICS IN HOSPITALIZED PATIENTS

Summary

Objective: to assess consumption and the exposition of patients admitted to the University Hospital of the Interamerican Open University (UAI), between October and December of 2007-2009. **Methods:** Descriptive observational study. The information was obtained of the Pharmacy Sector. We analyze the dispensations (Units); the exposition was evaluated using the defined daily dose per 100 beds/day. We analyzed how many of the psychotropics used were considered essential drugs for the WHO. We assessed the adverse drug reactions registered. **Results:** The psychopharmacological drugs represented the 43%, 41%, and the 44% (period 2007-2009) of the drugs used for the Central Nervous System. The benzodiazepines represented more of the 50% of the psychopharmacological drugs used. The exposure was respectively of 57%, 66%, and 40% (for all the patients admitted to the hospital on period 2007-2009). The essential medicines used fluctuate between 41% and 48%. From 32 adverse reactions connected with the Central Nervous System, 20 (62.5%) were attributed to psychotropics. **Conclusions:** 1. We established the quantity of the psychotropics dispensations, as well as the level of the exposure. 2. The psychotropic utilization of the essential medicines list of the WHO was above 40%.

Key words: Utilization study - Psychotropics - Exposure to psychotropic drugs - Pharmacoepidemiology - Psychotropic dispensation.

Introducción

Uno de los objetivos fundamentales de toda política sanitaria es el uso racional de los recursos, brindando la mejor intervención disponible con el menor costo (1). Los medicamentos son el recurso terapéutico más utilizado, por lo que debe insistirse en su empleo racional. La farmacoepidemiología puede definirse como el estudio de la utilización y los efectos de los medicamentos en un amplio número de personas. La farmacoepidemiología también puede definirse como la aplicación de los métodos epidemiológicos a los aspectos farmacológicos; posee características propias como el estudio de los eventos adversos producidos por los medicamentos y otros aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes (farmacovigilancia) y los estudios de utilización de medicamentos (2, 3, 4).

La Organización Mundial de la Salud define a la utilización de medicamentos como "la comercialización, distribución, prescripción y uso de medicamentos en una sociedad, con acento especial sobre las consecuencias médicas, sociales y económicas resultantes" (5).

A los efectos de llevar a cabo estudios de utilización de medicamentos, especialmente comparativos, es imprescindible contar con una clasificación unívoca. Desde 1976 el Nordic Council on Medicines ha desarrollado y adoptado la clasificación ATC (Anatomical Therapeutic and Chemical), siendo recomendada por el Drug Utilization Group de la Organización Mundial de la Salud. Esta Clasificación ordena a los medicamentos en 5 niveles, comenzando por el nivel de aparato, órgano o sistema sobre el que actúa, quedando conformada de la siguiente manera:

Primer nivel (alfa): aparato, órgano o sistema.

Segundo nivel (numérico): grupo terapéutico.

Tercer nivel (alfa): grupo farmacológico.

Cuarto nivel (alfa): subgrupo farmacológico.

Quinto nivel (numérico): principio activo.

Ejemplo:

N: Sistema Nervioso Central

O5: Psicolépticos

B: Ansiolíticos

A: Benzodiazepinas

O1: Diazepam

El código ATC completo del Diazepam es:

N05BA01 (6).

En esta clasificación, las asociaciones a dosis fijas se ordenan según la indicación principal de la especialidad y se distinguen de las monodrogas mediante un dígito específico (el 5) en el quinto nivel, y si se trata de asociaciones con psicofármacos se utiliza otro dígito (el 7). Por ejemplo:

N05BA01 Diazepam.

N05BA51 Asociaciones de Diazepam con otros fármacos.

N02BA01 Ácido Acetilsalicílico.

N02BA51 Combinaciones de Ácido Acetilsalicílico, excluidos los psicofármacos.

N02BA71 combinaciones de Ácido Acetilsalicílico con psicofármacos (7).

El Sistema ATC/DDD es un sistema que abarca dos aspectos: el aspecto cualitativo es la asignación de un código que expresa la composición cualitativa (principio/s activo/s) de cada especialidad medicinal y el aspecto cuantitativo es el establecimiento de un valor de Dosis Diaria Definida (DDD) para ese principio activo (8).

En el año 1985 la Organización Mundial de la Salud convocó en Nairobi a una muy trascendente reunión acerca del uso racional de los medicamentos (9). Desde ese entonces se han redoblado los esfuerzos internacionales para mejorar las prácticas del empleo de los medicamentos. A los efectos del mejoramiento de las prácticas prescriptivas es imprescindible contar con una metodología objetiva que permita cuantificar cómo se utilizan los medicamentos en los servicios de salud, con el propósito de evaluar el impacto de cualquier intervención (10). Los estudios de utilización de medicamentos (EUM) tienen como objetivo final el mejoramiento de las intervenciones farmacológicas (11). Este tipo de análisis de la realidad (EUM) puede realizarse utilizando diferentes diseños, como describe a continuación (1): 1. Estudios de la oferta de medicamentos; 2. Estudios cuantitativos de consumo; 3. Estudios cualitativos de consumo; 4. Otros estudios cualitativos.

La Dosis Diaria Definida (DDD) es una unidad técnica obtenida por consenso (OMS) y es la dosis media diaria supuesta de un fármaco, utilizado en su indicación principal. Es importante señalar que las DDD se refieren a adultos, por ello no es posible su utilización en niños.

La DDD se emplea para la construcción de indicadores farmacoepidemiológicos referidos a 1000 habitantes/día para la población general, a 100 camas/día para pacientes internados, o a 1000 afiliados/día para la seguridad social.

El numerador de estos indicadores es la cantidad de microgramos, miligramos o gramos dispensados, vendidos, etc., en un lapso preestablecido. El denominador se construye con la multiplicatoria de: DDD, población y días del período. Para el caso de pacientes internados específicamente, el denominador es DDD x número de camas x proporción ocupacional x días del período multiplicándose esta razón por 100 (DCD). La interpretación de este indicador es: cuántos pacientes de cada 100 internados estuvieron expuestos diariamente a una DDD.

Este indicador es muy útil, especialmente para aquellas drogas que poseen una sola o muy pocas indicaciones (por ej. insulinas, hipoglucemiantes orales, antiépilépticos), ya que existe una ajustada correlación entre este indicador y la prevalencia o frecuencia de estas patologías.

Cuando se trata de drogas con múltiples indicaciones (por ej. benzodiazepinas, antiinflamatorios no esteroideos, etc.), es más complejo hacer estimaciones puntuales (12). En este sentido, se ha demostrado (12) que el indicador DDD por 1000 habitantes/día (DHD) posee menos sesgos que las unidades farmacéuticas. Por otra parte, se

ha demostrado que el empleo de la DDD con fines económicos no es adecuada (13).

El objetivo del presente trabajo ha sido realizar un análisis observacional, descriptivo y prospectivo de la utilización de psicofármacos (dispensaciones, DCD, empleo de medicamentos esenciales y reacciones adversas) en pacientes internados en el Hospital Universitario de la Universidad Abierta Interamericana, en los 4 trimestres de los años 2007, 2008 y 2009 (14).

Materiales y métodos

El protocolo fue sometido a evaluación por parte de un Comité de Ética, el cual consideró que el estudio se hallaba comprendido en lo establecido en el punto 51 del Documento CIOMS (15).

Una vez obtenida la notificación del Comité de Ética se dio comienzo al estudio. Se trató de un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. La información se obtuvo de registros anónimos, no existiendo posibilidad alguna de identificar a los pacientes. La información del área de farmacia fue provista en planillas electrónicas del paquete informático Microsoft Excel en las cuales constaban diferentes variables, de las que se eligieron: nombre del principio activo, número de unidades dispensadas, y cantidad ponderal de cada unidad. Con esta información se calculó la cantidad de unidades dispensadas, así como la cantidad de mg de cada principio activo. Cada principio activo fue clasificado de acuerdo a la clasificación ATC de la OMS hasta la 5a subcategoría, cuando la clasificación lo permitía; en caso de no encontrarse el principio activo clasificado, de acuerdo a su indicación principal, se lo clasificó hasta la 4a subcategoría.

Se volcó el número de unidades dispensadas y los miligramos totales (de aquellos principios activos que tuvieran establecida la DDD), con el objeto de calcular el indicador DDD por 100 camas/día (DCD*100), que responde al modelo siguiente:

$$DCD*100 = \frac{[\text{mg dispensados en el período}] / (\text{DDD} * \text{días del período} * \text{número de camas} * \text{proporción ocupacional}) * 100}{}$$

Este indicador expresa en porcentaje, cuantos pacientes se encontraron expuestos diariamente a una DDD (por ej. 40% indica que 40 de 100 internados se encontraron expuestos diariamente a una DDD de determinada droga). Se consideraron dentro de los psicofármacos a los antiepilépticos, ya que los mismos se emplean en psiquiatría.

La metodología estadística fue descriptiva, particularmente proporciones porcentualmente expresadas y la determinación del indicador DHD. El análisis estadístico se realizó con el paquete Microsoft Excel. Por tratarse de un estudio observacional descriptivo, no se utilizó estadística inferencial (contraste o dócima de hipótesis).

Resultados

- 1.- Dispensaciones de psicofármacos
Los datos generales se resumen en la Tabla 1.

Tabla 1. Descripción de la relación entre dispensaciones de drogas activas sobre el Sistema Nervioso y dispensaciones de Psicofármacos. Años 2007, 2008 y 2009.

Año	Dispensaciones Sistema Nervioso	Dispensaciones de Psicofármacos	%
2007	14453	6209	43
2008	21889,5	8937,5	41
2009	10379,5	4537,5	44

Año 2007

El 81% de las unidades se repartieron entre: midazolam inyectable (36%); fenitoína inyectable (21%); clonazepam oral (15%) y alprazolam (8%).

Año 2008

El 78% de los psicofármacos (7545,75), se repartió de la siguiente manera: midazolam inyectable (36%); clonazepam oral (21%); alprazolam (7%); lorazepam oral (7%); fenitoína inyectable (7%).

Año 2009

El 75% de los psicofármacos (3639,5), se repartió de la siguiente manera: midazolam inyectable (39%); fenitoína (18%); lorazepam (7%); clonazepam oral (6%); alprazolam (5%).

En la Tabla 2 se muestra la utilización de antipsicóticos, benzodiazepinas y antidepresivos.

Tabla 2. Utilización comparada de antipsicóticos, benzodiazepinas y antidepresivos.

Principio activo	2007	2008	2009
Benzodiazepinas	3108 (50%)	4703,25 (53%)	2471,75 (54%)
Antipsicóticos	513 (8%)	675,5 (8%)	258,25 (6%)
Antidepresivos	218 (3%)	308,5 (3%)	260,5 (6%)

- Nota: si a las Benzodiazepinas se les suma la utilización de midazolam inyectable, los porcentajes anuales fueron respectivamente: 65%, 74% y 60%.

2. Dosis diaria definida por 100 camas/día

La exposición total a psicofármacos se muestra en la Tabla 3.

Tabla 3. Descripción comparativa de la exposición a psicofármacos (DCD)* de pacientes internados.

Año	Exposición a Psicofármacos
2007	57%
2008	66%
2009	40%

* Dosis Diaria Definida /100 camas/día

La exposición en los tres períodos, discriminada por principio activo, se muestra en la Tabla 4.

Tabla 4. Exposición a los principales grupos terapéuticos.

Principios activos	2007	2008	2009
Benzodiazepinas	34%	51%	28%
Antiepilépticos	19%	8%	8%
Antipsicóticos	3%	3%	2%
Antidepresivos	1,5%	4%	4%

3. Medicamentos Esenciales de la OMS

De los 333 medicamentos esenciales de la OMS, 30 (9,01%) corresponden a drogas activas sobre el sistema nervioso. En 2007, de 24 psicofármacos dispensados, 10 (42%) pertenecieron al listado de medicamentos esenciales de la OMS. Estas drogas fueron: fenobarbital, fenitoína, carbamazepina, ácido valproico, clorpromazina, haloperidol, diazepam, lorazepam, amitriptilina y fluoxetina.

En 2008, de 25 psicofármacos dispensados, 12 (48%) pertenecieron al listado de medicamentos esenciales de la OMS. Estas drogas fueron: fenobarbital, fenitoína, carbamazepina, valproato de magnesio, clorpromazina, haloperidol, diazepam, lorazepam, amitriptilina y fluoxetina.

En 2009, de 22 psicofármacos dispensados, 9 (41%) pertenecieron al listado de medicamentos esenciales de la OMS. Estas drogas fueron: fenobarbital, valproato de magnesio, clorpromazina, haloperidol, diazepam, lorazepam, amitriptilina y fluoxetina.

4. Reacciones adversas (RAMs)

De las reacciones adversas a medicamentos relacionadas con el sistema nervioso y comprendidas en la Clasificación de Diagnósticos ICD-9 de la OMS durante el año 2007 (0,57% de los diagnósticos correspondieron a reacciones adversas a medicamentos), y de un total de 32 RAMs correspondientes a sistema nervioso, 20 (62,5%) se asignaron a psicofármacos, como se describe a continuación: efectos adversos de benzodiazepinas, 15 (75%); efectos adversos de drogas sedantes, hipnóticas y ansiolíticas no especificadas, 2 (10%); efectos adversos del ácido valproico, 1 (5%); efectos adversos de otros antipsicóticos y neurolepticos, 1 (5%); efectos

adversos de drogas psicotrópicas no especificadas, 1 (5%).

Discusión

Los resultados obtenidos en este estudio son coincidentes con los de otros autores (16, 17, 18) ya que los niveles de utilización de los diferentes principios activos y categorías son superponibles, puesto que en tales estudios se ha utilizado la DDD, ya sea por 100 camas/día o por 1000 habitantes/día.

Respecto de los antiepilépticos, la Guía oficial para el tratamiento de la epilepsia 2008 de la Sociedad Española de Neurología (19) no hace distinciones entre el empleo de medicamentos antiepilépticos en pacientes internados y ambulatorios. Lo mismo ocurre con la guía para el tratamiento farmacológico de la epilepsia en adultos (20) de la Sociedad Neurológica Argentina (2005), razón por la cual los resultados obtenidos no pueden ser comparados con dichas referencias.

La utilización de psicofármacos es un tema sumamente complejo, especialmente la utilización de tranquilo-sedantes benzodiazepínicos, dado el extenso uso que se hace de los mismos. En un estudio llevado a cabo en Cataluña, Sans y cols. (21) hallaron que el mayor consumo de medicamentos se encontró en los destinados al sistema nervioso (51% en mujeres y 35% en varones, $p < 0,001$), resultado que, se estima, es concordante con los hallados en el presente estudio acerca de la amplia utilización de psicofármacos.

En nuestro país, el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), desde el año 2002, lleva adelante un estudio sobre la facturación de la industria farmacéutica (22) que demuestra que la categoría con mayor facturación es la de drogas destinadas al sistema nervioso, dentro de las cuales se encuentran los psicofármacos, representando en los años 2006 a 2010, las siguientes frecuencias de facturación: 18%, 19%, 17%, 18% y 17%. Estas cifras indican, indirectamente, el peso relativo de la utilización de psicofármacos en la población general, representando una de las clases terapéuticas de mayor peso, al igual que la exposición a psicofármacos en el presente estudio.

Una encuesta realizada por la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Palermo de nuestro país (23) sobre 1777 personas estableció que el 15,5% de los habitantes de la Ciudad de Buenos Aires consume psicofármacos, en comparación con datos de la ciudad de San Pablo (Brasil) que arrojan un 10%. Otros datos de interés de esta encuesta son los siguientes: el 84,3% de quienes los consumen toman tranquilizantes; el 80% solo toma un psicofármaco; el 19%, 2 psicofármacos y el 1%, tres o más psicofármacos por día. El 78% dijo que recurría a ellos porque le resultaba indispensable para sentirse bien. Las mujeres los consumieron o consumen más que los hombres: 32,4% contra un 25,7%. El 59% de los entrevistados respondió "que no podía dejar de tomarlos". Los resultados de esta encuesta ponen en evidencia que los psicofármacos se encuentran entre los principios activos más utilizados, hecho que también

ha sido observado en el presente estudio en pacientes internados.

En los estudios comentados a continuación, se observa una amplia utilización de psicofármacos en diferentes condiciones (hipertensos, población general, medicina ambulatoria), de manera análoga a la encontrada en el presente trabajo.

En un estudio (24) llevado a cabo en 171 pacientes hipertensos se encontró que los que recibían benzodiazepinas necesitaron una menor dosis de drogas antihipertensivas ($2,3 \pm 0,09$ vs $2,7 \pm 0,10$; $p < 0,01$). Las benzodiazepinas fueron indicadas para la ansiedad (62%) e hipertensión (21%). El diazepam fue utilizado en el 82% de los pacientes. El 25% de los pacientes tomaron benzodiazepinas sin prescripción y el 12% sin consulta médica.

En el interior de nuestro país se han realizado diversos estudios de utilización de benzodiazepinas. En uno de ellos, llevado a cabo en Tucumán (25), el 61% de las benzodiazepinas fueron prescriptas por nombre genérico y nombre comercial. Las tres drogas más prescriptas fueron: alprazolam (47%), lorazepam (18%) y clonazepam (13%); solamente el 17% de los prescriptores eran especialistas en Psiquiatría.

Finalmente, en otro estudio (26) llevado a cabo en un servicio de medicina ambulatoria, de 345 personas encuestadas, 12,5% consumían benzodiazepinas, y el 62% lo hacía a diario. El 80% hacía más de un año que las consumía y solamente en el 6,7% la fecha de comienzo del empleo fue menor a los tres meses. Otro dato importante es que el 20% de las personas utilizaban estas drogas sin consejo profesional. En este estudio la mayoría de los consumidores de benzodiazepinas fueron mujeres (72,7%).

Los resultados del presente estudio son reveladores de la realidad de las dispensaciones en el Hospital Universitario de la Universidad Abierta Interamericana. Las dispensaciones de drogas activas sobre el sistema nervioso fueron, respecto del total de dispensaciones, de 11,3%, 19,3% y 15,11% respectivamente para los períodos 2007, 2008 y 2009. Cabe señalar que del total de unidades dispensadas de drogas activas sobre el sistema nervioso, en los períodos considerados, los psicofármacos representaron entre el 43% y el 44% de las dispensaciones.

En lo que hace a la exposición a psicofármacos, se observó que en los períodos considerados se hallaron expuestos a psicofármacos, respectivamente, el 57%, el 66% y el 40%, siendo la más frecuente en los tres períodos la exposición a benzodiazepinas (34%, 51% y 28%), el nivel de exposición a antipsicóticos se encontró entre el 2% y el 3%.

Un aspecto muy relevante del presente estudio ha sido la utilización de principios activos pertenecientes a la lista de medicamentos esenciales de la OMS (medicamentos de comprobadas eficacia y seguridad, con los cuales es posible el tratamiento de más del 90% de las enfermedades prevalentes).

En los períodos estudiados (2007, 2008 y 2009), del total de psicofármacos dispensados, correspondieron al listado de medicamentos esenciales de la OMS, respec-

tivamente, el 42%, el 48% y el 41%. Esta información resulta muy importante desde el punto de vista sanitario, pues al ser elevado el número de medicamentos esenciales utilizados, se cumple con una de las premisas de OMS que es la accesibilidad a los medicamentos eficaces y seguros, es decir medicamentos con los que existe amplia experiencia y para los cuales se ha elaborado una guía práctica para su utilización (27).

Por último, en lo que hace a las reacciones adversas a los psicofármacos, de acuerdo a la Clasificación de Diagnósticos de la OMS (ICD-9) en el corte transversal realizado en el año 2007, del total de reacciones adversas correspondientes a sistema nervioso, el 62,5% se asignaron a psicofármacos, siendo predominantes las relacionadas con benzodiazepinas, resultando esta cifra aparentemente baja respecto a la amplia utilización de estas drogas y a la frecuencia de presentación de reacciones adversas. Estos resultados podrían explicarse principalmente por la escasa "cultura" de comunicación de reacciones adversas y quizás también por una baja sensibilidad de la Clasificación de Diagnósticos ICD-9 en este aspecto.

Conclusiones

De los hallazgos del presente estudio se concluye lo siguiente:

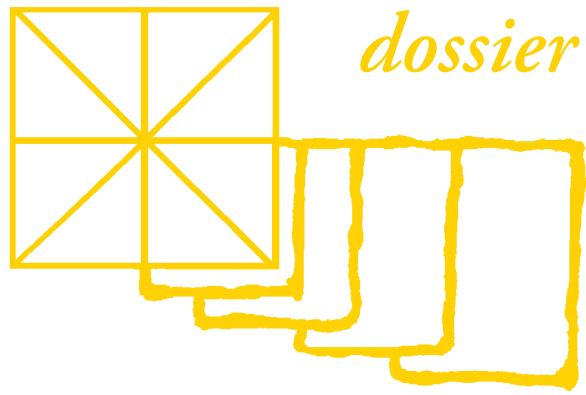
1. La distribución de las dispensaciones de psicofármacos resultó similar en los tres períodos considerados.
2. El indicador farmacoepidemiológico DDD por 100 camas/día permitió establecer que la exposición a psicofármacos en los tres períodos considerados fue del 57%, el 66% y el 40% de los pacientes internados, respectivamente.
3. La frecuencia de utilización de psicofármacos pertenecientes a la lista de medicamentos esenciales de la OMS fue superior al 40% de todas las dispensaciones en los tres períodos considerados.
4. Las reacciones adversas a los psicofármacos, de acuerdo a los diagnósticos de la Clasificación de Diagnósticos de la OMS ICD-9, se hallaron en un nivel bajo (0,57% de todos los diagnósticos) en relación particularmente a la amplia utilización de benzodiazepinas, así como la frecuencia de sus reacciones adversas.
5. De lo anterior surge la reafirmación de que los estudios de utilización de medicamentos son una herramienta de suma utilidad para realizar el diagnóstico situacional respecto del empleo de psicofármacos, así como para producir medidas de impacto a los efectos de propender al uso racional de los medicamentos ■

Los autores no declaran conflictos de intereses.

Agradecimientos: El presente trabajo es parte de un amplio estudio de utilización de medicamentos llevado a cabo mediante subsidio otorgado por el Vicerrectorado de Investigación de la Universidad Abierta Interamericana.

Referencias bibliográficas

1. Provencio RM. Estudios de utilización de medicamentos. *Rev Neurol (Barc)* 1996; 24 (128): 397-399.
2. <http://www.pharmacoepi.org> (último acceso: 17/01/2011).
3. Hartzema AG, Porta M, Tilson HH (eds.). *Pharmacoepidemiology. An introduction*. 3^{ra} ed. Cincinnati, Harvey Whitney Books Company, 1998.
4. Strom BL (ed.). *Pharmacoepidemiology (Fourth Edition)*. Sussex: John Wiley, 2005.; Strom BL, Kimmel SE (eds.). *Textbook of Pharmacoepidemiology*. Sussex: John Wiley, 2006.
5. Arnau JM, Vallano A. Medicamentos y Salud. Disponible en: www.femeba.org.ar/fundacion/ (último acceso: 18/01/2011).
6. <http://www.whocc.no/atcddd/>.
7. Capellá D, Laporte JR. Métodos aplicados en estudios descriptivos de utilización de medicamentos. Cap. 4. En: *Principios de epidemiología del medicamento*. 2^a ed. Barcelona: Masson; 1993. p. 67-90.
8. Siles Gutiérrez M, Ávila Muñoz L, Gómez Juanes V, Crespo Sánchez-Eznarriaga B. Sistema de codificación de principios activos y Dosis Diarias Definidas del INSALUD. 2^a edición actualizada y revisada. INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD. Subdirección General de Coordinación Administrativa Madrid, 2002.
9. Uso racional de los medicamentos. Informe de la Conferencia de Expertos, Nairobi, 25-29 de noviembre de 1985. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1987.
10. Cómo investigar el uso de medicamentos en los servicios de salud. Indicadores seleccionados del uso de medicamentos. Serie sobre investigaciones N° 7, 1993. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jh2975s/1.2.html> (último acceso: 18/01/2011).
11. Pastor García E, Eiros Bouza JM, Mayo Iscar A. Análisis comparativo de indicadores en los estudios de utilización de medicamentos. *Medifam* 2002; 12 (1).
12. Capellá D, Laporte JR. Métodos aplicados en estudios descriptivos de utilización de medicamentos. Cap. 4. En: *Principios de epidemiología del medicamento*. 2^a ed. Barcelona: Masson; 1993. p. 67-90.
13. Wertheimer WI, Santella TM. Problemas en el uso de Dosis Diaria Definida (DDD) como base estadística para fijar precios de medicamentos y reembolsos. Asociación Mexicana de Industrias de Investigación Farmacéutica, A.C. México DF, 2007. Disponible en: <http://www.ifpma.org.pdf>. 16.01.2011
14. Clasificación Internacional de Enfermedades. Revisión 1975. Volumen 1. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. 525 Twenty-third Street, NW. Washington, DC 20036, EUA; 1978.
15. CIOMS. Pautas internacionales para la revisión ética de estudios epidemiológicos. Ginebra, 1991.
16. Trezzo JC, Weisburd G. Estudio de utilización de medicamentos: experiencia en un centro de salud en Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe (Argentina). *Archivos de Medicina Familiar* 2007; 9 (4): 159-163.
17. Sans S, Paluzie G, Puig T, Balañá L, Balaguer-Vintró I. Prevalencia del consumo de medicamentos en la población adulta de Cataluña. *Gac Sanit Barcelona* 2002; 16 (2).
18. De Pauw MC, Rapisarda M, Pelzer L, Valsecia M, Calderón CP. Utilización de medicamentos en los servicios de guardia y urgencia en hospitales de San Luis. Libro de resúmenes. XVI Reunión Nacional GAPURMED - IV Reunión GAPUR-JOVENES. Disponible en: http://www.farmacologiaunr.com/img/item_full/Libro%20de%20resumenenes.pdf.
19. Guía oficial para el diagnóstico y tratamiento de la epilepsia. Grupo de Estudios de la Epilepsia. Sociedad Española de Neurología, 2008. Disponible en: http://www.epilepsiasen.net/system/files/Guia_SEN_completa25nov2008.pdf (último acceso: 18/01/2011).
20. Consalvo D, Thomson A, Saidón P y Grupo de Trabajo de Epilepsia (Sociedad Neurológica Argentina). Guías para el tratamiento farmacológico de la epilepsia en adultos. *Revista Neurológica Argentina* 2005; 30: 17-24.
21. Sans S, Paluzie G, Puig T, Balañá L, Balaguer-Vintró I. Prevalencia del consumo de medicamentos en la población adulta de Cataluña. *Gac Sanit* 2002; 16 (2).
22. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). República Argentina. La Industria Farmacéutica Argentina. Buenos Aires, 7 de junio de 2010. Disponible en: <http://www.indec.gov.ar> (último acceso: 20/01/2011).
23. <http://www.palermo.edu.cienciassociales.htm> (último acceso: 20/01/2011).
24. Divac N, Veljković S, Nesić Z, Stojanović R, Bajcetić M, Vasiljević Z, Prostran M, Samardžić R. Pattern of utilization of benzodiazepines in patients with hypertension: a pilot study. *Vojnosanit Pregl* 2006; 63 (4): 370-5.
25. Unías L, Díaz A, Romano F, Valdéz M. Estudio de utilización de benzodiacepinas (BZD) en la obra social universitaria de Tucumán (ASUNT). XIV Reunión del DURG-LA, XVII Reunión Nacional del GAPURMED y V Reunión de GAPUR-JOVENES, 1 al 4 de septiembre de 2008, Corrientes, Argentina.
26. Serbielle JP, Cañas M, Farina OH. Estudio de utilización de benzodiacepinas en pacientes que acuden a un servicio hospitalario de medicina ambulatoria. XIV Reunión del DURG-LA, XVII Reunión Nacional del GAPURMED y V Reunión de GAPUR-JOVENES, 1 al 4 de septiembre de 2008, Corrientes, Argentina.
27. Organización Mundial de la Salud. Medicamentos esenciales. Guía práctica de su utilización. Edición 2010.



HOSPITALES DE DÍA

Coordinación

Santiago Levín, Martín Nemirovsky y Hugo Pisa

En cada época la asistencia psiquiátrica es el producto del entrecruzamiento de al menos tres variables: las concepciones doctrinales sobre la locura, los recursos terapéuticos existentes y la estructura política y económica de la sociedad.

Asistimos en el último tiempo a cambios políticos, sociales y jurídicos (en ese orden) que, sin duda, impactaron de forma directa en la práctica. Podemos preguntarnos si esos mismos cambios influyeron o están influyendo, además, en la concepción misma de la locura (1).

La promulgación de la nueva ley de salud mental en el año 2010 marcó un antes y un después en la práctica asistencial (aunque muchas de sus consecuencias no están aún a la vista, en parte debido a la demora en la reglamentación). Sobre todo trajo aparejado cambios en lo que respecta a la internación. Pero no solo eso: también estimula el uso de otros recursos terapéuticos, aquellos “que menos restrinjan los derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria”. En este sentido, el dispositivo de Hospital de Día (HD) constituye una modalidad específica de tratamiento y asistencia que se encolumna a partir de esas premisas. A la luz de estos cambios, esta instancia terapéutica toma un lugar relevante al momento de optar por un tratamiento que brinde una contención a pacientes graves evitando la internación en algunos casos y en otros disminuyendo la estadía.

Ante la afirmación de que lo anterior no es algo nuevo ni constituye un descubrimiento, podríamos preguntarnos ¿qué lugar ocupaba el HD y cuál es el que tiene en la actualidad? En ese sentido, ¿cuáles fueron los cambios o avances que se produjeron?, ¿cómo funcionan?, ¿qué implicancia tiene la nue-

va ley y cuáles son los aspectos legales que se deben tener en cuenta en la práctica?

El objetivo del dossier no solo es el desarrollo de los interrogantes planteados. Pretende, también, servir como punto de partida y estímulo para la aparición de otros. El HD se creó con una finalidad, en un momento determinado, para dar respuestas a problemas específicos. Los problemas, trastornos y diferentes patologías, tal vez, sean similares o incluso las mismas, pero nuestra actualidad demanda objetivos nuevos.

Diversos interrogantes e inquietudes surgen al encarar el tema que hoy presentamos. Mencionaremos a continuación algunos de ellos.

Uno de los aspectos de mayor importancia que surgen al encarar la temática del HD es el trabajo en equipo. Bien sabemos que otras instancias de nuestra tarea en el campo multidisciplinario de la Salud Mental, como por ejemplo la internación, o la urgencia, o la actividad de consultorios externos, pueden llevarse adelante con escasa (o a veces nula) comunicación entre los integrantes del equipo. Desde ya que no se trata de una situación ideal, pero en la práctica se verifica que “equipos” integrados y pensados para trabajar en conjunto, apenas se comunican. Esto es imposible en el caso del HD, dispositivo horizontal en el que los diversos miembros del equipo deben comunicarse constantemente, no solo por motivos ideológicos o conceptuales, sino por la propia naturaleza de la tarea. Esto hace del HD un modelo interesante de análisis de la tarea grupal (sus dificultades, sus ventajas) en el campo de la Salud Mental, campo en el que convergen diversas profesiones. Incumbencias, multidisciplina, funciones, flexibilidades

y encuadre forman parte de los intereses de cualquier equipo de HD.

La nueva ley, decíamos, promueve al HD como dispositivo privilegiado, por encima del recurso de la internación. Ahora bien, si hacemos una rápida reseña de los HD en funcionamiento, veremos que su número es mucho más reducido que lo que la nueva ley prevé. Y no solo el número de HD: también es reducida, en realidad mínima, la oferta formativa relacionada con el HD. Ni la carrera de Psicología, ni la especialización en Psiquiatría forman a los profesionales para conocer, comprender y manejar este recurso terapéutico (no podemos decir lo mismo de la formación de los terapeutas ocupacionales, quienes conocen desde los inicios de su formación de grado toda la serie de espacios terapéuticos posibles además del de internación).

La falta de formación (y de información) tiene consecuencias más amplias. Por un lado, los usuarios no demandan la utilización del dispositivo de HD, pero tampoco las nuevas camadas de profesionales eligen especializarse en tal tarea. El HD ha ido quedando, en la práctica (y hasta ahora), como un recurso desvalorizado, poco conocido, escasamente demandado por pacientes y familiares y casi nunca priorizado por los profesionales.

En relación a lo recién mencionado, es indispensable repetir una y mil veces que parte (una parte importante) de nuestra ignorancia en relación al HD es todavía una consecuencia tardía de los años oscuros de la última dictadura militar, que persiguió y reprimió todo intento de agrupamiento. El estado de sitio, el terrorismo de Estado, fueron fuertes argumentos para que buena parte de la población renunciara a estrategias colectivas

de afrontamiento de conflictos y de participación comunitaria en general. Y el HD es, precisamente, una estrategia terapéutica donde lo grupal es la norma y la recuperación del lazo social el camino privilegiado. Es decir, solo en una democracia plena es posible pensar y repensar el HD como una alternativa jerarquizada de abordaje de los trastornos mentales.

En el presente dossier se abordan algunos de los aspectos mencionados: los aspectos legales, la historia de los HD, las dificultades en la conformación del grupo profesional y en la implementación de la tarea, el equipo multidisciplinario, la investigación, los plazos (dramáticamente cortos) previstos por las coberturas de salud para este tipo de prestación.

En ningún caso se trata de un enfoque completo, acabado, de la problemática (teórica, terapéutica, social, económica y política) relacionada con el concepto de Hospital de Día. No es posible, creemos, en este momento, dar cuenta en forma exhaustiva de todos estos aspectos.

Sí es posible, sin embargo, poner sobre el tapete algunas aristas, para comenzar (o mejor, continuar) pensando, discutiendo e intercambiando ideas.

No es este el primer dossier en *Vértex* sobre HD. Y, claramente, no será el último ■

1. Bertran GF. Hospital de día: particularidades de la clínica. Buenos Aires, Minerva, 2004. p. 15.

El Hospital de Día: historia y conceptualización

Juan Carlos Stagnaro

*Profesor titular y Director del Departamento de Salud Mental,
Docente e investigador del Instituto de Historia de la Medicina,
Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.
E-mail: stagnaro@speedy.com.ar*

Introducción

En este artículo se presenta la historia de los orígenes de los Hospitales de Día (H.D.), su difusión inicial hasta promediar los años '70 del siglo XX, en diferentes países y los principios que se fueron definiendo para caracterizarlos. Esa indagación requiere hacer referencia a las condiciones sociales, económicas y políticas que ambientaron su aparición como recurso terapéutico en psiquiatría, a sus modelos de funcionamiento y a las variantes de su aplicación en función del diagnóstico de los pacientes admitidos, grupos etarios, etc., a las teorías puestas en juego para dar cuenta de sus efectos, a estudios y resultados técnicos diversos y a posiciones ideológicas

en relación a los trastornos mentales y su tratamiento en la sociedad. El período estudiado fue elegido porque en las tres primeras décadas después de la Segunda Guerra Mundial, se sentaron prácticamente todos los principios para definir cabalmente lo que es un H.D.

El contexto histórico

La aparición de los H.D. -que se produjo poco tiempo después de la generalización en algunos países europeos y en los EE. UU. de los dispensarios de Higiene Mental¹, y antes de la estrategia basada en Centros de atención

Resumen

La aparición de los Hospitales de Día operó como modelo para inspirar las diversas formas de atención psiquiátrica de tiempo parcial (hospitales de noche, de fin de semana, actividades de varias horas en servicios de internación u hospitales generales, etc.) y vino a completar o reemplazar a la hospitalización completa en los hospitales psiquiátricos clásicos. En este artículo se presenta la historia de los orígenes de los Hospitales de Día y su difusión inicial en diferentes países y, en especial, en la Argentina. También se estudian las condiciones sociales y políticas que ambientaron su aparición como recurso terapéutico en psiquiatría, sus modelos de funcionamiento y las variantes de su aplicación en función del diagnóstico de los pacientes admitidos, grupos etarios, etc., las teorías puestas en juego para dar cuenta de sus efectos, estudios y resultados técnicos diversos y posiciones ideológicas en relación a los trastornos mentales y su tratamiento en la sociedad.

Palabras clave: Hospital de Día – Métodos terapéuticos – Instituciones psiquiátricas - Historia de la psiquiatría.

DAY HOSPITAL: HISTORY AND CONCEPTUALISATION

Summary

The appearance of Day Hospitals operated as a model to inspire the different ways of partial time psychiatric care (night hospitals, weekend hospitals, long hour activities in hospitalization services or general hospitals, etc.) and came to complement or replace complete hospitalization in classic psychiatric hospitals. This article presents the history and origins of Day Hospitals and their initial propagation in different countries, and especially in Argentina. Social and political conditions that set their emergence as a therapeutic resource in psychiatry, their models of functioning and variants of application according to the diagnoses of patients admitted, age groups, etc., the theories put into play to report their effects, several studies and technical results, and ideological views related to mental disorders and their treatment in the society are also being studied.

Key words: Day Hospital – Therapeutic methods – Psychiatric Institutions – History of Psychiatry.

¹ Los dispensarios e Higiene Mental fueron promovidos por el movimiento homónimo creado por iniciativa de Clifford Beard y la Liga Internacional de Higiene Mental, antecesora de lo que hoy engloba el concepto de Salud Mental.

comunitaria puesta en marcha en algunos países- operó como modelo para inspirar las diversas formas de atención psiquiátrica de tiempo parcial (hospitales de noche, de fin de semana, actividades de varias horas en servicios de internación u hospitales generales, etc.) y vino a completar o reemplazar la hospitalización completa en los hospitales psiquiátricos clásicos.

Henri Duchêne² señaló, con gran acierto, que para cada época y lugar la forma que toma la asistencia psiquiátrica resulta del ensamble estructural de tres factores principales: las concepciones teóricas sobre la enfermedades mentales, los recursos terapéuticos existentes y la estructura política y socioeconómica de la sociedad concernida(17,39).

Es así, por ejemplo, en el momento fundacional de la psiquiatría, que Pinel propuso y diseñó una estructura que contenía al gran asilo, centrado alrededor del poder omnímodo del médico, la teoría de las pasiones como fundamento y los conceptos de aislamiento y tratamiento moral, en correspondencia con una época en la que dominaban los ideales humanistas surgidos de la Revolución Francesa, unidos a la necesidad de implantación del nuevo orden burgués. Se podría verificar la utilidad de esta estructura de análisis aplicándola a cualquier etapa en la historia de la asistencia psiquiátrica. En consecuencia, puede resultar útil para organizar la reflexión en torno al surgimiento de los H.D. Durante todo su recorrido y hasta 1930, la historia de la psiquiatría no registra antecedentes de tratamiento psiquiátrico a tiempo parcial que puedan asimilarse a las fórmulas conocidas hoy como H.D.

La experiencia de Moscú

Fue en la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), en el primer Hospital Psiquiátrico de Moscú, en 1933, que M. A. Dzaghárov, su director, ensayó por primera vez el tratamiento exclusivamente diurno de sus pacientes(41).

