

VERTEX
REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA
88



TRANSFORMACIONES EN LA ATENCIÓN
EN SALUD MENTAL

Pellegrini / Rattagan / Rossetto / Saraceno / Villafañe

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

Volumen XX - N° 88 Noviembre - Diciembre 2009 - ISSN 0327-6139

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

Comité Científico

ARGENTINA: F. Alvarez, S. Bermann, M. Cetcovich Bakmas, I. Berenstein, R. H. Etchegoyen, O. Gershanik, A. Goldchluk, M. A. Matterazzi, A. Monchablon Espinoza, R. Montenegro, 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, E. Toro Martínez, I. Vegh, H. Vezzetti, L. M. Zieher, P. Zöpke. **AUSTRIA:** P. Berner. **BÉLGICA:** J. Mendlewicz. **BRASIL:** J. Forbes, J. Mari. **CANADÁ:** B. Dubrovsky. **CHILE:** A. Heerlein, F. Lolás Stepke. **EE.UU.:** R. Alarcón, O. Kernberg, R. A. Muñoz, L. F. Ramírez. **ESPAÑA:** V. Barembli, H. Pelegrina Cetrán. **FRANCIA:** J. Bergeret, F. Caroli, H. Lõo, P. Noël, J. Postel, S. Resnik, B. Samuel-Lajeunesse, T. Tremine, E. Zarifian. **ITALIA:** F. Rotelli, J. Pérez. **PERÚ:** M. Hernández. **SUECIA:** L. Jacobsson. **URUGUAY:** A. Lista, E. Probst.

Comité Editorial

Martín Agrest, Norberto Aldo Conti, Pablo Gabay, Claudio González, Gabriela Silvia Jufe, Eduardo Leiderman, Santiago Levin, Daniel Matusevich, Alexis Mussa, Martín Nemirovsky, Federico Rebok, Esteban Toro Martínez, 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); H. Reggiani (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. Artilos 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.

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

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XX Nro. 88 NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2009

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.

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. Araoz de Lamadrid 1920. Buenos Aires

SUMARIO

VERTEX
*Revista Argentina de
Psiquiatría*

Aparición
Bimestral

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

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

Ilustración de tapa

*Neva Brass
"Líneas comunicantes"
27 cm x 20 cm
Tinta sobre papel
2009*

E-mail: nevabrass@hotmail.com

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

• **Estudio del conocimiento sobre los Trastornos Depresivos entre los médicos asistenciales en Argentina**
Manuel Suárez Richards, Silvana Pujol,
Julio E. Arboleda-Florez, Miguel M. Goñi pág. 405

• **Calidad de vida laboral de profesionales de la salud**
Graciela Tonon de Toscano pág. 411

• **Inicio del consumo de cocaína en edades tardías: a propósito de un caso**
Carlos Roncero, Constanza Daigre, Arantxa Uguidos,
María Victoria Trasovares, Begoña Gonzalvo, Miguel Casas pág. 418

• **El Agotamiento Vital se encuentra significativamente asociado con Eventos Coronarios Agudos en una población de Argentina**
José Bonet, Branco Mautner, Soraya Kerbage,
María Fernanda Bonet, Santiago Pérez Lloret pág. 421

DOSSIER

TRANSFORMACIONES EN LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

• **El proceso de transformación institucional del Hospital Psiquiátrico de San Luis**
Jorge Luis Pellegrini pág. 432

• **Evaluación cualitativa del abordaje integral del alcoholismo con el modelo GIA (Grupos Institucionales de Alcoholismo)**
Claudia Inés Villafañe pág. 440

• **"Puertas abiertas". Praxis de un nuevo paradigma**
Mercedes Rattagan pág. 450

• **La OMS y los desafíos en Salud Mental**
Benedetto Saraceno pág. 458

• **Del Manicomio a la Comunidad: el proceso de reforma de la Colonia Nacional "Dr. Manuel A. Montes de Oca"**
Jorge Rossetto pág. 463

EL RESCATE Y LA MEMORIA

• **Primeras voces de reforma en Buenos Aires: El manicomio moderno en la tesis doctoral de Norberto Maglioni**
Norberto Aldo Conti pág. 474

• **Los manicomios**
Norberto Maglioni pág. 477

EDITORIAL

R

ecientemente la Cámara de Diputados de la Nación dio media sanción a un proyecto de Ley de Salud Mental Nacional presentado por el diputado Leonardo Gorbacz. El trámite de aprobación, sin debate en el recinto, mediante el procedimiento de Sesión especial, hizo pasar furtivamente tan importante instrumento para la Salud Pública argentina sin que la opinión pública pudiera tomar noticia del asunto. En los Fundamentos del proyecto de la ley presentada se informa de una serie de consultas a sectores de especialistas y estamentos públicos, pero se omite decir que el resultado de algunas de ellas fue francamente adverso al proyecto y en otros casos no fue vinculante; como tampoco se dice que fueron excluidos de la consulta los estamentos universitarios y las asociaciones médicas, y no fueron efectivamente consultados los responsables de Salud Mental de las provincias, los directores de los principales hospitales del país, ni del Ministerio de Salud, etc. ¿Porqué se procedió de esa manera excluyente? ¿Cuál fue entonces la fuente de inspiración para que el legislador redactara ese proyecto? ¿En el conocimiento cierto de qué realidad asistencial se apoya para proponer con perspectivas efectivas de aplicación el instrumento que propone? El proyecto que comentamos muestra serias imprecisiones en su redacción y desconocimiento de la verdadera realidad clínica y terapéutica y del funcionamiento institucional, de tal manera que muchos de sus loables propuestas tenderán a ser letra muerta y a producir conflictos de todo tipo en el funcionamiento cotidiano, con perjuicio de la salvaguarda de la seguridad y los derechos humanos de los pacientes que pretende defender. La supina ignorancia de las incumbencias profesionales y de los saberes de cada disciplina lo lleva a pretender legislar la propia terapéutica incluyendo opiniones en relación a aspectos de ella cargados de prejuicios y sesgos ideológicos incompatibles con un texto legislativo. El espacio de este Editorial no permite seguir agregando consideraciones críticas que, justamente, hubieran demandado un espacio de debate serio y abierto al disenso.

Esperemos que el mismo se encuentre en las Comisiones de la Honorable Cámara de Senadores adonde debe continuar el trámite.

Incesantemente hemos defendido en nuestros editoriales el derecho inalienable a la salud, el respeto de los Derechos Humanos de pacientes y trabajadores del sector (profesionales y no profesionales), la necesidad perentoria de volver a contar con una Dirección Nacional de Salud Mental en el Ministerio de Salud dotada de los recursos humanos y presupuestarios para diseñar planes de alcance nacional, la urgente necesidad de la transformación del tipo de asistencia en Salud Mental terminando con las estructuras asilares-manicomiales, disponiendo de políticas y recursos para la prevención y la rehabilitación y reinserción de los enfermos mentales, que, manteniendo las prestaciones necesarias en las patologías como trastornos de ansiedad, trastornos depresivos y psicosis, centre esfuerzos en la atención de las poblaciones más vulnerables y problemáticas más frecuentes (infanto-juvenil, tercera edad, adicciones y, especialmente, alcoholismo) y de los riesgos mayores (suicidio y violencia familiar y social). Cegado por una cruzada antipsiquiátrica, innecesaria y obsoleta frente a la situación de la Salud Mental real actual el proyecto de ley mencionado, incurre en un reglamentarismo burocratizante que esteriliza sus buenas intenciones. Es de esperar que en la Cámara de Senadores se pueda abrir un espacio de mayor racionalidad para un debate de tanta importancia para la salud de nuestro pueblo ■

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 2009

Vertex 83 / Enero - Febrero
CRIMINALIDAD Y PSIQUIATRÍA

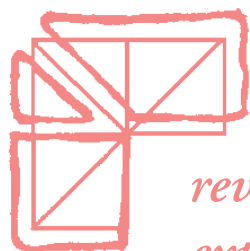
Vertex 84 / Marzo - Abril
**FARMACOTERAPIA: DEL ENSAYO
CLÍNICO CONTROLADO A LA
PRÁCTICA EN EL MUNDO REAL**

Vertex 85 / Mayo - Junio
DELIRIOS

Vertex 86 / Julio - Agosto
SALUD MENTAL Y COMUNIDAD

Vertex 87 / Septiembre - Octubre
CRONICIDAD EN PSIQUIATRÍA

Vertex 88 / Noviembre - Diciembre
**TRANSFORMACIONES EN LA
ATENCIÓN EN SALUD MENTAL**



revista de
experiencias
clínicas y neurociencias



Estudio del conocimiento sobre los Trastornos Depresivos entre los médicos asistenciales en Argentina

Manuel Suárez Richards

Programa de Estudios Psiquiátricos y Cognitivos (PEPyC), Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de La Plata, Argentina

Silvana Pujol

Programa de Estudios Psiquiátricos y Cognitivos (PEPyC), Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de La Plata, Argentina

Julio E. Arboleda-Florez

Department of Community Health and Epidemiology, Queen's University, Canadá

Miguel M. Goñi

Programa de Estudios Psiquiátricos y Cognitivos (PEPyC), Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de La Plata, Argentina

Resumen

Objetivos: determinar entre los médicos encuestados su especialidad, los años de ejercicio de la profesión, y averiguar el conocimiento que tengan sobre los trastornos depresivos incluyendo su tratamiento, comorbilidad y posibilidad del suicidio. **Métodos:** el estudio cualitativo se realizó con una entrevista semi-estructurada de doce preguntas, en forma voluntaria, administrada a médicos en actividad asistencial, efectuándose la entrega y recolección de la entrevista por personal entrenado previamente. Se analizaron los datos hallados en los 288 profesionales de distintas especialidades. **Resultados:** los hallazgos permiten decir que la mayoría de los médicos (97,6%, n= 281) consideran que la depresión es una enfermedad, pero de ese total un 39,6% (n= 114) de ellos piensa que es por falta de voluntad o una debilidad, lo que crea una discordancia en el concepto de enfermedad. Estiman cuáles son sus falencias frente a los Trastornos Depresivos, cómo y cuánto tiempo medican, su criterio respecto al origen de la misma, el suicidio y la comorbilidad. **Conclusiones:** los datos encontrados entre los médicos que respondieron el cuestionario permiten deducir que es necesaria la intensificación de los programas de actualización sobre Trastornos Depresivos.

Palabras clave: Médico general - Trastorno depresivo - Conocimiento.