En esa época la URSS se aplicaba a un acelerado proceso de industrialización. Sumergido por la demanda creciente surgida de una urbanización desbocada, acosado por la penuria económica y la escasez de cuadros

técnicos y de camas en el hospital, Dzaghárov creó esa nueva fórmula destinada a pacientes psicóticos (que representaban el 90% de los 80 allí tratados), centrándola alrededor de cinco grandes talleres ubicados en un local externo al hospital psiquiátrico: fabricación de calzado, encuadernación, costura, estampado y cartonería y jardinería en invernadero; en los cuales los pacientes eran asistidos por un médico jefe, otro de planta, dos enfermeras, tres ayudantes y once monitores de taller. Los pacientes podían asistir en el horario completo, de 9 a 16 horas, o a un medio turno matutino (de 8 a 14 horas) o vespertino (de 13 a 18 horas) de 6 horas.

Aunque el H.D. de Dzaghárov podía administrar todos los tratamientos dispensados en el hospital psiquiátrico mostraba con su prioritario objetivo rehabilitador, en términos sociales en general, y laborales en particular, la primacía de una concepción de salud expresada en el trabajo, la incorporación al desarrollo acelerado de las fuerzas productivas y la emulación colectiva, características del período estaliniano. Por otro lado, se esbozaron en esa institución características que se encontrarán posteriormente en otros horizontes: ambiente libre, prioridad dada a los contactos sociales, organización de actividades en grupo y encuentros periódicos entre el personal y las familias para mejor organizar la vida del paciente. No se excluían casos de psiconeurosis, como eran designados en la nosografía en boga en esa época, pero estaba contraindicada la admisión de débiles mentales, personas aquejadas de depresiones graves y sujetos con lo que Dzaghárov designaba "tendencias antisociales"(41).

Durante toda la década anterior a la Segunda Guerra Mundial esta experiencia estuvo limitada a la URSS y no fue conocida ni tuvo influencia en otros países.

Salvo dos fugaces experiencias precursoras dirigidas, una por H. Boyle en el hospital Chichester de Hove, en 1938, y otra por el doctor Woodall en la Alan House de Boston, en 1935, de las que no quedaron registros escritos³ (17), la historia del H.D., como tal, no comienza sino en 1946 cuando Donald Ewen Cameron⁴, creador del término "Day Hospital", en el Instituto de Psiquiatría del Allan Memorial Institute de la Universidad Mac Gill de Montreal y Joshua Bierer⁵ en 1945-48 en Londres,

² Henri Duchêne, psiquiatra francés, fue uno de los principales organizadores del denominado Grupo de Sèvres, formado, entre otros especialistas provenientes de horizontes teóricos diversos, como Julian de Ajuriaguerra, Lucien Bonnafé, Georges Daumezon, Henri Ey, Sven Follin, Pierre Fouquet, Jacques Lacan, Louis Le Guillant y François Tosquelles, en cuyo seno se elaboraron las bases de una renovación del marco institucional y terapéutico de la psiquiatría francesa después de la 2da. Guerra Mundial. Duchêne fue autor del célebre texto "*Tâche d'Hygiène Mentale dans la psychiatrie de secteur*" (conocido como el "Rapport Duchêne") que presentó en el Congreso de Tours en 1959, en el que delineó las grandes líneas de una política de Salud Mental para la región del Sena. En ese texto fundamentó la idea de que un solo equipo médico-social prestara asistencia al conjunto de la atención psiquiátrica de la población de una región geográfica determinada. Esa propuesta fue la base doctrinaria de la denominada Política de Sector adoptada por Francia, en las décadas siguientes, como sistema de atención en la especialidad.

³ G. Bleandonu y M. Despinoy transcriben en su texto una comunicación aparecida en el *The Lady Chichester Hospital* que informaba: "En definitiva, más de un centenar de enfermos fueron tratados ambulatoriamente en el hospital durante el año, algunos de ellos asistieron cotidianamente y, aunque dormían en otro lado, pasaron toda la jornada en el hospital participando de diversas actividades y entretenimientos".

⁴ Donald Ewen Cameron (1901-1967) nació en Bridge of Allan, Escocia, se graduó en la Universidad de Glasgow en 1924. En 1929 se trasladó a Canadá para trabajar en el Hospital Mental de Brandon. En 1936, Cameron se convirtió en Director de Investigación del Hospital Estatal de Worcester en Massachusetts, y en 1938 fue nombrado profesor de Neurología y Psiquiatría de la Escuela de Medicina del Estado de Albany. En 1943 se instaló en Canadá, estableció el Departamento de Psiquiatría de la Universidad McGill de Montreal y fue director del recién creado Allan Memorial Institute.

⁵ Joshua Bierer (1901-1978) nació en Austria y estudió medicina en Viena. Fue discípulo de Alfred Adler y se analizó con A. Neuer durante los años 1927 y 1928; ambos tuvieron una gran influencia sobre él. Bierer, quien se declaraba sionista y socialista en el campo político e ideológico, se consideraba a sí mismo como el fundador de la psiquiatría social en Gran Bretaña.

inauguraron sendas unidades experimentales de tiempo parcial para el tratamiento de enfermos mentales.

La fundación de H.D. a partir de la Segunda Guerra Mundial

En 1941 Bierer había creado un club social en el hospital psiquiátrico Runwell cerca de Wickford (Essex) con la intención de cambiar el clima de la institución: "Pensamos -decía- que muchos de los que vienen a un hospital psiquiátrico tienen dos problemas en común: el problema de la 'ocupación' y el problema de las 'relaciones sociales' [...] es pensando en la importancia de ese tema que hemos propuesto la creación de club social"(8). Pero, rápidamente por su condición de consultante externo o por resistencias encontradas al interior del hospital, Bierer decidió abrir un club social extramuros. En 1945 hizo comprar y reparar, dos casonas dañadas por los bombardeos de la guerra en el barrio londinense de Hampstead y fundó en ellas lo que él denominó Centro de Psicoterapia Social, en los hechos, la primera experiencia de H.D. europea, que Bierer conceptualizará progresivamente en los años siguientes(9,10,11,12,13).

En palabras de su fundador lo que lo llevó a una nueva concepción fue: "... cambiar el estatus del enfermo de receptor a interlocutor y colaborador de los esfuerzos del personal. A su vez ésta concepción hizo surgir la noción de Comunidad Terapéutica⁶ [...] el club terapéutico y social era un paso importante en esa dirección"(11).

En 1954 Bierer dio forma a una nueva experiencia modelo completa fundando el H.D. de Malborough Place, también en Londres(14).

Sin embargo, la experiencia iniciada por Cameron al otro lado del Atlántico constituyó el modelo dominante en los años posteriores. En la reunión anual de la *American Psychiatric Association* de 1947, Cameron presentó su primera comunicación intitulada: "*El hospital de día, una forma experimental de hospitalización para los enfermos psiquiátricos*", en la que comunicó que, desde abril de 1946, se encontraba ensayando en el Instituto del Allan Memorial de Montreal una forma de hospitalización "desarrollada a partir de una reorganización de los factores psicosociales y económicos y, en ciertos aspectos, diferente de los tipos habituales de hospitalización"(21) para tratar, en particular, a los enfermos que no habían sido internados previamente en hospitales psiquiátricos tradicionales.

Los principales criterios de admisión eran que los pacientes conservaran su "capacidad de viajar y vivir en sus domicilios durante el tratamiento"(21), pero, si bien

Cameron aceptaba que en su H.D. se podía atender a cualquier tipo de casos, también advertía que "aquellos con un comportamiento perturbador debían ser admitidos en la sección de hospitalización completa del hospital en vista a un pasaje ulterior al H.D."(21). Aunque inicialmente aceptó pacientes esquizofrénicos de reciente comienzo, y de gravedad moderada, personas sufriendo estados depresivos e hipomaniacos y psiconeurosis severas, posteriormente las condiciones de admisión se volvieron más restrictivas, eliminando a los casos más turbulentos.

Las formas de tratamiento publicadas en 1947 por Cameron abarcaban casi todos los métodos conocidos en la época: shocks insulínicos húmedos y electroconvulsivos bajo anestesia, psicofármacos (que se comenzaban a utilizar en esos años) y psicoterapias grupales e individuales(21).

Sin embargo, debido a que se observó con el pasaje del tiempo que existían muchas horas de inactividad, a partir de 1954 se reorganizaron las actividades del H.D. que comenzaron a incluir:

- a. Un grupo de trabajo, coordinado por una asistente social, que tenía como objetivo la discusión de los problemas que podía suscitar la obtención de un empleo, los bloqueos psicológicos para buscarlo, etc.
- b. Un grupo de familia, también dirigido por una asistente social y orientado a la discusión de problemas familiares.
- c. La proyección de un film con discusión posterior.
- d. Un grupo de discusión sobre la convivencia en el H.D. que reunía pacientes y miembros del equipo, todos los días, durante una hora antes del almuerzo.
- e. Conferencias semanales sobre aspectos culturales y de la vida práctica dictadas por personalidades invitadas (2, 22,23,24).

El 25% de los pacientes del H.D. de Montreal provenían del Hospital Psiquiátrico y el 75% restante del exterior. Éstos últimos eran derivados por psiquiatras de ejercicio privado, médicos generalistas o servicios de salud de la comunidad. Para el hospital psiquiátrico el H.D. era un recurso más "con su esfera particular de utilidad. Los enfermos son transferidos en un sentido y en el otro según sus necesidades del momento evolutivo de la enfermedad", precisaba Cameron. Con el correr del tiempo el H.D. comenzó a flexibilizar y extender sus prestaciones a todas las formas ambulatorias. Su director lo describía en 1953 de la siguiente manera: "[el H.D. ofrece] una combinación de servicios que va desde la asistencia a tiempo completo (de 08.30 a 17.00 horas todos los días) hasta la visita ocasional para un tratamiento particular. El objeti-

⁶ El término Comunidad terapéutica fue creado por Thomas Main en su artículo de 1946: "*The hospital as a therapeutic institution*", aparecido en el *Bulletin of the Menninger Clinic* 10: 66-70, y luego desarrollado por múltiples autores entre los que se destacaron Maxwell Jones, y el mismo Joshua Bierer. Todos ellos basaron sus ideas en una crítica del hospital psiquiátrico clásico y fueron inspiradores de las experiencias antipsiquiátricas realizadas por R. D. Laing y su Philadelphia Association en Kingley Hall y David Cooper en la Villa 21 de un hospital de Londres. La noción de Comunidad Terapéutica y su forma atenuada, "ambiente terapéutico" se aplicó en Inglaterra al sistema de tratamiento en instituciones para pacientes mentales crónicos y desórdenes moderados y graves de la personalidad, y, posteriormente, en particular en los EE. UU., para pacientes tratados por adicciones y alcoholismo. La idea de ese dispositivo estaba basada en la responsabilización de los pacientes ante los miembros de la comunidad, las actividades terapéuticas grupales y la elaboración de las relaciones interpersonales entre todos los miembros implicados en la Comunidad Terapéutica, incluidos los miembros del equipo, en un clima de "democracia guiada", como la definía Bierer.

vo es proporcionar un 'libre servicio' por medio del cual el psiquiatra pueda prescribir en función de las necesidades de cada enfermo, en cada momento, una combinación planificada de tratamientos de diversas frecuencias". Ante esta evolución del modelo institucional uno de los colaboradores de Cameron, T. J. Boag expresaba la preocupación de parte del equipo: "Nosotros teníamos miedo de que esas condiciones hicieran estallar el grupo; de tal suerte que no quedara más que una colección heterogénea de enfermos con encuentros de frecuencia irregular y estableciendo entre ellos relaciones muy débiles"(18). Esa evolución, en efecto, no propendía a establecer un ambiente terapéutico como se esperaba de un H.D. y convertía a la institución en un lugar de pasaje de muchas personas, poco conocidas o desconocidas entre sí. Lo que se prefiguraba en esa controversia de modelos -en la que, en realidad, discutía la función y especificidad del H.D.- era la necesidad de crear una gama de instituciones con funciones distintas, surgidas de grados de "sustitución de funciones"⁷ diferentes e intervenciones terapéuticas y protección adecuadas y adaptadas a cada caso.

De esas experiencias iniciales es que se fueron desprendiendo los tipos de instituciones, distintos del H.D., necesarios para asegurar la cadena de continuidad terapéutica desde la hospitalización completa del hospital psiquiátrico, o el servicio de psiquiatría de un hospital general, hasta la reinserción en la comunidad -sea en las familias de origen, en familias sustitutas o en casas de convivencia- pasando por los H.D., los hospitales de noche, los Centros psicoterapéuticos ambulatorios o los Centros de salud y los Clubes socioterapéuticos, para mencionar las formas más conocidas.

Los determinantes sociales, económicos y políticos en el surgimiento de los H.D.

Tanto Bierer como Cameron presentaron sus proyectos en forma de ideas originales y terminadas, producto de su inventiva y lógica propias. Sin embargo, aplicando la guía de análisis de Duchêne que se mencionó antes, se puede insertar el alumbramiento de estas realizaciones en una estructura cultural más amplia y explicativa de los factores que concurren para determinar la aparición de los H.D.

En primer lugar los factores socioeconómicos:

1. El número de los enfermos mentales hospitalizados aumentó notablemente en la postguerra en los países anglosajones (en Inglaterra, por ejemplo, el número de admisiones en los hospitales psiquiátricos aumentó de 36.000, en 1940 a 88.500 en 1952) surgiendo de entre los veteranos, ex prisioneros, migrantes, muchos de los cuales presentaban problemas de adaptación y por ende de incorporación al mercado de trabajo,
2. la masiva incorporación de mujeres a ese mercado,
3. el achicamiento del grupo familiar por pasaje de las formas de familia ampliada a nuclear que disminuyó la tolerancia de las mismas para sostener en su seno a los miembros enfermos,
4. la creciente demanda que se hacía sentir desde los pueblos por mejoras sociales luego de los años de penurias ocasionadas por la guerra⁸,
5. las economías de los países industrializados que exigían una disminución de los costos por cada atención individual, manteniendo y mejorando la efectividad de las mismas,
6. el reconocimiento de un número elevado de neurosis graves para el tratamiento de las cuales el H.D. era excesivo y el dispensario de higiene mental un recurso insuficiente,
7. una urbanización acelerada y
8. una gran expansión tecno-industrial. Todo ello planteaba a los especialistas la necesidad de inventar nuevas soluciones.

Desde la órbita de los recursos terapéuticos y las concepciones doctrinales sobre las enfermedades mentales es pertinente recortar algunos hechos novedosos de esa época. Desde antes de los años '50 la aparición de métodos biológicos activos como el electroshock y la cura insulínica de Sakel habían sacado al viejo hospital psiquiátrico de su inmovilismo clásico y despertado en los psiquiatras la esperanza de poder movilizar a sus pacientes en vistas a una mejoría sintomática que permitiera la salida de la institución. En la década del '50 esto se acentuó aún más con la aparición de los neurolepticos y los antidepresivos.

Paralelamente se hacía sentir la influencia de las técnicas de psicoterapia individual y grupal que se

⁷ Entendemos por "sustitución de funciones" a las de contención afectiva y control de la angustia, de apoyo y/o provisión de recursos (alimentación, medicaciones, higiene, etc.), de organización de vida (del tiempo, de gestiones administrativas y otras tareas cotidianas), de contactos y vínculos interpersonales positivos, de utilización del tiempo ocioso, de tareas creativas, deportivas y aprestos laborales, de sostén de la autoestima, etcétera, que la persona se auto provee normalmente pero a las que un trastorno o enfermedad mental perturba o suprime total o parcialmente; de tal modo que será el entorno familiar y social el que "sustituya" esas funciones habitualmente autónomas, o, si estos ámbitos son desbordados por la crisis del paciente o no existen, deben ser reemplazados por recursos terapéuticos institucionales de complejidad y capacidad creciente para ejecutar una correcta "sustitución de las funciones" alteradas o perdidas. Esta "sustitución" puede ser pasajera, más o menos prolongada, gradual o permanente. Por ejemplo, una descompensación emocional breve puede demandar una serie de entrevistas psicoterapéuticas diarias en forma ambulatoria con el agregado de una dosis de psicofármacos estándar para ese trastorno, otro caso puede necesitar unos meses de tratamiento en un H.D., un tercero una hospitalización completa por varias semanas, con posterior pasaje a una casa a medio camino y luego a un H.D. ya vuelto a su medio familiar habitual, y otro una hospitalización completa y posteriormente la derivación a una casa de convivencia permanente por carencia de familia o severa conflictiva con la misma. Esto hace que un sistema de atención psiquiátrica integral, basado en la clínica y la psicopatología, debe contar con una gama de instituciones que permitan esa graduación en la continuidad terapéutica necesaria para cada caso y cada momento evolutivo de cada caso.

⁸ Las intensas movilizaciones populares condujeron al otorgamiento de reformas sociales por parte de los gobiernos de la postguerra. La creación del National Health Service en Inglaterra y de la Sécurité Sociale en Francia en 1946 y 1947, son claros ejemplos de ese fenómeno político.

habían expandido sobre todo en forma extrahospitalaria.

La teoría psicoanalítica, tal como se desarrolló en los países anglosajones, había llevado a centrar la atención en el abordaje psicoterapéutico de los pacientes internados, los fenómenos interpersonales y, en consecuencia, el ambiente vincular en los Servicios. Atenuando la barrera existente entre lo normal y lo patológico inspiraba una idea de prácticas menos segregativas, actitudes más permisivas y respetuosas de la libertad individual del paciente al atender a la dimensión del deseo en la demanda, a la importancia del contrato terapéutico y a la necesidad de continuidad de la atención a lo largo de un prolongado proceso que hasta entonces había sido en muchos casos de mera custodia provocada por la impotencia terapéutica y el estigma social que mantenía el encierro de los pacientes.

Las terapias de familia, que aparecieron en los años '50, se expandieron ampliamente.

El cuestionamiento a las viejas instituciones psiquiátricas proveniente de los estudios sociológicos (recorremos entre otros a los de Alfred Stanton y Morris Schwartz en Chesnut Lodge(130) y sobre todo a los de Erving Goffman con su concepto de "institución total") pusieron el acento sobre los resultados antiterapéuticos de la hospitalización bajo el modo asilar(68).

Otro aporte del entonces prolífico campo de las ciencias sociales fue estudio del entorno social del enfermo mental instalando las nociones de integración, reinserción comunitaria, desinstitucionalización y potencial terapéutico o enfermante de la comunidad, y generó la convicción de la necesidad de una acción sobre el terreno y la ruptura de la segregación como instrumentos de la empresa terapéutica por vía de la lucha contra el estigma generado por las enfermedades mentales.

La conjunción de todos estos factores fue desplazando el epicentro del quehacer de la psiquiatría desde el Hospital Psiquiátrico clásico al terreno de la Psiquiatría Social, a la planificación de la salud y al concepto de Salud Mental en la Comunidad. En otros términos la inclusión de la atención psiquiátrica en el marco de una Salud Pública integral.

En ese vasto movimiento cultural de los años '50 y '60 en los países centrales nació y se expandió la técnica del H.D. encarnando, una opción en la que la noción de tratamiento, apoyado en nuevos y poderosos recursos primó por sobre la noción de segregación.

Sin embargo, no debe olvidarse, como muchos autores lo han señalado, que esas maniobras sanitarias e institucionales también se originaron, en una época de fuerte crecimiento de las fuerzas productivas en los países centrales, en la búsqueda de un equilibrio entre el mantenimiento del orden social y el imperativo de reubicar los designados enfermos mentales en el circuito socioeconómico.

En ese sentido es que Roger Bastide decía en 1965: "La apertura de los asilos es menos una medida de filantropía (o como lo afirma H. Ey "de más intensos sentimientos de dignidad de la persona humana") que del

deseo de utilizar los desviantes en esta inmensa máquina de fabricar productos en que se ha convertido nuestra sociedad"(6).

Pero los factores de la producción no fueron los únicos elementos a tomar en consideración en ese sector sanitario que es la Salud Mental. También estuvieron, como se comentó antes, las concesiones hechas desde el poder político ante la presión de los movimientos sociales. En todas las épocas ambos factores preparan y seleccionan el tipo de progresos terapéuticos que ensamblan con ellos en un complejo juego de coincidencias e intereses.

En la trama de este juego están los técnicos y profesionales, sometidos al fuego cruzado de los mandatos sociales, de las posiciones éticas que adopten y de las propias necesidades de trabajo.

Por lo tanto, toda conceptualización sobre H.D. debe entenderlo como una práctica técnica con múltiples sobredeterminaciones que cristaliza un momento de transición en ese continuum histórico que, yendo desde el viejo Hospital Psiquiátrico hasta las actuales maniobras de desinstitucionalización. fue jalonado por las percepciones que la sociedad occidental ha tenido del fenómeno psicopatológico y por las formas institucionales que pergeñó para tratarlo.

Difusión mundial de los H.D.

Primero en Gran Bretaña y luego en los EE.UU. y en los demás países occidentales surgieron una importante cantidad de H.D.; y aparecieron adaptaciones de la técnica destinadas a los diferentes grupos etarios y a patologías específicas.

Algunos ejemplos: en 1957 Connell creó el primer H.D. para niños en Newcastle(27), en 1959 Lindsay inició su trabajo con adultos en Australia(139), en 1960 fue Gastager en Viena quien lo hizo, en 1962 Vidart organizó en París una unidad para epilépticos(137,138), y en ese mismo año Paul Sivadon inauguró el primer H.D. (a excepción de la comunicación de J. Baruk de dos pacientes tratados con hospitalización parcial el año anterior (5)) para adultos en Francia con el nombre de "L'Elan Retrouvé"(127). En 1964 Linneman abrió el primer H.D. y de noche Montebello en Copenhague, Dinamarca(106), y en 1965 ya existe otro en Estocolmo, Suecia(7). En 1968 Abramczuk desarrolló instituciones similares en Polonia. En 1967 se creó el primer H.D. para toxicómanos con el nombre *Here and Now* ("Aquí y ahora"), en locales del Ejército de Salvación de Londres(17). Desde 1956 se ensayó el tratamiento de alcohólicos en H.D. en Atlanta, EE. UU.(17). En 1967, Spoerri inauguró el primer H.D. de Suiza, en el Policlínico Psiquiátrico de la Universidad de Berna(16).

Muchas otras experiencias de H.D. fueron comunicadas en la bibliografía en los años siguientes. Se registran así la creación de esas estructuras en la Clínica psiquiátrica de la Universidad de Yale (1948), la Clínica Menninger (1952) y en la ciudad de Los Ángeles, EE. UU.(17), en el Hospital de Montreal (1950)(17), en Toronto (1960) (93); en Bristol y en Bromley, Gran Bretaña (1951), en

el Servicio de geriatría de Oxford (1954), en los hospitales Maudsley y Bethlem de Londres(47,82), en New York (1955)(20), San Francisco (1962), Chicago (1962), San Diego (1962)(17). En el hospital de niños de Waltham, Massachusetts, se inicia la actividad de un H.D. de niños en 1957, tiempo después se inicia la atención de adultos en la misma región(75). En 1965 Azoulay informa de la experiencia en curso realizada en el H.D. del Centro de Salud Mental del XIIIème Arrondissement de Paris(3). Entre los años 1966 y 1967 se inició la actividad de un H.D. y de noche en la Clínica Neuropsiquiátrica Universitaria de Halle en Alemania y, en la misma época en Dusseldorf, en 1969 está en pleno funcionamiento el H.D. del Centro de Salud Mental de Belgrado(17). Para estudiar esas experiencias se organizaron numerosos congresos y reuniones de los que quedaron informes y trabajos centrados en el análisis de los alcances terapéuticos, costos e indicaciones de los H.D.

También aparecieron instituciones del mismo tipo en el Tercer Mundo por iniciativa, en general, de profesionales formados en Europa o los EE. UU. En África aparece el primero en 1954 en Abeokuta, Nigeria, cuando aún era un protectorado británico, dirigido por Thomas Adeoye Lambo⁹. Su experiencia consistió en un "programa terapéutico que no ponía el acento en un hospital de día en tanto tal sino más bien en la creación de una unidad social lo bastante grande y eficaz como para tener un valor terapéutico"(102). Esta investigación originó la noción del "sistema de aldea", revolucionario método de rehabilitación psiquiátrica aplicado por primera vez, por el mismo Lambo, en la pequeña localidad de Roa, también en Nigeria.

En 1958, Franz Fanon¹⁰ inicio otra experiencia en Túnez en la que asoció las curas de Sakel con la técnica del psicoanálisis activo de Sandor Ferenczi(45,46). Se trató allí de la transformación del antiguo servicio de Neuropsiquiatría del Hospital "Charles Nicolle" en un Centro Neuropsiquiátrico de Día, dedicado inicialmente a albergar 40 pacientes mujeres y otros tantos hombres, y que comenzó enseguida a tratar niños. Aparentemente su efectividad era muy alta ya que Fanon comunica que la duración promedio de los tratamientos era de 25 días y que solo el 1% de los pacientes que pasaron por su H.D. debieron ser remitidos al hospital psiquiátrico para una internación completa. En 1954 se creó el primer H.D. de África del Sur en el hospital Tara de Johannesburg(64) y, el año siguiente, 1959, se inauguró el primer H.D. de Australia en Graylands de Perth(83,84) que fue seguido por otros establecimientos similares en los siguientes años(104).

En América Latina la bibliografía da cuenta de la existencia del primer H.D. en Porto Alegre en 1962 (4,15), y de otro en La Habana, en 1965(60). Este último, dirigido por García Huerta, fue copia fiel del de Cameron.

Los H.D. se fueron diversificando y se publicaron trabajos discriminando las distintas formas de tratamientos a tiempo parcial (32,49,56,88,91), analizando los resultados de su aplicación en niños y adolescentes con trastornos psicóticos, autismo(33,35,50,54,59,67,69,74,77,80,107,119,133) y retraso mental(31). También se comunicaron resultados en el tratamiento de familias(34,103) y grupos(118), en el tratamiento de pacientes geriátricos(28,29,48,51,70,71,96), neuróticos (85), esquizofrénicos(57,72,99,125) y alcohólicos(53), en entornos transculturales(76) y se diferenció su perfil en relación a los H.D. independientes(19,122), y aquellos ligados a los hospitales psiquiátricos(120) o a los hospitales generales(30,113,115).

Los primeros HD en la Argentina

En nuestro país los H.D. comenzaron a crearse tempranamente. Ellos formaron parte de la serie de experiencias de reforma en la atención psiquiátrica que se ensayaron en la década de los '60 y primera mitad años los '70 del siglo pasado.

En el primer lustro de los '60 habrían empezado algunas experiencias que, agregando a las psicoterapias grupales en medio hospitalario, algún contacto con las familias de los pacientes y ciertas actividades grupales de ergoterapia, permitieron una permanencia de 2 a 4 horas diarias de los mismos en un Servicio Ambulatorio. Podríamos llamarlos ¿proto-hospitales de Día?¹¹(1)

Jorge García Badaracco inauguró en 1967 el primer H.D. para adultos del país en su servicio del Hospital "J. T. Borda" de la ciudad de Buenos Aires.

El Centro de Salud Mental No 1 también de la ciudad de Buenos Aires ya tiene su H.D., también de adultos, a principios de los '70 al igual que el Hospital Infanto-Juvenil "Carolina Tobar García" de la misma localidad. Este último, fue el primero de su tipo en la Argentina, y, probablemente, también el primero de América Latina. Esta especializada en la atención psiquiátrica de niños y adolescentes, fue fundada en 1969, y contaba con un Servicio de Internación, un Servicio de Consultorios Externos y un Servicio denominado de Hospitalización Parcial que inicialmente organizaba actividades recreativas durante algunas horas diurnas para los pacientes hospitalizados y para ocupar durante la espera de su turno a los que concurrían a la consulta externa. A partir

⁹ Thomas Adeoye Lambo (1923-2004) fue el primer psiquiatra diplomado de Nigeria. Estudió medicina y psiquiatría en Londres y Birmingham, Inglaterra. Desde sus primeros trabajos estudiando las psicosis paranoides de la etnia Yoruba, Lambo inspiró el desarrollo de la psiquiatría trans e intercultural cuestionando la perspectiva eurocéntrica de la comprensión de las enfermedades mentales.

¹⁰ Franz Fanon (1925-1961) fue un revolucionario, psiquiatra, filósofo y escritor francés, nacido en Martinica. Apoyó la lucha argelina por la independencia y fue miembro del Frente de Liberación Nacional (FLN) argelino. Su vida y sus trabajos, principalmente *Los condenados de la tierra (Les damnés de la terre)* inspiraron a los militantes de los movimientos de liberación anticolonialistas en todo el mundo. Fanon es conocido como un pensador humanista existencial radical en la cuestión de la descolonización y la psicopatología de la colonización.

¹¹ Una de esas experiencias podría haberse realizado en el Servicio de Psiquiatría del Hospital "T. de Alvear" de la ciudad de Buenos Aires (entonces hospital general y actualmente hospital monovalente de Emergencias Psiquiátricas), bajo la dirección de su Jefe el Dr. Spiguel.

de 1972, bajo el impulso de dos psiquiatras infantiles Lidia Scaliter y Juan Carlos Stagnaro, que fue su primer jefe, comenzó a funcionar formalmente como Hospital de Día¹².

En esa década aparecen, entre otros, los H.D. del Hospital Italiano de Buenos Aires, y del Hospital "B. Moyano" (1972)(1).

En los años '80 surgieron varios más, como el del Hospital "T. de Alvear", en 1983, y posteriormente otros, como el del Hospital "Dr. T. Alvarez".

En los años 1985, 1987 y 1990 se celebraron las Jornadas Municipales de H.D. organizadas sucesivamente por el Centro de Salud Mental No 1, el Hospital "T. de Alvear" y el Centro de Salud Mental "F. Ameghino" de la ciudad de Buenos Aires. En 1983 se realizó un encuentro de H.D. en el Hospital Italiano de Buenos Aires al que concurrieron con sus ponencias representantes de otras instituciones. Un cierto número de experiencias similares se desarrollaron en el medio privado.

En la provincia de Santa Fe se fundó en los años '80 un H.D. en el Hospital Psiquiátrico de Rosario. En diversas provincias se ensayaron en los años posteriores otras experiencias similares.

Seguramente en este inventario incompleto deberán ser agregadas otras informaciones.

La noción clásica de H.D.

1. Especificidad del dispositivo H.D.

Según los países y lugares, las preferencias teóricas de sus creadores y otros factores contingentes, los H.D. tuvieron perfiles particulares. Sin embargo, a partir de las opiniones de diversos autores y en variadas reuniones y congresos especializados se acuñó, en las primeras décadas posteriores a las experiencias de Bierer y Cameron, un consenso general acerca de las características comunes y específicas del dispositivo H.D., que lo diferenciaba de otras instituciones, y en especial de otras de tiempo parcial.

En una tipología de las instituciones de tiempo parcial se puede contabilizar varias formas que surgieron, al igual que el H.D., como adaptaciones a tiempos y funciones terapéuticos diversos en el marco de la Psiquiatría Social(117,124,134). Aparecieron así, en diversos horizontes, los ya mencionados hospitales de noche, los hospitales de fin de semana, los Clubes psico-socio-terapéuticos, los Centros de Día y los Centros de Salud Mental Polivalentes. De entre todos ellos estos dos últimos

son los que más confusión presentaron, en la práctica, con los H.D.

Los Centros de Día ofrecen actividades de readaptación socioprofesional y se pueden comparar más a un centro de aprendizaje, orientándose a obtener que los pacientes llamados "estabilizados", o sea compensados clínicamente, dejen regularmente su medio familiar para encontrar ocupaciones accesibles acercándose así a las formas de Taller Protegido.

El Centro de Salud Mental Polivalente(65,112) es un dispositivo que puede incluir: la hospitalización a tiempo completo en algunas camas disponibles en su propio local (o en un Servicio Hospitalario que le esté relacionado orgánicamente), la hospitalización a tiempo parcial en un H.D., la consulta ambulatoria externa, la intervención en crisis y emergencias, las actividades de readaptación (club, hospital de noche, taller protegido) y la hospitalización a domicilio, como así también las técnicas de acción sobre la comunidad con el objetivo de prevención y reinserción de pacientes. Lo más frecuente es que desarrolle sus actividades y reciba consultas de un área determinada alrededor de él. Digamos de paso que su concepción apoya en el concepto de continuidad terapéutica y centralización de todos los recursos del tratamiento. Sus críticos señalan que la vieja fórmula del encierro está aquí reemplazada por un control dinámico de toda la evolución de la considerada conducta desviante desde su emergencia hasta su readaptación al medio social.

El H.D. conservaba entonces para sus pioneros un perfil específico de acuerdo al consenso bibliográfico de sus primeras décadas de existencia¹³ (14,26,36,37,38, 40,42,43,44,52,55,62,63,66,73,86,87,90,92,94,95,97, 98,107,111,121128,135,136,141,143) en la combinación de:

1. Autonomía total en su estructura administrativa y financiera y en el manejo del personal.
2. Funcionamiento de 8 horas diarias, 5 a 6 días por semana. Una jornada de H.D. debe incluir una comida en común, en especial el almuerzo.
3. Localización urbana, con eventual sectorización de este dispositivo de atención. Si bien se reportaron experiencias de H.D. en medios rurales o semi-rurales estos casos fueron escasos.
4. Existencia de medios de transporte adecuados como para que el tiempo de desplazamiento cotidiano no exceda lo razonable (entre una y dos horas como máximo, en función de las dificultades particulares de ciertos pacientes para realizarlos).

¹² En esa institución, en la que se trataba a niños y adolescentes con trastornos severos de conducta, psicosis y autismo, y sus familias, se creó un equipo cuyos miembros, los Lic. Rubén Di Marco, Susana Levato, Norberto Calarame, Ángela Mauvecin, Marta Lois, Pedro Villanustre e Hilda Levin, la médica Ana María Butrón, la Trabajadoras Sociales María del Carmen Delbebene y Norma Ferrando, la Lic. en Sociología Silvia K.de Gomel, el Musicoterapeuta Oscar Mangione, la enfermera Margarita Garnica y la secretaria del Servicio, Sonia Ser, crearon un modelo de H.D. de tipo comunidad terapéutica (1,129). Otra singularidad de esa experiencia fue que los pacientes eran escolarizados en el mismo H.D. en una escuela hospitalaria bajo la responsabilidad de la Lic. Beatriz Gutierrez, dependiente del Ministerio de Educación Entre las novedades introducidas por el equipo se incluyó un rol que denominaban "líderes de grupo" que cumplían una función muy similar a lo que posteriormente se definió como Acompañante Terapéutico. Esa experiencia inicial fue desmantelada por la intervención militar en el hospital hacia fines de 1977.

¹³ En los años posteriores poco se ha agregado a esta concepción que fue, desde el inicio, lo suficientemente precisa como para dejar sentadas las bases de lo que es un H.D.

5. Capacidad variable: no menos de 30 pacientes como para permitir las interacciones sociales adecuadas, y no más de 100 para evitar la despersonalización completa de los vínculos interpersonales.

6. Admisión de pacientes directa o por derivación de otros establecimientos o estructuras sanitarias.

7. Admisión de pacientes mixta en cuanto a sexo.

8. Existencia de una pauta de admisión según tipo de patología aceptada¹⁴.

9. Dirección del tratamiento enteramente en manos del equipo del H.D.

10. Provisión de todas las formas de tratamiento y de estudios complementarios. Esta modalidad exigió un trabajo en equipo¹⁵.

11. Duración de los tratamientos variable y sin plazo máximo.

12. Existencia de un proyecto terapéutico adaptado a cada sujeto que se va formulando a través de sucesivos ajustes en forma contractual entre él y el equipo a lo largo de toda su estadía en la institución.

13. Movilización del potencial terapéutico que poseen los pacientes y oferta de múltiples relaciones transferenciales.

14. Requerimiento de una mínima posición activa del consultante que debe cotidianamente renovar su adhesión al contrato establecido.

15. Alternancia de idas y venidas del consultante que recuerda la complementariedad escuela-domicilio de la infancia y lugar de trabajo-medio sociofamiliar en la vida adulta.

16. Evitación de la desinserción social y la depositación propias de la hospitalización completa.

17. Desaparición de los "tiempos muertos" de la vida en el hospital psiquiátrico clásico en beneficio de los "tiempos terapéuticos" articulados en forma intensiva.

18. Coexistencia temporal en la institución de todos los miembros del equipo y todos los pacientes lo que unifica el universo comunicacional del conjunto.

19. Existencia de un medio familiar suficientemente adecuado y libre de conflicto (esto es excluyente en los casos de niños y adolescentes), o un grado de autonomía suficiente del paciente adulto como para desenvolverse solo en las horas en las que no está en el H.D.

20. Inclusión activa y permanente de las familias en el tratamiento del designado paciente.

2. Referencias teóricas y objetivos de la práctica en los H.D.

Un rastreo exhaustivo de la bibliografía, como el que realizaron Bleanonu y Despinoy(17), muestra que

fueron ensayados tres modelos paradigmáticos: el H.D. centrado en la rehabilitación y readaptación, el psicoterapéutico, predominantemente psicoanalítico, y el organizado según el concepto de psicoterapia institucional.

Motivo de sistemáticas discusiones y generadoras de crisis en la vida de los H.D., estas tres orientaciones se presentaron, y se presentan en la práctica, en dosis proporcionales y más o menos explícitamente reconocidas e instrumentadas, en todas las instituciones.

a. El modelo centrado en la rehabilitación y readaptación

El potencial movilizador del H.D. con todas las actividades que propone al sujeto induce cambios y tropieza con *impasses* frecuentemente difíciles de explicar en su origen causal.

La readaptación apunta a la desaparición de los síntomas señalados socialmente como indicadores de trastornos psíquicos.

Se habla entonces en términos de comportamiento, relaciones y posibilidades de encontrar en la sociedad un lugar estable y productivo. En tanto, conceptos impregnados de un tinte conductista son frecuentemente rechazados por quienes adscriben a posiciones opuestas, pero aún en esos casos un propósito readaptativo enmascarado o negado se encuentra en todos los equipos de H.D.

Fue sobre todo desde que la noción de readaptación quedó inextricablemente ligada a la terapéutica propiamente dicha que tomó gran importancia, y fue más o menos en esa época que los H.D. empezaron a aparecer revelándose como un instrumento de elección de la empresa readaptativa moderna al permitir a los "nuevos" sujetos designados como enfermos seguir un camino diferente al de la improductiva cronificación en los antiguos asilos.

Más que cualquier otra modalidad terapéutica el H.D. plantea en toda su amplitud la relación entre terapia y readaptación puesto que ella en H.D. puede reagrupar todas las medidas destinadas a restituir a los pacientes su capacidad de funcionamiento en la vida social extra-hospitalaria(126).