A STUDY OF LEVEL OF KNOWLEDGE ABOUT DEPRESSIVE DISORDERS AMONG GENERAL PRACTITIONERS IN ARGENTINA

Summary

Objectives: To determine the level of knowledge about depressive disorders including their treatment, comorbidities and suicide potential among a number of general practitioners who agreed to fill out a questionnaire and provided information about their professional activities. **Method:** Exploratory cross-sectional study among a number of general practitioners who answered voluntarily and anonymously to a questionnaire consisting of twelve questions. Data collected from 288 physicians were analyzed. **Results:** The majority of physicians (97.6%, n=281) considered that depression was a disease, but 39.6% (n=114) believed that it was caused by lack of will power or characterological weaknesses, which create a dissonance with the concept of disease. They also felt that they did not have enough knowledge about Depressive Disorders such as their origins, type of medications and length of treatment, comorbidities and suicide potential. **Conclusions:** The results point to the need for continuous medical education about Depressive Disorders among general practitioners.

Key words: Medical practitioner - Depressive disorders - Knowledge.

Introducción

Los Trastornos Depresivos son, en la actualidad, el conjunto sindrómico de trastornos psíquicos más frecuente en el mundo occidental, tanto en la población general como en los individuos físicamente enfermos. Luego de los problemas adaptativos, la depresión es la causa más frecuente de visitas consecutivas en el sistema de Atención Primaria (AP) de la salud (2). Se ha estimado que un 80% de las personas con depresión son tratadas en AP. Los médicos generales utilizan una gran parte de su tiempo tratando y sosteniendo a personas con todo tipo de depresión (16), pero se ha informado que aproximadamente la mitad de aquellos que tienen una depresión clínicamente significativa no son reconocidos por el médico general en la primera entrevista (8).

La depresión es una enfermedad que genera tanto o más discapacidad que muchas otras patologías crónicas como, por ejemplo, la diabetes, la hipertensión o la artritis (17), produciendo una discapacidad importante para la actividad diaria. Muchos pacientes concurren al médico general con molestias somáticas vagas o una angustia generalizada y puede que no usen el término "depresión" para describir sus sentimientos. Por ello es esencial que el médico aprenda a reconocer la depresión en sus variadas formas y provea la orientación adecuada. Desafortunadamente, una variedad de factores puede hacer actuar al médico en forma incierta en este campo, incluyendo falta de tiempo (1), variados niveles de preparación y una disponibilidad limitada de consulta al psiquiatra.

Las dificultades que presenta el tratamiento de la depresión es un problema para los médicos en varios sentidos ya que existiendo modalidades de tratamiento (tanto farmacológicas como psicoterapéuticas), no resuelven el trastorno en una proporción significativa de casos. La revisión periódica y el seguimiento de los pacientes llevan mucho tiempo, resultando improductivos en varias ocasiones ya que la recurrencia y la recuperación están a menudo vinculadas a cambios o mejoras en los enfermos por circunstancias sociales y económicas (5).

Los profesionales, tanto médicos generales como especialistas, se enfrentan de manera habitual con cuadros clínicos y quirúrgicos que tienen, al mismo tiempo, síntomas comórbidos con un trastorno depresivo, lo cual puede aumentar significativamente la incapacidad causada por la enfermedad física. La comprensión mas acabada de las características clínicas del trastorno depresivo puede facilitar el manejo del cuadro y la administración de un tratamiento oportuno. La coexistencia de un trastorno depresivo y una enfermedad física puede interactuar de manera tal que uno aumente sus efectos sobre la otra y viceversa. Mayou y col. (11) establecieron que los pacientes deprimidos en pabellones de clínica obtuvieron peores pronósticos que pacientes no deprimidos.

Los pacientes con depresión tienen aumentada la morbilidad y mortalidad médica. La depresión se aso-

cia, por ejemplo, con muerte prematura relacionada con enfermedades cardiovasculares, teniendo los enfermos depresivos 4,5 veces más posibilidades de sufrir un infarto de miocardio que aquellos sin depresión (4,7). A pesar de estas estadísticas, menos de un tercio de los adultos con depresión reciben un tratamiento profesional apropiado. El rechazo de la enfermedad y el estigma son las dos mayores barreras para proporcionar una identificación y tratamiento del cuadro depresivo. No es infrecuente que se le considere una "debilidad" o que el enfermo "no pone suficiente fuerza de voluntad". Con un tratamiento activo de un trastorno depresivo se pueden obtener resultados similares a los conseguidos en enfermedades como la artritis reumatoide (13).

La WHO ha proyectado para el 2020 que la depresión mayor va a constituir la segunda causa de discapacidad si no se mejora la prevención, el diagnóstico y el tratamiento (12). Esta aseveración se apoya en datos originados en el número de personas que tienen este trastorno, las tasas de mortalidad por suicidio, las consecuencias personales y familiares y los costos de financiación.

El objetivo de este estudio se encuentra dentro del plan de trabajo sobre depresión en la atención primaria que realiza el PEPyC –Programa de Estudios Psiquiátricos y Cognoscitivos-, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de La Plata, destinado a conocer la opinión de los médicos sobre la depresión, cuál es el origen de la misma, si está presente en su trabajo asistencial, si tratan a los pacientes con depresión, si utilizan antidepresivos y por cuánto tiempo, qué opinión tienen sobre las dificultades para la detección, si observan comorbilidad depresiva en sus pacientes y qué opinión tienen sobre el suicidio respecto de algunos cuadros psicopatológicos.

Método

Diseño del cuestionario

Las preguntas se organizaron luego de haberse mantenido consultas con los médicos generales y especialistas de Atención Primaria. Posteriormente, el grupo de trabajo realizó el perfeccionamiento aclarando algunas de las preguntas y quitando otras. Fue de primordial importancia generar un cuestionario sencillo, fácil y de respuestas rápidas con la finalidad de aumentar las probabilidades de cumplimiento ante la solicitud. La versión final del cuestionario fue revisado independientemente por un psiquiatra consultor con dominio de la estadística en la especialidad. Las siguientes doce preguntas y su secuencia fueron finalmente aprobadas por todos los consultados y, por lo tanto, elegidas para la versión final del cuestionario:

Pregunta 1: La depresión, ¿es una enfermedad? Sí, no

Pregunta 2: La depresión ¿es por falta de voluntad del paciente o debilidad? Sí, no

Pregunta 3: ¿Evalúa los síntomas psíquicos? Sí, no

Pregunta 4: ¿Observa cuadros depresivos en su práctica médica? Sí, no

Pregunta 5: ¿Qué porcentaje de depresiones cree Ud. que ve en el consultorio? (colocar porcentaje estimado)

Pregunta 6: ¿Trata al paciente deprimido? Sí, no

Pregunta 7: ¿Cuáles considera que son las causas de falta de detección de la depresión? Opciones: falta de preparación profesional; falta de contacto con el paciente; falta de tiempo; otras (estigmas, ocultamiento del paciente).

Pregunta 8: ¿Utiliza antidepresivos en la asistencia? Sí, no

Pregunta 9: ¿Cuánto tiempo los indica? Opciones: 2 meses; 6 meses; 9 meses.

Pregunta 10: ¿Cuál es el origen de la depresión? Opciones: psíquica (neurobiológica); medioambiental; ambas.

Pregunta 11: ¿Observa comorbilidad de depresión entre sus pacientes? Sí, no

Pregunta 12: ¿Cuáles considera las causas que generan el suicidio? Opciones: psicótico, depresivo, sin patología.

Muestra

El estudio cualitativo consistió en la entrega de un cuestionario semi-estructurado a los profesionales, todos con registro de Matrícula Profesional en actividad, la respuesta fue anónima, tuvo un total de 12 preguntas y fue realizada en once provincias del país (Buenos Aires, Capital Federal, Córdoba, Corrientes, Chaco, Entre Ríos, Jujuy, La Pampa, Mendoza, Santa Fe y San Luis), entre marzo de 2006 y mayo de 2007. El cuestionario fue entregado por personal entrenado para la distribución, aclaraciones y recepción del mismo una vez completado; la elección del médico en cada región fue al azar. Si bien el personal se reunió con cada uno de los médicos, sus identidades no fueron conocidas por los investigadores ya que los cuestionarios no incluyeron el nombre del entrevistado, sólo un número para fines de procesamiento. Un total de 450 médicos fueron consultados para responder el cuestionario y de ellos 316 médicos (70% de participación) de diferentes especialidades lo contestaron. Una vez evaluadas las respuestas, 28 cuestionarios fueron excluidos del análisis por no haber llenado adecuadamente el mismo o por imposibilidad de esclarecer algún dato escrito, quedando 288 cuestionarios para conducir el análisis.

La interpretación y codificación de los datos cualitativos se realizó por todos los autores; las transcripciones fueron codificadas individualmente y luego a través de la discusión para llegar a un acuerdo sobre la interpretación de los datos. Los 288 médicos que completaron el estudio tenían una edad media de 44 años (DS=11,5) y 18,5 años de graduados en promedio (DS=11,7). Sus actividades profesionales se dividieron en: 1) todos los médicos encuestados; 2) clasificados en a) Clínica Médica, que además abarca las especialidades: cardiología, endocrinología, gastroenterología, enfermedades infec-

ciosas, nefrología, reumatología, neurología, geriatría y nutrición; b) Medicina General; c) Ginecología; d) otras.

Análisis de los datos

El análisis de las respuestas válidas fue realizado utilizando Statgraphics Versión 5.1 y los porcentajes se basaron en las respuestas obtenidas de los cuestionarios.

Resultados

Características de los respondedores

La división en subcategorías fue: 1) Medicina Interna (n=207) con una edad de 46,1 años (DS=11,3) que abarca 153 clínicos, y las subdisciplinas: cardiología (n=23), endocrinología (n=8), gastroenterología (n=3), enfermedades infecciosas (n=1), nefrología (n=2), reumatología (n=2), neurología (n=1), geriatría (n=14); 2) Práctica General (n=54) con una edad de 37 años (DS=10,8); 3) Ginecología (n=25), edad de 45,5 años (DS=9,2); 4) otras (n=2), con una edad de 60,5 años (DS=12,0).

La respuesta a la encuesta arrojó los siguientes resultados (tabla 1):

Pregunta 1 (¿La depresión es una enfermedad?): 97,6% sí (n=281); 1,4% no (n=4) y 1% (n=3) sin opinión.

Pregunta 2 (¿La depresión es por falta de voluntad o debilidad de la personalidad?): 39,6% sí, (n=114); 54,9% no (n=158) y 5,6% sin opinión (n=16).

Pregunta 3 (¿Evalúa los síntomas psíquicos?): 92% sí (n=265); 6,6% no (n=19) y 1,4% sin opinión (n=4).

Pregunta 4 (¿Observa cuadros depresivos en su práctica médica?): 97,2% sí (n=280); 1% no (n=3) y 1,7% sin opinión (n=5).

Pregunta 5 (¿Qué porcentaje de depresiones cree Ud. que ve en el consultorio?): menos de 1%= 2,1% (n=6), 5-15%= 67% (n=193), más de 30%= 27,8% (n=80) y sin opinión 3,1% (n=9).

Pregunta 6 (¿Trata al paciente deprimido?): 75% sí (n=216); 18,4% no (n=53) y 6,6% sin opinión (n=19).