Se aplica aquí el concepto de adaptación activa en tanto capacidad de vivir en una realidad consensuada pero disponiendo de la fuerza y la autonomía subjetivas para modificarla.

b) El modelo psicoterapéutico psicoanalítico

Del lado de las teorías y técnicas psicoanalíticas(81) y de las psicoterapias individuales(58,61), o grupales más o menos inspiradas en ellas, se comprueba en la bibliografía que todas han sido utilizadas en los H.D. Desde el psicoanálisis adleriano que inspiraba a Bierer, hasta las

¹⁴ Adicionalmente algunos H.D. fueron incorporando la firma por parte de los pacientes y sus familias de un código de convivencia y, en los últimos años se ha generalizando, como en todo tratamiento con internación u otras formas de terapéutica, la solicitud de firma de un consentimiento informado por parte de los pacientes y sus familias.

¹⁵ Inicialmente, los H.D. contaban con las profesionales médicas psiquiatras, enfermeras, trabajadoras sociales, psicólogos y monitores de taller y actividades sociales; pero ese trabajo de tipo multidisciplinario se fue volviendo más complejo con el pasaje de las décadas incluyendo en el presente médicos psiquiatras, psicólogos clínicos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, enfermeros, técnicos corporales (profesores de gimnasia, psicomotricistas) y monitores o animadores de taller y actividades artísticas variadas y acompañantes terapéuticos.

teorizaciones de la psicología del Yo y las de la escuela inglesa o los desarrollos lacanianos.

La referencia al psicoanálisis como pivote central en el dispositivo H.D. era consensuada en los años '60 y '70 por numerosos autores. Cuando el modelo de institución se centró en esta actividad como lugar generador de cambio debió resolver, para ser un H.D., el problema de la actividad de los pacientes por fuera de estos horarios, en general se llegó a una combinación entre los tiempos psicoterapéuticos individuales y/o grupales y los momentos de descanso, intercambio informal, o actividades más o menos planificadas entendidas como auxiliares. En ocasiones extremas ellas no fueron más que una entretenida "sala de espera" de la sesión psicoterapéutica.

c) El modelo de la psicoterapia institucional

La utilización conciente y reflexionada del conjunto del tiempo de presencia condujo a otra forma de proyecto: la terapéutica institucional; que coloca a cada sujeto, pacientes y equipo, en una red de relaciones que constituye el objeto de análisis.

Su origen se encuentra en las comunidades terapéuticas (134) ensayadas a partir de hospitalizaciones con internación completa.

Lo esencial de esta perspectiva estriba en la introducción de múltiples mediaciones que abre a la dimensión simbólica de las relaciones estereotipadas y especulares binarias.

Las nociones de "clima terapéutico", red comunicacional, sostén o apoyo colectivos, etc., han sido utilizadas en este encuadre.

Discusiones teóricas sobre esas concepciones, disputas de lugar, de roles, de poder, controversias epistemológicas sobre la multi inter o transdisciplinariedad constituyen temas de todos los días en el H.D.

Cada equipo fue y va, así, recorriendo junto a sus pacientes en sus idas y venidas un camino de encuentro con una clínica y sus teorías.

Conclusiones

Al cabo de este recorrido se comprueba que los H.D. surgieron como la primera forma de hospitalización parcial hace más de medio siglo y han perdurado desde entonces.

Los H.D. aparecieron como una estructura alternativa a la hospitalización total cuando se dispuso de técnicas terapéuticas activas adecuadas, en el marco de nuevas concepciones de la enfermedad y la salud mental surgidas después de la Segunda Guerra Mundial y bajo

condiciones económicas, políticas y sociales particulares ligadas al modelo del Estado Benefactor.

El modelo del H.D. no se opone ni sustituye completamente la hospitalización total en unidades psiquiátricas especializadas. Cada una de esas formas de abordaje tiene sus indicaciones. No obstante, el dispositivo H.D. permite evitar ciertas internaciones completas ya que hay evidencia de la mayor o igual eficiencia y efectividad del H.D. para el tratamiento de muchos pacientes afectados de diversas patologías psiquiátricas graves que el que brinda la hospitalización completa, tal como lo comprobaron en los primeros tiempos de existencia de los H.D. numerosos autores (78,79,89,90,98,99,100,101,105,109,110,114,123,128,131,140,142) en estudios que fueron confirmados hasta la actualidad (109).

Las ventajas del H.D. estriban en evitar la desinserción del paciente de su medio habitual, concentrar los tratamientos de manera intensiva en ciertos horarios evitando los "tiempos muertos" de la hospitalización total y disminuir el estigma producido por la hospitalización en hospitales psiquiátricos, entre otros.

Ya desde sus primeras décadas de existencia los H.D. respondían a diferentes modelos y se les otorgaban aplicaciones diversas. Con el correr del tiempo el dispositivo H.D. ha continuado sufriendo adaptaciones y seguido modelos variables. Cabe entonces hacerse la pregunta acerca de si puede aceptarse un modelo único o habrá que contrastar diferencias y hablar en plural de "los H.D".

Sin embargo, cualquiera sea su variedad, se comprueba que su especificidad y efectividad solo se mantiene si se respetan las características generales enumeradas originalmente: si se reducen sus horarios a mínimos de 2 a 4 horas, no se comparten almuerzos, se convierten en actividades espontáneas organizadas por personal sin entrenamiento, etc., en razón de restricciones económicas de los sistemas de salud públicos y semi-públicos o por búsqueda de mayor rentabilidad en los privados, se arriesga cronificar a los pacientes, deteriorar su utilidad y desprestigiarlos como recurso terapéutico. Es quizás por ello que algunos autores, quizás acuciados por recortes presupuestarios se preguntan si, a pesar de ser tan eficaces y efectivos, como se señaló antes, no sea necesario revisar el costo/beneficio de los H.D. (109).

Una vez más la excelencia de la Salud Pública quedaría así sujeta a la decisión de tomarla como una inversión para el bienestar de las poblaciones o como un gasto prescindible en épocas de crisis, como la que afecta hoy a la economía mundial y repercute cruelmente en el financiamiento de sus sistemas de salud ■

Referencias bibliográficas

1. Actas de las Jornadas Interinstitucionales de Hospitales de Día. 16 al 20 de noviembre de 1990. Buenos Aires: Ediciones del Azul, 1990.
2. American Psychiatric Association. *Proceeding of the 1958 Day Hospital conference*. Washington DC, 1959, 112 p.
3. Azoulay J. L'hôpital de jour du centre de santé mentale du XIII^{ème} arrondissement. *Inf Psychiatr*, 1965; 7: 591-602.
4. Azoubel Neto D, Azoubel LL. O valor terapeutico das actividades recreacionais no tratamentomde pacientes psiquiátricos em semi-hospitalização (Hospital diurno). *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 1970; 4: 341-344.
5. Baruk J. Premiers essais d'application en France du principe du "Day hospital" chez les malades mentaux. *Ann Méd Psychol*, 1961; 119, I: 158-162.
6. Bastide R. *Sociologie des maladies mentales*. Paris : Flammarion, 1965.
7. Bernard B. Formules d'hospitalisations partielle en Suède. *Inf Psychiatr* 1965, 2:247-258.
8. Bierer J, Haldane FP. A self governed Patient s Social Club in a Public Mental Hospital. *J Ment Science*, 1941, 87: 419-426.
9. Bierer J. *The day Hospital: An experiment in Social Psychiatry and synto-Analitic Psychotherapy*. London: Lewis, 1951.
10. Bierer J. *The Day Hospital*. Howard Journal, 1952, 3:1-7.
11. Bierer J. Theory and Practice of Psychiatric Day Hospitals. *Lancet*, 1959, 2: 901-902.
12. Bierer J. Day Hospitals: Further developments. *Int J Soc Psychiatr*, 1961; 7:148-151.
13. Bierer J. Day Hospitals and Community Care. *Comprh Psychiatr*, 1963, 4:381-386.
14. Bierer J. The Malborough Experiment, in Bellak L. (Ed.) *Handbook of Community Psychiatry and Community Mental Health*. New York and London: Grune and Stratton, 1964.
15. Blaya M. O primeiro hospital de dia psiquiatrico no Brasil. *Arq Clinica Pinel*, 1962; 2:28-33.
16. Bleandonu G. Création d'un hôpital de jour à Genève. *Inf Psychiatr* 1972, 9 : 891-905.
17. Bleandonu G, Despinoy M. *Hôpitaux de jour et psychiatrie dans la communauté*. Paris : Payot, 1974.
18. Boag TJ. The day Hospital as a Therapeutic Community, in Denber H. (Ed.) *Research Conference on Therapeutic Community*. Springfield: Charles C Thomas, 1960.
19. Bonnafé L, Kabaker J, Mignot H. Le Centre Henri Duchêne, Hôpital de Jour de secteur. *Inf Psychiatr*, 1967;7 :959-980.
20. Butts HF. The Harlem Hospital Center Psychiatric Day Hospital: threer years Evaluation. *J Nat Med Assoc*, 1967; 69: 273-277.
21. Cameron DE. The day Hospital: An Experimental Form of Hospitalisation for Psychiatric patients. *Modern Hosp*, 1947; 69:60-62.
22. Cameron DE. The day Hospital, in Bennet AE (Ed) *The practice of Psychiatry in General Hospitals*. Berkeley and Los Angeles: California University Press, 1956.
23. Cameron DE, Mac Lean R, Moll AE. The Day Hospital. *Met Hosp*, 1958; 9:54-56.
24. Cameron DE. Day Hospital Reorganisation. *Ment Hosp* 1959; 10:16.
25. Chasin RM. Day treatment of Emotionally Disturbed Children. *Child Welf*, 1969;4:212-218.
26. Congdon RG. Partial hospitalization: Concept and Method. *Canad Psychiatr* 1971; 13;3:239-245.
27. Connell PH. The day Hospital Approach in Child Psychiatry. *J Ment Sci* 1961;107: 969-977.
28. Cosin LZ. The Place of the Day Hospital in the Geriatric Unit. *Practitioner*, 1954; 172:552-559.
29. Cosin LZ. Geriatric day Hospital for Psychiatric patients. *Med World*, 1957; 87: 215-219.
30. Cote G. L'hospitalisation de jour au sein de l'hôpital général. *Union Med Canad* 1967; 95 :849-851.
31. Craft M, Freeman H, Lockwood H, Wilkins R. Day Hospital Care for the Mentally Subnormal. *Brit J Psychiatr* 1971; 119:287-294.
32. Daniels RS. Therapy in Day and Night Psychiatric Hospital, in Masserman JH (Ed) *Current Psychiatric Therapies*, vol. 4, New York and London: Grune and Stratton, 1964, pp 191-198.
33. Davies GL. A Day Hospital for Disturbed Children. *Lancet*, 1967; 1:506.
34. Davies I, Ellenson G, Young R. Therapy with a group Families in a Psychiatric Day Center. *Amer J Orthopsychiat*, 1966; 36: 134-146.
35. Davis E. Day Hospital Programming in a Psychiatric Hospital for Children. *Amer J Orthopsychiat*, 1963; 3: 542-544.
36. Despinoy M. *Les hôpitaux de jour*. Rapport sur un stage d'études (Montreal-Boston) effectué sous les auspices de l'OMS, 1959; 30 p. (Ronéotypé).
37. Despinoy M. Les hôpitaux de jour et les hôpitaux de nuit. *Rev Prat Vie Soc Hyg Ment*, 1963; 4:185-204.
38. Drain G. The development of Day Hospitals: An Important New Trend in Provision for Treatment and Care. 1956; *Hosp & Soc. Serv J*, 1956; 66: 356.
39. Duchêne H. *Les Services psychiatriques publics extra-hospitaliers*, in Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française, 58e session, Tours : Paris: Masson, 1959.
40. Duchêne H, Bailly Salin P. Services psychiatriques extrahospitaliers. *Encycl Méd Chir*, 1961, Paris, 37950 A 10, 5.
41. Dzhangarov MA. Expérience d'organisation d'une semihospitalisation pour malades mentaux. *Zh Nevropat Sikiatr*, 1937; 6: 137-147 (en ruso, traducción francesa).
42. Elan (L'Association). Bibliographie sur les "hôpitaux" de jour. *Inform Psychiatr* 1965; 41: 519-521.
43. Epps R, Hanes L. Day Care of Psychiatric Patients. Springfield: Charles C. Thomas, 1964.
44. Ettlinger RA, Beigel A, Feder SL. The Partial Hospital as a Transition from Inpatient Treatment: A Controlled Follow-up Study. *Mount Sinai J Med*, 1972; 3: 251-257.
45. Fanon F. L'hospitalisation de jour en psychiatrie. Valeurs et limites, I. Introduction générale. *Tunisie Méd*, 1959; 47: 689-712.
46. Fanon F, Geronimi C. L'hospitalisation de jour en psychiatrie. Valeurs et limites, II. Considérations doctrinales. *Tunisie Méd*, 1959; 47: 713-732.
47. Farndale WAJ. *The Day Hospital in Great Britain*. Oxford: Pergamon Press, 1961.
48. Farndale WAJ. The Development of Day Hospitals: 1) Psychiatric and others Day Hospitals, 2) Geriatric Day Hospitals. *Nurse Mirr*, 1962; 113: 2958-2959.
49. Feder SL. The partial Hospitalisation Program (Day and Night Center) at the Mont Sinai Hospital. *Mount Sinai J Med*, 1971; 38, 1: 52-61.
50. Fenichel C, Freedman AM, Klapper Z. A Day School for Schizophrenic Children. *Amer J Orthopsychiat*, 1960; 30: 130-143.
51. Fine W. Functions of the Day Hospital in a Geriatric Service. In Freeman HL, Farndale J (Ed) *Trends in the Mental Health Services*. Oxford: Pergamon Press, 1963.
52. Fox R, Rutter M, Smith EBO. Psychiatric Day Hospitals, *Lancet* 1960; 1: 824-825.
53. Fox V, Lowe GD. Day Hospital Treatment of the Alcoholic Patient. *Quart J Stud Alcoh* 1968; 29: 634-641.
54. Freedman AM. Day Hospital for Severely Disturbed Schizophrenic Children. *Amer J Psychiat* 1959; 115: 893-898.
55. Freeman HL. The Day Hospital. *World Ment Health*, 1960; 12: 192-198.
56. Freeman HL, Farndale J. *New Aspects of the Mental Health Services*. Oxford: Pergamon Press, 1967.
57. Freeman P. Treatment of Chronic Schizophrenia in a Day Center. *Arch Gen Psychiatr*, 1962; 7: 259-265.
58. Fried Y, Brull F. Intensive Psychotherapy for Acute Psychiatric Patients in a Day Hospital Setting in Israël: Theoretical Considerations. *Brit J Psychiatr*, 1972; 121: 635-639.

59. Frommer EA. A Day Hospital for Disturbed Children Under Five. *Lancet*, 1967; 1: 377-379.
60. García Huerta L, Córdoba A. de et al. Labor realizada en el hospital diurno del Servicio de Psiquiatría del Hospital Decente "Cmdte. M. Fajardo". *Rev Cub Med*, 1967; 6: 465-468.
61. Gasqueres EA. Aspects particuliers de la psychothérapie et de la sociothérapie à l'hôpital de jour. *Inform Psychiat*, 1965; 6: 515-518.
62. Gentic R, Blanadet M, Blanadet P, Sécheresse JC. A propos des hôpitaux de jour. *Inform Psychiat*, 1966; 42: 473-484.
63. Gentic R, Kipman-Planckaert J, Laval G, Le Corre R, Sécheresse JC. Un hôpital de jour. Réflexions sur cinq années de pratique. *Inform Psychiat*, 1968; 3: 473-484.
64. Gillis LS. The Psychiatric Day Hospital: an Evaluation of 4 Years' experience. *South Africa Med Journal*, 1958; 32: 881-884.
65. Glaser FB. Our Place: Design for a Day Program. *Amer J Orthopsychiat*, 1969; 39, 5: 827-841.
66. Glasscote RM, Kraft AM, Glassman SM, Jepson WW. Partial Hospitalisation for Mentally Ill. A Study of Programs and Problems. Joint Information Service, Washington, 1969.
67. Godwin MP et al. The Role of Education Program in a Psychotherapeutic Day Care Center for Children and Teenagers. *Amer J Orthopsychiat*, 1966; 2: 345-346.
68. Goffman E. *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York, Doubleday, 1961 [Edición en español: *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu, 1994].
69. Goldforb W, Goldfare N, Pollock RC. Treatment of Childhood Schizophrenia. A Three-Year Comparison of Day and Residential Treatment. *Arch Gen Psychiat*, 1966; 2: 119-128.
70. Goldstein S, Sevriuk J, Grauer H. The Establishment of a Psychogeriatric Day Hospital. *Canad M A Journal*, 1968; 98: 955-959.
71. Goldstein S. A Critical Appraisal of Milieu Therapy in a Geriatric Day Hospital. *J Amer Geriatr Soc*, 1971; 8: 693-699.
72. Gootnick I. The Psychiatric Day Center in the Treatment of the Chronic Schizophrenia. *Amer J Psychiatr*, 1971; 4: 485-488.
73. Goshen CE. New Concepts of Psychiatric Care with Special Reference to the Day Hospital. *Amer J Psychiatr*, 1959; 115: 808-811.
74. Gradolph FC, Burton S. Adolescent Day Treatment Project. *Amer J Orthopsychiat*, 1967; 2: 273-274.
75. Greenblatt M. et al. *The Prevention of Hospitalisation: Report on the Community Extension Service of the Massachusetts Mental Health Center*. New York: Grune & Stratton, 1963.
76. Groupe d'études International. Recherche trans-culturelle sur les les maladies mentales et leur traitement dans les hôpitaux psychiatriques de jour (Compte rendu par le Dr. RH Ahrenfeldt). *Inst de Psychiatr La Rochefoucauld*, Paris, 1969, (Ronéotypé).
77. Groupe d'études et de Recherché en Psychiatrie Infantile. *Les hôpitaux de jour et les externats psychothérapeutiques pour enfants*. Toulouse: Privat, 1969.
78. Guy W, Gross GM. Problems in the evaluation of Day Hospitals. *Community Ment Health J*, 1967; 2: 11-118.
79. Guy W, Gross M, Hogarthy GE, Dennis H. A controlled Evaluation of Day Hospital Effectiveness. *Arch Gen Psychiat*, 1969; 20: 329-338.
80. Haim A. Les hôpitaux de jour pour enfants et adolescents. *Rev prat Psychol Vie Soc*, 1964; 1: 3-18.
81. Haim A, Caquant DE, Cohen S, Kipman D, Salinger R. Psychanalyse et assistance. Psychothérapie en hôpital de jour. *Rev Neuropsychiat Infant*, 1967; 10-11: 883-891.
82. Hall W. Day Hospitals in Britain. *Modern Hosp*, 1957; 88: 6-10.
83. Hamilton WJ. Establishment of a Day Hospital. *Med J Austr*, 1960; 2: 731-734.
84. Hamilton WJ. Development of a Day Hospital in Australia. In Freeman HL, Farndale J. *New Aspects of the Mental Health Services*. Oxford: Pergamon Press, 1967.
85. Harrington JA, Mayer, Gross W. A Day Hospital for Neurotics in an Industrial Community. *J Ment Sci*, 1959; 105: 224-234.
86. Harris A. A psychiatric day hospital. *Hospital*, 1954; 50: 214-216.
87. Harris A. Day Hospital Treatment in Psychiatry. *Nurs Times*, 1954; 50: 869-870.
88. Harris A. Day Hospitals and Night Hospitals in Psychiatry. *Lancet*, 1957; 1: 729-731.
89. Hogarty GE, Dennis H, Guy W, Gross GM. "Who goes there?" A Critical Evaluation of Admissions to a Psychiatric Day Hospital. *Amer J Psychiat*, 1968; 124: 934-944.
90. Inspection Générales des Affaires Sociales. L'hospitalisation de jour en psychiatrie. Extrait du rapport annuel. *Inform Psychiat*, 1973; 2: 109-127.
91. Jaeggi F, Bleanodonu G. Les centres socio-ergothérapeutiques à Genève. *Inform Psychiat*, 1971; 4: 313-325.
92. Jensen GD: Day Care Centers in Europe: a Focus on Consequences for Mental Health. *Ment Hyg* (N. York), 1971; 4: 425-432.
93. Jones AL, Miller ME. Day Center in Toronto for Psychiatric Patients. *Canadian M A J*, 1960; 83: 846-848.
94. Journées Nationales sur les Hôpitaux de Jour. *Inform Psychiat (Numéro special)*, 1973; 5: 421-497.
95. Kahn J, Kahn D. The Psychiatric Day Hospital. *Social Casework*, 1963; 44: 86-89.
96. Kaplan J. The Day Center and the Day Care Center. *Geriatrics*, 1957; 12: 247-251.
97. Kinder E, Daniels RS. Day and Night Psychiatric Treatment Centers: Description, Organization and Function. *Amer J Psychiatr*, 1962; 119: 415-420.
98. Kramer BM. *Day Hospital: A Study of Partial Hospitalization in Psychiatry*. New York and London: Grune & Stratton, 1962.
99. Kris EB. Intensive short terme therapy in a day care facility for control of recurrent psychotic symptoms. *Amer J Psychiatr*, 1959; 115: 1027-1028.
100. Kris EB. Intensive short terme treatment in a day care facility for the prevention of rehospitalization of patients in the community showing recurrence of psychotic symptoms. *Psychiat Quort*, 1960; 34: 83-88.
101. Kris EB. Role of the Day Hospital in Rehabilitation of Mental Patients. *Clinical Med*, 1963; 70: 1091-1096.
102. Lambo TA. Patterns of Psychiatric Care in Developing African Countries: The Nigerian Village Program. In David HP (Ed) *International Trends in Mental Health*. New York: Mac Grow Hill, 1966.
103. Lefebvre G. Réunions de groupe de parents en hospital de jour. *Bull Sci Recherches Psychothérapeutiques de Langue Française*, 1969; VII, 2: 61-67.
104. Lindsay JSB. The Day Hospital and the Day Patient. *Med J Australia*, 1963; 2: 777-781.
105. Linn L, Meyerson AT, Bernstein MH. Hospitalisation elective à temp partiel. *Inform Psychiat*, 1965; 6: 483-499.
106. Linneman EJ. A Danish Psychiatric Day- Night Hospital. *Danish Foreign Office Journal*, 1964; 51: 2-5.
107. Lucas G, Talan I. *Les hôpitaux de jour en psychiatrie de l'enfant*. Paris: Éditions ESF, 1973.
108. Margolis P. The Varied Uses of Part-Time Treatment. *Ment Hosp*, 1964; 15: 574-579.
109. Marshall M, Crowther R, Sledge WH, Rathbone J, Soares-Weiser K. Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Dec 7; (12): CD004026.
110. Mc Donough L, Downing J: The Day Center as an Alternative to the Psychiatric Ward. *Ment Hyg*, 1965; 49: 260-264.
111. Meltzoff J, Blumental RL. The Day Treatment Center. Principles, Application and Evaluation. Springfield: Charles C. Thomas, 1966.
112. Moll AE. Psychiatric Day Treatment Center. *Cand Hosp*, 1953; 30: 43-86.

113. Morgestern JA, Ungerleider JT. Integration of a Day Care Program into a General Psychiatric Hospital. *Amer J Psychiat*, 1966; 122: 1178-1181.
114. Odenheimer JF. Day Hospital as an Alternative to the Psychiatric Ward. *Arch Gen Psychiat*, 1965; 13: 46-53.
115. Odham A. Psychiatric Day Treatment in the General Hospital. *Int J Soc Psychiat*, 1966; 2: 109-113.
116. Organisation Mondiale de la Santé. Bureau regional de l'Europe. *L'évolution et les tendances des soins psychiatriques, hôpitaux de jour et services de psychiatrie d'hôpitaux généraux*. Copenhagen: OMS, 1972.
117. Peck HB. The role of the psychiatric Day Hospital in a Community Mental Health Program: a group process Approach. *American J Orthopsychiat*, 1963; 33: 482-493.
118. Peck HB, Roman M, Kaplan SR, Bauman G. An approach to the Study of the Small Group in a Psychiatric Day Hospital. *Int J Group Psychotherapy*, 1965; 2: 207-219.
119. Pisapia ML, Hanwell AF. Social Work in Day Care. *Child Welf*, 1969, XLVIII, 5: 268-272.
120. Ramot R, Jaffe R. Day Hospital service in an open psychiatric hospital: four year's follow-up. *Israel Ann Psychiat*, 1964, 1964; 2: 186-191.
121. Robert C, Dickson I. Day Hospitals. *Canad Services Med*, 1956; 12: 295-300.
122. Rokhlin L. Les cliniques psychiatriques de jour, in: La médecine soviétique en lutte contre les Maladies Mentales (en français). Moscou: Éditions en langues étrangères, 1958.
123. Roper P. Treatment of psychiatric emergencies on an Ambulant Basis in the Day Hospital. *Canad Med Ass J*, 1962; 86: 321-323.
124. Ross M. Extramural treatment Techniques: An International Overview, in: Bellak L. *Handbook of Community Psychiatry*. New York and London: Grune and Stratton, 1969.
125. Schmitz B. Réflexions sur les modifications de la séméiologie observées chez des maladies psychotiques dans le cadre d'un hospital de jour. *Evol Psychiat*, 1965; III: 445-476.
126. Shenken L. A psychiatric day center: an experiment in rehabilitation. *New Zealand Med*, 1961; 60: 70-73.
127. Sivadon P, Baume S, Bertier R, Veil C, de Verbizier J. *Premiers mois de fonctionnement d'un hospital de jour urbain*, in *Compte Rendu du LXI Congrès de Psychiatrie de Langue Française*, Nancy, 1963. Paris: Masson, 1964.
128. Smith S, Cross EGW. Review of 1000 Patients Treated at a Psychiatric Day Hospital. *Int J Soc Psychiat*, 1957; 2: 292-298.
129. Stagnaro JC. El hospital de Día del Hospital Infante Juvenil "Carolina Tobar García", Informe de presentación de su funcionamiento. 1974 (Roneot.).
130. Stanton AH, Schwartz MS. *The Mental Hospital*. New York: Basic Books, 1954.
131. Steiman LA, Hunt RC. Day Hospital Treatment of Acute Psychiatric Illness, in: JH Masserman (Ed) *Current Psychiatric Therapies*, New York: Grune and Stratton, 1962.
132. Stubbley AJ. A therapeutic community in a psychiatric Day Hospital. *Int Ment Health Newsl*, 1964; 2: 4-10.
133. Tribbey JA, Louargand EM, Allen A, Olsen J. Sacramento's Day Treatment Center for Autistic Children. *Calif Med*, 1968; 3: 201-204.
134. Veil C. Hôpital de jour, Hôpital de nuit, Foyer de Postcure, Atelier Protégé. *Encycl Med Chir*, Paris, 37950 A 10 (fiche add). 1963.
135. Veil C. Les unites Psychiatriques de jour pour adultes. *Hyg Ment*, 1966; 2: 35-68.
136. Veil C. Les unites psychiatriques de jour pour adultes, in *Séminaire sur les services psychiatriques extra-hospitaliers*. Bureau Régional de l'Europe, OMS, Copenhagen, 1967, p. 17-49.
137. Vidart L. L'hôpital de jour pour épileptiques. *Rev Hyg Méd Soc*, 1959; 7: 542-552.
138. Vidart L. Hôpital de jour pour épileptiques. *Ann Méd Psychol*, 1966; 3: 343-368.
139. Whiteley R. Australian Day Hospital. *Med J Austr*, 1960; 2: 728-731.
140. Wilder JF, Levin G, Zwerling I. A Two-Year Follow-up. Evaluation of Acute Psychotic Patients Treated in a Day Hospital. *Amer J Psychiat*, 1966; 122: 1095-1101.
141. Winick C. Psychiatric Day Hospital: a Survey. *J Social Issues*, 1960; 16: 8-13.
142. Zwerling I, Wilder JF. An Evaluation of the Applicability of the Day Hospital in the Treatment of Acutely Disturbed Patients. *Israel Ann Psychiat*, 1964; 2: 162-185.
143. Zwerling I. The Psychiatric Day Hospital, in: S. Arieti (Ed) *American Handbook of Psychiatry*, T III. New York: Basic Books, 1966.

Esto no es un Hospital de Día. Abordaje de la investigación en Hospital de Día

Daniel V. Vigo

Médico - UBA
Licenciado en Psicología - UBA
Graduado del Instituto Clínico de Buenos Aires
Especialista Universitario en Psiquiatría - UM
Coordinador General Hospital de Día- Proyecto Suma
Consultorios Externos - Hospital JT Borda
E-mail: daniel@vigo.com.ar

Esto no es una pipa.

R. Magritte

¿Qué es un Hospital de Día?

En un primer acercamiento descriptivo, podemos decir que el Hospital de Día (HDD) es un dispositivo de atención en salud mental destinado a pacientes con padecimiento psiquiátrico moderado a severo, que aunque no presentan riesgo cierto e inminente (que exigiría la internación), tampoco pueden ser manejados adecuadamente con el tratamiento ambulatorio habitual. Diversos estudios realizados señalan que el HDD puede ser viable hasta en un 37% de los pacientes internados,

que logra una mejoría más rápida del síndrome clínico, que resulta preferible a la internación tanto para pacientes como para familiares y que es además menos costoso (5, 7).

Ahora bien, dicho esto hace falta aclarar que bajo el nombre HDD se suelen reunir instituciones muy diversas, tanto en su modalidad de trabajo como en sus objetivos. Hay tres denominaciones institucionales, que si bien presentan diferencias suelen usarse en forma inter-

Resumen

Nos encontramos en un momento de transformación de la práctica psiquiátrica a partir de la consolidación del paradigma de la recuperación como objetivo terapéutico. Esto implica que tanto las intervenciones en salud mental como la investigación deberán transformarse para estar a la altura del nuevo paradigma. El modelo de intervención se orienta hacia la consolidación de las prácticas comunitarias, y el Hospital de Día acompaña dicho movimiento haciéndose más versátil y orientado a la comunidad. El abordaje adecuado para investigar las prácticas orientadas por la recuperación es el modelo de métodos combinados, recurriendo a la investigación cuantitativa y cualitativa para abordar en forma complementaria los desafíos de la clínica. El modelo jerárquico actual de la medicina basada en la evidencia debe adecuarse al paradigma de la recuperación, incluyendo la investigación cualitativa y los métodos combinados. Se presentan los resultados de la aplicación del modelo de investigación desarrollado a un Hospital de Día incluyendo: seguimiento del estado clínico, funcionalidad, calidad de vida, carga familiar, intervenciones del equipo, perspectivas de los usuarios y los profesionales.

Palabras clave: Hospital de día - Investigación cuantitativa - Investigación cualitativa - Métodos combinados - Recuperación - Psiquiatría comunitaria - Medicina basada en la evidencia.

A RECOVERY ORIENTED RESEARCH APPROACH TO A DAY HOSPITAL PROGRAM

Summary

We are at a turning point for psychiatric practice brought on by the consolidation of the recovery paradigm. Both mental health interventions and research will have to adapt in order to promote recovery. Interventions will tend to focus in the community, and day hospital programs will have to be more versatile and also community oriented. The appropriate research approach for recovery oriented interventions has to combine quantitative and qualitative methods, in order to complementarily inform any given subject. Current hierarchy proposed by the evidence based medicine model will have to comply with recovery oriented practices, including and adequately appraising qualitative approaches and mixed methods. The results of a mixed methods approach to a day hospital program is presented, which includes assessment of: clinical state, functionality, quality of life, family burden, types of interventions, users and carers perspectives.

Key words: Day hospital - Quantitative research - Qualitative research - Mixed methods - Recovery - Community psychiatry - Evidence based medicine.

cambiable e imprecisa: HDD, centro de día y programa de día. Con respecto a las intervenciones que se desarrollan en dichas instituciones, también encontramos distintos nombres: hospitalización parcial, tratamiento (o cuidado) de día, tratamiento ambulatorio intensivo. En general, la palabra a la que hay que prestarle atención es "hospital": si figura dicha palabra en el nombre, entonces suele tratarse de un dispositivo que incluye la provisión de todos o la mayoría de los servicios disponibles en la internación, pero durante una cantidad limitada de horas y exceptuando el alojamiento nocturno. Y si no figura, suele hacerse referencia a programas más limitados en su oferta, y menos centralizados en la figura del médico psiquiatra.

Creemos que la práctica actual del HDD se ha transformado considerablemente, y de la misma manera que el neuropsiquiátrico clásico ha dejado de existir (aunque de facto persista)¹, el HDD también debe dejar de existir como tal.

El Hospital de Día como Intervención Comunitaria

Para entender hacia dónde se dirige a nuestro juicio la práctica de la psiquiatría en general y del HDD en particular hace falta dar un breve rodeo. Durante los últimos años el tratamiento del sufrimiento psíquico ha realizado un desplazamiento que es a la vez conceptual y geográfico: el centro ha dejado de pasar por el hospital para localizarse en la comunidad misma. A nivel conceptual esto implica que los objetivos terapéuticos van más allá de la dimensión sintomática, centrándose en la capacidad del paciente para llevar una vida satisfactoria, integrada en su comunidad, orientada por sus propios objetivos y deseos (16).

El objetivo del tratamiento no se detiene entonces en la estabilidad clínica (cuyo logro es sin duda deseable), sino que apunta a lo que se denomina *recuperación*. El concepto de recuperación implica un desafío para la teoría, para la práctica y para la investigación. Su definición es compleja, ya que debe integrar aspectos más *subjetivos*, ligados a la satisfacción del paciente en relación a los múltiples aspectos de su vida, con aspectos *objetivables*, susceptibles de ser abordados mediante la investigación cuantitativa y semicuantitativa (14). A grandes rasgos podemos decir que el concepto de recuperación abrega en dos fuentes: los proveedores de servicios de salud mental, por un lado, y los usuarios por el otro. Tenemos de entrada una dificultad, que es que ambos grupos no suelen utilizar un lenguaje común, sino todo lo contrario. Tradicionalmente esta dificultad se solucionaba fácilmente, porque la única palabra que pesaba a la hora de decidir era la del proveedor de servicios, particularmente la del médico. Ahora esa simplicidad

ha sufrido una doble fractura: del lado de los proveedores, la consolidación de una perspectiva interdisciplinaria en salud mental hace que el psiquiatra deba negociar con -y de paso aprender de- otros discursos que incluyen la psicología en sus múltiples variantes, la terapia ocupacional y el trabajo social, entre otros; y del lado de los usuarios, sucede que la tradicional asimetría que regulaba la relación terapéutica se ha visto cuestionada por la consolidación de grupos de pacientes y familiares de pacientes con la suficiente capacidad organizativa y política como para hacerse oír y hacer valer los derechos que les corresponden en tanto que ciudadanos, usuarios, consumidores, *tax payers*, o lo que sea que resuene más en la sensibilidad local. Y esta bienvenida *impacientización* del paciente le ha permitido a la psiquiatría orientarse en el Mar de los Sargazos en el que se encontraba luego de las radicales transformaciones sufridas por la disciplina en el siglo pasado. Pero veremos esto más adelante. Volviendo al concepto de recuperación, es un concepto mutante², en tanto representa una forma radicalmente novedosa de pensar los objetivos en salud mental, con un pie en el discurso científico, y un pie en el discurso de la época. Del lado de los pacientes (y los llamados *advocates* en el mundo anglosajón), el concepto extrae a la vez su potencia y el riesgo de transformarse en una declaración de buena voluntad. Una definición abundantemente utilizada plantea que la recuperación es "un proceso personal de superación del impacto negativo producido por una enfermedad mental, a pesar de su presencia continua" (11). Y del lado de la ciencia, tenemos definiciones que buscan transformar dicho concepto en variables abordables mediante la investigación cuantitativa. A modo de ejemplo podemos citar la propuesta de Lieberman, en la que la recuperación se define mediante los siguientes componentes:

1. Psicopatología: puntaje de 4 o menos en la escala BPRS para síntomas positivos y negativos.
2. Funcionamiento psicosocial: trabajo o estudio al menos de medio tiempo; manejo autónomo de dinero y medicación; socialización con pares al menos una vez por semana, por fuera de la familia y el tratamiento.
3. Duración: que 1 y 2 están presentes por al menos 2 años consecutivos (14).

Si pensamos en la propia práctica profesional vemos cómo la primera definición resulta apropiada, pero no medible, mientras que la segunda resulta medible, pero demasiado exigente y por lo tanto inapropiada para reflejar la medida de recuperación de la que cada sujeto es capaz.

Por lo tanto, el desafío es precisamente el diseño de un marco riguroso que combine la investigación cuali-

¹ Ha dejado de existir conceptualmente, aunque persiste su existencia heroica allí donde faltan suficientes alternativas terapéuticas a la altura de los avances "de jure", como la nueva ley de salud mental.

² Resuenan en esta mutación aquellas otras estudiadas por Baricco en el libro *Los Bárbaros*, Ensayo sobre la mutación. En este caso lo que muta es la idea misma de salud mental y todo lo que de ella se desprende (enfermedad, paciente, tratamiento, etc.), como así también la rígida jerarquía médica que la sostenía (1).

tativa con la cuantitativa de tal forma que el fenómeno comunitario no se vea aplastado por una simplificación objetivizante ni reducido a lo anecdótico por una suerte de fetichización de lo singular.

Otro aspecto central de las prácticas comunitarias orientadas por la recuperación es que el rol de los profesionales también sufre una transformación profunda: en lugar de la clásica *relación médico-paciente* (eufemismo que solo encubre parcialmente el paternalismo subyacente), en los tratamientos comunitarios lo que se pone en juego es el efecto terapéutico de la comunidad misma, en la que los profesionales tienen un rol diferenciado pero no hegemónico³. Si bien los profesionales mantienen su responsabilidad en los aspectos técnicos del tratamiento, es el paciente el protagonista y el responsable de consensuar con el equipo los objetivos y los grandes lineamientos terapéuticos. Por lo tanto el profesional, no solo debe tener la solvencia técnica necesaria, sino que deberá estar consustanciado con un principio ético central: todo paciente es *a priori* capaz de decidir sobre su presente y su futuro. En lugar de partir de la *incapacidad*, se parte de que el paciente es un sujeto con derechos y responsabilidades, como cualquier otro. Solo *a posteriori* y en función del cuadro clínico particular se establecerán aquellos aspectos en los que las capacidades del sujeto puedan estar interferidas por el proceso patológico, y se proveerán los recursos necesarios para suplir dicha incapacidad. Se resalta también la naturaleza *parcial* de dicha incapacidad, que está doblemente acotada. Limitada en el tiempo y circunscrita a aquella función que se constate interferida. Resulta necesario jerarquizar este aspecto de los tratamientos comunitarios -la posición desde la que interviene el profesional- ya que suele ser pasado por alto y de él depende gran parte de la efectividad de los tratamientos. En este sentido es importante también diseñar estrategias de investigación y evaluación específicas focalizadas en los miembros del equipo, como veremos más adelante.

Habiendo llegado hasta aquí en el recorrido, puede subrayarse que la práctica de HDD debe tender a descentralizarse, a realizar la mayor cantidad de actividades posibles en la comunidad misma. El rasgo distintivo que diferencia al HDD del Hospital Neuropsiquiátrico no debe ser que cierra de noche, sino que mantiene al paciente inserto en su comunidad de origen y apuntala dicha inserción mediante su inclusión en un grupo y en una rutina de trabajo. Que utiliza una sede determinada en la medida en que eso es posible y deseable, pero que también es capaz de intervenir más allá de la puerta cuando la situación clínica así lo exige. En este sentido, nos encontramos

actualmente desarrollando en colaboración con Graham Thornicroft y el *Institute of Psychiatry* del *King's College* un modelo de Equipo de Intervención Comunitaria tendiente a ser replicable y aplicable a todo HDD, permitiéndole transformar su práctica en una práctica comunitaria real.

Por todo lo mencionado es que decimos que nuestro HDD no es un Hospital: porta ese nombre por razones históricas y operativas⁴, pero a los efectos reales lo que ofrecemos son intervenciones comunitarias, y solo pueden llamarse *hospitalarias* en el sentido de la hospitalidad que se desea brindar.

Evidencia en Salud Mental Comunitaria

Acercándonos entonces al tema central de este trabajo: ¿cómo se hace para investigar *todo esto*? Durante los últimos años ha cobrado relevancia el debate acerca de las consecuencias que tiene para la psiquiatría la adopción sin más del paradigma hegemónico en la medicina actual: la Medicina Basada en la Evidencia (MBE). Los méritos aparentes de la generalización de la MBE están lo suficientemente claros, en la medida en que ha re-enganchado al campo de la salud mental en el devenir epistemológico de las disciplinas científicas en general, particularmente en el de las ciencias biomédicas. Dicho re-enganche resulta un movimiento inevitable luego de lo que en varias regiones del mundo constituyó un autoexilio de la psiquiatría y la psicología del país de la ciencia, motivado durante el siglo XX por:

a) la falta de respuesta médica al sufrimiento psíquico (lo que comenzaría a cambiar luego de la introducción de la clorpromazina); y

b) la generalización de una forma del discurso psicoanalítico (y las psicoterapias que de él se derivaron) que hegemonizó las prácticas *en oposición* al discurso científico, condenándose así a la marginalidad conceptual o a la excepcionalidad localista.

Afortunadamente los problemas a) y b) han dejado de existir como tales porque:

a) hoy la respuesta farmacológica al sufrimiento psíquico se ha generalizado hasta el punto de que el problema ahora es inverso. Aunque disponemos de una plétora de fármacos específicos para los síntomas más diversos, hace años que hemos llegado a una meseta en el tratamiento farmacológico de los grandes padecimientos psíquicos (Esquizofrenia, Trastornos Afectivos, Trastornos de Personalidad severos): si bien es innegable que un porcentaje importante de pacientes se benefician notablemente de dicho tratamiento, también es innegable que en la mayoría de

³ Aquí resulta necesario diferenciar el uso clásico del concepto de *comunidad* en este tipo de dispositivos, del uso que hacemos nosotros. Bajo la influencia del uso del concepto de *comunidad* en el tratamiento de las adicciones, podría pensarse que cuando hablamos de tratamiento comunitario en un HDD ponemos el acento en la comunidad interna, que sustituiría a la comunidad externa, de la que el paciente debe ser aislado. En realidad es lo opuesto: hablamos de tratamiento comunitario porque el paciente se mantiene en su comunidad de origen, y el grupo del HDD en el que se incluye también está inserto y abierto a la comunidad real. Funciona entonces como un apuntalamiento, nunca un sustituto, de la comunidad macro, y apunta de hecho a suplir solo aquello que hace falta, manteniendo en todo lo posible el anclaje en la comunidad de origen.

⁴ Vaya usted a explicar todo esto a un tercer pagador; factúrele si puede una *intervención comunitaria orientada por la recuperación*... Un objetivo no menor de la generación de evidencia es precisamente influir en los tomadores de decisión, para que en el futuro demanden y estén dispuestos a financiar prácticas comunitarias.

los casos el núcleo duro del sufrimiento persiste y no es susceptible de resolución farmacológica; y

b) la actitud *oposicionista desafiante* de ciertos sectores “*psi*” fue perdiendo fuerza, dando lugar a actitudes más funcionales, que van desde la asimilación lisa y llana (encarnada como nadie por la parábola personal y conceptual de E. Kandel) hasta la voluntad de comprensión crítica del Otro científico (toda institución psicoanalítica tiene hoy su departamento o sector encargado de pensar sus relaciones con las neurociencias y la psiquiatría).

El problema que se suscitó a partir de las mencionadas transformaciones es que, principalmente en los EE.UU. pero también en Europa, la apuesta por los psicofármacos y por una versión reduccionista del método científico llevó a que se prioricen intervenciones simples, fácilmente manualizables y medibles: la administración de un fármaco ante un determinado cuadro clínico es el paradigma, pero también esta nueva perspectiva significó la jerarquización de modelos psicoterapéuticos que en aras de ser formalizables y evaluables, resultaron cada vez más esquemáticos y pobres. La ventaja de este movimiento es el abandono de prácticas de nula reproducibilidad y dudosa efectividad, y la desventaja es que toda formalización y medición implica una simplificación, una reducción del fenómeno clínico a ciertas variables (más o menos arbitrarias o apropiadas), simplificación que corre el riesgo de ser tomada por el fenómeno mismo.

Entonces, recapitulando, en el escenario de la salud mental actual podemos encontrar, yendo de lo general a lo particular:

- la consolidación del discurso científico como referente unificador y legitimador de las prácticas ante administradores del sistema de salud, proveedores y usuarios;

- al interior del discurso científico, la preeminencia de un modelo particular de jerarquizar la evidencia, la MBE;

- la coexistencia de dicho modelo con otros, basados en la tradición, la experiencia, la autoridad, etc.;

- en el campo, la coexistencia de diversas prácticas, tributarias de alguno de los modelos mencionados;

Ahora bien, retomando nuestro tema específico: ¿qué tipo de prácticas deben implementarse en un dispositivo comunitario (el HDD en este caso) orientado por la recuperación? y ¿cómo deben medirse y evaluarse dichas prácticas?

Si bien consideramos que el campo de la salud mental es un campo complejo, entendemos que dicha complejidad no es excusa para abandonar el campo de

las ciencias. Todo lo contrario, entendemos que resulta necesario avanzar en la consolidación de un modelo que integre adecuadamente aspectos conceptuales y de investigación arraigados en las ciencias biomédicas y sociales. Aquí es donde nos encontramos con los primeros inconvenientes del modelo de la MBE: por donde se lo mire, no parece estar a la altura de la complejidad del campo de la salud mental. Y no estaría de más preguntarse si está a la altura del campo de la salud en general. La MBE es ante todo un modo de jerarquizar la evidencia, y si bien hay variaciones regionales, la jerarquía suele ser similar a la que sigue, tomada del Ministerio de Salud del Reino Unido (4):

Tipo I: Al menos una revisión sistemática o meta-análisis que incluya al menos un ensayo controlado randomizado.

Tipo II: Al menos un ensayo controlado randomizado.

Tipo III: Más de un ensayo de intervención sin randomización adecuadamente diseñado.

Tipo IV: Más de un estudio observacional adecuadamente diseñado.

Tipo V: Opinión de expertos, incluyendo la de prestadores y usuarios.

Dada esta jerarquía, quienes toman las decisiones en salud (desde los prestadores hasta los políticos y administradores de sistemas de salud) deben orientarse por ella, descartando las intervenciones de menor nivel en presencia de las de mayor nivel. De entrada uno podría decir que la MBE no ha pasado -ni podría pasar- su propia prueba: no hay ningún ensayo doble ciego en el que una población de pacientes haya sido randomizada a una institución orientada por la MBE y a una institución orientada por la experiencia de los jefes de servicio, o un panel de expertos. Se *asume* que tal ensayo validaría la eficacia de la MBE, pero la verdad es que dicha asunción constituye una evidencia de bastante baja calidad (3). Y con respecto a ubicar en el pináculo de la jerarquía científica a los meta-análisis, el clásico trabajo de Feinstein subraya el peligro de fetichizar los métodos meta-analíticos: los denomina “alquimia del siglo XX” (2), ya que “eliminamos los requerimientos esenciales para la reproducibilidad y precisión, para la extrapolación adecuada, e incluso para la comparación justa”. El trabajo de Feinstein es especialmente valioso por el hecho de surgir no de los márgenes críticos del postmodernismo o el deconstructivismo, sino del corazón mismo de la elite estadística⁵. Lo que más debe preocuparnos en el campo de la salud mental es, sin embargo, la generalización de la creencia de que lo único que

⁵ El párrafo final de dicho trabajo merece citarse extensamente, como estímulo para que el lector se dirija al texto completo: “El atractivo intelectual de hacer modelos matemáticos y reunir colecciones de estudios ha sido frecuentemente utilizado como escape de los desafíos científicos más fundamentales. En la ciencia explicativa de la investigación biomédica, los elementos básicos que constituyen el desafío son las moléculas y sus combinaciones. En la ciencia intervencionista de las relaciones causa-efecto para la investigación etiológica y terapéutica, los elementos básicos que constituyen el desafío son los datos crudos y los pequeños grupos humanos. Esos desafíos científicos básicos ofrecen una oportunidad fértil para la mutua educación, iluminación y *diversión*, cuando los estadísticos y los clínicos trabajen juntos, como colaboradores iguales, en el futuro. Pueden hacer progresar la ciencia clínica al desplazarse del atractivo de lo que ya está lo suficientemente desarrollado y es fácil de hacer, hacia los problemas más difíciles y profundos que todavía esperan una exploración científica adecuada” (2).

sirve es lo que puede ser demostrado a través de un ensayo clínico doble ciego randomizado, si es posible controlado por placebo. La trampa de dicha creencia es obvia y se denomina “sesgo técnico”: solo resultarán *aprobadas* aquellas intervenciones que se presten a dicho método, como por ejemplo las farmacológicas, en detrimento de aquellas que no sean compatibles con dicho método o que solo puedan serlo mediante un forzamiento, como la mayoría de las psicoterapéuticas y todas las psicosociales. No me detendré a analizar los demás sesgos que minan los fundamentos de la MBE (de financiación, de publicación), pero resulta fundamental tener en cuenta que en el campo de la salud mental la terquedad en sostener dicha jerarquía semeja por momentos un acto de prestidigitación en el que todos miramos maravillados como “levita” el cuerpo del voluntario una vez que se ha retirado la mesa que lo sostenía.

Corresponde entonces romper el hechizo y explorar modelos alternativos de producir y jerarquizar evidencia. Los primeros pasos deben ir en la dirección de revalorizar aquellos aspectos que resultaron dejados de lado por el paradigma actual: la investigación cualitativa y la perspectiva de los pacientes. Quienes trabajamos en el campo de la salud mental sabemos de primera mano que la dimensión neurobiológica de los padecimientos que tratamos resulta un elemento necesario pero claramente insuficiente para comprender el sufrimiento psíquico como experiencia humana. En el mismo sentido, contemplar la dimensión universalizable de determinada forma de padecimiento (por ejemplo, el síndrome clínico que configura el Trastorno Bipolar Tipo I) es sin duda un paso ineludible para abordar el tratamiento de todo paciente; sin embargo, si a esa dimensión no se le agrega el abordaje particular de lo que dicho sufrimiento significa para determinada persona o grupo de personas, la supuesta comprensión que nos aporta la dimensión universalizable del padecimiento resulta de hecho en el aplastamiento de la dimensión singular y particular de la experiencia. El método cuantitativo o semicuantitativo es el que nos aportará los mayores datos relacionados con la dimensión universalizable de determinado padecimiento o tratamiento, pero no nos dirá nada sobre el sentido que tendrán para tal paciente o subgrupo de pacientes en particular. Y la dimensión del sentido es relevante, no solo por la riqueza explicativa que aporta, sino porque puede informarnos acerca de la causa de la efectividad o ineffectividad de un tratamiento dado. Además de resultar útil para comprender aspectos centrales como los mencionados, la investigación cualitativa permite incluir la perspectiva de los pacientes, no como una formalidad políticamente correcta (tipo “libro de sugerencias o quejas”, a ser leído por nadie o en el mejor de los casos por el departamento de marketing o RR.PP.), sino como un engranaje fundamental en la formulación de hipótesis y en el diseño de tratamientos. El método conocido como *teoría fundamentada* (*grounded theory*), consiste precisamente en el abordaje de determinado proble-

ma o pregunta (por ejemplo, cuáles son las causas del éxito o fracaso del tratamiento en un HDD) mediante la recolección y análisis de datos en forma iterativa (obtenidos en entrevistas individuales y grupales con pacientes), dando lugar progresivamente a una teoría explicativa a partir del análisis de los datos y la exploración de subgrupos particulares (aquellos en quienes el tratamiento fue particularmente exitoso, aquellos en quienes no). Paralelamente, corresponde abordar la misma pregunta o problema mediante el método cuantitativo, detectando características demográficas o subgrupos diagnósticos en quienes el tratamiento tiende a concluir con un alta o con un abandono, comparando los puntajes en escalas de seguimiento del estado clínico, etc. Es lo que se denomina *métodos combinados* (*mixed methods*), y representa para nosotros el desafío actual en investigación en psiquiatría, particularmente en psiquiatría comunitaria orientada por la recuperación, en la que la perspectiva de los pacientes constituye una parte fundamental del proceso terapéutico (6, 12, 21).

Abordaje Integral de la Investigación

Como señalamos previamente, es necesario que toda práctica en salud mental se dé a sí misma sus mecanismos de investigación y de evaluación, con el objetivo de dar cuenta de su eficacia, eficiencia y adecuación a los principios que guían las prácticas y a los métodos establecidos. En un HDD, tratándose de una práctica comunitaria, cobra particular relevancia indagar específicamente la perspectivas de los usuarios y sus familias.

En nuestro HDD hemos desarrollado un modelo de investigación que apunta a cubrir estos aspectos centrales. Se trata de un modelo en permanente construcción, que no pretende ser completo o cerrado, sino todo lo contrario: el objetivo es que el recorte particular que hemos diseñado nos permita detectar las necesidades o demandas no visibles o insatisfechas, y eventualmente reformular las prioridades en función de los resultados considerados clínicamente relevantes.

Como señalamos en el apartado anterior, entendemos que la forma adecuada de realizar investigación en salud mental y particularmente en un HDD es aplicar métodos combinados, o sea llevar adelante simultáneamente investigaciones cuantitativas y cualitativas intentando abordar en paralelo el proceso de recuperación del paciente psiquiátrico.

Abordaje cuantitativo o semicuantitativo:

- Estado clínico, funcionalidad y calidad de vida: para medir y realizar el seguimiento periódico del estado clínico utilizamos una escala autoadministrada, la Lista de Síntomas 90 (SCL90) y una heteroadministrada, la Escala de Impresión Clínica Global de Severidad y Mejoría (CGI-S y I). Para medir y realizar el seguimiento de la funcionalidad utilizamos la Evaluación Global de Funcionamiento (GAF). Para medir

la evolución de la calidad de vida utilizamos la *WHO Quality of Life BREF*.

- Carga Familiar: Para evaluar la sobrecarga familiar o del cuidador utilizamos la escala Zarit.

- Intervenciones No Programadas del equipo: para evaluar las intervenciones no programadas (INPs) del equipo desarrollamos un método de investigación propio que describiremos en el apartado correspondiente.

Abordaje Cualitativo:

- Perspectiva de los usuarios y los profesionales:

Entrevistas Individuales: La investigación busca recoger, mediante entrevistas semiestructuradas seguidas de análisis temático, la impresión que tienen los usuarios del HDD acerca de los logros obtenidos, a qué los adjudican, qué elementos contribuyeron y cuáles pudieron obstaculizar la mejoría y la recuperación

Grupos Focales: Con el objetivo de profundizar algunos aspectos detectados en las entrevistas individuales realizadas a pacientes, y de complementar dicha perspectiva con la de los miembros del equipo, se realizarán 4 grupos focales. Dos de ellos compuestos por pacientes que representen casos extremos y dos por profesionales. Las conclusiones serán luego validadas por los participantes.

Encuesta a profesionales: Con el objetivo de explorar indirectamente la posición de los profesionales en relación al concepto de recuperación, evaluar el tipo de prácticas que priorizan y detectar posibles necesidades de formación, se realizó una encuesta que fue administrada a todo el equipo de profesionales en salud mental

De esta forma apuntamos a obtener rigurosidad y consistencia en nuestras conclusiones, mediante los procedimientos de *combinación, complementación, triangulación, muestreo de casos extremos y validación por los sujetos investigados (respondent validation)*.

A continuación presentaremos una breve reseña de cada una de las investigaciones mencionadas. Todas ellas están en curso y se encuentran en distintas fases, por lo que las reseñas serán diferentes: en el caso de las investigaciones cuantitativas presentaremos los datos ya obtenidos y un análisis preliminar, mientras que en el caso de las investigaciones cualitativas, dado que se encuentran en pleno período de recolección de datos, presentaremos el método desarrollado.

Seguimiento del Estado Clínico, Funcionalidad y Calidad de Vida (13)

Como fue mencionado al inicio, la evidencia existente demuestra que el tratamiento en HDD es viable para una fracción relevante de los pacientes internados (entre el 23 y el 37%), resulta más económica, más aceptable para el paciente y su familia y más rápida en la resolución de síntomas (5, 7).

Los datos preliminares recogidos en 27 pacientes consecutivamente admitidos a nuestro HDD y presen-

tados recientemente por Rivaya y otros (13) agregan un detallado análisis dimensional de la evolución sintomática, constatando una rápida mejoría estadísticamente significativa en los tres índices globales de la SCL-90 (GSI – de severidad global, PSDI – de malestar positivo, y PTS – total de síntomas) y en las dimensiones *obsesivo-compulsivas*, de *sensibilidad interpersonal* y *depresión* a los 15 días, a las que se agregan a los tres meses mejorías significativas en la *ansiedad fóbica* e *ideación paranoide*. Esta mejoría del estado clínico detectada mediante una herramienta autoadministrada se complementa con un puntaje promedio en la CGI-I (valorada por el profesional) de 2,72. Se constató también una mejoría en la calidad de vida (WHO-QoL) y en la funcionalidad (GAF), estadísticamente significativas a los tres meses.

Este estudio continúa desarrollándose con todos los pacientes admitidos a nuestro HDD.

Estudio de la Carga Familiar (18)

Sabemos que las enfermedades psiquiátricas impactan secundariamente en la salud de las familias de los pacientes. Como profesionales tratantes tenemos la responsabilidad de considerar este aspecto y tomar medidas tendientes a reducir el padecimiento familiar. Dicho padecimiento se denomina Carga Familiar o del Cuidador (CF) e incluye el impacto emocional, económico y social que el estrés de la atención y el cuidado del paciente tiene en la vida cotidiana de sus cuidadores (8-10). El rol de los profesionales de un HDD es particularmente relevante, ya que la interacción con los familiares del paciente es permanente, y el adecuado manejo de este aspecto del tratamiento resulta fundamental para el éxito terapéutico. Según datos obtenidos en la investigación que será presentada en el próximo apartado, las intervenciones familiares constituyen el 11% de todas las intervenciones no programadas, llegando al 18% en una población de pacientes con predominio de trastornos de personalidad. Todos los días el equipo realizó en promedio más de una intervención familiar (1,3 por día) (20), lo que constituye una instancia potencialmente terapéutica para los síntomas de CF.

Nuestras hipótesis son:

- Que los familiares de los pacientes admitidos al HDD tienen altos puntajes de CF.
- Que el grado de CF está relacionado con el diagnóstico.
- Que el grado CF está relacionado con la severidad clínica.
- Que la CF disminuye tras comenzar el tratamiento.
- Que dicha disminución se mantiene tras el alta.

Los objetivos concluidos en esta etapa del estudio son: evaluación del perfil de CF basal, o sea previa al inicio del tratamiento, y la eventual correlación con el diagnóstico y la severidad clínica.

Método:

La investigación en curso incluirá 30 pacientes y sus familiares/cuidadores. Se evaluará la CF y la severidad clínica mediante la administración de las escalas ZARIT y SCL90 al inicio, a los 3 meses, al alta y tres meses post alta.

Resultados preliminares y discusión:

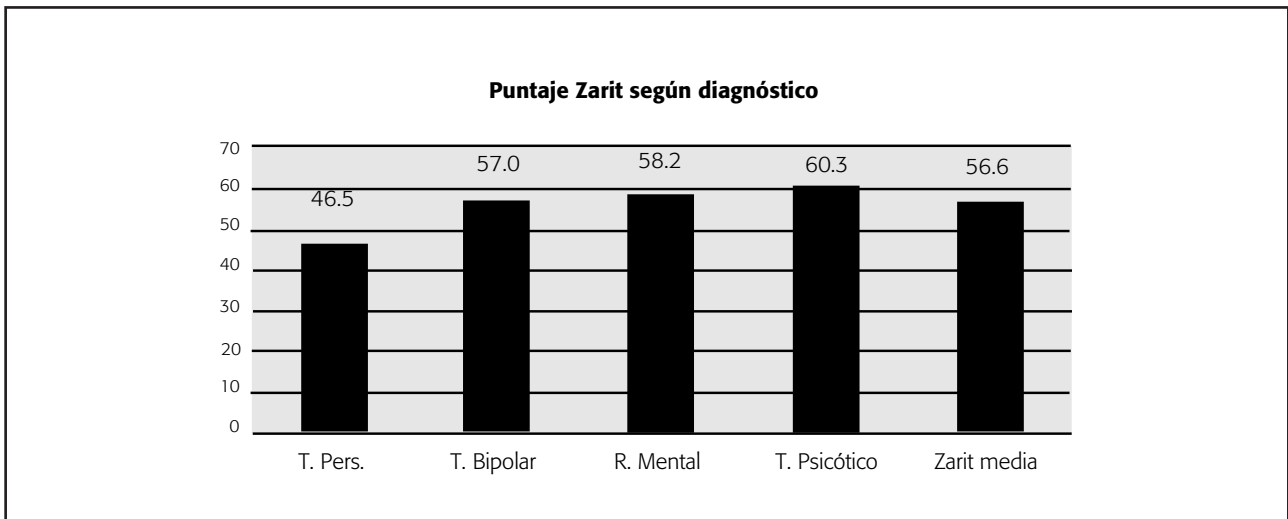
Los datos aquí presentados corresponden a 30 familiares/cuidadores de 19 pacientes

- El 100% de los pacientes generan sobrecarga en sus cuidadores: leve a moderada (5%), moderada a severa (53%) o severa (42%). La sobrecarga media es de moderada a severa (56,6).

- Los pacientes con trastornos psicóticos son los que generan la CF media más alta (60,3) (Gráfico 1)

- Los pacientes con trastornos de personalidad son los que generan la menor CF media (46,5) (Gráfico 1).

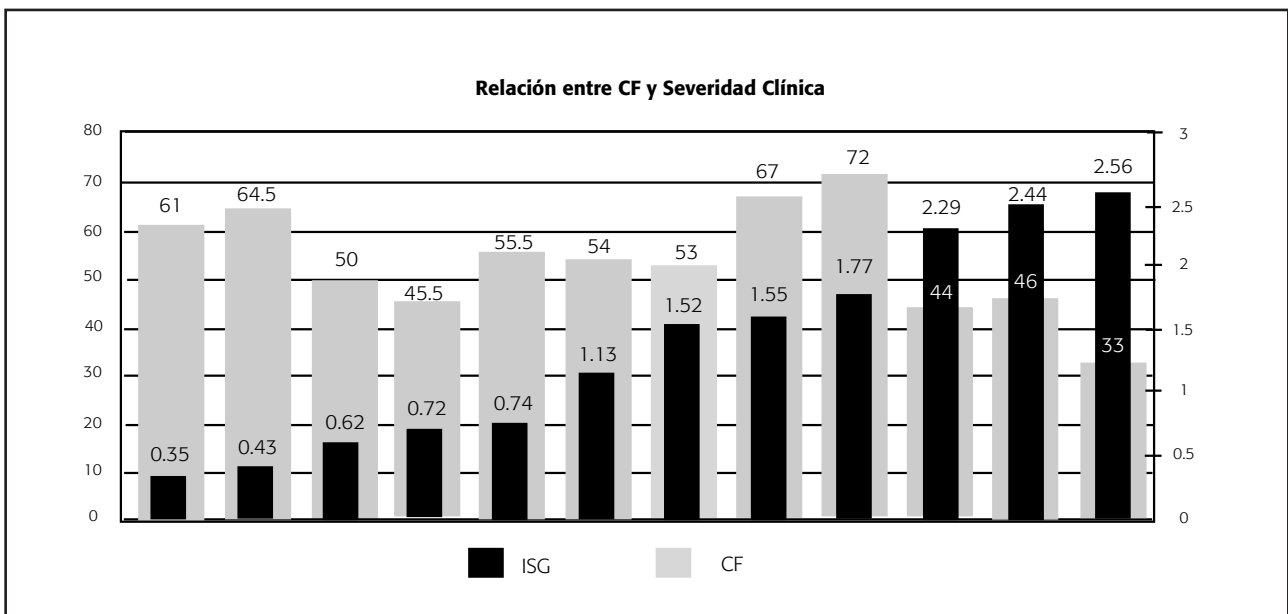
Gráfico 1. Puntajes de Carga Familiar medios según diagnóstico.



- La población de pacientes admitidos a un HDD presenta un índice de severidad global (ISG) medio elevado

(1,34), que no muestra correlación relevante con la CF (Pearson's $r = -0,44$; $P=0,1504$) (Gráfico 2).

Gráfico 2. Puntajes de Carga Familiar y Severidad Global.



Los resultados de esta etapa de la investigación en curso permiten confirmar que los familiares de los pacientes admitidos a un HDD presentan una alta CF. Esto implica que ellos mismos se encuentran secundariamente afectados en su salud mental a partir de las exigencias de la atención y el cuidado de sus familiares. Resulta de interés señalar que la CF no muestra correlación positiva con la severidad clínica medida con el Índice de Severidad Global de la SCL 90. De hecho parece observarse una tendencia inversa (Pearson's $r = -0,44$), por la cual aquellos pacientes que presentan una CF más severa presentan un ISG promedio menor, y viceversa. Una posible hipótesis para este hallazgo reside en la naturaleza autoadministrada de la SCL90, lo que podría favorecer que aquellos pacientes más afectados y con menor conciencia de enfermedad (como los pacientes psicóticos) presenten al mismo tiempo puntajes más bajos del ISG y más altos de CF. De hecho la alta tasa de SCL90 anuladas es, a excepción de un caso, completamente a expensas de trastornos psicóticos o retraso mental severo, en quienes se sabe que la SCL-90 no resulta adecuada. Resulta necesario correlacionar la Zarit con datos de severidad clínica surgidos de una evaluación realizada por el profesional, como la CGI-S. Otro aspecto interesante surge de correlacionar esta investigación con la siguiente, ya que como mencionamos en el párrafo introductorio de este apartado, una población con predominio de trastornos de personalidad parece demandar más intervenciones familiares por parte del equipo⁶, a la vez que presenta menor CF. A modo de ejemplo sobre la utilidad de los métodos combinados de investigación, se podría profundizar este aspecto con una investigación cualitativa, entrevistando al equipo con el objetivo de explorar los motivos de tal diferencia en las intervenciones familiares. Tal vez este hallazgo refleja la percepción del equipo de que el vínculo familiar en pacientes con t. de personalidad es más disfuncional que en pacientes psicóticos. O tal vez simplemente los pacientes con t. de personalidad se quejan más de sus familiares, o estos demandan más atención del equipo. Resultaría de utilidad explorar estas posibilidades mediante entrevistas individuales o un grupo focal con los profesionales.

Como conclusión podemos señalar que los familiares de los pacientes admitidos a un HDD presentan elevados puntajes de CF, lo que significa para ellos un sufrimiento psíquico importante. El reducido tamaño de la muestra constituye una limitación para esta comunicación preliminar, impidiendo su generalización.

Estudio de las Intervenciones no Programadas de los Profesionales (19)

A partir de la inquietud de algunos miembros del equipo, surgió el interés por cuantificar el trabajo cotidiano que

se realiza por fuera de las actividades pautadas. Existía la percepción de que se trataba de un trabajo relevante, pero como se realiza siempre en los bordes, no resultaba visible ni valorable en su dimensión justa. ¿A qué nos referimos con intervenciones no programadas (INPs)? El HDD consta de un programa de actividades grupales terapéuticas, expresivas, institucionales y de la vida cotidiana. Además de coordinar esas actividades, el equipo debe responder constantemente a múltiples situaciones imprevistas:

- demandas de los pacientes, sus familiares o el equipo tratante externo;
- situaciones complejas desencadenadas por la interacción de pacientes entre sí o con el equipo;
- signosintomatología preocupante o cambiante que amerite la intervención;
- crisis o emergencias subjetivas (episodios de ansiedad, agresividad o excitación psicomotriz);
- complicaciones en el cumplimiento de las normas institucionales;
- complicaciones en la adherencia;

Estas situaciones requieren que el equipo intervenga para lidiar con el problema planteado. Dichas INPs tienden a quedar invisibilizadas cuando se conceptualiza y cuantifica el trabajo realizado en HDD, a pesar de configurar situaciones complejas, que encarnan la interrupción del funcionamiento pautado, y exigen la toma de decisiones plenas de consecuencias clínicas.

Una revisión sistemática de las publicaciones indexadas arrojó una carencia absoluta de datos sobre las INPs en HDD. Al no resultar visibles, las INPs constituyen en sí mismas una fuente de situaciones problemáticas no previsible, no mensurables, y no trabajables; en definitiva, quedan por fuera de toda planificación y protocolización. Actualmente no se dispone de constructos consistentes que permitan abordar directamente este aspecto de la práctica en HDD y la relevancia de este trabajo está dada por ser el primer paso en este sentido.

Los objetivos son, entonces, hacer visibles en forma sistemática, clasificar y medir las INPs en HDD, transformándolas en un constructo pasible de observación, evaluación y eventual modificación. Nuestra hipótesis es que las INPs constituyen una actividad cuantitativamente significativa, con impacto en la efectividad. Este trabajo descriptivo se limitará a cuantificarlas y a detectar perfiles/patrones relevantes para la planificación y utilización de recursos.

Dado que nos enfrentábamos a una *tierra de nadie* conceptual, resultó necesario arrancar de cero, para lo que diseñamos una investigación descriptiva longitudinal cuantitativa por observación directa estructurada, con cinco fases:

1. Observación directa no estructurada de las actividades no programadas en HDD con el objetivo de realizar una clasificación preliminar de INPs y proponer un método de registro (2 semanas).
2. Testeo y Validación, con el objetivo de modificar el

⁶ 18% del total de las intervenciones y 1,7 intervenciones familiares por día en una población con predominio de t. de personalidad, vs. 7% del total y 0,86 por día en una población a predominio psicótica (20).

diseño según los datos y los problemas registrados, validando progresivamente la clasificación (4 semanas).

- a) Observación directa estructurada con la clasificación y el método de registro preliminares.
 - b) Reuniones del equipo con expertos.
 - c) Análisis de los datos preliminares.
- 3) Diseño final de la clasificación que será utilizada para codificar las INPs y de la modalidad de registro, incluyendo las siguientes fases⁷:
- a) Definición precisa de cada clase INP.
 - b) Diseño del método de registro definitivo.
 - c) Entrenamiento final del equipo.
- 4) Recolección de datos (8 semanas).
 - 5) Análisis de datos.

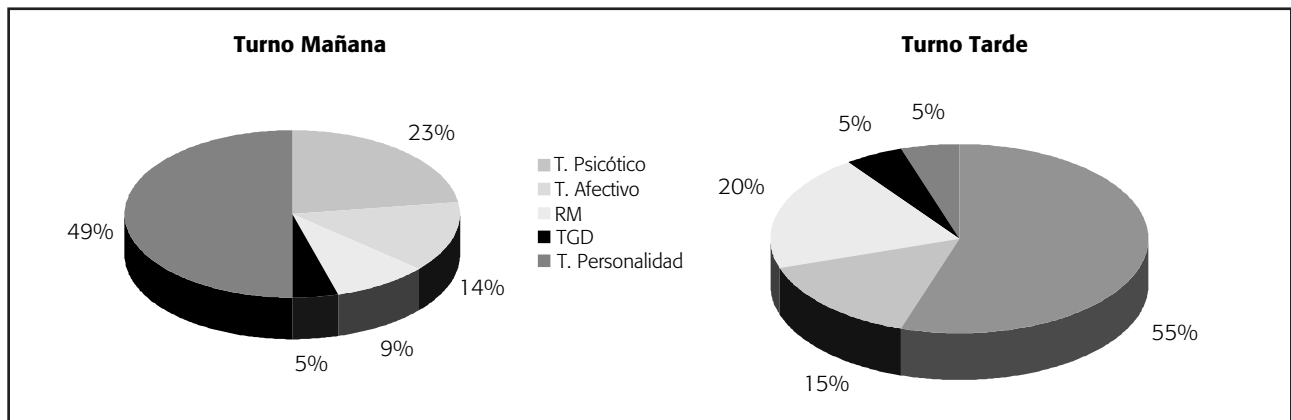
Resultados y discusión

Presentamos a continuación un recorte de los resultados, aunque vale la pena mencionar que la cantidad y calidad de los datos obtenidos permite recurrir a ellos en forma permanente, desde diferentes perspectivas, con el objeto de iluminar diferentes problemáticas, como se vio en el apartado anterior sobre la CF.

Se cuantificaron las INPs a lo largo de 42 días hábiles consecutivos. La composición diagnóstica y el género prevalente de los pacientes de ambos turnos resultaron marcadamente distintos (gráficos 3 y 4).

- Las INPs constituyen una actividad cuantitativamente relevante: 937 INPs en total, con una media diaria de

Gráfico 3 y 4. Distribución diagnóstica según turno.

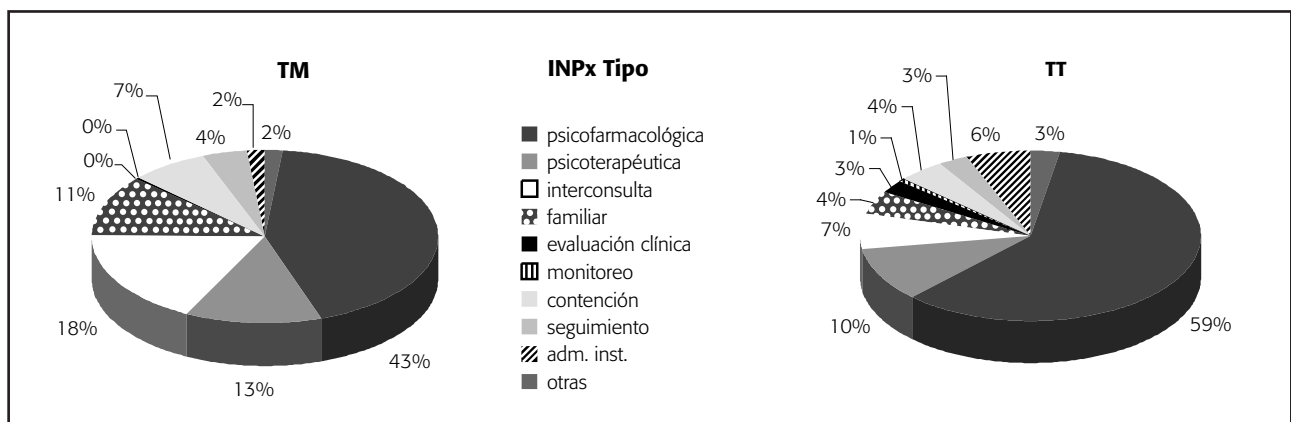


9,3 en el turno mañana (TM) y 13 en el turno tarde (TT).

- La cantidad de INPs por paciente es una variable multideterminada en la que influyen tanto características del grupo de pacientes como del equipo profesional.

- En ambos turnos coinciden las tres intervenciones más frecuentes (TM-TT): psicoterapéuticas (43%-59%), interconsultas (13%-10%) e intervención familiar (18%-7%) y las tres más infrecuentes: psicofarmacológicas (2%-3%), monitoreo (<1%-3%) y contención física (0%-1%) (gráficos 5 y 6).

Gráfico 5 y 6. Distribución de clases de INPs según turno.

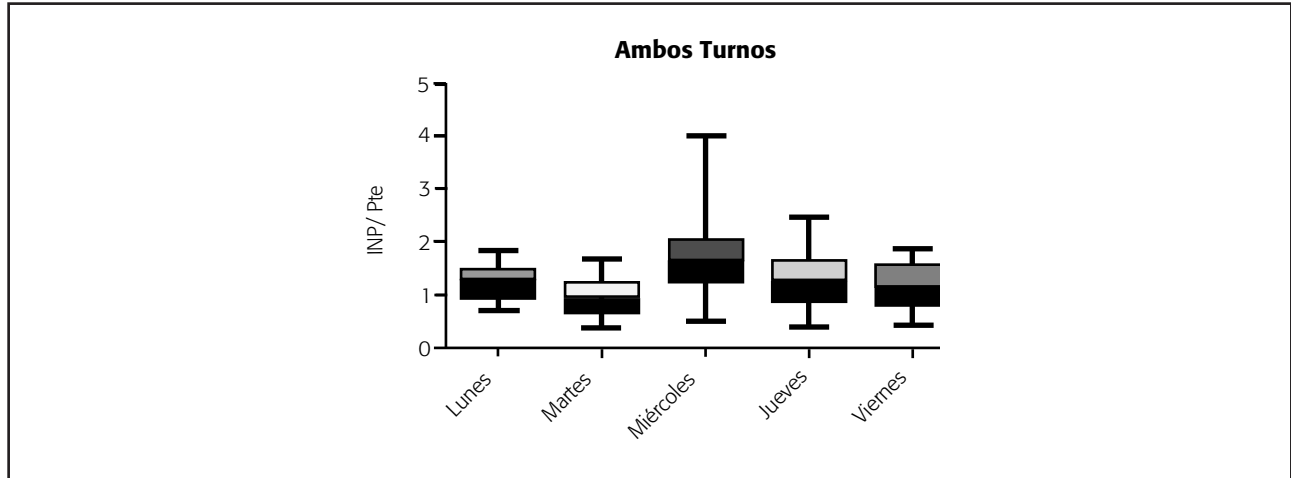


⁷ Está a disposición de todo investigador que desee replicar esta experiencia o conocer en detalle la clasificación y el método de registro diseñado, el Manual del Investigador desarrollado para esta investigación. Debe ser solicitado a daniel@vigo.com.ar .

- El perfil de distribución promedio de INPs a lo largo de la semana es similar en ambos turnos, resultando significativamente distinta la media según el día en ambos

turnos combinados (ANOVA unidireccional, $P=0,003$; post test de Tukey: miércoles vs. martes y viernes $P<0,05$) (gráfico 7).