Pregunta 7 (¿Cuáles considera que son las causas de falta de detección de la depresión?): 31,6% FFP (n=91), 23,6% FCP (n=68), 27,4 FT (n=79), 9,7% otros (n=28) y 7,6% sin opinión (n=22).

Pregunta 8 (¿Utiliza antidepresivos en su tarea?): 78,5% sí (n=226); 18,8% no (n=54) y 2,8% sin opinión (n=8).

Pregunta 9 (¿Cuánto tiempo los indica?): 5,6% 2 meses (n=16); 44,8% 6 meses (n=129); 27,1% 9 meses (n=78) y 22,6% sin opinión (n=65).

Pregunta 10 (¿Cuál es el origen de la depresión?, 3 opciones): 4,9% Psíquica (neurobiológica) (n=14); 1,4% ambiental (n=4); 89,2% ambos (n=257) y 4,5% sin opinión (n=13).

Tabla 1. Respuestas en porcentajes al cuestionario.

| Pregunta | SI (%) | NO (%) | S/O (%) | | |
|----------|------------------------------|-----------|---------------|-------|-----|
| 1 | 97,6 | 1,4 | 1 | | |
| 2 | 39,6 | 54,9 | 5,6 | | |
| 3 | 92 | 6,6 | 1,4 | | |
| 4 | 97,2 | 1 | 1,7 | | |
| 5 | - 1% | 5-15% | + 30% | S/O | |
| | 2,1 | 67 | 27,8 | 3,1 | |
| 6 | 75 | 18,4 | 6,6 | | |
| 7 | FFP | FCP | FT | Otros | S/O |
| | 31,6 | 23,6 | 27,4 | 9,7 | 7,6 |
| 8 | 78,5 | 18,8 | 2,8 | | |
| 9 | 2 meses | 6 meses | 9 meses | S/O | |
| | 5,6 | 44,8 | 27,1 | 22,6 | |
| 10 | Psíquico (neurobiológico) | Ambiental | Ambos | S/O | |
| | 4,9 | 1,4 | 89,2 | 4,5 | |
| 11 | 96,2 | 2,8 | 1 | | |
| 12 | Psicótico | Depresión | Sin patología | S/O | |
| | 13,2 | 77,4 | 2,8 | 6,6 | |

FFP = Falta de formación profesional FCP = Falta de contacto profesional FT = Falta de tiempo S/O: Sin opinión

Pregunta 11 (¿Observa comorbilidad de depresión entre sus pacientes?): 96,2% sí (n=277); 2,8% no (n=8) y 1% sin opinión (n=3).

Pregunta 12 (¿Cuáles considera las causas que generan el suicidio?): 13,2% psicótico (n=38); 77,4% depresivo (n=223); sin patología 2,8% (n=8) y sin opinión 6,6% (n=19).

Analizando los resultados, se pudo observar que al responder sí el 97,6% (n= 281) a la pregunta 1 (la depresión es una enfermedad), se advirtió que no concordaba con las respuestas halladas para la pregunta 2 en la que el 39,6% (n= 114) dice que sí es por falta de voluntad o debilidad. Del 39,6% se analizaron los hallazgos entre las preguntas una y dos en la subdivisión de actividad médica y se advierte que los de clínica médica fueron: n= 66; de medicina general: n=24; ginecología: n=10 y otras n=2.

Los 288 médicos respondieron afirmativamente a la pregunta 4 en un 97,2% (n=280), no en un 1% (n=3) y 1,7% (n=5) sin opinión. A la pregunta 5 dijeron el porcentaje de depresiones en su asistencia era: menos del 1% el 2,1% (n=6), 5-15% el 67% (n=193), más del 30% el 27,8% (n=80) y sin opinión 3,1% (n=9).

En el total de encuestados la pregunta 6 (¿trata a los pacientes deprimidos?) un 75% sí, 18,4% no y 6,6% sin opinión.

Al realizar el análisis de estos datos se halló que el 39,6% que respondía que era una debilidad o por falta de voluntad y que además había respondido afirmativamente a la primera pregunta, respondía a la pregunta

5 (¿qué porcentaje de depresiones cree Ud. que ve en el consultorio?) entre el 5-15% (n=71, 61,4%); más del 30% (n=36, 31,6%); menos de 1% (n=4, 3,5%) y sin opinión (n=3, 2,6%). Además este grupo en un 75,2% (n= 86) trataba a los pacientes, 19% (n=22) no los trataba (coherente con que es una debilidad) y el 5,3% (n=6) sin opinión. De ellos el 79,6% (n=90) utilizaba antidepressivos para tratarlo, el 17,7% (n=20) no utilizaba antidepressivos y el 3,8% (n=4) sin opinión.

Del total de los investigados (n=288) 78,5% utiliza antidepressivos, el 18,8% no y 2,8% sin opinión. De los 288 médicos el 71,9% contestó que los antidepressivos hay que tomarlos entre 6 y 9 meses; 5,6% 2 meses y 22,6% sin opinión. Las causas del suicidio fueron asociadas en primer lugar a depresión (77,4%), segundo lugar a psicosis (13,2%), luego personas sin patología (2,8%) y sin opinión (6,6%). Además 96,2% considera que puede haber depresión en sus pacientes como comorbilidad de la enfermedad por la que concurren a la consulta.