Gráfico 7. Distribución de INP por paciente según día de la semana.



Puede sostenerse entonces que en este HDD:

- más allá del diagnóstico prevalente, las INPs psicoterapéuticas, de interconsulta e intervención familiar constituyen el grueso de las INPs (74% en el TM y 76% en el TT).

- el diagnóstico prevalente se acompaña de una diferencia relevante en la proporción de intervenciones psicoterapéuticas, que resultan notablemente más frecuentes en una población a predominio psicótica (59% vs. 43% en población con predominio eje II) y en la proporción de intervenciones familiares, que resultan más del doble en una población con predominio de patología en el eje II (18% vs 7% en población a predominio psicótica).

- el perfil de INP por paciente a lo largo de la semana es similar en ambos turnos a pesar del perfil diagnóstico diferente, con picos de INPs los días lunes y, aun más intenso, los miércoles.

- durante el período estudiado cada profesional realizó un promedio de entre 3 y 4 INPs por día, lo que significa más de 1 INP promedio por día por paciente.

- se observa que a medida que aumenta la relación Pacientes/Profesional disminuye la disponibilidad de INP/Paciente, particularmente a partir de cierto punto crítico.

Conclusión:

Las INPs constituyen una actividad relevante tanto desde el punto de vista cuantitativo como clínico, y su estudio permite comprender mejor el tipo de tratamien-

to que se ofrece en un HDD, como así también planificar de manera racional el uso de recursos.

Exploración de la Perspectiva de Usuarios y Profesionales sobre la Efectividad del Dispositivo

Actualmente se encuentran en curso dos experiencias sucesivas que investigan la perspectiva del usuario sobre el tratamiento en HDD. Una de ellas mediante entrevistas individuales semiestructuradas y la otra mediante grupos focales. De acuerdo con la naturaleza iterativa del proceso de investigación cualitativa, los datos surgidos de las entrevistas individuales motivaron el interés por explorar los motivos del éxito o fracaso del tratamiento en aquellos pacientes en quienes el tratamiento es considerado exitoso y en aquellos en que no.

El objetivo del estudio es obtener una evaluación del funcionamiento del HDD según la perspectiva de los usuarios, e identificar factores asociados al éxito o al fracaso del tratamiento.

El diseño y la estrategia de muestreo son flexibles y consistieron inicialmente en entrevistas semiestructuradas a 16 pacientes, seleccionados para representar distintas actitudes frente al tratamiento. En un segundo momento, y a partir de un análisis preliminar de los datos, se decidió estudiar dos grupos focales de tres pacientes cada uno. Los participantes fueron activamente seleccionados con la intención de focalizar la atención en dos subgrupos claramente diferenciados en términos de efectividad del dispositivo (apuntando

al muestreo de casos extremos). Por un lado, uno de los grupos focales se compone de aquellos pacientes que han realizado un tratamiento exitoso, han recibido el alta, y se encuentran en proceso de integración al equipo del HDD en el rol de pares, sosteniendo tareas de orientación y apoyo a pacientes que todavía se encuentran en tratamiento. Puede pensarse que en un dispositivo orientado por la recuperación, aquellos pacientes que luego del alta manifiestan su deseo y su capacidad de cumplir un rol explícito y activo en el tratamiento de otros representan una forma particularmente relevante de éxito terapéutico, ya que permiten trascender la efectividad individual, generando un efecto multiplicador que transforma a un usuario en un agente de salud. Por el otro lado, el segundo grupo focal de pacientes se compone de aquellos pacientes más insatisfechos con el tratamiento, aquellos que manifiestan activamente su deseo de interrumpirlo, aunque por diversos motivos (insistencia del equipo tratante y/o grupo familiar) siguen concurriendo. La guía temática para los grupos focales fue desarrollada en reuniones del equipo y mediante un rastreo preliminar de representaciones de los pacientes del HDD, e incluye: el recorrido realizado hasta llegar al HDD y las características del proceso de admisión (rastreado específicamente obstáculos y facilitadores); las sensaciones y sentimientos asociados a la concurrencia al HDD, las razones de dichas sensaciones/sentimientos; la consideración del propio tratamiento como exitoso o no, y las razones que atribuyen a dicho resultado; la consideración de las razones del éxito o fracaso atribuido al tratamiento de otros pacientes; las sugerencias que pudiesen tener para mejorar la efectividad del dispositivo para ellos y/o para otros.

La exploración de los factores asociados al éxito o fracaso del dispositivo está en curso y se prolongará hasta que se logre la *saturación teórica* . Las conclusiones extraídas serán sometidas al procedimiento de *validación por el sujeto investigado* .

Finalmente, se decidió complementar el estudio con dos grupos focales compuestos por profesionales del equipo (que desconocen los datos aportados por los pacientes), para contrastar las representaciones acerca de las causas del éxito o fracaso del tratamiento con lo aportado por los pacientes (fase en curso).

Rastreo de Representaciones sobre Salud Mental en el Equipo

Teniendo en cuenta lo mencionado previamente sobre el rol de los profesionales en las prácticas orientadas por la recuperación, es necesario que la investigación aborde también el hecho de que la calidad de este tipo de prácticas va más allá de la técnica. Además de la descripción de las prestaciones realizadas, es fundamental incluir las actitudes, los valores y las creencias del equipo, en la medida en que expresan una posición que no es tan solo ideológica, sino ética: desde dónde y cómo se interviene es tan importante como qué se hace específicamente (15).

Una determinada intervención farmacológica ante un paciente psicótico puede ser justificable desde el punto de vista puramente médico, pero puede redundar en una pérdida de autonomía o en efectos secundarios inaceptables para el paciente, y por lo tanto la búsqueda de alternativas aceptables es una prioridad. Se diseñó una encuesta de elección múltiple que confronta a los profesionales del equipo a "situaciones problema" en que, si bien las respuestas representan opciones justificables desde el punto de vista médico, resultan radicalmente diferentes en el grado de autonomía y participación que otorgan al paciente en la elección del tratamiento, revelando así la posición *ideológica* de los profesionales acerca de la salud mental y las prácticas concretas que de ella se derivan. Obviamente, utilizamos aquí el concepto de ideología en un sentido restringido al campo de la salud mental: al respeto por la autonomía, las capacidades y los derechos del paciente. El objetivo es entonces evaluar en qué medida dichas posiciones son compatibles con un tratamiento orientado por la recuperación o no, lo que permitirá eventualmente intervenir y ofrecer orientación y formación que modifique posiciones y prácticas incompatibles con dicho modelo. Este estudio se encuentra en fase de recolección de datos.

Conclusión

Nos ubicamos en un momento de ruptura epistemológica en el campo de la psiquiatría. Dicha ruptura tendrá consecuencias desde lo más recóndito del consultorio hasta el marco legal que regula nuestra práctica, pasando por el tipo de instituciones que tenderán a desaparecer o transformarse, y las que tenderán a afianzarse. Está claro que el neuropsiquiátrico clásico está llamado a desaparecer. El HDD, en cambio, como muchas otras instancias (el hospital general, la internación, la vivienda asistida, las casa de medio camino) están destinadas a transformarse. La evidencia y la experiencia clínica apuntan a la consolidación de un modelo balanceado que incorpore elementos de la atención hospitalaria y de la atención comunitaria, en el que el hospital deberá hacerse más flexible y la atención comunitaria deberá diversificarse y consolidarse (16, 17). Estas transformaciones ocurren en todas las regiones del planeta, pero cada país le imprime su idiosincrasia particular. El nuestro tiene una rica tradición en prácticas comunitarias y en prácticas que jerarquizan la palabra del paciente. Sin embargo, dicha riqueza no se supo enganchar en el pasado al discurso científico, que pareció quedar reservado para las versiones más reduccionistas y en la actualidad, más simplistas del sujeto. El concepto de *recuperación* provee una oportunidad única: es un concepto limítrofe, que puede funcionar como articulador de pleno derecho de los distintos planos discursivos en juego. Para ello hay que abordarlo con responsabilidad, cada uno desde donde le corresponde. El riesgo es, por supuesto, un nuevo abordaje reduccionista que tienda a mantener el *status quo* : cambiar el nombre del servi-

cio sin cambiar las prácticas. Desde nuestra perspectiva el cambio de nombre es secundario, lo que hay que transformar es la orientación de las prácticas y la orientación de la investigación. Esto en nuestro HDD significa la consolidación de un modelo de intervención comunitaria, que cuente con el programa de actividades del HDD como el polo más estructurado de un continuo de prácticas cuyo otro polo, flexible, se estructura alrededor de las necesidades terapéuticas de cada paciente. Y significa el desarrollo de un modelo de investigación *genuinamente* científico, o sea adecuado para dar respuesta científica a los problemas planteados. La jerarquía propuesta actualmente por el modelo de MBE aplicado a la salud mental puede ser considerado profundamente a-científico, en la medida en que simplemente ignora -y llama a ignorar- aquellas dimensiones del proceso patológico y terapéutico que no comprende. Nadie debería discutir a esta altura del desarrollo del conocimiento en psiquiatría que la experiencia personal de quien padece un determinado sufrimiento psíquico, lo que el paciente siente, piensa y dice, resulta relevante a la hora de comprender e intervenir ante dicho padecimiento. En el mismo sentido, nadie debería discutir a esta altura del desarrollo de la humanidad que todo ser humano goza *a priori* de los mismos derechos, responsabilidades y capacidades, y que ningún tratamiento debería conculcar derechos, relevar de responsabilidades ni interferir con capacidades que no estuviesen afectadas *específicamente* por el proceso mórbido. El paradigma de la recuperación en psiquiatría no es otra cosa que la puesta en primer plano de estos dos puntos:

- la jerarquización de la experiencia del paciente a la hora de comprender y tratar,

- y la preservación (o apuntalamiento y suplencia si hace falta) de sus derechos, responsabilidades y capacidades.

La jerarquía propuesta por la MBE debe transformarse, ya que actualmente es ciega a estos aspectos centrales del tratamiento psiquiátrico, mientras que la inversa no es cierta: el paradigma de la recuperación no solo no es ciego, sino que valora enormemen-

te a la investigación cuantitativa, solo que no le pide que resuelva *todos* los problemas que se presentan. Creemos entonces que la forma adecuada de abordar científicamente los problemas planteados por el sufrimiento psíquico y su tratamiento exige utilizar el método que corresponde a cada problema: investigación básica y ensayos controlados randomizados para desarrollar y evaluar un nuevo fármaco, y métodos combinados para evaluar la efectividad de un dispositivo psicoterapéutico o psicosocial. La práctica médica debe estar cada vez más basada en la evidencia, y para ello el modelo de MBE debería incluir en su jerarquía la complejidad de este abordaje. Resultaría tan erróneo aprobar un nuevo fármaco para la depresión luego de una serie de entrevistas o grupos focales, como descartar un tratamiento psicoterapéutico o psicosocial por falta de ensayos randomizados controlados. El problema es que lo primero no sucede hace más de un siglo, pero lo segundo sucede todo el tiempo, cuando quienes toman las decisiones en salud mental -clínicas, administrativas o políticas- se sostienen en pases de magia como el ensayo por la actual jerarquización de la evidencia. Habría que recordarles la célebre advertencia del mago: "Puede fallar" ■

Agradecimientos: esta publicación refleja el trabajo del extraordinario grupo humano que constituye Proyecto Suma. Deseo agradecer particularmente al equipo de HDD, cuyo trabajo diario produjo estos resultados; Gustavo Guardo y Daniel Abadi, que lideraron con entusiasmo y sabiduría la puesta en marcha del HDD; Silvia Wikinski y Martín Agrest, que desde Docencia e Investigación son un estímulo y apoyo incansable; Ross Baldessarini y Graham Thornicroft, cuya generosidad y aportes han resultado para mí insustituibles; y especialmente a Gustavo Lipovetzky, Martín Nemirovsky y, otra vez, Gustavo Guardo, sin cuyo esfuerzo diario de supervisión clínica, gestión institucional y sostén permanente nada de esto hubiese sido posible.

Referencias bibliográficas

1. Baricco A. Los Bárbaros, Ensayo sobre la mutación. Barcelona, Anagrama, 2008.
2. Feinstein AR. Meta-analysis: statistical alchemy for the 21st century. *J Clin Epidemiol* 1995; 48 (1): 71-9.
3. Gupta M. A critical appraisal of evidence-based medicine: some ethical considerations. *J Eval Clin Pract* 2003; 9 (2): 111-21.
4. Health DO. National Service Framework for Mental Health. Modern Standards and Service Models. London, 1999.
5. Horvitz-Lennon M, et al. Partial versus full hospitalization for adults in psychiatric distress: a systematic review of the published literature (1957-1997). *Am J Psychiatry* 2001; 158 (5): 676-85.
6. Kisely S, Kendall E. Critically appraising qualitative research: a guide for clinicians more familiar with quantitative techniques. *Australas Psychiatry* 2011; 19 (4): 364-7.
7. Marshall M. Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) acute day hospital versus admission; (2) vocational rehabilitation; (3) day hospital versus outpatient care. *Health Technol Assess* 2001; 5 (21): 1-75.
8. Martire LM, et al. The Mood Disorder Burden Index: a scale for assessing the burden of caregivers to adults with unipolar or bipolar disorder. *Psychiatry Res* 2009; 168 (1): 67-77.
9. Moller-Leimkuhler AM, Obermeier M. Predicting caregiver burden in first admission psychiatric patients. 2-year follow-up results. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2008; 258 (7): 406-13.
10. Mueser KT, et al. Family burden of schizophrenia and bipolar disorder: perceptions of relatives and professionals. *Psychiatr Serv* 1996; 47 (5): 507-11.
11. NIMHE. Emerging Best Practices in Mental Health recovery, N.I.f.M.H.i. London, Editor, 2004.
12. Palinkas LA, et al. Mixed-methods designs in mental health services research: a review. *Psychiatr Serv* 2011; 62 (3): 255-63.
13. Rivaya PCG, Navarrete L, Flores M, Maxit F, Guardo G, Wikinski S. Modest but Significant Reduction in Symptoms and Improvement in Functionality of Severe Mentally Ill Patients Three Months After Admission to a Day Care Unit. En: *15th World Congress of Psychiatry*, 2011: Buenos Aires - Argentina.
14. Silverstein SM, Bellack AS. A scientific agenda for the concept of recovery as it applies to schizophrenia. *Clin Psychol Rev* 2008; 28 (7): 1108-24.
15. Slade M, Hayward M. Recovery, psychosis and psychiatry: research is better than rhetoric. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 116 (2): 81-3.
16. Thornicroft G, Tansella M. Balancing community-based and hospital-based mental health care. *World Psychiatry* 2002; 1 (2): 84-90.
17. Thornicroft G, Tansella M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. *Br J Psychiatry* 2004; 185: 283-90.
18. Vigo DV, Campati G, Garfunkel J, Geffner N, Herbst L. *Perfil de Carga Familiar en Pacientes Admitidos a un Hospital de Día. 1ra Etapa: Carga Basal*, En: XXVII Congreso Argentino de Psiquiatría, 2012: Mar del Plata - Argentina.
19. Vigo DV, Garfunkel J, Campati G, Flores M, Woloski P, González C, Cardoso R, Leiderman E, Guardo G, Wikinski S. Intervenciones No Programadas en Hospital de Día: Descripción y Cuantificación, En: XXVII Congreso Argentino de Psiquiatría, 2012: Mar del Plata, Argentina.
20. Vigo DV, Garfunkel J, Campati G, Flores M, Woloski P, González C, Cardoso R, Leiderman E, Wikinski S. Intervenciones No Programadas en un Hospital de Día, in Datos propios no publicados, en preparación 2012.
21. Whitley R, Crawford M. Qualitative research in psychiatry. *Can J Psychiatry* 2005; 50 (2): 108-14.

Cuando el hospital se hace de día...

Susana Llimos

Lic. en Terapia Ocupacional

Integrante del equipo de Hospital de Día del Hospital de Emergencias Psiquiátricas "Torcuato de Alvear" (Turnos Mañana y Tarde)

Carolina Pirovani

Lic. en Psicología

Integrante del equipo de Hospital de Día del Hospital de Emergencias Psiquiátricas "Torcuato de Alvear" (Turnos Mañana y Tarde)

Claudia Oszlak

Médica Psiquiatra

Integrante del equipo de Hospital de Día del Hospital de Emergencias Psiquiátricas "Torcuato de Alvear" (Turnos Mañana y Tarde)

Marisa Cuini

Lic. en Terapia Ocupacional

Integrante del equipo de Hospital de Día del Hospital de Emergencias Psiquiátricas "Torcuato de Alvear" (Turnos Mañana y Tarde)

Resumen

El Hospital de Día brinda un tratamiento intensivo a pacientes con diagnóstico de psicosis y neurosis graves. La eficacia de este complejo dispositivo implica de un modo necesario al trabajo interdisciplinario. El dispositivo se organiza en tres áreas: comunitaria, clínica y de docencia e investigación.

Nuestra práctica no está exenta de obstáculos, los cuales tienen que ver no solo con las particularidades de la clínica que abordamos, sino también con el contexto social-cultural-legal en que la misma se desarrolla. Si hablamos del contexto, a partir de la nueva Ley Nacional de Salud Mental No 26.657 creemos que el Hospital de Día, un "viejo" recurso, tiene hoy la oportunidad de seguir ocupando un lugar de "joven" e instituyente propuesta. Dicha ley establece que el mismo es uno de los dispositivos que se deberá promover en el marco de acciones de inclusión social, laboral y comunitaria. No dudamos de que esto representa un avance jurídico en el papel, pero en la práctica cotidiana los problemas persistirán hasta tanto no se demuestre, desde la implementación de políticas de salud estatales, una firme decisión de cambio que se traduzca en acciones concretas alineadas con dicho enunciado.

Palabras clave: Hospital de Día - Interdisciplina - Externación - Seguimiento.

WHEN YOU SEE THE LIGHT OF DAY AT THE HOSPITAL

Summary

Day Hospital delivers complex treatments to patients with psychiatric illness such as psychosis and severe neurosis. Interdisciplinary work is necessarily required by this device. Our Day Hospital is organized in three sections: community area, clinical area and education & research.

Our practice isn't exempt of hindrances, which relate not only to the clinical specifics we deal with, but also with the social, cultural and legal contexts it develops in. Since the approval of the Mental Health National Law (no. 26657) we believe the Day Hospital, our old resource, is given the opportunity to keep fulfilling a space as a proposal both fresh and institutional. The mentioned law states that Day Hospitals are to be promoted as a means for social, labor and community inclusion of patients. We have no doubt on the legal advance this represents but, on daily practice, issues will persist until a strong change decision is shown, implemented as public health policies aligned with the law.

Key words: Day Hospital - Interdisciplinarity - Discharge - Follow up.

1. Introducción

El Hospital de Día del Hospital de Emergencias Psiquiátricas "Torcuato de Alvear" funciona desde 1983 (año de su inauguración como hospital monovalente). Hasta el año 1989, su modalidad de funcionamiento consistió en la concurrencia de los pacientes en jornada completa, en el horario de 8 a 17 h. A partir de ese año, el dispositivo se organizó en dos turnos: mañana y tarde, con diferentes equipos de profesionales, bajo una misma jefatura, y con un cupo de 30 pacientes por turno.

En la actualidad, el equipo de planta permanente está conformado por médicos psiquiatras, psicólogos, enfermeras, sociólogos, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales. Además del personal de planta, se cuenta con concurrentes médicos y psicólogos, residentes de las cuatro disciplinas, con alumnos de práctica clínica de la carrera de Terapia Ocupacional y técnicos, que en forma rotativa desarrollan diferentes talleres.

La población con la que se trabaja consiste principalmente en personas que padecen de psicosis y neurosis graves, entre 17 y 60 años, y que requieren de una atención diaria, intensiva, y compleja. Dentro del dispositivo terapéutico, los pacientes reciben la medicación, el desayuno y el almuerzo en el turno mañana y la merienda en el turno tarde. Se establece como tiempo aproximado de tratamiento un año, contemplando excepciones según criterio clínico. Es condición de ingreso la firma de un contrato terapéutico donde paciente y familiar se comprometen a concurrir dentro de ciertas normas establecidas.

Los pacientes ingresan al dispositivo luego de un proceso de admisión. En él se hace presente el límite a través de un criterio normatizado que ayudará a definir si se habrá de dar lugar a un tratamiento o no. Sin embargo, más allá de lo necesario de contar con criterios de inclusión/exclusión, consideramos a la admisión como un tratamiento de la demanda, y en consecuencia, no como un momento previo al tratamiento, sino el inicio del mismo. Este modo de tratar la demanda va dando lugar a la producción de un decir que un sujeto pueda realizar sobre su padecimiento. La admisión es entonces la admisión de un decir (1).

La estructura del dispositivo se encuentra organizada en tres áreas: (1, 2)

A. El área comunitaria:

Comprende actividades que acogen la convivencia cotidiana, dando lugar a que surja un recorrido particular. Incluye la participación del paciente en grupos de apertura y cierre, asambleas comunitarias, grupos de terapia ocupacional, asambleas multifamiliares, salidas comunitarias recreativas/culturales, talleres expresivos, desayunos, almuerzos y meriendas compartidos con el equipo profesional. Desde estas actividades y desde el seguimiento de un mini equipo interdisciplinario, se va perfilando la construcción del caso clínico y la estrategia

de tratamiento a seguir. Podríamos decir que el Hospital de Día brinda la posibilidad, para el tratamiento de la psicosis, del armado de una ficción, la constitución de la escena del mundo. Cada paciente admitido verá sancionado su ingreso en el espacio de la asamblea comunitaria, primera instancia de un "estar entre otros" que lo coloca y lo convoca a algún tipo de interlocución. En el caso de un paciente psicótico, esto puede representar el verse llamado a hacer diferencia entre la palabra que su interlocutor (terapeuta o compañero) le dirige y las voces gozadoras con que el Otro lo somete a posición de objeto. Entonces, un espacio comunitario, un grupo, un taller, por el solo hecho de ser una invitación a la interlocución, ejerce una función atemperante del goce (3).

B. El área clínica:

Contempla la atención individual desde las distintas disciplinas, dando lugar a la demanda particularizada de cada sujeto¹. Incluye las entrevistas individuales de psicoterapia, de psiquiatría, de terapia ocupacional, de trabajo social y tratamiento familiar. En relación a la oferta terapéutica, no es obligatorio que todos los pacientes concurren a todas las actividades. La idea es que en esa oferta cada sujeto pueda ir delineando su propio recorrido en función de sus necesidades, motivaciones y objetivos terapéuticos. Las intervenciones de los talleres, los espacios grupales, individuales y las actividades de tiempo libre, van apuntando a trabajar parte de las dificultades con las que llega el paciente. Estas dificultades pueden sintetizarse en la presentación de un discurso coagulado, carente de matices, una rigidez inicial que se podrá ir organizando paulatinamente bajo un rasgo de diferenciación y flexibilizándose a medida que el tratamiento se despliega. Desde el ingreso y durante el transcurso del mismo, las intervenciones desde las distintas áreas van dirigidas a lograr una inserción ocupacional, social y familiar. Para esto, todos los espacios de tratamiento (individual, grupal, comunitario) son igualmente importantes. En el encadenamiento democrático de estas múltiples intervenciones reside lo complejo y lo diferencial de la clínica de Hospital de Día.

C. Área de docencia e investigación:

Incluye la formación y capacitación en servicio de concurrentes y residentes de las distintas especialidades, así como también de pasantes de terapia ocupacional de distintas universidades, además de la presentación y participación en jornadas, ateneos, congresos de los integrantes del servicio.

2. Una nueva ley, las mismas instituciones, el mismo dispositivo

La nueva Ley Nacional de Salud Mental Nro. 26.657 (4) sancionada en Noviembre de 2010, en su artículo 11, incluye al Hospital de Día como uno de los dispositivos que se deberán promover, en el marco de la implemen-

¹ A los fines del presente trabajo, cuando decimos *sujeto* lo hacemos en su sentido más amplio, no nos referimos al concepto psicoanalítico.

tación de acciones de inclusión social, laboral y de atención en Salud Mental Comunitaria.

En lo que nos atañe, como profesionales de un Hospital de Día del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, entendemos que esta ley, al igual que la Ley No 448 de la Ciudad de Buenos Aires, al otorgar derechos, viene a generar lazo entre una sociedad vulnerable y nuestro dispositivo, que en consonancia con su espíritu, intenta restituir la subjetividad avasallada.

Están claros los alcances transformadores del contenido de dicha ley, no solo respecto de los derechos de los usuarios de los servicios de salud mental, sino también respecto de los profesionales que trabajamos en ellos. En este sentido la ley establece al equipo interdisciplinario como protagonista de una modalidad de abordaje clínico, planteando la igualdad de condiciones para todos los profesionales y disciplinas que integran el campo de la Salud Mental. Una clara propuesta de ir contra las hegemónicas de cualquier signo.

Sin embargo, no debemos desconocer que el proceso de desmanicomialización involucra a toda la sociedad en su conjunto: a las instituciones de salud mental, a los equipos y sus profesionales, a la comunidad toda. No es posible pretender que su texto se encarne en lo social de modo paralelo. Con solo echar una rápida mirada a la resistencia que se ha generado en el seno de nuestros hospitales, alcanza para no sospechar ni por un minuto que se ha llegado a destino. Décadas de objetalización no se resuelven por obtener su reglamentación en tiempo récord.

Como lo propone Rodolfo Iuorno: “la acción de recuperación comunitaria hace recaer la falta en partes; ya no es solo el loco el que se encuentra en falta, es también la sociedad misma en tanto se propone resocializarlo.” (5)

Existen y existirán obstáculos que requieran de cambios en la visión personal y colectiva que tenemos de la diversidad, del padecimiento mental, de sus causas y consecuencias, de las posibles respuestas, si es que pretendemos no dejar pasar esta oportunidad que nos brinda el respaldo jurídico de la nueva ley.

Estamos convencidos de que desde los hospitales de día tenemos una gran responsabilidad. Nuestro dispositivo es pensado, a la luz de esta nueva ley, como engranaje protagónico dentro de las respuestas posibles a la cuestión del padecimiento mental y al trabajo sobre el lazo social. Asimismo, el esfuerzo de armar red, no solo hacia adentro de nuestros equipos sino también “entre” equipos, intenta formalizar una nueva apuesta. Las condiciones favorecedoras actuales, resuenan como aquellas que acompañaron la apertura de nuestros Hospitales de Día Municipales, en los esperanzadores y democráticos años 80. Sin embargo, debiéramos hacer notar que el seguimiento y la fiscalización de la implementación y aplicación de la nueva Ley Nacional de Salud Mental no debiera centrar todos sus esfuerzos en el “control” de las intervenciones ligadas a las internaciones tal como lo venimos observando en nuestro hospital. El respaldo y la defensa de los “dispositivos de integración” existentes, así como la creación de nuevos, debiera no ser solo una cuestión de enunciado.

3. El Hospital de Día como dispositivo para el tratamiento de la locura

“Lugar de borde, de tránsito, el Hospital de Día trabaja sobre el concepto de límite. Límite entre la internación y el consultorio externo, entre la internación y la vuelta a la cotidianeidad, límite entre la idea asilar de exclusión y marginación de la locura y la de tratamiento y recuperación del paciente por la sociedad.” (5)

Recordemos que el Hospital de Día se inicia con una apuesta que propone que, quien ingresa, encuentre o reanude el lazo social. Se propone un tránsito que le permita recuperar algo que quedó interrumpido, o bien que pueda crear alguna nueva demanda que lo enlace a lo social.

“Tanto la rehabilitación como la resocialización hay que pensarlas en relación a la demanda singular que cada sujeto pueda efectuar durante el proceso de su tratamiento. El paciente por lo general llega en una posición que es la de entregarse para que se opere sobre él, va a buscar al hospital a otro que sabe sobre él como objeto (...) el hospital de día necesita en principio que el paciente quiera tratarse” (5).

El dispositivo intenta subvertir esa posición con la que el paciente llega. Observamos que, más allá de los espacios clínicos y comunitarios ya mencionados, surgen, como efecto de lo grupal, espacios no instituidos durante el tiempo libre. En los mismos, los pacientes se ven llamados a responder socialmente, a modelar la distancia entre ellos, generando tanto un acercamiento de lazos afectivos, como también relaciones competitivas o persecutorias. Nuestro dispositivo promueve estos espacios porque entendemos que apostar al sujeto es soportar el riesgo y la tensión en el encuentro con el otro semejante. Así cuando algún paciente le comenta a otro que “sabe hacer tal o cual cosa”, puede ocurrir que ese secreto entre dos se socialice y en alguna ocasión deba responder por ese saber propio. De esos espacios intersticiales surge que algunos pacientes puedan presentarse por ejemplo como: programador de computación, peluquero, tallerista de bijouterie, de plástica, de cocina, profesor de matemáticas, ayudante de huerta, detector de los problemas del servicio, instructor de árabe, ofreciendo a otros su saber en dichas temáticas. Consideramos que poner en práctica estos saberes y sostenerlos en el tiempo es un acto de apropiación, que en algunos casos podrá trasladarse al afuera.

Según la singularidad de cada quien, esta propuesta de tránsito se va transformando. Así, quien es admitido, puede llegar a lograr una pertenencia, entendiendo por esta a una operación de apropiación subjetiva, que encuentra su consonancia con la transitoriedad que ofrece el dispositivo. Es entonces como esta apropiación podrá, en algunos casos y poco a poco, trascender los límites del dispositivo. Se podría llegar así a que el reencuentro con el lazo social extra-muro, determine la caída de su circulación intra-muro, es decir, su prescindencia. Será el momento de empezar a plantear el alta.

No podemos obviar transmitir que, con indeseable frecuencia, nos encontramos con sujetos/pacientes que

hacen de su tránsito por el Hospital de Día una permanencia indefinida, quedando como “adheridos” al dispositivo, sin poder hacer un uso apropiado del mismo. Lejos de esta situación, que evaluamos como obstáculo, pensamos al Hospital de Día como un puente, un nexo y no un fin en sí mismo. Nuestro objetivo es facilitar al paciente la posibilidad de construir una herramienta de intercambio con el mundo. Logrado esto, algo de la resocialización y rehabilitación se habrá inscripto, siendo deseable que pueda prescindirse del soporte ofrecido por el dispositivo.

4. Interdisciplina y Hospital de día

“El punto de encuentro con lo divergente que cada práctica conlleva no puede ser otro más que ético. No consentir en la pasivización del otro, ni en la propia, es una decisión ética” (6).

La eficacia del dispositivo de Hospital de Día en el tratamiento de la locura, implica de un modo necesario al trabajo interdisciplinario.

El trabajo interdisciplinario no es sin trabajo en equipo, con otros representantes de otras disciplinas, de otras orientaciones teóricas. Sostenemos que para que esto sea posible se hace necesaria una decisión ética que implica reconocer el saber de la propia disciplina como parcial, renunciando al narcisismo de la pequeñas diferencias, sin borrarlas, y no pretendiendo reemplazar la hegemonía del otro por la hegemonía de la propia disciplina o marco teórico (7). No consentir en la pasivización del otro-compañero de equipo se nos hace necesario en tanto reconocemos que “el problema que la locura plantea excede en mucho al campo de cada práctica que se acerca a él con su modo particular de intervención” (6).

Pero, tal como lo plantea Liliana Negro, un equipo de profesionales bien puede ser solamente la manera de designar un accidente, la reunión más o menos azarosa de varias personas. No hay algo que indique ahí, anticipadamente, el funcionamiento de un equipo de trabajo. Es necesario un recorrido, una construcción, para que la mera reunión de un grupo de profesionales encuentre la consistencia de un equipo de trabajo (6). La construcción conjunta de un dispositivo para el tratamiento de la locura y la de un equipo de trabajo interdisciplinario son solidarias.

Podemos pensar entonces que confluyamos en aquel punto donde la ética atraviesa nuestra clínica, allí donde nos confronta con el reconocimiento de nuestra propia falta, allí donde otorga un espacio al necesario cuestionamiento de nuestra práctica, donde es esperable que no advenga una última palabra (3).

Si no está esta decisión ética, el trabajar con otros se vuelve un obstáculo en lugar de una potencialidad. Está claro que “erradicar, reducir a cero, el obstáculo que se pone en juego en el trabajo interdisciplinario, (...) es un ideal”. “Este obstáculo no es patrimonio de este conjunto azaroso de profesionales, ni de ningún otro. Parece más bien corresponderse a ese punto irreductible que Freud presenta como malestar en la cultura” (6, 8).

La pasivización implica un transcurrir sin marca, sin historización, que nos puede acontecer también a los profesionales en el marco de los equipos. Así como señalábamos el recorrido posible de un paciente en el dispositivo de Hospital de Día, los profesionales somos “admitidos” en un equipo de trabajo. Para lograr una pertenencia, debemos ser capaces de sostener nuestras preguntas, nuestros límites y el de nuestra práctica, permitiéndonos una actitud más impertinente que la de un “pertinente representante” de la propia disciplina. Nuestro marco referencial, nuestras preguntas singulares, nuestra apertura, serán las mejores herramientas para el intercambio interdisciplinario; estas nos permitirán entrar y salir, no quedando atrapados en la simple permanencia dentro del equipo. Sin ese trabajo, difícilmente puedan surgir efectos de lo interdisciplinario en nuestra práctica.

En este sentido pensamos que el camino para la construcción de un trabajo en equipo, interdisciplinario, es la producción, lo cual implica tomarse el trabajo y el riesgo de decir algo de lo que se hace, de explicitar los supuestos de la propia práctica (6).

5. Obstáculos: el tiempo. El después

Hasta acá revisamos el modo de presentarse, de hacerse un lugar entre otros, tanto de pacientes como de profesionales en su llegada al dispositivo/equipo. Ahora bien, puesto a desplegarse un tratamiento determinado, nos encontramos muy habitualmente con algunos obstáculos a trabajar. Uno de ellos es el tiempo, límite tanto para el paciente como para el equipo.

El tiempo de un tratamiento, retomando lo planteado previamente, de no estar establecido como límite de antemano, en algunos casos parece formular una promesa de eternidad en la que, en determinado momento, ya nada acontece y se desvirtúa nuestra idea de abordaje. Resulta frecuente que esta dificultad se asocie a otro obstáculo con el que nos solemos encontrar, que es el hecho de no contar muchas veces con una contención familiar adecuada. Esto contribuye a que el paciente se aloje más allá de la capacidad del dispositivo mismo, instalándose y confundiendo así el egreso/alta con una operación de expulsión y no como el resultado de un recorrido realizado.

“El Hospital de Día define un lugar particular para la familia del paciente, en cuanto la ubica como responsable del tránsito y el tratamiento mismo del que se hará cargo el paciente. Será convocada a hacerse cargo de una manera determinada de los problemas que la locura conlleva en el orden social. Podemos decir que, cuando el hospital se hace de día, es ahí donde lo comunitario toca a la familia como institución, como necesaria para el tratamiento de la enfermedad de uno de sus miembros” (5).

Al producirse la admisión, la mayoría de las familias se comprometen a colaborar con el proceso de tratamiento de su familiar, lo que consta en el compromiso de tratamiento, una suerte de contrato que firman el paciente y el familiar acompañante. No obstante, algunas veces, tienden a dejar de lado este compromiso por razones justificadas o no.

Lo cierto es que lo que se inició como el *alojamiento de un decir*, se va transformando en un modo de estar en el dispositivo que no se acompaña de ninguna pregunta respecto al para qué. Planteada esta situación, se produce una modificación de los motivos que llevaron a sancionar el ingreso, y la permanencia sin expectativas se va naturalizando. Ante este malestar, el equipo en algunos casos pierde el rumbo. La derivación pasa a ser un difícil objetivo a cumplir. Cuando esta se traba o prolonga excesivamente, el paciente pareciera ingresar en una nueva categoría dentro del dispositivo. Así, el trabajo personalizado e interdisciplinario propio de Hospital de Día, se acota quedando reducido al control de medicación, a la espera de encontrar el dispositivo adecuado para la derivación. Esto puede acompañarse de la autoexclusión por parte del paciente.

Reflexionando sobre este obstáculo en nuestra práctica e intentando enlazarlo al contexto socio-familiar, observamos que la época actual se caracteriza por la inconsistencia subjetiva y de los vínculos. Esto incide notablemente en la configuración del Otro de la cultura. Así es como nos encontramos con una nueva expresión de la clínica, que podría entenderse como una respuesta a la configuración simbólica mutable propia de cada tiempo. La vulnerabilidad subjetiva actual se nos presenta en pacientes psicóticos en situación de extrema indigencia que demandarán una urgente gestión de trabajo social; en otros casos, predomina una desorganización en lo cotidiano que convocará la intervención del terapeuta ocupacional, o se presentan casos de pacientes que además de su patología integran familias muy disfuncionales que requerirán de la intervención de varios miembros del equipo interdisciplinario.

No podemos dejar de advertir que la sanción del alta, en algunos casos, se vive como expulsión, como pérdida de un lugar propio o, en el mejor de los casos, como un prolongado peregrinaje por trámites institucionales.

¿Será que el paradigma de la inconsistencia no ofrece las condiciones necesarias de alojamiento para hacer del alta un motivo de celebración? Si esto fuese así, el retroceso del paciente y/o la ausencia de su familia en el tratamiento en una etapa previa al alta no merecen entonces ser leídos como un acting. Tal vez debemos pensarlo como un modo no simbolizado de retener esa mejoría que había logrado alcanzar, como un manotazo desesperado de quien intenta aferrarse a ese Otro/Dispositivo que ofertó esa ficción, con principio y fin, y que resulta difícil de reemplazar.

Por eso insistimos tanto: la carencia de lugares apropiados para la derivación, luego del tratamiento en Hospital de Día, deja a estos sujetos a merced de una sociedad violenta que aumenta su vulnerabilidad, reiniciándose así el circuito alienante que ya conocemos. Así sostenemos tratamientos más allá del tiempo razonable, supliendo carencias, saturando los recursos que debieran estar disponibles para que nuevos pacientes puedan beneficiarse del tránsito por Hospital de Día.

Pensamos entonces que la Ley Nacional de Salud Mental constituye sin duda un avance jurídico en el papel, pero en la práctica cotidiana, estos problemas que planteamos persistirán hasta tanto no se demuestre, desde la implementación de políticas de salud estatales, una firme decisión de cambio que se traduzca en acciones concretas alineadas con dicho enunciado.

La ley, el hospital, el equipo, el paciente, la familia, la comunidad, generan condiciones de trabajo, de encuentro, de alojamiento. Cada época, con sus marcas histórico-político-sociales, nos permite encontrar modos de tramitar el malestar de la marginación, de la locura, de la soledad de nuestra práctica.

Nuestro viejo recurso, el Hospital de Día, hoy tiene la oportunidad de seguir planteándose un lugar de joven e instituyente propuesta. Sigamos despiertos y abiertos al intercambio ■

Referencias bibliográficas

1. *Hospital de día. Fundación. Historia. Fundamentos de la práctica.* 1983-1993. Cuadernillo de circulación interna.
2. Destuet S. *Encuentros y Marcas.* Serie autores 1, COLTOA Grupo Editor, 1999.
3. Giordano A. *Tratamientos del malestar desde un encuentro con la subjetividad*, ficha de circulación interna, 2009.
4. *Ley Nacional de Salud Mental Nro 26657*, 2010. Disponible en: <http://www.forumadd.com.ar/documentos/ley-26657-SM.pdf> (último acceso: 13/4/2012).
5. Iuorno R. *En el Hospital...* Editorial Catálogos, 2004. p. 84-86.
6. Negro L. *Equipo de trabajo, una construcción.* Artículo (1996) ficha de circulación interna.
7. Llimos S. *Una intervención diferente, para rehabilitar la psicosis.* Tesis presentada para el Curso de Complementación Curricular, Universidad Nacional de San Martín, 2005.
8. Freud S. *Malestar en la Cultura.* Obras Completas, Tomo XXI. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1978.

Nuevos desafíos y actualidad de la práctica privada en los Hospitales de Día y otros dispositivos intermedios

Pablo Maureso

Médico, UNL

Especialista en Psiquiatría

Coordinador de Hospital de Día y Talleres, Clínica Privada Banfield (sede Capital)

Coordinador General, Hospital de Día, Clínica Las Heras, CABA

E-mail: pmaureso@gmail.com

Introducción y definición

El Hospital de Día (HDD) es un dispositivo de tratamiento ambulatorio e intensivo pensado para la asistencia de pacientes severamente perturbados en el marco de una institución privada o pública. Como su nombre lo indica, las coordenadas de tiempo (diurno) y espacio (institución) definen su marco, estableciendo características intermedias con los dos procesos terapéuticos más habituales: la internación, con la que comparte su intensidad (frecuencia diaria), y el consultorio externo, con el que se asemeja por su carácter ambulatorio.

Las enfermedades psiquiátricas generan síntomas que aíslan al paciente de la familia, de sus pares y de la comunidad. Muchas veces los pacientes carecen de toda conciencia de enfermedad y situación, motivo por el cual suelen abandonar los tratamientos. Ambos hechos tornan necesario la creación de un espacio terapéutico intensivo, con abordaje diario y grupal que promueva su compensación, rehabilitación y estabilización, así como el aprendizaje de conductas y hábitos sobre el manejo de su enfermedad.

Resumen

La práctica clínica diaria en los Hospitales de Día se ha visto expuesta a numerosos cambios en los últimos años. Estas modificaciones se han generado a partir de numerosas instancias: nuevas leyes, ampliaciones y recortes en la cobertura de obras sociales y prepagas, cambios en la población admitida, nuevos programas de seguimiento post-alta, más accesibilidad a certificados de discapacidad, mejores posibilidades de acceso a la medicación por parte de los enfermos crónicos. Sin embargo, y como contrapartida, sigue siendo muy escasa la divulgación de trabajos clínicos, estadísticas, y -sobre todo- la formación de los profesionales de manera tal que se pueda contemplar su inclusión como parte del abanico terapéutico disponible para pacientes graves.

Palabras clave: Hospital de Día psiquiátrico - Legislación en Salud Mental - Criterios de admisión - Esquizofrenia - Trastornos de Personalidad - Discapacidad - Capacitación profesional.

CHALLENGES AND PRESENT SITUATION IN PRIVATE PRACTICE IN PSYCHIATRIC DAY HOSPITAL AND OTHER INTERMEDIATE DEVICES

Summary

The daily clinical practice in Psychiatric Day Hospitals has experimented several changes in the last recent years. These changes are the result of numerous situations: new laws, extensions and reductions in therapeutic covering from pre-paid medical services, social security, new follow up programs for outpatients, more access to disability certificates, better possibilities to provide free-cost medications to chronic ill patients. However, on the other hand, the popularization of clinic works, statistics, and -over all- training of professionals is still scarcely frequent, so that its inclusion could be considered as part of the many therapeutic alternatives for severe ill patients.

Key words: Psychiatric day hospital - Professional training - Admission criteria - Social changes - Mental Health laws - Schizophrenia - Personality Disorders - Psychosis.

El HDD tiene por características esenciales diferenciarse de otros dispositivos porque además de la farmacología, la escucha y la palabra, incorpora a las diferentes actividades terapéuticas al dispositivo, y por ende, a un equipo profesional multidisciplinario. Dichas actividades se realizan dentro de un ámbito grupal, con un fin marcadamente terapéutico y no recreativo, coordinados por un profesional especialista.

Es de fundamental importancia la inclusión de la familia de los pacientes en el seno del tratamiento, ya que sin el trabajo sobre la misma, la posibilidad de establecer modificaciones duraderas y adaptaciones y/o aprendizajes se reduce notablemente por la falta de elaboración de los cambios.

En general los pacientes llegan derivados por otra instancia (externación de sala de agudos y/o consultorios externos), y suelen desconocer las características del tratamiento. Puede tratarse de pacientes en su primer episodio de enfermedad o con antecedentes de varios años con la misma. La familia suele aliviarse ante la posibilidad de "un seguimiento diario" (si viene de internación) o de "hacer algo" (si viene de consultorios externos). Por el contrario, el paciente suele aliviarse al explicitársele que el HDD funciona con puertas abiertas, que es voluntario y que le permite retornar al hogar diariamente. Los pacientes pueden entrar o salir de la institución, pero avisando o solicitando permiso, según la situación. Esto disminuye el temor a la internación y la sensación de custodia o control a la que se sienten expuestos.

El HDD puede ser de jornada completa o reducida (media jornada). El primero es un espacio pensado para pacientes muy graves, sobre todo con grandes dificultades sociales: carentes de familia o grupos de pertenencia, alojados en un pensión u hotel por su obra social, indigentes, sumamente psiquiatrizados por varios años de internaciones, con absoluta incapacidad para organizar su cotidianeidad en forma autónoma. En estos casos el dispositivo se desarrolla mañana y tarde y al paciente se le provee la medicación, almuerzo y colaciones, permaneciendo institucionalizado la mayor parte del día. Se torna indispensable un manejo cuidadoso de los tiempos de tratamiento, ya que tienden a la pasividad y a la "instalación".

El HDD de media jornada es un dispositivo ideal para el abordaje de las psicosis, ya que promueven que el paciente tenga "algo que hacer" con los cortes de tiempo que el modelo de asistencia parcial genera (fines de semana, tardes o mañanas), desafío que favorece la transición y la apropiación de una rutina de actividades (cotidianas, domésticas, educativas, laborales, de auto-mantenimiento), propiciando así su integración familiar y social.

Otra forma corriente de organizar el HDD dentro del marco de una institución es separando las poblaciones en dos grupos de media jornada: uno matutino y otro vespertino. En este caso los grupos se conforman con diferentes características: se incluyen por la mañana a pacientes de evolución más prolongada, deficitaria, con efectos de cronicidad en el curso de su enfermedad; y

por la tarde otro grupo en el que se incorporan pacientes que cursan su primer brote, jóvenes con escaso tiempo de evolución, que presentan menor deterioro, trastornos bipolares, trastornos de personalidad dependiente, síndromes depresivos, neuróticos en situaciones de crisis o duelos.

Es muy importante que el HDD tenga un acceso fácil, con medios públicos de transporte, esté ubicado en zonas urbanas, pobladas, integradas a la comunidad (ideal barrios), donde circule gente, haya comercios, otras instituciones, áreas de recreación (bares, plazas, parques, ferias), ya que una vez instalados allí, los pacientes suelen usarlo como "punto de reunión" con sus pares en salidas diurnas o de fin de semana pactadas autónomamente con sus pares.

Otro elemento fundamental es que el HDD tenga un ingreso propio e independiente de otros ámbitos terapéuticos, brindando privacidad e independencia. Suele ser muy resistido cuando el acceso es común a la sala de internación o esta forma parte del mismo edificio, al igual que cuando coinciden pacientes internados y ambulatorios simultáneamente en alguna actividad. Los pacientes deben formar un grupo homogéneo de externados y ambulatorios.

Las instalaciones deben tener varios ambientes sectorizados y de libre circulación para que puedan apropiarse y colonizarlos, a fin de poder alternar momentos grupales o de aislamiento (salones, salas de espera, pasillos, SUM, patios, cocina). Se deben establecer los fines de cada espacio para promover la movilidad, la circulación, el interés por diferentes estímulos (huerta en el jardín, lectura en la biblioteca, algún juego de mesa o música en los armarios correspondientes) en los espacios de tiempo libre.

Es sumamente recomendable que el equipo profesional, así como el personal (enfermeros, secretarías, asistentes, porteros) permanezca estable, favoreciendo la confiabilidad que los pacientes requieren.

El equipo profesional está conformado por médicos psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionales (TO), musicoterapeutas (MT), trabajadoras sociales (TS) y terapeutas corporales, comprometidos con un trabajo "de conjunto" y horizontal. Se sugiere que no supere un número mayor de 10 profesionales para favorecer la organización y el ensamble de trabajo, así como la unidad de criterios.

El tiempo de duración del tratamiento no está prefijado, quedando determinado a la evolución individual del paciente. El plazo promedio oscila entre los 6 meses y los dos años, siendo a veces condicionado por motivos de cobertura de la OS, económicos o perentoriedad de plazos laborales.

Bases teóricas

Como todo trabajo de equipo, y en el que confluyen distintas disciplinas, el HDD está inmerso en la interacción de diferentes marcos referenciales: el biológico, el médico, el psicoanalítico, la teoría de grupos, las terapias conductivas y sistémicas, las terapias familia-

res, las políticas de estado, las leyes laborales y sociales. Esta multiplicidad de discursos no excluyentes implica un gran esfuerzo de elaboración por parte del equipo terapéutico, ya que requiere de una gran plasticidad, flexibilidad y capacidad de adaptación al integrarlos en aras de ser utilizados como herramientas terapéuticas en el complejo espectro de problemas y situaciones que la clínica presenta día a día. Por eso es de fundamental importancia la experiencia clínica de los miembros del equipo terapéutico, para conformar un grupo de tales características.

Para ser incluidos en el HDD, los pacientes deben presentar condiciones mínimas de agrupabilidad que les permita "estar entre otros"; no obstante cada tratamiento es pensado y dirigido individualmente según su evolución.

Las enfermos psiquiátricos han sido a lo largo de la historia relegados, segregados, apartados de la sociedad, atribuyéndoseles distintas causalidades, a cual más inverosímil, acordes a los paradigmas de las diferentes épocas. No es hasta la Revolución Francesa en que los mismos empiezan a ser "tratados" dentro de esbozos terapéuticos, sociales, morales y donde la institución juega un rol esencial (Pinel-Esquirol). Asimismo las enfermedades empiezan a ser explicadas como alteraciones del cerebro.

El descubrimiento del mundo inconciente por Freud y su posterior desarrollo de las etapas psicoevolutivas y sus trastornos amplían notablemente el concepto de psicopatología, lo cual dio lugar al nacimiento de nuevas terapéuticas (psicoterapias).

A partir de la Segunda Guerra Mundial se desarrollan algunas experiencias de desmanicomialización y en los años 70, un fugaz movimiento antipsiquiátrico; se pone sobre el tapete la discusión sobre nuevas formas de abordar la resocialización en las psicosis.

Han sido muy importantes los aportes realizados por la farmacología: primero con los neurolepticos y anti-depresivos tricíclicos, luego con los antirecurrenciales, tranquilizantes y antipsicóticos atípicos. Con estos últimos se deja de centralizar el tratamiento en los síntomas positivos de las psicosis: delirios y alucinaciones, apareciendo, ahora, una acción sobre otros mecanismos que promueven una mejoría en los síntomas negativos como apatía, abulia, retraimiento social, etc. Además, al responder a otros mecanismos de acción, los efectos secundarios son mucho menores, quitándole la "fachada" psiquiátrica que los fármacos tradicionales provocaban en los pacientes, los cuales se veían temblorosos, rígidos, con la mirada fija o con cutis céreo.

Si bien todos estos efectos contribuyen a favorecer la inclusión social y recuperar funciones muy afectadas, es importante establecer que la medicación es condición necesaria, pero no suficiente para el restablecimiento del mismo. Los *scores* de las escalas como la PANSS (*Positive and Negative Syndrome Scale*) mejoran notablemente; sin embargo, es crucial establecer una dirección a esa mejoría (desinhibición, mejor predisposición, tendencia a compartir algún hábito), orientándola en base al conocimiento individual del paciente, para lo cual

es importante múltiples instancias terapéuticas y estar atento a cuáles de ellas puede incorporar y apropiarse, como una actividad que tenga sentido para él, y le permita desarrollarla por fuera del marco del HDD.

Todo ese proceso ocurre dentro de un marco estable, organizado y predecible, donde el sujeto es reconocido por otros pares y tiene un lugar propio dentro del grupo.

En los últimos 20 años se han producido una serie de cambios sociales profundos que promovieron modificaciones significativas en la concepción del abordaje de los problemas de la Salud. Con el advenimiento de la Gestión y el Gerenciamiento se han reducido los días de internación, el número de sesiones ambulatorias, *vademecums* de productos a ser utilizados y un riguroso control de las prestaciones que son auditadas, lo que da un margen más estrecho de acción terapéutica, con el fin de racionalizar los recursos y lograr mayor eficacia. Todos estos cambios se suceden muy rápidamente y en forma simultánea, lo que perjudica severamente a un grupo numeroso de pacientes afectados por cuadros graves, en condiciones desventajosas por su escasa capacidad de adaptación, fruto de estructuras endebladas de organización psíquica. Estos pacientes requieren de un marco más estable y organizado para poder acceder a alguna forma de estabilización y orden mínimo en sus vidas. Lyon, en su libro sobre la postmodernidad, plantea como una de sus características principales "el desmantelamiento de la venerable tradición, la inconstante búsqueda de nuevas formas de hacer las cosas, lo cual lleva al cambio permanente..." (1).

La labilidad de las estructuras psicóticas y otros trastornos suele verse afectada seriamente ante esta fragmentación de su realidad.

Estos cambios han motivado la necesidad de revisar la atención de pacientes "severamente perturbados" o "de riesgo" debido a la gravedad de sus síntomas: alucinaciones, delirios, agitación, negativismo, agresividad, impulsividad, trastornos serios de relación, inestabilidad, pasajes al acto, depresiones mayores o adicciones.

Estos síntomas producen un deterioro marcado de sus capacidades laborales, vinculares, sociales y económicas, alteran las relaciones familiares y pueden afectar riesgo para sí o para terceros. Estas características los tornan más susceptibles de crisis o descompensaciones, suscitadas por factores diversos: situaciones de mayor exigencia, cambios, presiones laborales, conflictos familiares, pérdidas en general, o abandono de tratamientos.

El dispositivo de HDD se realiza en el marco de una institución que recibe a los pacientes que acuden demandando alguna forma de orden terapéutico o derivados por otro profesional. En el seno de la misma se brinda atención, contención, escucha y organización para asistir los padecimientos que motivan la demanda.

El hecho de que la atención sea parcializada (medio día, fines de semana sin tratamiento) facilita la elaboración de la ausencia, ya que el paciente no está asistido en todo momento, hecho que lo obliga a enfrentar y

resolver distintas situaciones personales, domésticas o familiares, evitando así quedar instalado en un lugar de dependencia absoluta ante la institución.

El paciente dispone de varias horas diarias para desarrollar distintas actividades destinadas a estimular áreas afectadas por el curso de la enfermedad y cuenta con la disponibilidad de varios terapeutas en forma permanente, pero regulada por normas y horarios preestablecidos que conforman un organigrama con gran poder organizador. Este ambiente estable permite el establecimiento de múltiples transferencias e identificaciones que favorecen su circulación e integración al no constituirse en un discurso único y absoluto que inhiba o limite su progreso por los distintos espacios.

Otra herramienta esencial es el así llamado "clima terapéutico" (2), elemento de muy difícil definición constituido por el fenómeno grupal que se genera del compromiso conjunto de compartir el proceso de recuperación con otros pares en un ámbito de colaboración mutua. Este concepto queda homologado al de "medio ambiente facilitador" desarrollado por Winnicott (3, 4) que, bajo ciertas reglas, favorece el desarrollo y la expresión de complejos y conflictos establecidos en etapas tempranas, lo cual anima al paciente a aventurarse en áreas otrora inexploradas en un ambiente cuidado, pero no sobreprotegido, favoreciendo su crecimiento emocional y fomentando su confianza, mejorando así su autoestima y logrando diferentes formas de reconocimiento.

Los señalamientos del equipo profesional están dirigidos a propiciar la palabra y la acción, intentando pesquisar algún indicio de gusto propio que lo represente, para poder ahondar ese camino. También van dirigidos a fin de evitar situaciones que puedan afectarlos o que hayan sido perniciosas en el pasado.

Se considera al HDD un dispositivo que permite ahorrar costos al disminuir el número de internaciones y/o descompensaciones por abandono de tratamientos, disminuyendo así los gastos de infraestructura por cama y alimentación o provisión de medicamentos en pacientes agudos. También es cierto que demanda más horas de trabajo profesionales, no obstante el mayor beneficio que provee está ligado a la calidad de vida de sus pacientes.

En lo referente a evitar internaciones, es importante aclarar que rara vez un paciente ya descompensado pueda beneficiarse al incluirse en un grupo de pacientes estabilizados. Complica sobremanera la dinámica del grupo y rara vez pueda compensarse en esas condiciones. Esta situación -nada infrecuente- suele darse en el marco de una derivación "urgente" con connotaciones tardías. Generalmente obedecen a la negativa del paciente a internarse o a la oposición de la familia, hechos que tornan muy complicado el manejo del paciente ambulatorio en tales condiciones, y que despierta gran ansiedad en el profesional tratante, así como la necesidad de querer compartir la responsabilidad (o simplemente delegarla).

Por otro lado, el seguimiento diario o intensivo de un paciente en tratamiento permite un amplio margen

de acción preventiva, hecho que permite maniobrar ante situaciones de crisis pudiendo sí, en este caso, evitarse internaciones inevitables en otro contexto terapéutico.

Es de destacar que en el HDD conviven el espacio individual (control farmacológico y psicoterapia), el grupal (terapia de grupo, actividades terapéuticas: TO, MT, Exp. Corp.) y el comunitario (asambleas, actividades domésticas, salidas y compras). Esta superposición de espacios simultáneos determina una organización específica, ya que establece en qué espacios se deben plantear o trabajar determinados temas, configurando así un modelo de funcionamiento que ordena y limita el discurso de los pacientes, favoreciendo así su integración y adaptación sociales (5).

Admisión

Los pacientes llegan a la entrevista de admisión derivados por profesionales de sala de internación, de consultorios externos, de consultorios particulares, de la coordinación de Servicios de Salud Mental, y eventualmente de servicios de emergencias, médicos de guardia, o tratamientos domiciliarios programados.

Durante décadas el HDD ha funcionado como un ámbito de tratamiento pensado para la transición de pacientes externados o como sostén ambulatorio de aquellos que están en atención en consultorios externos que requieran de mayor contención, intención de resocialización, o un seguimiento más intensivo. Sin embargo, sus características inherentes de atención intensiva de pacientes muy graves ha condicionado un efecto de "cajón de sastre", ya que termina siendo la derivación final de pacientes complejíssimos que "no encajan" en los dispositivos habituales por presentar particulares formas de funcionamiento, difíciles de abordar: trastornos del desarrollo, adicciones, extrema impulsividad, violentos, muy actuadores, pacientes orgánicos y un largo etc. Esta derivación suele ser fruto de la impotencia profesional de los tratantes. Sin negar la evidente capacidad de contención que brinda el dispositivo, es importante aclarar que las indicaciones para admitir a un paciente son muy precisas y están basadas en una larga experiencia sobre el funcionamiento grupal de personas severamente perturbadas.

En mi experiencia en los dos Hospitales de Día que coordiné en distintas instituciones, las derivaciones provenientes de internación duplican a las realizadas desde dispositivos ambulatorios (ver Cuadro 1). Este clásico devenir se ha visto, además, condicionado por la circunstancia de que el acortamiento de los tiempos de las internaciones (15-20 días) hace que las mejoras alcanzadas por los pacientes estén promovidas por el efecto de la medicación, pero sin tiempo alguno para la elaboración de las causas de las crisis, ni trabajo suficiente con las familias para su externación, ni mucho menos generar alguna conciencia de enfermedad o situación, por lo que habitualmente nos llegan a la admisión "compensados químicamente", pero absolutamente desprovistos del sentido de la misma y en condiciones apenas sustentables para su funcionamiento ambulatorio.

Es de buena praxis (si se trabaja en red) entrevistar al paciente antes de la promulgación de su alta para que tenga conocimiento físico del establecimiento, así como información sobre las características de su funcionamiento, pero sin dejar de considerar que muchos pacientes aceptan la derivación a HDD porque saben que es condición para su salida de la internación, pero al carecer de trabajo sobre su situación, suelen desertar o abandonar rápidamente una vez externados. El contacto fluido entre los profesionales de ambos dispositivos favorece la agilización del proceso, así como la determinación de criterios comunes de inclusión.

Es recomendable que la admisión se realice en varias entrevistas, a fin de poder observar al paciente en diferentes circunstancias: p. ej. solo o acompañado por familiares, y de ser evaluado en distintas áreas por diferentes miembros del equipo terapéutico, a fin de recolectar la máxima cantidad de datos, así como su capacidad para sostener las entrevistas en un período de tiempo no mayor a las dos semanas.

Deberá prestarse especial atención a tres áreas: la psiquiátrica, la psicológica y la ocupacional.

Para la confección de una historia clínica (HC) médica tradicional es aconsejable la presencia de familiares que puedan aportar datos omitidos por el paciente, prestando especial atención a la epicrisis o informes enviados por los derivadores, buscando factores desencadenantes de las crisis, historia farmacológica, semiología, y patologías orgánicas asociadas.

La anamnesis ocupacional, llevada a cabo por un terapeuta ocupacional, releva datos concerniente al desempeño ocupacional actual y desde la perspectiva histórica de cada sujeto. Las áreas en las que se procura detectar habilidades y déficits son las relacionadas con: trabajo y estudio, participación social, juego, ocio, actividades recreativas que impliquen o no su inclusión en grupos de pertenencia, y todas las que abarcan las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (autonomía en el cuidado e higiene personal, cuidado de la casa, manejo del dinero, preparación de alimentos, traslados y manejo en la comunidad).

Desde el punto de vista psicológico se escucha el discurso del paciente, sus mecanismos de defensa preponderantes, su actitud, su compromiso con los tratamientos, historia de pasajes por otros HDD, su agrupabilidad, presencia o no de síntomas de riesgo, adherencia terapéutica y conciencia de enfermedad y situación.

Una de las instancias más importantes a evaluar es el grado de cooperación y continencia que brindará la familia. No es infrecuente que la distancia geográfica, situación laboral de los mismos, su perturbación o simplemente su desinterés actúe obstaculizando el curso del tratamiento. Estas instancias se verían atenuadas significativamente si se pudiera contar mas asiduamente con la posibilidad de acompañantes terapéuticos, de vital importancia para colaborar en traslados, organización cotidiana y desenvolvimiento por fuera del marco del HDD, pero esta importante herramienta terapéutica rara vez es reconocida por los sistemas de salud, y al

quedar relegados a las posibilidades económicas de la familia, suelen ser desestimados o no se sostienen mas allá de unas pocas veces.

Luego de la evaluación en estos campos, el equipo terapéutico en su reunión semanal, sopesa concienzudamente la factibilidad de ingresar al paciente al grupo, luego de discutir el diagnóstico, y proyectar un eventual plan de trabajo. En caso de concluir que el paciente no es pasible de beneficiarse con el dispositivo, se sugiere una derivación como parte de una devolución realizada al sujeto y su familia.

Es en esta área donde se ha modificado sustancialmente algunos criterios en los últimos cinco años. Durante décadas se trataba de no incluir a individuos jóvenes o en situación de debut de su enfermedad en HDD "a fin de no fomentar su psiquiatrización", suponiendo que permanecer en su medio habitual significaba preservarlo del estigma de las enfermedades psiquiátricas. A menudo se escuchaban frases como "ya va a tener tiempo de integrarse con el resto". Las últimas investigaciones realizadas en las que se estudian las imágenes (vía RMN de cerebro) constatan que con cada crisis o brote se pierde materia gris, con el consiguiente deterioro cognitivo, motivo por el cual se sugiere estimular desde un principio todas las áreas del psiquismo que la enfermedad afecta, a fin de paliar tempranamente el efecto devastador que suelen tener a nivel estructural, a través de las distintas actividades, ejercicios, juegos que promueve la diversidad del HDD. De esta manera los jóvenes son ahora parte de la población beneficiada con el dispositivo.

Contrato Terapéutico

En caso de ingresar se le aclara al paciente y su familia que su inclusión es por un período de prueba de alrededor de 20 días, para evaluar su desenvolvimiento grupal, su adherencia terapéutica, así como su capacidad de adaptación. Muchos pacientes cuya admisión no ha sido concienzudamente evaluada abandonan la primera semana de tratamiento.

El paciente llega a HDD "traído" o derivado por un profesional, es excepcional que surja como demanda propia, y en ese caso es por una buena experiencia previa. No obstante, es fundamental tomar nota de cuáles son las expectativas del mismo.

Acto seguido, se explicita el reglamento que comprende la prohibición de agredir a compañeros, dañar las instalaciones, avisar por teléfono en caso de ausencia, no retirarse sin autorización, no vincularse sentimentalmente con compañeros, ni concurrir bajo estado de ebriedad ni habiendo consumido drogas. Se regula el uso de celulares y se establecen las normas sobre los sectores en los que se puede fumar, así como la prohibición de hacerlo durante las actividades. No están autorizadas las transacciones comerciales entre compañeros, ni compartir medicación.

Antes de comenzar su primer día de actividad se realizan los tests correspondientes (escala PANSS, Test de Wisconsin y otros), que deben ser repetidos luego con

una periodicidad ya preestablecida, a fin de poder comparar resultados como parte de la evolución.

A veces el diagnóstico de admisión es revisado luego de ver al paciente en funcionamiento dentro del grupo, después de un tiempo de tratamiento. Este principio dinámico de observación determina que la entrevista de admisión puede ser un momento particular, cargado de tensión, una "fotografía instantánea" que no revela la estructura del paciente. El diagnóstico se realiza en base a los criterios diagnósticos del DSM-IV y del ICD-10. Siempre se contempla el diagnóstico situacional.

Criterios de admisión

1. Pacientes psicóticos compensados o estables con predominio de síntomas negativos, apatía o abulia marcada.

2. Pacientes psicóticos compensados con vínculos simbióticos muy estructurados que condicionen lazos sociales muy escasos o insuficientes. Suelen presentar rasgos esquizoides y una moderada ideación paranoide.

3. Pacientes en el espectro bipolar compensados, de episodios recientes, con tendencia al abandono de tratamientos, o que vivan solos o carezcan de familia continente.

4. Cuadros depresivos crónicos, con tendencia al aislamiento. Distimias.

5. Trastornos de personalidad dependiente, infantiles, narcisistas, con propensión al *acting out*, cuadros depresivos, impulsividad e incapacidad de elaborar duelos. No se aceptan pacientes con consumo activo de sustancias prohibidas.

6. Pacientes recientemente externados y que necesiten un sostén intensivo

7. Pacientes con vínculos endogámicos, familias invasivas, o con alto grado de agresión entre sus miembros.

8. Neuróticos en proceso de crisis, duelos patológicos.

9. Pacientes con trastorno de personalidad, sumamente inestables o dependientes, que puedan beneficiarse con la secuenciación y ordenamiento que el dispositivo les ofrece.

Como se ve en el Cuadro 2, en el marco del Hospital de Día de la Clínica Privada Banfield la esquizofrenia es la patología más frecuentemente incluida en el dispositivo de HDD, no obstante es notable el incremento en la derivación de pacientes con distintos tipos de trastornos, de personalidad. La inclusión o no de los mismos queda ligada a la capacidad que tenga el admisor a ser estricto con los criterios establecidos, ya que existe un muy fuerte condicionamiento en algunas pre-pagas para que no se "desestime" la sugerencia o directamente porque la admisión es realizada en las mismas y se deriva directamente al paciente al HDD designado, sin dar opción a reconsiderar la misma.

Criterios de exclusión

1. *Retraso Mental*: en el caso de los moderados y profundos requieren de un abordaje específico y en serie. Se

recomiendan los talleres protegidos o instituciones especializadas. En los casos leves o limítrofes pueden lograr integrarse al grupo de pacientes de HDD.

2. *Psicopatías – Perversión – Antisociales*: boicotean el funcionamiento grupal. Suelen promover actuaciones en los psicóticos. Tienden a manipular a los grupos en su beneficio. Severas dificultades para acatar las normas.

3. *Adicciones y alcoholismo*: requieren de un abordaje terapéutico específico, generalmente comunitario, con orientación hacia la abstinencia y con reglas estrictas especificadas en términos de premio y castigo, ya que suelen adoptar conductas transgresoras. El reglamento impide explícitamente la concurrencia a la Institución en estado de ebriedad o bajo efecto de sustancias. Puede incluirse un abusador o consumidor en el grupo de HDD. Si se trata de una patología dual (p. ej. psicótico y adicto), el cuadro adictivo puede resolverse una vez estabilizada la psicosis de base.

4. *Demencias*: los cuadros involutivos no pueden seguir los lineamientos, debido a su dificultad para la concentración, quedando expuestos por ende a la frustración y a la angustia que le generan su deterioro cognitivo.

5. *Síndromes Cerebrales Orgánicos*.

6. *Epilepsias*.

7. *Pacientes agresivos, excesivamente paranoides*, que no puedan presentar condiciones mínimas de agrupabilidad.

8. *Pacientes con ideación suicida franca*, que conlleva riesgo suicida inminente.

9. *Pacientes con descompensaciones psicóticas agudas*. Se sugiere aguardar a la compensación.

Criterios de alta

El alta es concebida como un proceso, resultado del efecto del tratamiento sobre el padecimiento del paciente, y no debe ser entendida como una mera enunciación o derivación a otra instancia terapéutica menos intensiva. En general viene precedida de varios indicios: mejora sintomática, mejor inserción familiar, inclusión en alguna actividad por fuera del HDD, lazos sociales u organización de salidas o encuentros con compañeros o ex compañeros, explicitación de algún proyecto que le concierne (adecuado a él), y una marcada tendencia a organizar su rutina en forma autónoma. El paciente refiere sentirse mejor y debe notar cambios con respecto a su ingreso. Tiende a querer concurrir con menor frecuencia. El equipo terapéutico le sugiere concurrir en un plan parcial: pasa de 5 a 3 días por semana (pueden ser 2 eventualmente) como transición previa, debiendo elegir a qué actividades desea concurrir. El paciente vivencia esto como "la antesala" al alta terapéutica por haberlo compartido con ex compañeros previamente.

Transcurrido un período variable (de uno a tres meses) se le comunica la decisión del equipo terapéutico en Asamblea comunitaria con 15-30 días de anticipación y su derivación posterior, generalmente consultorios externos en tratamiento individual psicoterapéutico y farmacológico, con la eventualidad de concurrir a un taller o actividad terapéutica (musi-

coterapia, terapia ocupacional, expresión corporal), junto a otros pacientes de Consultorios Externos. Habitualmente son festejadas en su último día con sus compañeros.

En resumen:

1. Mejoría sintomática vivenciada por el paciente y el equipo terapéutico.

2. Mayor conciencia de enfermedad. Remisión o alivio sintomático según el cuadro.

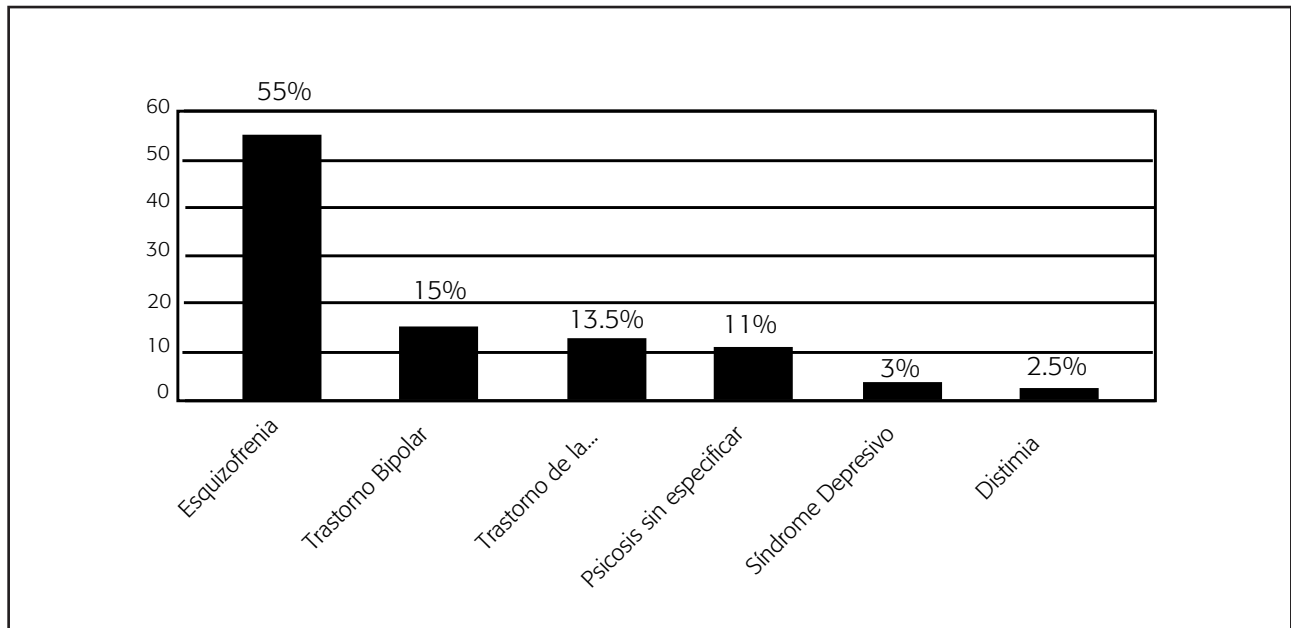
3. Establecimiento de un lazo social o socialización.

4. Apropiación de alguna actividad durante su paso por HDD.

5. Alta con algún proyecto personal a futuro.

6. La familia mejoró su funcionamiento como resultado de entrevistas y/o mejora del paciente. Manejo por pautas psicoeducativas de las características de la enfermedad.

Cuadro 1. Diagnósticos de los pacientes incluidos en Hospital de Día.



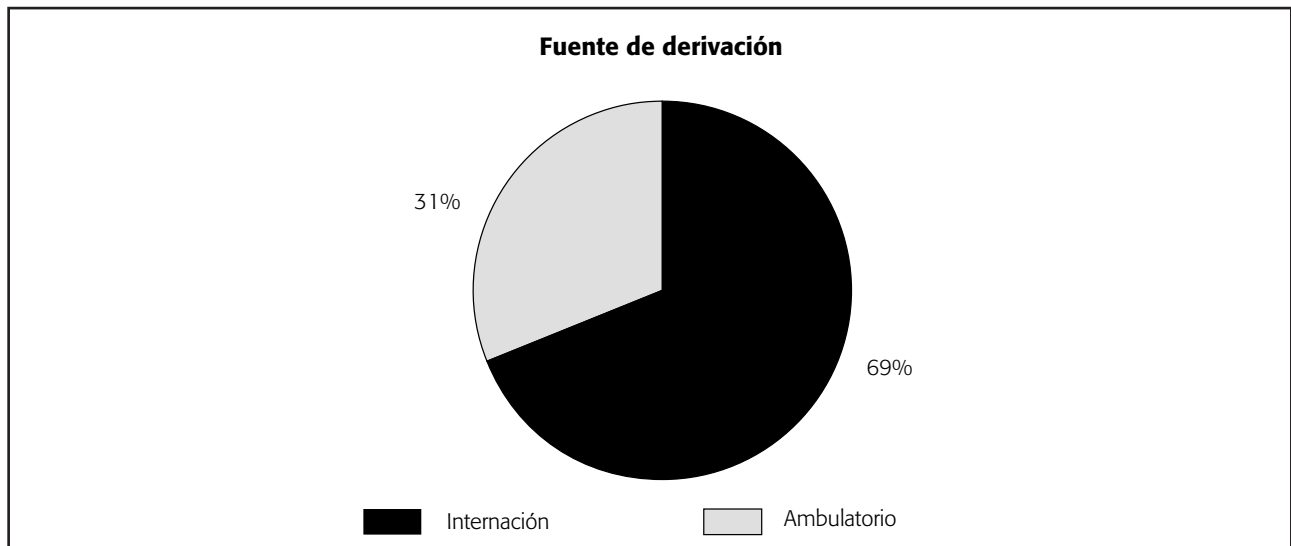
- Se incluyeron 164 pacientes ingresados al Hospital de Día de media jornada en Clínica Privada Banfield (sede Capital), entre junio 2001 y diciembre 2009.

Los pacientes incluidos en el presente estudio permanecieron al menos dos meses continuos en el dispositivo. Se excluyó a los pacientes que no cumplieron con este requisito.

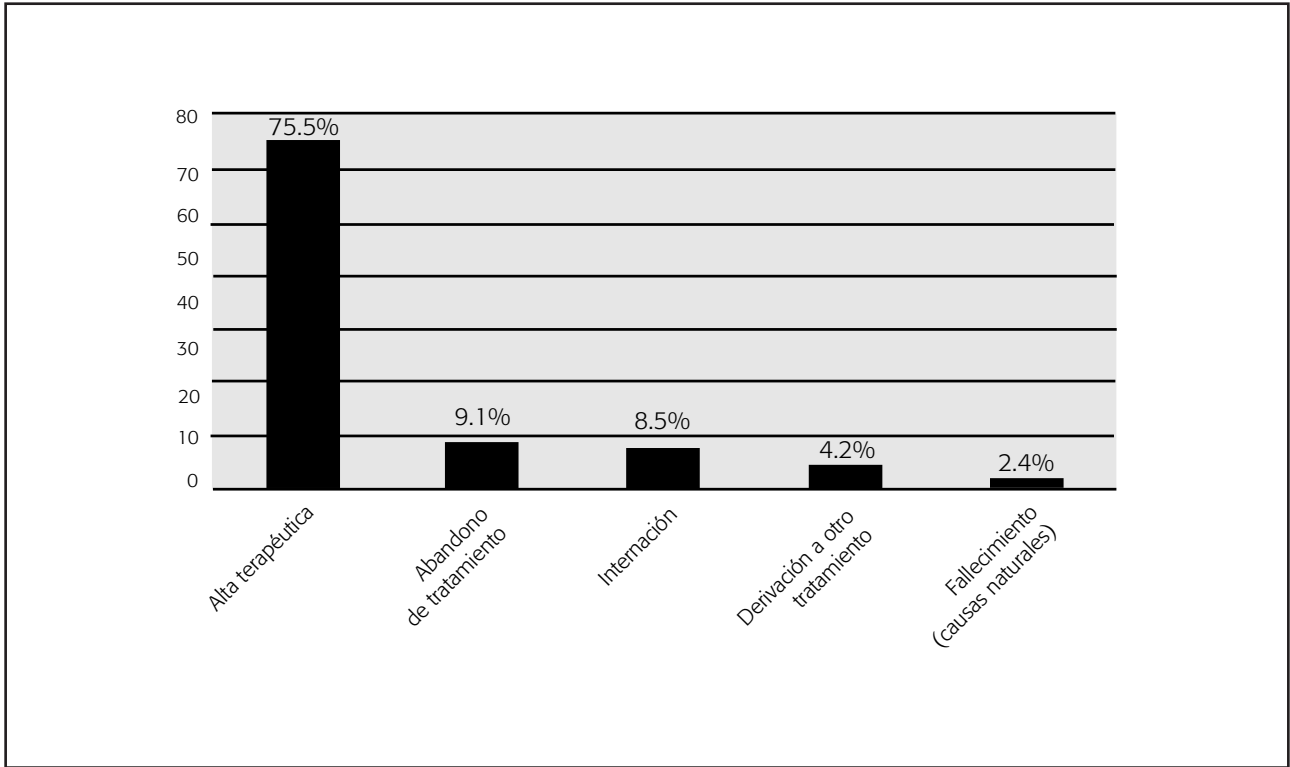
El rango etario osciló entre 18 y 65 años, con la excepción de una sola adolescente.