Con respecto a la pregunta 7, la falta de formación profesional (31,6%), la falta de tiempo (27,4%) y la falta de comunicación con el paciente (23,6%) fueron reconocidos como obstáculos para identificar la depresión en la totalidad de los encuestados; en otros (estigmas, prejuicios del enfermo) el 9,7% consideró que esos eran los factores que limitaban la posibilidad de realizar un reconocimiento de la depresión, retrotrayendo esto último a los problemas que siguen subyaciendo en la consideración de las enfermedades mentales

Discusión

Los sujetos de este estudio fueron médicos que trabajan en una variedad de especialidades médicas y zonas geográficas de Argentina, algunas caracterizadas por bajo desarrollo económico y otras por mejor bienestar económico. Casi todos los médicos tuvieron la percepción de la depresión como una enfermedad, lo que es importante a la hora de hacer el hallazgo, el diagnóstico y el probable tratamiento, aunque en un 39,6% sobrevivía el concepto de debilidad o falta de voluntad para sobrellevarla. Asimismo, estos profesionales que tenían estos conceptos disímiles en un 75,2% los medicaba con antidepresivos, aun considerando que es una falta de voluntad o debilidad.

La falta de formación profesional sumada a la falta de tiempo y a la falta de comunicación fueron considerados por los encuestados como los obstáculos mayores para la asistencia de los pacientes con trastornos depresivos, incidiendo estas carencias en la adherencia al tratamiento y la evolución del trastorno depresivo (3). Pero el 9,7% dijo que el estigma y los propios prejuicios del paciente son parte de estas dificultades y esto hace que al momento de la entrevista tanto paciente como médico soslayan el problema depresivo (15). Aun con esas consideraciones puede pensarse que el conocimiento sobre el tiempo de indicación del antidepresivo es correcto, lo que puede inferirse como un adecuado conocimiento del tema.

La comorbilidad es hallada en su trabajo asistencial. En otros países se habla de más de un 50% de síntomas de depresión entre los que asisten a la práctica general (9), de los cuales el 5% sufre de depresión mayor (6), por lo que se reafirma que hay que actuar con celeridad para entrenar en habilidades de diagnóstico y manejo de los pacientes de enfermedades de consulta, ya que esta comorbilidad depresiva va a incidir inevitablemente en la evolución del estado de salud del paciente. Es positivo el conocimiento sobre las causas del suicidio, ya que no se observó en los encuestados el concepto de "valentía" o "cobardía" respecto al mismo, recordando que el suicidio es uno de los aspectos más importantes a tener en cuenta en la formación del médico general (18).

Nuestro análisis se centró en la noción que sobre los trastornos depresivos tienen los médicos en general, a

los que consideran más como un problema de la práctica cotidiana que una categoría diagnóstica.

Este tipo de resultados tiene un importante corolario para la construcción de las intervenciones educativas en torno a la mejora del reconocimiento y tratamiento de la depresión en atención primaria en Argentina. Las percepciones negativas de la enfermedad pueden significar que los médicos tengan una visión pesimista de los posibles resultados de las consultas, sin entender bien los puntos básicos de referencia sobre la "depresión" como un problema real que se les presenta, y por ende tener dudas para reconocer y responder a estos pacientes en profundidad. Todo esto significa que hay que elaborar intervenciones educativas dirigidas a médicos para mejorar los resultados con el paciente que sufre de depresión.

Estas conclusiones preliminares pueden dar a entender que debe haber una acción más ampliada y coordinada en los lugares específicos para realizar un entrenamiento de los médicos sobre depresión (10,14), para que en los próximos años estemos prevenidos ante la posibilidad cierta difundida por la WHO, la que anticipa que la depresión será la segunda causa de discapacidad en el mundo y que los médicos de atención primaria deben estar preparados para la detección, el diagnóstico y el probable tratamiento, como así también la derivación al especialista.

Debilidades

El número de médicos en la muestra no es suficiente para permitir la generalización de estos hallazgos. Una muestra nacional de los médicos debe realizarse sin limitar la muestra de las provincias del país. Las mejoras en estas dos áreas proporcionarán una perspectiva más amplia y una mejor visión de la idea que los médicos de todo el país tienen sobre la depresión. En este sentido, las conclusiones de este estudio sólo son consideradas preliminares.

Agradecimientos: Agradecemos a todos los médicos que colaboraron en este trabajo. Esta investigación se realizó con el apoyo de Laboratorios Gador, Argentina ■

Referencias bibliográficas

1. Badamgarav E, Weingarten SR, Henning JM, et al. Effectiveness of Disease Management Programs in Depression: a Systematic Review. *Am J Psychiatry* 2003;160:2080-90.
2. Blacker C, Clare A. Depressive disorders in Primary Care. *Br J Psychiatry* 1987;150:737-51.
3. Byng R, Bury C, Weaver L. Patients' experiences of consultations for depression and predictors of adherence to antidepressants. *Primary Care & Community Psychiatry* 2007;12:109-15.
4. Carney RM, Freedland KE. Depression and Coronary Heart Disease: More Pieces of the Puzzle. *Am J Psychiatry* 2007;164:1307-9.
5. Chew-Graham CA, Mullin S, May CR et al. Managing depression in primary care: another example of the inverse care law? *Family Practice* 2002;19:632-7.
6. Effective Health Care. The Treatment of Depression in Primary Care. Leeds: Centre for Health Economics, 1993.
7. Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajic M. Depression following myocardial infarction: impact on 6-month survival. *JAMA* 1993;270:1819-25.
8. Freeling P, Rao BM, Paykel ES, Sireling LI, Burton RH. Unrecognised depression in general practice. *Br Med J* 1985;290:1880-3.
9. Freeling P, Tylee A. Depression in general practice. In Paykel ES (ed.). *Handbook of Affective Disorders*, 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1992.
10. Goldber D, Gask L, Sartorius N. Training physicians in mental health skills. World Psychiatric Association, Geneva, 2001.
11. Mayou R, Hawton K, Feldman E. What happens to medical patients with psychiatric disorders. *J Psychosom Res* 1988;32:541-9.
12. Murray CJL, López AD, Mathers CD, Stein C. The Global Burden of Disease 2000 projet: aims, methods and data sources, 2001, World Health Organization, Geneva, (GPE Discussion paper No 36).
13. Parker JC, Wright GE. The implications of depression for pain and disability in rheumatoid arthritis. *Arthritis Care and Research* 1995;8:279-83.
14. Sartorius N. Promoting health: focus on depression. *WPA Bulletin on Depression* 2002;Vol 5(24):8-9
15. Staab JP, Evans DL. Consultation-Liaison psychiatry: recognition and treatment of depression. *WPA Bulletin on Depression* 2003;Vol 7(26):6-9.
16. Telford R, Hutchinson A, Jones R et al. Obstacles to effective treatment of depression: a general practice perspective. *Family Practice* 2002;19:45-52.
17. Wells KB, Stewar A, Hays RD et al. The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA* 1989;262:914-9.
18. World Health Organization. *World Health Report 2001: Mental health: New understanding, new hope*. Geneva, 2001.



SIRR

Sistema Integrado de Rehabilitación y Reinserción

Rehabilitación, Reinserción Social y Laboral para personas que padecen trastornos mentales severos, a través de un abordaje interdisciplinario y con programas individualizados para el logro de su plena integración y adecuada evolución.

Estos programas se desarrollan en un período de tiempo acotado de acuerdo a los objetivos de rehabilitación establecidos previamente, tiempo durante el cual los usuarios del sistema (en cualquiera de sus modalidades) tienen asistencia psiquiátrica y psicológica con profesionales externos a nuestro equipo.

Ofrecemos los siguientes dispositivos:

- Evaluación integral (neurocognitiva y socio-ocupacional)
- Residencia
- Unidad convivencial supervisada
- Programa de rehabilitación ambulatorio individualizado
- Centro de fin de semana
- Reinserción social
- Capacitación laboral
- Reinserción laboral con tutoría.
- Unidades Productivas
- Empresa social

Av. Juan de Garay 1450 C1153ABY, Buenos Aires, Argentina. Tel: 4305-2272
Email info@sirrsa.com.ar Web : www.sirrsa.com.ar

Calidad de vida laboral de profesionales de la salud

Graciela Tonon de Toscano

*Doctora en Ciencia Política. Estudios post-doctorales en Metodología de la investigación en CIMESS, Università degli studi di Firenze, Italia. Magíster en Ciencia Política. Licenciada en Servicio Social. Chair Regional Comité South America y Board of Directors, International Society for Quality of Life Studies. Directora del Programa de Investigación en Calidad de Vida de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Lomas de Zamora. Prof. Titular e investigadora en el Depto. de Derecho y Ciencia Política de la Universidad Nacional de La Matanza y en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Lomas de Zamora. Prof. de la Maestría en Psicología y Salud y del Doctorado en Psicología de la Universidad de Palermo
E-mail: graciela-tonon@hotmail.com*

Introducción

Si bien en los últimos años se ha avanzado en la producción de investigaciones referidas a la calidad de vida laboral de los profesionales que se desempeñan en el campo de la salud, el tema aún es parte de la agenda pendiente en el campo temático. En tal sentido, en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Lomas de Zamora (Argentina), se organizó el Programa de Investigación en Calidad de vida que, desde

el año 2004, desarrolla una línea de trabajo relacionada con la calidad de vida y especialmente con la calidad de vida laboral.

En este artículo se presentan algunas reflexiones que surgen de las investigaciones desarrolladas en el marco del citado Programa, específicamente centradas en la importancia de las variables del contexto sociopolítico-institucional en los procesos de aparición y desarrollo

Resumen

En este artículo se reflexiona acerca de los conceptos teóricos *calidad de vida, satisfacción laboral y profesiones de servicio*, para luego describir las características del contexto político-institucional nacional actual en el cual desarrollan su actividad laboral cotidiana los profesionales dedicados al campo de la salud. Concluye presentando una propuesta de indicadores construidos especialmente por la autora para analizar el contexto laboral, que han sido utilizados en investigaciones que ha venido desarrollando desde el inicio de esta década. Deja finalmente planteada la necesidad de avanzar en investigaciones en el tema, que tengan en cuenta la mirada de los protagonistas y que permitan generar diagnósticos situacionales que a su vez sean generadores de políticas públicas, que den respuesta al problema planteado.

Palabras clave: Calidad de vida - Satisfacción laboral - Profesionales de la salud - Políticas públicas.

QUALITY LIFE OF WORKING HEALTH CARE PROFESSIONALS

Summary

In this article the author presents the theoretical concepts of *quality of life, labor satisfaction, and service professions*. Then describes the politic-institution characteristics of the actual national context in which the professionals that work in the Health field, developed their daily work. Presents a proposal of indicators, specially constructed by the author to analyze the labor context, that are being used in different research projects she developed since the beginning on XXI century. Finally presents the necessity of generate project that considers protagonist points of view and allow the construct of diagnosis of the situation, that generate public policies to answer the problem.

Key words: Quality of life - Labor satisfaction - Health professionals - Public policies.

del síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*), en los profesionales del campo de la salud.