No se incluyeron pacientes con adicciones, retrasos mentales moderados, trastornos antisociales o perversiones.

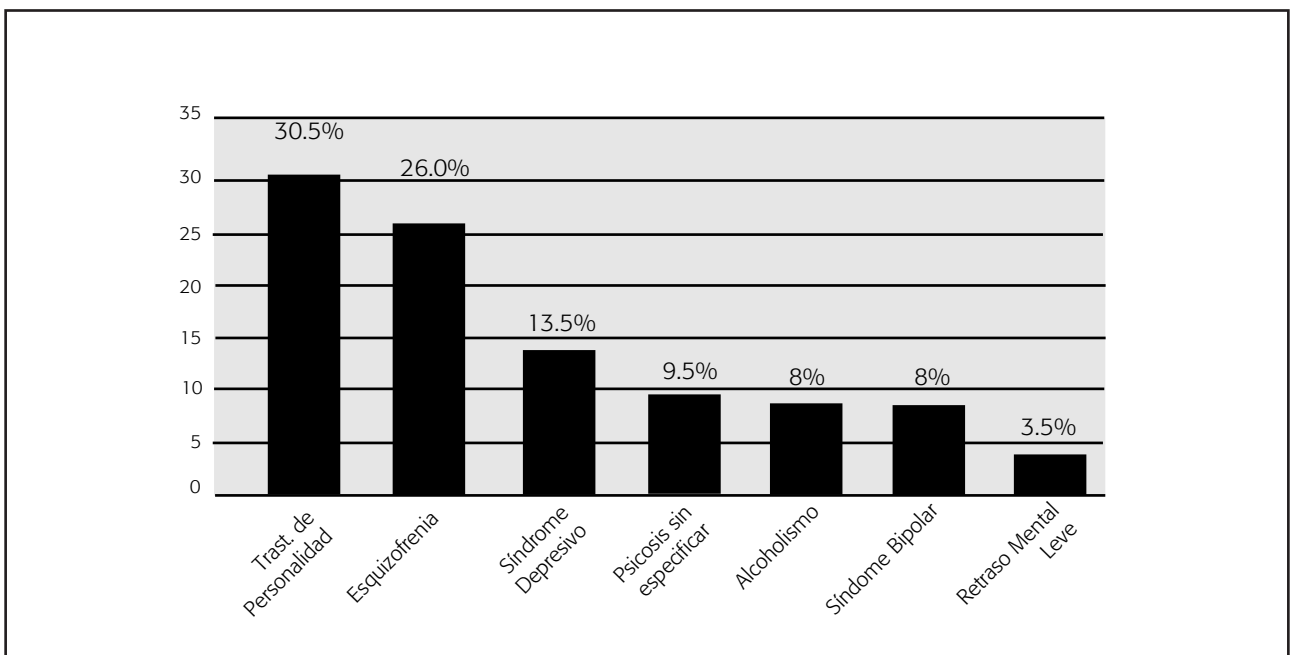
Cuadro 2. Fuente de derivación.



Cuadro 3. Evolución de pacientes en Hospital de Día.



Cuadro 4. Diagnósticos.



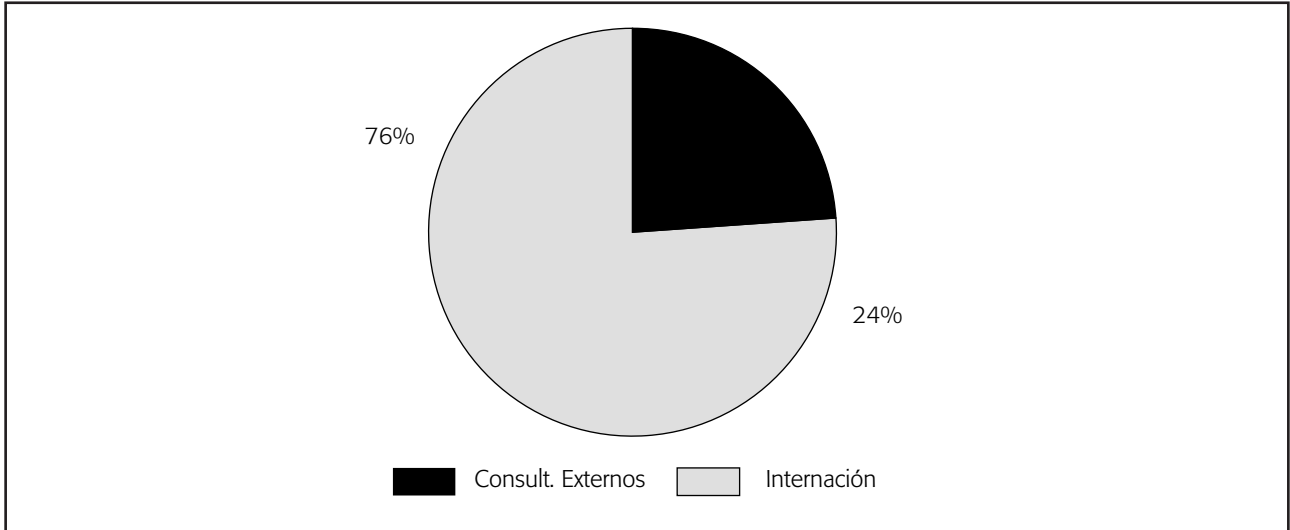
- En el presente estudio se incluyeron 86 pacientes atendidos en el Hospital de Día de la Clínica Las Heras entre agosto 2010 y diciembre 2011.

En el mismo se incluyeron patologías duales, alcoholismo y retrasos mentales leves, además de las citadas anteriormente.

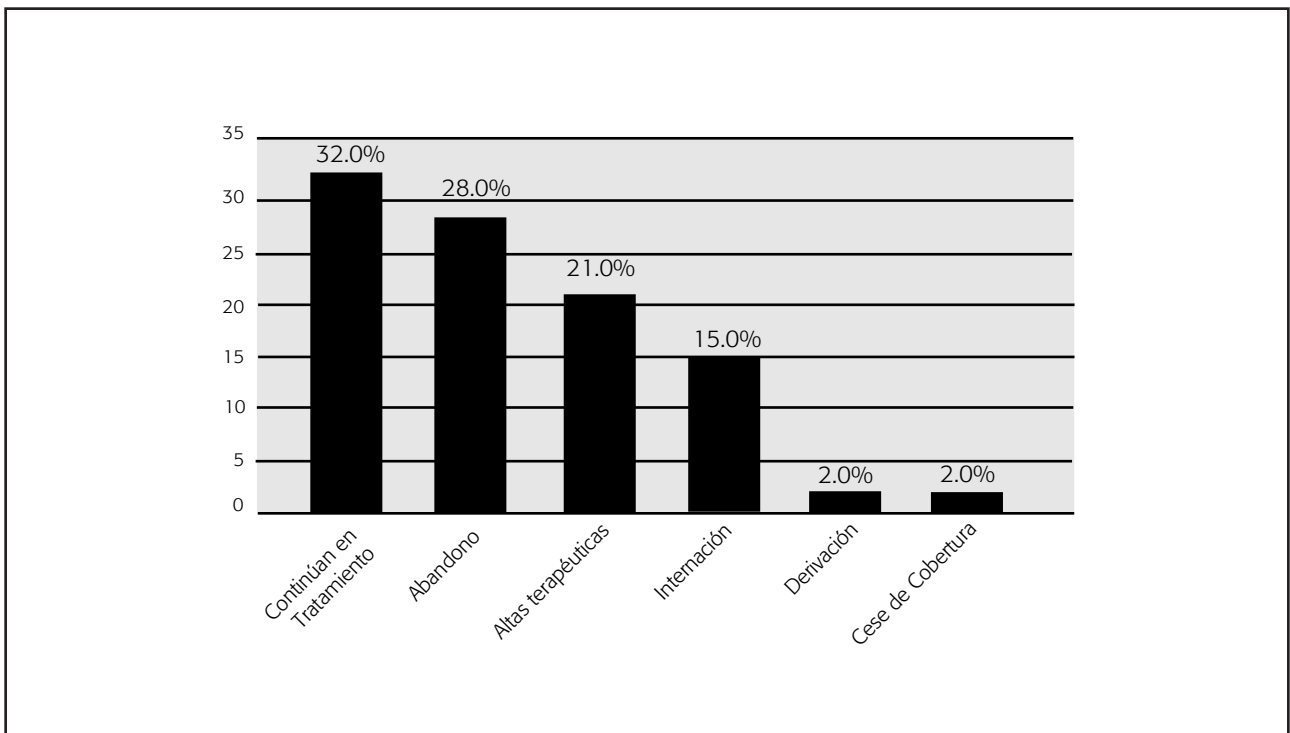
El rango etario osciló entre los 18 y 65 años.

Todos los pacientes estuvieron al menos dos meses en tratamiento.

Cuadro 5. Derivaciones a Hospital de Día.



Cuadro 6. Evolución.



Evolución

Durante el transcurso del tratamiento, la evolución del mismo difiere mucho según las características de la población y del contrato con la Obra Social o prepaga.

En los Cuadros 1, 2 y 3, se ve a modo de ejemplo que en una población mayoritaria de Obra Social,

con predominio absoluto de pacientes psicóticos y sin límite de tiempo de cobertura, evoluciona con un gran porcentaje de altas terapéuticas. El tiempo estimado de tratamiento en la mayoría de la misma osciló entre los 6 meses y dos años. Tanto la psicoterapia como el control farmacológico fueron realizados por miembros del equipo de HDD.

Como contrapartida a lo anterior, en los Cuadros 4, 5 y 6 se observa la evolución de un grupo de pacientes pertenecientes a otra institución: Clínica Las Heras, que cuenta en su población con pacientes de un conjunto de prepagas diferentes, con distintos tiempos de cobertura (hasta 6 meses anuales en un caso y sesenta días de atención anuales promedio en la mayoría de las pre-pagas), mostrando una mayor diversidad en la patología, incluyendo pacientes duales, así como un mayor índice de interrupciones de tratamiento y abandono de los mismos. En estos casos, tanto la psicoterapia como el control farmacológico se realizaron con profesionales externos a la institución en sus consultorios respectivos.

Los tiempos acotados de tratamiento no fueron un obstáculo para lograr remisiones sintomáticas y mejoras clínicas; no obstante, dado el menor tiempo de trabajo, se abre el interrogante de cuán duradera resulte su estabilización. En estos casos se torna indispensable la creación de programas de seguimiento específicos (p. ej. según patología). Cabe establecer que fijar un número pre establecido de días de cobertura, sin atender a qué patología, qué gravedad o qué complicaciones se presenten, tiene por consecuencia obvia un incremento en las internaciones, una peor calidad de vida, mayor demanda de intervenciones de médicos de emergencia, por lo que no conlleva necesariamente un ahorro de dinero.

Suele ser frecuente fuente de tensión el pedido al auditor de extensión de la cobertura por necesidad, ya sea por falta de continencia familiar o por ausencia de remisión sintomática. Esta situación generalmente deriva en una breve prórroga "excepcional" de la cobertura, rara vez suficiente. Solo muy ocasionalmente los pacientes pueden costearse de su bolsillo la continuación del tratamiento, lo que lleva a una derivación a consultorios externos, conformando un "alta administrativa" por cese de cobertura, dejando trunco el proceso iniciado.

Por regla general podemos establecer que los pacientes psicóticos tienden a "instalarse" en el dispositivo, son bastante renuentes a aceptar el alta y solicitan continuar en alguna forma de plan parcial, con muy bajas tasas de internaciones, ya que logran una adherencia plena al tratamiento.

Por otro lado los pacientes con trastornos de personalidad tienden a restablecerse más rápido y a abandonar el tratamiento al transcurrir los 45 o 60 días del ingreso. Previamente suelen dar muestras de crecientes de impaciencia e intolerancia grupal, concurrencia irregular, bajo compromiso y participación. Su reincidencia en internaciones y recaídas sintomáticas es alta. En muchos casos comunican telefónicamente su decisión, no llegando a despedirse de sus compañeros, ni realizar un cierre.

El seguimiento de los pacientes post alta no es sencillo en el campo privado, ya que los mismos suelen dispersarse en infinidad de consultorios, y rara vez quedan nucleados en una misma institución. Hay pocas estadísticas al respecto. Cuando el sistema es

cerrado (p.ej. sistemas capitados), la información puede concentrarse con mayor facilidad.

En principio, es menester establecer que el HDD nace como necesidad de crear una alternativa a la sobreocupación de camas como resultante de los traumas de post guerra en la primera mitad del siglo pasado. Se planteaba así una opción de tratamiento ambulatorio intensivo para pacientes severamente perturbados.

En la actualidad, y en forma creciente en la última década, soplan vientos de cambio en las políticas de Estado sobre la Salud Mental (con la OMS a la cabeza), fomentando la desmanicomialización, a través de trabajos de inclusión, recuperación, discusión sobre la estigmatización de las enfermedades mentales, la rehabilitación y programas de reinserción laboral.

De lo anteriormente expresado se desprende que nuevamente, ante la similitud de algunas condiciones, el HDD parece destinado a ocupar un lugar central en la transición y organización de este nuevo paradigma.

La actual situación nos expone a reflexionar sobre el lugar que ocuparán las instituciones en este nuevo marco. Desde las últimas décadas del siglo pasado asistimos a un creciente establecimiento de las Clínicas, Centros y Hospitales como opción más adecuada de amparo, tratamiento y organización de las poblaciones psicóticas, fuertemente expulsadas, aisladas y estigmatizadas por las fuerzas sociales: empresas, familias, prepagas a través de las así llamadas "carencias" pre existentes, clubes y sociedades barriales que fueron desapareciendo.

Al irse desarticulando el entramado social que las incluía (este fenómeno fue más grande en las grandes urbes que en las poblaciones más pequeñas), los pacientes fueron quedando confinados a las Clínicas y Centros de día, ya sea privados u hospitalarios. En estas instituciones transcurrían los tratamientos. En condiciones bastante protegidas, incluyendo a los familiares (cuando es posible), múltiples disciplinas estimulando las áreas del psiquismo afectadas por el curso de las enfermedades, los nuevos desarrollos psicofarmacológicos y algunas intervenciones de las asistentes sociales, cuyos servicios fueron diezmos en la década del 90. En estas circunstancias se lograban -y se logran- en condiciones de adherencia al tratamiento, estabilizaciones y compensaciones (episódicas y definitivas), lo que en algunos pocos casos permite que el paciente pueda ingresar en el mercado laboral, estudios terciarios o universitarios, e incluso a formar parejas y a veces familias. Todo a merced de un gran esfuerzo de los profesionales, combatiendo la gran resistencia que opera en todos los niveles. Es notorio que la población psiquiátrica tiene muchas dificultades para ser aceptada o priorizada en la elección de puestos de trabajo; esto se debe tanto a las dificultades que presentan los pacientes para afrontar ciertas situaciones de exigencia cuando no están bajo ciertas condiciones "protegidas", como al prejuicio y el estigma que pesa sobre ellos (se suele confundir

enfermedad psiquiátrica con retardo, se los piensa potencialmente agresivos o tendientes a no cumplir con las obligaciones, etc.). En realidad si el paciente se encuentra estable es pasible de tornarse apto para tareas que suelen ser rutinarias o mecanizadas o en trabajos solitarios o incluidos en una estructura que lo organiza. Por el contrario suele ser más dificultosa la atención al público, tareas que impliquen toma de decisiones o el tener personal a su cargo.

Con el advenimiento del nuevo siglo se insinuaron los primeros cambios: la población psicótica ya no era excluyente. Los psicofármacos ampliaron el margen de beneficios alcanzados por esta población, lo que redundaba en una estabilización duradera en los pacientes con mayor adherencia terapéutica. Medicación, que por otro lado, empezó a ser provista por las obras sociales y seguros de salud en condiciones de cronicidad, desfavoreciendo así el abandono de tratamiento por el costo de los mismos.

De pronto aparecían derivados de internaciones breves pacientes con clínicas de trastornos de personalidad que representaban un desafío para el dispositivo, ya que estos desplegaban una problemática distinta: muchos ya habían formado familia, tenían trabajos y estudios, pero su desenvolvimiento estaba atravesado por la inestabilidad, la impaciencia, los actings, las adicciones y las transgresiones, hechos casi nada frecuentes con la población previa.

Esta situación nos llevó a plantearnos nuevas estrategias de abordaje, con plazos menores y diferentes objetivos. Esta transición no ha sido sin notorias dificultades por los fenómenos grupales que se generaban en los pacientes duales y manejos psicopáticos que demandan un encuadre muy estricto. Como parte de este proceso hubo que revisar y actualizar los criterios de admisión, ya que la aparición de nuevas patologías promueve cambios en los vínculos terapéuticos de la misma manera en que cambia la relación actual entre maestros y alumnos, por ejemplo.

En este contexto se instala la inclusión del HDD en el PMO (Programa Médico Obligatorio), (6) hecho importante y señero, pero con un margen muy escaso de tiempo de trabajo (30 días, a veces 60), lo que en estructuras muy rígidas y/o actuadoras es insuficiente y genera condiciones de interrupción de tratamiento por falta de cobertura (y no altas terapéuticas). Se torna indispensable introducir a la brevedad la discusión sobre este aspecto. No ha habido por parte de las instituciones, ni los profesionales, un reclamo de revisar este criterio que parece haber sido establecido sin mayor profundización ni evaluación de sus consecuencias, sino más bien "a la ligera" (el doble de días de internación, por ejemplo). No tengo referencias de que se haya consultado a algún experto en la materia, por lo que parece haberse resuelto "entre gallos y medianoche" fijándose criterios arbitrarios sobre la extensión de la cobertura. Por otro lado, en terreno de comparaciones, la cobertura de los trastornos adictivos es más extensa.

Paralelamente se ha establecido una complicada

situación: la mayoría de las últimas camadas de profesionales de Salud Mental muestran una preocupante falta de criterios de derivación, ya que esta solo se produce cuando el profesional, el auditor o el gerenciador "ya no sabe más qué hacer" con un paciente complicado. El médico tratante en general busca un "aliado" con el que compartir la enorme demanda y la responsabilidad del seguimiento del mismo. Es notoria la dificultad que se presenta para compartir el tratamiento con estos profesionales, ya que carecen del sentido del trabajo en equipo, desarrollo de estrategias conjuntas y miran con cierto "desmerecimiento" el trabajo realizado en los distintos talleres y espacios, confiando solamente en la farmacología como herramienta única y excluyente. A esta contingencia habría que sumar la falta de formación en fenómenos grupales e institucionales. Parecería que la aspiración exclusiva es a atender en el marco de un consultorio y medicar sin atender a las circunstancias personales, familiares y sociales, reduciendo el espectro de la enfermedad al mero devenir biológico estructural. Si bien se ha incorporado la rotación en Inclusión Social en el programa de Residencias, este hecho resulta insuficiente y no compensa el escaso interés que suscita el HDD y otros dispositivos intermedios en la formación de los jóvenes psiquiatras, más seducidos por las novedades farmacológicas y el abordaje terapéutico individual.

El trabajo en equipo con otros profesionales de Salud Mental (psicólogos, terapeutas ocupacionales, musicoterapeutas, asistentes sociales, expresionistas corporales, arteterapeutas), enriquece notablemente el espectro de abordaje de cada paciente ofreciéndole una amplia gama de lecturas de su transcurrir por los distintos espacios. Es muy habitual que los mismos no se manifiesten igual en cada actividad, lo que aporta una visión complementaria, nunca excluyente o redundante, quedando así expuestos los ámbitos por los que puedan desarrollarse sus intereses futuros, sus vínculos, sus capacidades y aptitudes, así como sus debilidades y dificultades, lo que contribuye a su organización y estabilización, tanto como una vehiculización para su mejor inserción en su medio. La supervisión periódica de la evolución de los pacientes en la reunión de equipo se concreta así, a través de su despliegue a lo largo del dispositivo todo.

Es muy difícil establecer el tiempo predeterminado de asistencia, ya que cada caso se piensa en forma individual y depende de sus circunstancias, pero en general se requiere de un proceso de 4 a 6 meses (con una reducción progresiva en la frecuencia) para alcanzar objetivos en forma estable.

Al acortarse los tiempos de internación, las condiciones en que se recibe al paciente, son una compensación clínica; rara vez se ha podido trabajar en profundidad las condiciones de su egreso, lo que conlleva un tiempo extra de adaptación al nuevo dispositivo.

Las prepagas casi nunca contemplan esta situación, aferrándose rígidamente a los tiempos de cober-

tura preestablecidos, salvo en caso de que el paciente presente certificado de discapacidad, pero en general vigilan con gran "celo" el cumplimiento de los plazos de cobertura sin contemplar el estadio del proceso en que se encuentren los afiliados.

En mi experiencia, la casi totalidad de los pacientes que abandonan el HDD en estas condiciones retornan antes de los 18 meses (generalmente vía reinternación).

En las Obras Sociales (especialmente las que se manejan en sistemas "capitados") hay menos presión con los tiempos de cobertura, lo que permite estabilizaciones más prolongadas, reduciendo marcadamente el índice de internaciones.

Finalmente, es imprescindible destacar que si bien la discapacidad certificada genera derechos que otorgan ventajas en las condiciones de tratamiento. de los pacientes (plazos, transportes, medicación), considero que el carácter de transitoria de la misma debería funcionar como un punto de partida para establecer programas de seguimiento específicos una vez lograda la recuperación. Sin embargo es importante aclarar que es necesario evaluar concienzudamente el establecimiento de la discapacidad, ya que en algunos casos hay una búsqueda de beneficio secundario.¹

En ese sentido se están insinuando algunas alternativas interesantes como hogares asistenciales, talleres

y programas de aprendizaje de oficios, casas de medio camino, capacitación y aprovechamiento de recursos y habilidades, todas con la intención de "reinstalar" al paciente en su medio. Esto solo será posible si se cuenta con equipos de personal especializados (y multidisciplinarios) que sostengan individualmente a los pacientes. Es harto sabido que las estructuras de personalidad más endebles tienden a aprender e incorporar los cambios con otros ritmos y otros tiempos, y que su capacidad de adaptación es menor que la del resto de la comunidad, por lo que el trabajo a realizar debe incluir a los docentes, instruyéndolos sobre las dificultades que presenta esta población, de modo de evitar así los clásicos abandonos con la consecuente baja en la estima y consideración familiar y social, cristalizando la cronicidad y la resignación ■

Agradecimientos: al Dr. Martín Nemirovsky. A los equipos de trabajo de los Hospitales de Día de Clínica Privada Banfield y Clínica Las Heras.

Dra. Hebe Roimiser, Dr. Cesar Lucchetti, Dr. Marcos Sehinkman, Dr. Pablo Rozic, Dra. Gabriela Babinsky.

Srta. Romina Giannini y Sra. Teresa Pozzo.

¹ "El certificado de discapacidad mental es otorgado por una junta médica a toda persona que lo solicite y padezca una alteración funcional permanente, transitoria o prolongada en relación a su edad y medio social, y que implique considerables desventajas para su adecuada integración familiar, social o laboral. El paciente puede acceder a una serie de derechos y beneficios estipulados por las leyes nacionales 22431 y 24901 como el pase de libre transporte en medios públicos de pasajeros, obtención del régimen de asignaciones familiares del ANSES, exención de algunos impuestos y solicitud de empleo y administración de pequeños comercios". El trámite es gratuito y personal y se realiza en el hospital correspondiente (Hospital Alvear para adultos y Hospital. Piñero para menores en CABA. Ramsay 2250 para gran Buenos Aires), solicitando turno y completando el formulario de la solicitud de discapacidad. Se puede consultar: <http://buenosaires.gob.ar/guiaba/guia/?info=detalle&menu=1&id=1399/> (último acceso: 3 de abril de 2012)

Referencias bibliográficas

1. Lyon D. La postmodernidad. Alianza editorial, 1994.
2. Ricón L et al. Otros caminos. Paidós, 1992.
3. Winnicott DW. Collected Papers: Through Paediatrics to Psychoanalysis. London, Tavistock, 1958.
4. Winnicott D. Realidad y juego. Gedisa, 1982.
5. Iuorno R. En el hospital. Catálogo, 2004.
6. Programa Médico Obligatorio. Disponible en: <http://www.ssalud.gov.ar/index/index.php?cat=beneficiarios&opc=pmoprincipal> (último acceso: 27 de marzo de 2012).

Bibliografía sugerida

- Bateman A, Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18 – month follow up. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 36-42.
- Bateson G, Jackson D, et al. Toward a theory of schizophrenia. *Behav Sci* 1956; 1: 251-64.
- Canovi A. Comunidad terapéutica: Importancia de la contratransferencia en el equipo terapéutico. *Rev Htal Ital Supl Psicopat* 1982; 43.
- Epstein R. Algunas ideas sobre el HDD. Su estructura y especificidad como dispositivo terapéutico. *Vertex* 1993; 4 (12).
- Feijoo A. Instituciones de internación psiquiátrica intermedia. Hospital de día-Hospital de noche. *Vertex* 1993; 4 (12).
- García Badaracco J. Integración del psicoanálisis individual y la terapia familiar en el proceso terapéutico del paciente psicótico. *Revista de Psicoanálisis* 1978; 35 (3): 529-578.
- Grimson R. La cura y la locura. Búsqueda, 1983.
- Jones Maxwell. La psiquiatría social en la práctica. América Lee, 1970.
- Manghi M, Fenoglio F. De lo cotidiano en Terapia Ocupacional. V Congreso Argentino de TO. La Rioja, 1999.
- Marshall M, Crowther R, Sledge WH, Rathbone J, Soares-Weiser K. Day Hospital vs Admisión for acute psychiatric disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; 12: CD004026.
- Pankow G. El hombre y su psicosis. Amorrortu, 1974.
- Rossi G. El día, más allá del Hospital. Hospital de día. Particularidades de la clínica. Gustavo Bertran. Minerva, 2004. p. 123-137.
- Sevillano Carolina Palma Intervención psicoterapéutica en la fase inicial de la Esquizofrenia: diseño y desarrollo del Programa PIPE. Tesis Doctorales en Red. 2007. Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/9250/PalmaSevillano.pdf?sequence=1> (último acceso: 3 de abril de 2012).
- Stagnaro JC. Hospital de Día: Notas sobre su historia y originalidad terapéutica. Hospital de día. Particularidades de la clínica. Gustavo Bertran. Minerva, 2004. p. 15-25.

El Hospital de Día: una orientación por el síntoma

Daniel Millas

Doctor en Psicología Clínica

Hospital de Día del Servicio de Salud Mental del Hospital General de Agudos

"Dr. Teodoro Álvarez". Coordinador del Hospital de Día Matutino

*Analista Miembro (AME) de la Escuela de la Orientación Lacaniana y de la
Asociación Mundial de Psicoanálisis*

Docente de la Maestría en Clínica Psicoanalítica UNSAM-ICdeBA,

de la Universidad Nacional de San Martín

E-mail: dmillas@arnet.com.ar

Introducción

A continuación trazaré algunas coordenadas que permitan ubicar cuál es el aporte que el psicoanálisis puede realizar a la práctica clínica en un dispositivo de Hospital de Día. Me apoyaré para ello en la experiencia que como coordinador del mismo llevo adelante desde el año 1989.

El Hospital de Día al que me refiero, pertenece al Servicio de Salud Mental del Hospital General "Dr. Teodoro Álvarez" de la Ciudad de Buenos Aires y funciona de lunes a viernes en el horario de 8 h a 13 h. Ofrece tratamiento psicoterapéutico y psiquiátrico a pacientes psicóticos de ambos sexos, entre 18 y 65 años.

En esta oportunidad no me detendré en los antecedentes históricos y los detalles formales del dispositivo¹. Me interesa, en cambio, acentuar una perspectiva clínica en la cual la posición subjetiva del paciente constituye

la condición fundamental para su posible abordaje y tratamiento.

1. Psicoanálisis - Salud Mental

Afirma Lacan (1) que el lugar pre interpreta, es decir, que determina los márgenes de lo que es posible hacer y decir. Entonces, cuando se decide inscribir la práctica psicoanalítica en un hospital público, la primera cuestión será cómo ubicarse en un contexto en el que la práctica de un saber determinado se ejerce en función de satisfacer una demanda social de asistencia. Habrá que tener en cuenta además, que la práctica de ese saber se enmarca en una serie de procedimientos que la institución normativiza y regla en función de objetivos predefinidos.

Resumen

Se estudia el aporte del psicoanálisis a la clínica de las psicosis en el contexto de un Hospital de Día ubicado en el Servicio de Salud Mental de un Hospital General de la Ciudad de Buenos Aires. Se aborda la especificidad de esta práctica a partir de la concepción psicoanalítica del síntoma. Se presentan tres casos clínicos que dan cuenta de los usos posibles del dispositivo.

Palabras clave: Síntoma - Hospital de Día - Enfoque psicoanalítico - Redes sociales - Posición subjetiva.

THE DAY HOSPITAL: BEING ORIENTED BY THE SYMPTOM

Summary

The contribution of psychoanalysis to the clinic psychosis is studied in the context of a Day Hospital located in a Health Mental Service of a General Hospital of Buenos Aires City. The specificity of this practice is covered from the psychoanalytic conception of the symptom. Three cases are presented that allows realizing the different uses of the device.

Key words: Symptom - Day hospital - Psychoanalytic approach - Social network - Subjective position.

¹ Para obtener más información sobre estos puntos consultar en <http://www.psicoalvarez.org>

Por estas razones, nuestras intervenciones en el hospital son correlativas a la invención de un lugar para el analista en la medida en que “no hay” una inscripción formal para un psicoanalista en el hospital. Se está a título de médico, psicólogo, trabajador social, etc., pero evidentemente no como psicoanalista. La invención en juego implica una primera e inevitable confrontación con este hecho, a partir del cual hay que buscar el modo de crear las condiciones que convienen a nuestras intervenciones.

Si tomamos esta perspectiva, podemos constatar que el síntoma tiene también algo de invención, en la medida en que se presenta, tal como Freud lo demostró, como una formación que es el resultado de una transacción entre las exigencias pulsionales y las condiciones que impone la cultura. Es una transacción justamente porque no hay una armonía natural ni una relación fluida entre estos dos registros.

Como es evidente, se trata de una concepción muy diferente a aquella que lo define como un trastorno, es decir, como una conducta anómala que es preciso eliminar o corregir. Cuando se quiere reducir el síntoma a un comportamiento normalizado no queda mucho lugar para la invención. Seguramente quedará lugar para confeccionar dudosas estadísticas, en las que el paciente se volverá un elemento comparable y enumerable. Precisamente aquí se introduce una dimensión temporal ligada a criterios de eficacia y eficiencia. Se busca readaptar a los pacientes en el menor tiempo posible a un orden pre establecido.

Es esta una cuestión muy sensible para nosotros ya que los Hospitales de Día se instituyeron alrededor de dos términos cardinales: readaptación y resocialización. ¿Cómo entender estos términos desde el psicoanálisis?

En 1969 Lacan introduce y desarrolla en su seminario la noción de *lazo social*. El lazo social no es equivalente a la idea de sociedad. Implica admitir en principio que hay diferentes tipos de lazos sociales y que pensar la sociedad como un Todo no es más que una ilusión. También implica afirmar que el sujeto no está solo, que el Otro lo antecede, que es en su campo donde nace y se constituye como tal. Aquí se inscribe la noción freudiana de síntoma a la que me refería antes: hablamos del síntoma no solo como el modo de goce singular del sujeto, sino como el medio por el cual anuda ese goce en un lazo social.

Freud es quién nos orienta en esta vía cuando señala que la elaboración delirante del psicótico constituye el medio a través del cual busca reconstruir su relación con la realidad y con quienes lo rodean. Ese arduo trabajo que constituye el delirio demuestra justamente que no hay un solo modo de establecer un lazo con el Otro. Por la paradójica enseñanza que nos brindan las psicosis podemos admitir una diversidad de lazos sociales, su pluralización.

La psicosis es aquella estructura clínica en la que el sujeto hace la experiencia de confrontarse con un “No Hay” absoluto. Con aquello que denominamos *forclusión* del Nombre del Padre, es decir, la falta de un operador simbólico estructurante de la subjetividad. Justamente

por esta ausencia, por esta confrontación traumática con el vacío forclusivo, las psicosis constituyen una vía primordial para pensar la invención. El encuentro con un traumatismo significativo, con un enigma de goce, conlleva el esfuerzo de una respuesta subjetiva. Allí donde no se cuenta con el auxilio de los discursos establecidos, el psicótico debe inventar aquello que venga a suplir esa función.

2. El psicoanálisis pensado desde las psicosis

El título de este párrafo puede parecer un contradictorio. Sería seguramente más normal y comprensible si fuera: “Las psicosis pensadas desde el psicoanálisis”. Tendré entonces que justificarlo.

Comencemos por afirmar que para el psicoanálisis el interés por la psicosis no se limita al abordaje de una estructura clínica determinada. Tanto Freud como Lacan hacen del estudio de las psicosis un verdadero programa de investigación que servirá de brújula para la elaboración teórica y la práctica misma del psicoanálisis.

Freud no considera a Schreber un curioso delirante, sino alguien capaz de enunciar una verdad que aporte algo al saber del psicoanálisis. Lo toma entonces como si se tratara de otro investigador, se preocupa por aclarar que tiene testigos de que su propia teoría de la libido es previa a la lectura de las *Memorias*. Finalmente sin retroceder ante la inquietud de que el psicoanálisis pueda ser considerado también un delirio afirma: “Queda para el futuro decidir si la teoría contiene más delirio del que yo quisiera, o el delirio más verdad de lo que otros hallan hoy creíble.” (2).

Si consideramos el recorrido de Lacan, podemos afirmar que fue a partir de la psicosis, de un caso de erotomanía que constituyó su Tesis de Doctorado en Psiquiatría, que se produce su paso al psicoanálisis. Sin embargo este movimiento no implicó de ninguna manera un abandono del saber psiquiátrico en el que se había formado. Se puede constatar la sorprendente elaboración de ese saber, su reinvencción permanente correlativa a los diferentes momentos de su enseñanza.

Sabemos que las psicosis no constituyen en la obra de Lacan un capítulo apartado; son por el contrario una referencia permanente en sus escritos y seminarios. Sus aportes no solo han dado las referencias necesarias para el abordaje clínico de las psicosis por parte de los psicoanalistas, sino que también ha extraído de las condiciones de su estructura las pruebas necesarias para hacer del psicoanálisis una clínica orientada por lo Real.

Reconocerá en Gatian de Clérambault a su maestro en psiquiatría, admitiendo una enseñanza: la fidelidad a la envoltura formal del síntoma, como una verdadera huella clínica (3). En este sentido Lacan considera que es en la psicosis donde el síntoma se presenta, más que en ningún sitio, claramente orientado en la estructura misma. Efectivamente aquí se desnuda la relación entre el significante y el goce, motivo por el cual no dejará de ser una referencia constante en la enseñanza de Lacan.

En su seminario sobre las psicosis, se basa en el Automatismo Mental de De Clérambault, para ejemplificar la

relación de exterioridad que el sujeto mantiene con el significante. La emancipación de una enunciación que se impone independiente y anideica, muestra al desnudo el carácter intrusivo del lenguaje en el ser hablante. La interceptación del pensamiento, los fenómenos de fragmentación corporal, la interpretación delirante; todos los fenómenos elementales de las psicosis registran la marca de lo intrusivo. Es con relación a estos fenómenos que adquiere su lugar preciso en la estructura la emergencia de la certeza. Se trata de la certeza de una imposición, del surgimiento de un goce, de una presencia nueva que hace desfallecer las coordenadas de la realidad, volviéndola extraña y enigmática.

Al establecer en su estudio sobre Schreber la causalidad significativa de las psicosis, Lacan articula de una manera nueva y con una precisión notable, la semiología psiquiátrica más rigurosa con las tesis freudianas sobre los mecanismos de formación de síntomas.

Se puede constatar asimismo un movimiento que sigue una lógica rigurosa: aquellos conceptos que Lacan estudia y elabora en sus primeros seminarios en relación a la clínica de las psicosis se retoman en su última enseñanza, adquiriendo un lugar propio en las otras estructuras clínicas. Vemos entonces cómo se generalizan los alcances de la forclusión, el delirio, las suplencias y el síntoma. Lacan finalmente llega a construir una perspectiva en la que el psicoanálisis mismo es pensado desde la psicosis.

3. Enseñanzas de la clínica

Las psicosis constituyen también una lección de humildad para el analista ya que lo confronta con el límite del poder de la palabra y por lo tanto del alcance de sus intervenciones. Ponen en cuestión eso que el psicoanálisis sostiene como su artificio lógico: aquello que Lacan denominó Sujeto supuesto Saber (4) y cuya función operativa es indisoluble de la creencia en el Nombre del Padre. Especialmente el esquizofrénico va a reducir a un falso semblante el instrumento más valioso con el que cuenta el analista. Sin embargo, hay que hacerse destinatario de esas demandas que requieren de una maniobra diferente a la que el dispositivo analítico tal como Freud lo inventó puede brindarle.

Volverse destinatario de una demanda. Comencemos entonces por afirmar que nuestra intervención solo tiene lugar cuando la relación del sujeto con su síntoma se vuelve insoportable, cuando a partir de una determinada contingencia ya no sabe arreglárselas con él. Si el analista interviene lo hace siempre como un partenaire suplementario, segundo, respecto de lo que constituye ese primer partenaire que es el propio síntoma del sujeto que ha dejado de cumplir con su función.

En "Totem y Tabú" (5) Freud afirma que las enfermedades mentales son productos de la cultura y señala sus analogías con las grandes producciones del arte, de la religión y de la filosofía. Pero aclara que son en realidad deformaciones de dichas producciones, que no logran encauzar de un modo conveniente la exigencia pulsional. Señala entonces que una histeria es una caricatura

de una obra de arte, una neurosis obsesiva una caricatura de una religión y un delirio psicótico es una caricatura de un sistema filosófico deformado. Encontraremos también esta orientación en la última enseñanza de Lacan, cuando en su seminario "El sinthome" (6) afirma que la histeria es lo contrario del artista, ya que no sabe arreglárselas con su síntoma, no sabe extraer de él la satisfacción que conviene.

Como podemos ver, esta concepción del síntoma nos aleja de cualquier objetivo terapéutico pensado en términos de adaptación a un funcionamiento normalizado. Nos encontramos así en el nudo central de nuestro problema. Cómo conciliar entonces la demanda social de asistencia, las normas hospitalarias, los tiempos institucionales, los criterios estadísticos, etc., con el síntoma y sus necesarias condiciones subjetivas de alojamiento.

Evidentemente tampoco encontramos una relación armónica entre estas dos posiciones. Por eso señalaba al comienzo que nuestra práctica requiere de la invención, ya que como se puede ver, la misma no puede ser generalizada. Será entonces una práctica determinada por cada singularidad que nos demanda en la transferencia y por la singularidad en juego en el acto de aquel que como analista decide volverse destinatario de esas demandas.

Siguiendo esta lógica diremos que se trata del "uso" que hacemos del dispositivo hospitalario en función de cada caso. Hablamos de uso, porque justamente este término implica admitir que no contamos con un saber pre-establecido. Es decir, que no se trata de una técnica, en el sentido de la aplicación estandarizada de un saber previo. Nuestro dispositivo es un artificio. No está asegurado en su eficacia por ninguna garantía universal. Es un artificio disponible para un cierto uso. Así como también el analista se presta en la transferencia a un cierto uso dentro de la economía libidinal del paciente.

Lacan tomó muy en serio las semejanzas que Freud encuentra entre el delirio de los psicóticos y las teorías científicas. Afirmó luego, que si no fuera por el Edipo el psicoanálisis sería un delirio (7). Lo sería si todo tuviera un sentido, si todo fuera interpretable. Es operando en la práctica con el lugar del sin sentido, que nos protegemos de la locura del sentido desencadenado.

En la paranoia, la certeza correlativa a la irrupción de goce pone en marcha una elaboración de saber que encuentra su límite en la revelación de una verdad que anula el enigma inicial. El síntoma se reabsorbe así en esa verdad revelada.

Irónicamente, es lo que tiene en común con las propuestas terapéuticas que provienen de las neurociencias. Estas dictaminan con una convicción delirante sobre lo normal y lo patológico, reduciendo el síntoma a un comportamiento anómalo que es preciso eliminar. Se instituyen de este modo como portadores de una verdad detrás del falso semblante del saber científico.

El paranoico es aquel que sabe quién es, para qué está en el mundo y quién es el Otro con el que tiene que arreglárselas. Estas condiciones podrían representar muy bien el ideal de salud mental que muchos proclaman.

Lacan nos propone en cambio dejarnos enseñar por las psicosis. Y si de aprender se trata, de quién mejor que

del sujeto esquizofrénico. De aquel cuya ironía involuntaria se funda en la certeza de un goce que lo desbasta y torna inoperantes los semblantes. Como lo afirma Lacan, para el esquizofrénico todo lo simbólico se vuelve real. (8)

La posición del sujeto esquizofrénico es paradigmática. Excluido de cualquier relación con el sentido, no cuenta con el recurso de los semblantes para defenderse de lo real. El sujeto esquizofrénico deja expuesto el carácter vacuo y fútil del sentido; cuando lo invoca, el mismo se evidencia atravesado por una ironía que lo desbasta. Determinada por una certeza de goce que arrasa con el lugar del Otro, denuncia que su saber no es más que una impostura vacía.

Aquello que el sujeto esquizofrénico nos demuestra de una manera extrema, es que la búsqueda de sentido como intento de significar el goce falla; no cesa de fallar. Su ironía involuntaria en cambio, viene a enseñar lo que la palabra tiene de real. Por esa razón, la apelación al sentido como recurso terapéutico tiene un alcance muy limitado o se torna infructuosa.

Recuerdo el caso de un paciente que en determinado momento de su tratamiento en el Hospital de Día comenzó a verme como si fuéramos colegas estudiosos del psicoanálisis. Me hablaba de su teoría de la esquizofrenia, de Freud, de Lacan, etc. Estos encuentros conmigo lo aliviaban de ciertos fenómenos intrusivos que padecía en la relación transferencial con su psicoterapeuta a partir de una intervención en la que ella buscó producir un fenómeno de sentido. Quiso interpretar un término neológico del paciente cortando el significante y otorgándole entonces otro sentido. El resultado fue la apertura de un enigma que recayó sobre las intenciones de la terapeuta hacia él generando un obstáculo en la cura. Por mi parte, notaba que prestarme a estas conversaciones operaba un efecto de apaciguamiento en esa relación, que por otra parte él quería continuar. Esta maniobra duró unos meses y ayudó a restablecer la relación con su terapeuta, que prosiguió hasta el día en que finalmente obtuvo su alta en el Hospital de Día. Dejé de verlo. Pero pasados unos años vino a visitarme y me contó que estaba haciendo tres "terapias" en diferentes hospitales. Con orgullo me comentó que en uno de ellos lo atendían dos psicólogas, con las que ya sabía cómo hacer para no dejarlas hablar: una solo lo escuchaba y la otra tomaba nota. Ninguna de las terapias era muy buena, comentó con su habitual estilo crítico, pero tenía los días ocupados y no se sentía tan solo.

Con un pragmatismo decidido había logrado, a través de su invención, mantener un lazo con el Otro sin quedar expuesto a sus estragos.

Para este sujeto, el tratamiento se plantea sin un final conclusivo. Queda abierto, en cambio, a la puesta en forma de una serie en la que los terapeutas son susceptibles de sustitución, a condición de que el lugar institucional en tanto tal se sostenga. Seguramente su recurso no sería considerado un buen ejemplo para aquellos que creen que la eficacia en salud mental consiste en ajustarse a plazos de tratamientos basados en las estadísticas.

Diferente es el caso de otro paciente que tuvo oportu-

nidad de atender durante varios años. Desde hacía mucho tiempo que venía elaborando un delirio para intentar regular con el sentido, las experiencias de goce que hacían de su cuerpo un objeto manipulado por el Otro. Se presentará ante mí como la víctima de una brigada de sádicos y corruptos, el "chivo emisario" de una confabulación maliciosa. Lo primero que hará es preguntarme si le creo, ya que en los Tribunales no dan lugar a sus denuncias. Las maniobras aquí deberán abrir un espacio en el que el testimonio del sujeto pueda alojarse aliviado de esta demanda imperiosa. El dispositivo institucional, con sus códigos y reglamentos sirvieron de ayuda para tal localización, ya que tomó al Hospital como un "refugio" en el que podía protegerse. Le propuse entonces que sus denuncias escritas quedaran adjuntadas a su Historia Clínica teniendo en cuenta su condición de documento público. Para él fue muy importante ya que en Tribunales no las aceptaban. Esto permitió acotar su exigencia de credibilidad y pudo instalarse de otro modo en la relación transferencial.

El testimonio del psicótico no es recibido por el analista en su valor de verdadero o falso, sino que se lo aloja en la medida que constituye la dignidad de una respuesta; la de aquel que no ha logrado evitar el encuentro con lo Real.

El analista no ocupa su lugar en nombre de la verdad. Sabe que la verdad Toda no existe, que por estructura, la verdad no es absoluta, que tiene siempre algo de mentirosa.

Como podemos ver, nuestra concepción del síntoma nos aleja de cualquier objetivo terapéutico, pensado en términos de adaptación a un funcionamiento normalizado. Intentar reducir la singularidad sintomática de un sujeto a un patrón de conducta adaptado es una ambición delirante o una maniobra canallesca.

Sabemos que analistas que la universalidad de la regla *Para Todos* debe dejar lugar a la inscripción de lo que hace ley para cada uno. Allí se inscribe el síntoma en su función estabilizadora de suplencia.

Hay que propiciar, en cambio, un trabajo que le permita al sujeto un arreglo que, por más humilde que sea, le permita soportar su vida. Se trata de recibirlo en el dispositivo como "Uno entre otros", pero favoreciendo un recorrido en el que logre inscribir su condición de excepción, en un arreglo que cuente con su consentimiento.

A veces esto no llega a producirse. Otras se alcanzan arreglos precarios que duran solo un tiempo. Pero en otras oportunidades se logran arreglos felices que cambian el destino de una vida y nos enseñan las formas a veces paradójicas y siempre contingentes por las cuales llegan a alcanzarse.

Voy a referirme entonces al caso de una paciente tratada durante varios años en el Hospital de Día y que tuve la ocasión de escuchar en el dispositivo de la Presentación de Enfermos que allí realizo.

La coyuntura de su desencadenamiento estuvo dada por la pérdida de su marido. Este hombre, ciudadano español radicado en Argentina, le brindó la oportunidad de construir un hogar, ser un ama de casa aplicada, una señora querida en el barrio y una mujer enmarcada en una relación de cariño y respeto.

Ante la pérdida de su *partenaire*, cayó en un estado de melancolización profunda y necesitó del auxilio de su hermana, ya que dejó de alimentarse y desistió de todo cuidado personal. En el Hospital de Día fue construyendo paulatinamente un lugar de pertenencia. Pero la perspectiva de dejarlo algún día la angustiaba, por temor a la soledad y la falta de recursos económicos le hacía temer un destino de encierro en alguna institución pública.

En este contexto, una tarde se le reveló algo que la dejó profundamente conmovida. Fue mirando televisión, cuando pasaban en el noticiero imágenes del rey de España en un acto protocolar. En un momento el rey miró hacia la cámara y elevó su mano en un gesto pleno de cómplice ternura. Allí tuvo la certeza de que se dirigía a ella, que en ese gesto estaba declarándole su amor. Luego encontró innumerables mensajes de esa clase: en las fotos, en las alusiones que hacía en los reportajes y en cada aparición televisiva que ella seguía con denodada atención.

Finalmente se decidió y le escribió una carta. Allí le expresó su respeto y admiración, dejándole saber que estaba sin pareja, sola; ya que su marido el Sr. X, ciuda-

dano español y hombre de trabajo, había fallecido hacía ya unos años. Viuda entonces y en condiciones de recibir los favores del rey, la dirigió al consulado y se entregó a una confiada espera.

Unos meses después recibió la preciada respuesta. El gobierno español la hacía acreedora a una pensión vitalicia a la que tenía derecho por su condición de viuda del Sr. X, ciudadano español. Por supuesto, el rey le estaba dando la prueba más contundente de su amor.

Comenzó a recibir puntualmente todos los meses una renta en euros que le permitió ir a vivir a un geriátrico privado, volvió a sentirse una señora respetada, querida y valorada. Había encontrado un nuevo *partenaire*. Ella lo decía con modestia, pero sabía muy bien que no cualquiera tiene como *partenaire* a un rey.

A nosotros como analistas nos toca estar a la altura de estas soluciones excepcionales, que no se encuentran codificadas en las planillas de estadísticas, pero que constituyen la clave de lo que cada sujeto puede obtener para hacer más soportable su existencia ■

Referencias bibliográficas

1. Lacan J. Seminario 17. El Reverso del Psicoanálisis. Buenos Aires, Paidós, 1992. p. 15.
2. Freud S. "Puntualizaciones Psicoanalíticas sobre un caso de Paranoia (Caso Schreber)" en Obras Completas, Tomo XII. Buenos Aires, Amorrortu, 1990. p. 72.
3. Lacan J. "De nuestros antecedentes" en Escritos 1. Buenos Aires, Siglo XXI, 1988. p. 59.
4. Lacan J. El Seminario, Libro 11, Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. Buenos Aires, Paidós, 1986.
5. Freud S. "Totem y Tabú" en Obras Completas, Tomo XIII. Buenos Aires, Amorrortu, 1988. p. 78.
6. Lacan L. Seminario 23. El Sinthome. Buenos Aires, Paidós, 2006. p. 133.
7. Lacan J. La Equivocación del Sujeto Supuesto Saber" en "Momentos cruciales de la experiencia analítica. Buenos Aires, Manantial, 1991. p. 34.
8. Lacan J. "Respuesta al comentario de Jean Hyppolite sobre la Verneinung de Freud", Escritos 1, op.cit., p. 377.

Bibliografía sugerida

- De Clerambault G. Automatismo Mental – Paranoia. Buenos Aires, Editorial Polemos, 1995.
- Bleuler E. Dementia praecox o el grupo de las esquizofrenias. Buenos Aires, Polemos, 2009.
- Freud S. "Nuevas conferencias de Introducción al Psicoanálisis. 32ª Conferencia Angustia y Vida Pulsional" en Obras Completas, Tomo XXII. Buenos Aires, Amorrortu, 1988.
- Lacan J. "La dirección de la cura y los principios de su poder". Escritos II. México, Siglo XXI Editores, 1984.
- Lacan J. De las psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad. México, Siglo XXI, 1984.
- Lacan J. "De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de las Psicosis" en Escritos II. México, Siglo XXI Editores, 1984.
- Lacan J. "¿Lacan por Vicennes!" en *Revista Lacaniana de Psicoanálisis*, EOL, Año VII, Octubre del 2011.
- Lacan J. El Seminario 3. Las psicosis. Buenos Aires, Paidós, 1984.
- Lacan J. El Seminario 11. Los cuatro conceptos fundamentales del Psicoanálisis.. Buenos Aires, Paidós, 1987.
- Lacan J. "El acto psicoanalítico", en *Reseñas de Enseñanza* Buenos Aires, Manantial, 1988.
- Lacan J. El saber del psicoanalista, inédito.
- Lacan J. El Seminario 23. El Sinthome. Buenos Aires, Paidós, 2006.
- Lacan J. Psicoanálisis, Radiofonía & Televisión. Barcelona, Editorial Anagrama, 1977.
- Lacan J. "Apertura de la Sección Clínica" en *Ornicar?* N° 3. Barcelona, Editorial Petrel, 1981.
- Lacan J. "Joyce el Síntoma II" en *Uno por Uno*, N° 45, Buenos Aires, Paidós, 1997.
- Laurent E. "¿Desangustiar?" En *Vitulia Revista Digital* N° 11 y 12. Año 2004.
- Miller JA. *Donc*. Buenos Aires, Paidós, 2011.
- Miller JA. *Los signos del goce*. Buenos Aires, Paidós, 1998.
- Miller JA. *La experiencia de lo real en la cura analítica*. Buenos Aires, Paidós, 2003.
- Miller JA. "La invención psicótica" en *El Caldero de la Escuela Nueva. Serie N°11*" Publicación de la Escuela de la Orientación Lacaniana, 2009.
- Miller JA. *Las psicosis ordinarias*. Buenos Aires, Paidós, 2003.
- Miller JA. "3 Clases sobre el Hombre de los Lobos. Buenos Aires, Universidad de San Martín, 2011.

Entrevista a Lía Ricón sobre Hospital de Día

Lía Ricón se recibe de médica hace casi sesenta años en la Universidad Nacional de Córdoba. Con humor dice que casi no recuerda no haber sido médica alguna vez. “Me recibí a los 21 años porque mis padres tenían problemas económicos y me tenía que recibir rápido o ponerme a trabajar. En un año, incluyendo dos especialidades que se aprobaban por promoción, di 14 materias, más o menos una por mes. Dormía 6 horas diarias, y a veces, en vísperas de examen, menos aún”.

Le preguntamos por qué se inclinó por la Psiquiatría como especialidad. “Me interesaban muchas cosas. Pediatría era una de ellas, pero pensé que no podría soportar el sufrimiento de los más chiquitos; también obstetricia, que descarté por similares razones. Recuerdo el momento exacto en que la opción por la Psiquiatría vino a mi mente: estaba caminando por un barrio residencial de Córdoba con dos queridas amigas, compañeras de estudio. Hablábamos del cómo seguir, cuál camino escoger. Yo pensé: siempre me fascinó el misterio del modo de reaccionar de las personas. Así fue que decidí especializarme en Psiquiatría. En este camino, por supuesto, también estaba el Psicoanálisis”.

Algunos títulos y cargos de ineludible mención: miembro titular en función didáctica de la Asociación Psicoanalítica Argentina, profesora titular del Departamento de Salud Mental de la Universidad de Buenos Aires (actualmente profesora titular consulta del mismo departamento), profesora titular de Neurociencias de la Universidad René Favaloro, directora de docencia del Instituto de Neurociencias de Buenos Aires (INEBA), directora de la carrera de médicos especialistas en psiquiatría de la Facultad de Medicina de la UBA.

Fue médica del servicio de psicopatología del Policlínico “Aráoz Alfaro” de Lanús, bajo la dirección de Mauricio Goldenberg, y posteriormente jefa del servicio de psiquiatría del Hospital Italiano de Buenos Aires.

En INEBA ha coordinado grupos de pacientes de la sala de internación total y del Hospital de Día (HD). Actualmente coordina la terapia multifamiliar del Hospital de Día.

Atiende su consultorio particular en forma ininterrumpida desde 1960.

Ha publicado siete libros y decenas de trabajos (artículos, comunicaciones, trabajos de investigación, capítulos de libros, etc.).

Como docente, Lía Ricón ha contribuido a formar varias generaciones de psiquiatras.

Con su estilo frontal pero amable, profundo pero sencillo, Lía Ricón escribe y habla para ser entendida. Piensa en el lector, en el estudiante, en el paciente. Su rigor no necesita parapetarse detrás de frases grandilocuentes. No escatima opiniones ni esconde sus elecciones teóricas e ideológicas, es decir, deja abierta la puerta para la discusión y la polémica.

Por todo lo antedicho, los coordinadores de este dossier convocamos a Lía Ricón para conversar sobre el Hospital de Día, dispositivo del que mucho se habla y poco se sabe.

Vertex. Comunidad terapéutica y HD, ¿hablamos de lo mismo?

Lía Ricón. De modo muy simple, podemos diferenciar las dos estructuras diciendo que la primera está pensada para que sus integrantes vivan en ella durante el tiempo que dure su rehabilitación, o dicho en otros términos, hagan un aprendizaje de vida separados de su medio habitual. La segunda implica justamente la posibilidad de no desarraigarse del medio. Quiero decir que cada día pasan un tiempo en la estructura asistencial y vuelven cada noche al hogar.

Vertex. ¿De qué modo actúa terapéuticamente el HD?

Lía Ricón. Una primera formulación para acercarnos a la respuesta es pensar en una analogía entre esta estructura y la sala de Terapia Intensiva. La comparación alude, por una parte, a la posibilidad de observación permanente de las personas que hacen la experiencia y, por otra, a la multiplicidad de recursos que se aplican.

En este punto es fundamental entender que es imposible trabajar con una nosología de precisiones positivistas. Es útil recordar que las nosologías están cargadas por el diablo, como decimos coloquialmente, porque sirven para discriminar y marginar. Cuando hablamos de las personas que están haciendo la experiencia en el Hospital de Día, hay que tener claro que cada una está haciendo un proceso singular, intransferible e inefable. El proceso terapéutico siempre tiene estas características; lo que quiero enfatizar es que en esta estructura asistencial se hace mucho más tangible. Cabe mencionar que hay una instancia del tratamiento a la que los terapeutas llamamos "clima terapéutico" que reviste una gran importancia. Este clima está hecho de todo lo que circula como pensamientos, emociones, gestos, contextos, emisiones corporales, presente como telón de fondo en todo lo que va ocurriendo en las actividades. Los procesos terapéuticos en el Hospital de Día son un producto complejo en el que las intervenciones de las otras personas que están haciendo la experiencia, tanto como los familiares y las reuniones fuera del ámbito institucional, contribuyen a la reorganización de personalidades a veces muy perturbadas, en las que otros instrumentos terapéuticos no tuvieron éxito. A veces, los vínculos familiares fuertemente deteriorados se reconstruyen en transferencias múltiples, no solo con los terapeutas, sino también con todas las personas intervinientes. Enfatizo lo que ya vengo diciendo hace tiempo y es que tanto la mucama como el personal de maestranza, el jefe de servicio y el dueño de la institución, son personal

de salud y todo lo que hagan debe poder incluirse en la construcción del proceso terapéutico. A veces puede ocurrir que algún gesto o conducta o determinada palabra tenga que ser neutralizada por un coordinador, lo mismo que sucede en la vida y el desarrollo de toda persona. Esta función tiene tanta importancia como la posibilidad de oponerse y mantener el espíritu clínico y la autonomía. Perder el pensamiento crítico nos lleva a la implementación de múltiples mecanismos de defensa, entre los que podemos mencionar la negación, la renegación y la identificación con el agresor.

Vertex. ¿A qué pacientes hay que indicarles el HD? ¿Qué patologías se ven más favorecidas por el HD?

Lía Ricón. Se puede hacer un listado de características de personas que se benefician con esta estructura asistencial y de aquellas para quienes no estaría indicado. Destaco lo de "características" entendido a partir de diagnósticos dimensionales y no categoriales.

- Modalidades comportamentales adquiridas como resultado de pautas familiares tóxicas que han afianzado rasgos temperamentales insalubres. El carácter grupal de las acciones en Hospital de Día permite observar y practicar comportamientos con otras pautas, sentirse incluido de manera distinta en un grupo y ensayar preguntas y respuestas, verbales lingüísticas y no lingüísticas, gestuales y contextuales que no pueden ser promovidas ni mostradas por ningún tratamiento individual.

- Rehabilitación de personas que han sufrido descompensaciones neuróticas o psicóticas y en quienes especialmente se han desconocido los aspectos yoicos preservados. Esto ocurre en particular por las características de los acercamientos psiquiátricos que están marcados por el positivismo médico. Quiero decir que en tanto los médicos somos instruidos para curar enfermedades y hemos aprendido lo del *restitutio ad integrum*, quedamos a mitad de camino cuando se trata de rehabilitar. Esto se entiende porque ya a partir de la historia clínica no se mencionan los gustos, las apetencias, los objetivos no alcanzados aunque posibles, etc. Precisamente, en la estructura asistencial que estamos describiendo, se trabaja con estos aspectos que no implican curar enfermedades sino reconstruir sin modelo para el *restitutio ad integrum*. Esto significa implementar al máximo la creatividad, la búsqueda, la curiosidad. En esto intervienen, no solo los terapeutas y coordinadores de los distintos talleres, sino también las otras personas que están haciendo la experiencia y los familiares de todos.

- No se benefician las psicopatías veras; sí se pueden modificar rasgos psicopáticos, especialmente

si fueron fuertemente reforzados por el entorno familiar.

- Los trastornos delirantes, excluidas las raras paranoias descritas por los clásicos, se benefician particularmente por la posibilidad de naturalizar las alucinaciones y aun las ideas delirantes, que pueden ser entendidas como exageraciones de lo que le pasa a todas las personas. También se opera un aprendizaje para convivir con las ideaciones y no sentir la discriminación. Algo así como "Juan oye voces" es dicho y entendido como "Juan usa ropa ancha" o "Juan tiene siempre ojotas". Insisto en la importancia de este aspecto enfatizado por el pedido desde las coordinaciones, hecho a todos los participantes de poder funcionar en el medio en el que actúen como agentes de salud, como modificadores de los prejuicios del imaginario social.

- Los aspectos depresivos de cualquier perturbación se alivian en tanto, tomo aquí el modelo cognitivo-comportamental, se insiste sobre la no pertinencia de afectos tristes ante situaciones que solo lo ameritan por una mala conexión previa. La gran cantidad de horas de contacto con personas que reaccionan de otro modo ante hechos cotidianos, muestra más operativamente que cualquier vínculo individual con terapeutas, la posibilidad de, por ejemplo, alegrarse con la lluvia o con el viento, en vez de vivirlos como entorno adecuado para la tristeza. Esto no excluye la comprensión de conflictos que estén en la base de esta ideación depresiva. Lo que estoy criticando es la insistencia sobre soluciones que van solo desde la persona afectada a sus conductas, cuando puede agregarse la ayuda de un medio social y cultural que seguramente estuvo en el origen de este rasgo depresivo.

Vertex. ¿Cómo se entiende la interdisciplina (o multidisciplinaria) en el HD?

Lía Ricón. El HD es una de las estructuras asistenciales en las que la multidisciplinaria se realiza plenamente; más aun, su implementación es indispensable para conseguir los objetivos propuestos.

Por una parte, las especialidades médicas que indispensablemente deben concurrir a corregir y reparar los problemas del cuerpo anatómo-fisiológico. Por otra, todas las disciplinas vinculadas al arte y a diversas técnicas que ayudan a la organización y aprovechamiento de esos aspectos yocicos preservados y poco o nada desarrollados por quienes hacen la experiencia en HD.

Podemos hacer un listado que, por definición, será siempre incompleto en tanto la singularidad humana puede ameritar la inclusión de nuevos talleres que posibiliten el desarrollo en alguno de los usuarios.

En los HD que he trabajado he visto funcionar actividades con los siguientes nombres: talle-

res literarios, de pintura, de costura y labores, de expresión corporal, de cocina, de proyectos para actividades en el futuro, de musicoterapia utilizando grabaciones o promoviendo el uso de instrumentos, hora de juegos, deportes de distinto tipo, eutonía, yoga, huerta, trabajos manuales de todo tipo, salidas en grupo a espectáculos con coordinadores, caminatas. Podemos agregar computación y práctica de algún idioma en casos especiales

La implementación depende tanto del tipo de personas incluidas como de los talleristas disponibles.

Vertex. ¿Qué lugar ocupa la terapia individual en el HD? ¿Está indicado o es contraproducente?

Lía Ricón. Los tratamientos individuales no solo están indicados, sino que podrían ser condición para que alguien sea incluido en esta estructura. La responsabilidad de un solo terapeuta es fundamental en el desarrollo del proceso terapéutico. Por esto es indispensable la comunicación entre el terapeuta individual y el equipo de HD. La modalidad de invitar a una reunión del grupo al terapeuta es lo ideal, si no es viable debe mantenerse por lo menos comunicación telefónica.

Vertex. ¿Cuáles son las habilidades que cree indispensables para poder trabajar en un HD?

Lía Ricón. Una condición indispensable es aceptar la validez de los tratamientos grupales y poder trabajar a partir de un monismo conceptual ontológico con dualismos operativos. La vieja división cartesiana es útil en los modelos positivistas, particularmente en la clínica médica o quirúrgica con causalidades más determinísticas, no en nuestras prácticas.

Otra condición importante es saber trabajar en equipo aceptando la movilidad de los liderazgos en los distintos momentos de la actividad. Los distintos profesionales de la salud intervinientes pueden y deben asumir liderazgos a veces de corta duración pero absolutamente válidos.

También es muy importante la flexibilidad en el mantenimiento del encuadre. Lo que decimos coloquialmente es que el personal de salud en el HD lleva el encuadre puesto como un guardapolvo. A veces no se ve, a veces no está, por ejemplo cuando se trata de deportes o salidas. La idea es que debe estar tan firmemente incorporado que se moldee acorde a las exigencias de actividades en las que se comparte mucho más que el espacio habitual de un tratamiento psicoterapéutico individual. Almorzar, merendar, nadar, jugar, leer el diario y comentar las noticias no puede ni excluir la respuesta perso-

nal del terapeuta ni incluir espontáneamente todo. Esto es que el rol terapéutico se mantiene de forma absoluta. Lo que termino de decir implica que el terapeuta debe poder preservar su yo observador. Una consecuencia de esto es que el vínculo erótico genital debe estar absolutamente excluido por razones fundamentalmente técnicas ya que en el vínculo erótico, la fusión obstaculiza el rol observador.

Las discrepancias inevitables entre terapeutas pueden tener distintos tratamientos. Si el paciente está en condiciones de elegir, pueden explicitarse como puede ocurrir entre opiniones de progenitores en las familias tipo. El terapeuta que podría opinar en segundo lugar, también puede omitir su opinión para discutirla en la reunión de equipo, o decir "yo opino distinto, después lo veremos". No me pasa inadvertida la vaguedad de la consigna y es deliberada.

También es muy importante el conocimiento de distintas modalidades terapéuticas. Si bien es útil que cada quien conozca lo más prolijamente una técnica, debe poder implementar, digamos, jugadas de otras técnicas. Los padecimientos humanos no saben sobre técnicas, solo necesitan ser aliviados de la mejor manera posible.

Necesito aclarar que no estoy hablando de un "todo vale". No es este el espacio para poder explicitar a lo que estoy aludiendo con la flexibilidad del terapeuta y la posibilidad de utilizar distintas técnicas. Me animo a un ejemplo, que formularé a modo de viñeta clínica, haciendo un abstracto de distintas situaciones:

Butterfly es una integrante de HD que no ha podido reinsertarse en su familia ni en su trabajo, después de haber pasado por una internación total por haber sufrido una crisis de excitación psicomotriz cuyo desencadenante fue una discusión con su esposo en la que se sintió impotente para hacer valer sus derechos. Butterfly y Pinkerton, su marido, son una pareja de ciudadanos ingleses trasladados al país por razones de trabajo de él. Están también en Buenos Aires, una hermana de ella casada y la madre del marido de esta. Butterfly es dependiente y sometida a su marido que es mayor que ella y de nivel sociocultural y económico considerado superior por ambas familias. Pinkerton tuvo relaciones bastante importantes fuera del matrimonio, que pudo mantener ocultas hasta la última, cuyo descubrimiento provocó la crisis de Butterfly. El terapeuta de Butterfly es psicoanalista y está desarrollando un proceso psicoanalítico en una terapia individual. La familia (esposo, hermana y cuñado) asiste a terapia multifamiliar en HD ;, un clínico controla un trastorno alimentario que existe en Butterfly desde hace tiempo. La pareja de Pinkerton y Butterfly tiene entrevistas de pareja que se manejan con modelo sistémico. En un momento de tristeza intensa de Butterfly, su analista le sugirió interrumpir su análisis y hacer sesiones con un cognitivista comportamental. Esto ocurrió durante

6 meses y produjo mejoría de los síntomas depresivos, retomándose luego el tratamiento psicoanalítico.

El comentario que surge de este tratamiento es que ninguno de los terapeutas se sentía el "dueño de la verdad". Esto entiendo que es particularmente útil para quien está sufriendo una perturbación de su estado de ánimo y de su conducta.

Vertex. ¿Por qué cree que hay pocos HD en Argentina? ¿Existen resistencias por parte de los profesionales de la Salud Mental?

Lía Ricón. Entiendo que las características de los psicoterapeutas de HD no son mayoritarias en los psicoterapeutas. Hay que estar preparado para aceptar la incertidumbre con respecto a la eficacia de las teorías y ceder el liderazgo en provecho del bienestar del asistido y menos del prestigio de la teoría que se defiende. Tal vez también el carácter prioritariamente grupal de los tratamientos no alimenta la satisfacción de conseguir individualmente un resultado. Sin duda, los tratamientos grupales son menos costosos y esto también puede incidir en las dificultades de la implementación de esta modalidad.

Vertex. ¿Por qué cree que los dispositivos grupales parecen haber pasado de moda?

Lía Ricón. No tengo una respuesta que me convenza. En época de la represión política, era sospechosa toda reunión grupal. ¿Nos habrá quedado el miedo?

Vertex. ¿Qué opina sobre la división de HD según edad y/o patología (anorexias, viejos, adolescentes, psicóticos, borders, etc.)? ¿Por qué el paciente adicto no tiene un lugar en el HD? ¿Por qué existen tan pocos (por no decir ningún) paciente anciano que asista a un HD?

Lía Ricón. A partir de lo que hemos dicho sobre la posibilidad de recrear un clima y un medio familiar capaces de operar una reestructuración de pautas que han sido dañinas en el desarrollo de una persona, podemos decir que las divisiones por edades o tipo de conflictos no facilitan, sino que obstaculizan las posibilidades terapéuticas de esta estructura asistencial. El tipo de agrupaciones que menciona la pregunta pueden ser útiles en grupos terapéuticos que se propongan un objetivo definido.

El paciente adicto, en especial a sustancias, no puede ser incluido porque el dispositivo de HD

no puede controlar la adicción. Sí se han incluido ludópatas con resultados aceptables, ya que se pueden implementar prohibiciones tramitadas directamente por los interesados.

Con respecto a los ancianos, se pueden incluir a partir de tener en cuenta los aspectos preservados de la personalidad. Anciano es una categorización por edad que no incluye la singularidad.

Vertex. ¿Cuál es el lugar del psicofármaco en el HD?

Lía Ricón. La pregunta está contestada al hablar de la concurrencia de todas las disciplinas médicas. Debe estar a cargo del terapeuta individual. El personal de HD puede administrar la medicación.

Vertex. ¿Puede haber HD sin multifamiliar?

Lía Ricón. En mi opinión se pierde el recurso más original, singular y útil de esta estructura asistencial. Falta una pata a la mesa.

Vertex. ¿Es concebible un HD que no tenga un modelo teórico basado en la teoría psicoanalítica?

Lía Ricón. El modelo psicoanalítico alude al funcionamiento del psiquismo, de la mente. Se puede hacer una extensión a otras áreas, pero no incide estrictamente en el funcionamiento del HD. Podrían trabajar terapeutas de otros modelos.

Vertex. ¿Cómo se produce la resocialización en el HD actual en comparación con los dispositivos de hace 20 años?

Lía Ricón. Las primeras comunidades terapéuticas de las que tenemos información fueron del siglo XIX. Hay registro de comunidades terapéuticas alemanas en el siglo XIX. De modo que los dispositivos de socialización estaban presentes. De todos modos ya aclaramos que la modalidad de las comunidades terapéuticas no es equiparable a la de HD. Las diferencias hacen que las indicaciones de una u otra estructura dependan del tipo de problemática.

Vertex. ¿Qué opinión le merece el modelo de HD de John Gunderson para pacientes con trastorno límite de la personalidad?

Lía Ricón. Ya mencionamos que el HD es una estructura asistencial que beneficia a las personas con trastorno límite de la personalidad. Estas personalidades fueron particularmente estudiadas por Kernberg y por Gunderson. Ambos autores describen rasgos que hacen recomendable la inclusión en HD de estos pacientes.

Vertex. ¿Encuentra alguna relación entre los cambios sociales de los últimos años (por ejemplo la caída del Estado benefactor) y los cambios producidos en los HD?

Lía Ricón. La caída del Estado benefactor, por supuesto, incrementa la orfandad determinada por la pérdida de las imágenes maternas y paternas que los adultos pueden ubicar en estructuras sociales que implican la posibilidad de recurrir a la ley. Los argentinos, y los latinoamericanos en general, sabemos la intensidad de defensas como las desmentidas que se operaron en nuestros psiquismos bajo las situaciones de estrés de la represión política. Esta necesidad de protección social determina necesidades nuevas y otra mirada sobre todo lo social.

Vertex. ¿Son compatibles las terapias clásicas, individuales o de familia, con el modelo de HD?

Lía Ricón. Podemos decir que más que compatibles, complementan y enriquecen los tratamientos en HD.

Vertex. En su libro *Otros caminos* (1992) enfatiza la importancia de las terapias no verbales que se integran a la terapia tradicional; ¿considera que, desde su publicación, se abrieron "nuevos caminos", como por ejemplo podría ser la inclusión de yoga y taller de computación?

Lía Ricón. En el texto mencionado no está explícita la importancia de un concepto monista conceptual y teórico, que implica un planteo filosófico previo al dualismo cartesiano. Ni está en la bibliografía la propuesta de Michel Onfray en la línea de "nutrir la vida" y poder ubicarnos en un tiempo previo al positivismo. En este sentido, entiendo que se han operado cambios que permiten una inclusión más clara y ostensible de lo corporal en actividades como la eutonía, el yoga y todo lo referido a la actividad corporal.

Nominar el texto como *Otros caminos* implicaba, especialmente, aceptar que a lo inconsciente del modelo conjetural freudiano no se accedía solamente en los tratamientos de la ortodoxia psicoanalítica,

sino por múltiples otros caminos vinculados a terapias grupales y corporales.

Vertex. ¿Cómo cree que afecta la nueva Ley de Salud Mental al actual modelo de HD?

Lía Ricón. En tanto los psiquiatras somos sospechados y debemos ser vigilados por quienes supuestamente respetan los “derechos de los pacientes” sin importar si están capacitados técnicamente para evaluar diagnósticos, pronósticos y tratamientos, se nos coarta la libertad de acción en las indicaciones terapéuticas.

Vertex. ¿Está de acuerdo con la afirmación de que la comunidad terapéutica se encuentra atravesando una etapa de crisis? En caso afirmativo: ¿han surgido propuestas alternativas? ¿Se mantienen vigentes sus presupuestos teóricos frente al fenómeno de la atención gerenciada de salud?

Lía Ricón. No solo la comunidad terapéutica está atravesando una etapa de crisis, toda la asistencia está afectada en tanto el acto médico ha sido reemplazado por la prestación. Esta última denominación es la que reza en la llamada atención gerenciada de la salud. No es la salud lo que se gerencia, sino los intereses económicos de las corporaciones.

Vertex. Parafraseando el título de su libro *Psicoterapias a partir de lo posible* (2005), ¿se podría hablar en la actualidad de un HD a partir de lo posible?

Lía Ricón. La respuesta es absolutamente sí. Todas las críticas y las dificultades que se nos presentan a quienes trabajamos en estas estructuras exaltan nuestra creatividad y hacen que a partir de las categorías de base que sustentan nuestra práctica hagamos todo tipo de jugadas para conseguir desarrollos lo más parecidos a los que tendríamos en condiciones más acogedoras y protectoras.

Vertex. ¿Desearía agregar algún comentario?

Lía Ricón. Agrego un ejemplo de lo planteado en el último párrafo. En el Policlínico de Lanús, hace ya unas décadas, hacía una supervisión grupal a residentes de psiquiatría del servicio de psicopatología. A partir de cada historia clínica hacíamos una hipótesis de máxima que incluía el tratamiento que idealmente propondríamos para el problema en cuestión. Una segunda opción terapéutica era lo que podíamos hacer teniendo en cuenta las condiciones socioeconómicas y culturales y los tiempos de asistencia que podían implementar los residentes a cargo de los tratamientos.

Al año siguiente retomábamos la supervisión y estudiábamos los resultados obtenidos con la puesta en marcha de la segunda opción. Nuestra sorpresa fue que ni los pacientes ni los terapeutas estaban frustrados por lo conseguido.

¿Qué podemos concluir? En primer lugar nuestra propuesta fue tal vez muy exigente con las condiciones ideales. Otra posibilidad es que no tuvimos en cuenta la droga más importante que es la personalidad del terapeuta y lo que se transmite en el vínculo que queda por fuera de las mediciones positivistas ■