Calidad de vida y satisfacción laboral

La calidad de vida se refiere a las percepciones, aspiraciones, necesidades, satisfacciones y representaciones sociales que los miembros de todo conjunto social experimentan en relación a su entorno y la dinámica social en la que se encuentran inmersos, incluyendo los servicios que se les ofrecen y las intervenciones sociales de las que son destinatarios y que emanan de las políticas sociales¹.

De esta manera resulta un concepto que implica la participación de los ciudadanos en la evaluación de lo que les afecta, cobrando significación política, al contribuir al estudio del bienestar de las personas, desde la perspectiva del bienestar físico y psicológico, relacionando las necesidades materiales con las socio-afectivas e integrando mediciones psicológicas y sociales de percepción y evaluación de las propias experiencias de los sujetos².

El estudio de la calidad de vida remite tanto al entorno material (bienestar social) como al entorno psico-social (bienestar psicológico); este último, basado en la experiencia y en la evaluación que la persona tiene de su situación, incluyendo medidas positivas, medidas negativas y una visión global de la vida de la persona, que se denomina *satisfacción vital*. Implica dos ejes: el objetivo y el subjetivo, siendo cada eje el agregado de siete dominios que han sido operacionalizados en la escala de comprensión de calidad de vida³.

El bienestar subjetivo deriva de las condiciones en que se desenvuelve la vida de las personas y equivale a un balance global de las oportunidades vitales, recursos sociales y personales; del curso de los acontecimientos a los que se enfrenta cada sujeto, y de la experiencia derivada de ello. Así, la satisfacción con la vida, sería el grado en que una persona evalúa la calidad global de su vida de forma positiva, es decir, cuánto le gusta a esa persona la vida que lleva.

En el caso de la calidad de vida laboral, se encuentra relacionada con la satisfacción laboral; ya que acerca de su satisfacción laboral, las personas tienen alguna idea más o menos definida acerca de cómo creen que deben ser las cosas en su trabajo y los aspectos importantes relacionados con él. Y es así que cuando las personas comparan estas ideas con la realidad que viven, surge de esta comparación una evaluación y una actitud asociada a ella, que implica que las personas estén más o menos satisfechas⁴.

La satisfacción laboral es uno de los indicadores más clásicos identificados cuando se quiere conocer la acti-

tud general de las personas hacia su vida laboral; y esto es así porque el trabajo:

*“ además de constituir una relación técnica de producción, es un soporte de inscripción a la estructura social. Estableciéndose una estrecha conexión entre el lugar que se ocupa en la división social del trabajo, las redes de sociabilidad y los sistemas de seguridad social.”*⁵

Entonces, si el eje de la calidad de vida es el sujeto, podemos sintetizar diciendo que la calidad de vida reconoce entidad a la experiencia que las personas tienen de sus propias formas y condiciones de vida, dando tanto o más valor a esa experiencia que a las condiciones materiales u objetivables definidas como adecuadas por los expertos.

Los profesionales de la salud como “profesionales de servicio”

En su origen las profesiones estuvieron asociadas a la religiosidad. Médicos, sacerdotes y juristas, eran personas que tenían vocación de servicio porque habían sido elegidas para ello. De allí que hicieran un juramento, tal el famoso caso de Hipócrates y su juramento hipocrático, ya que su ejercicio implicaba reglas y valores morales. Fue en la modernidad cuando las profesiones se emanciparon de la esfera religiosa y comenzaron a fundamentarse en una ética autónoma.

Las profesiones se caracterizan por ser una actividad humana social mediante la cual se presta un servicio específico a la sociedad en forma institucionalizada:

*“Profesión es una actividad social cooperativa, cuya meta interna consiste en proporcionar a la sociedad un bien específico e indispensable para su supervivencia como sociedad humana, para lo cual se precisa el concurso de la comunidad de profesionales que como tales se identifican ante la sociedad.”*⁶

El tipo de servicio que se presta en una profesión es único y por esa razón los profesionales reclaman su derecho a prestarlo y estas prestaciones tienen que estar claramente definidas de manera que el público sepa qué puede esperar del profesional, siendo además un tipo de tarea indispensable para la sociedad. El hecho de ser consideradas también “una vocación” genera que los profesionales inviertan tiempo en perfeccionarse y no centren su desarrollo en un funcionamiento sólo en relación a cumplir con un horario de trabajo.

Los profesionales conforman un colectivo que trata de obtener el monopolio del ejercicio de la profesión, viven de ella y se consideran y denominan a sí mismos en tanto “colegas”. Dado que cuentan con un saber certificado, reclaman un ámbito de autonomía para el ejercicio de su profesión, lo cual implica que gocen de sus derechos y también que asuman sus responsabilidades

¹ Casas, F. Bienestar Social. Una introducción psicossociológica. Barcelona. Editorial PPU. 1996.p.100

² Casas, F. Calidad de vida y calidad humana. *Revista Papeles del Psicólogo*. No 74. Madrid. 1999. <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=812>

³ Cummins, R. Comprehensive quality of life scale. A. C. Q. O. L.. Melbourne. Australia. 1998.

⁴ Diener, E., Suh, E., & Oishi, S. Recent findings on subjective well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology*. 1998. pp 25-41.

⁵ Vélez Restrepo, O. Reconfigurando el Trabajo Social. Perspectivas y tendencias contemporáneas. Bs. As. Espacio Editorial. 2004. p. 88.

⁶ Cortina, A. Ciudadanos del mundo. Madrid. Alianza Editorial. 1997.

frente a la sociedad. Sin embargo, lo que resulta difícil en este sentido es encontrar el equilibrio entre lo que el profesional sabe, dada su calificación profesional, y lo que la población reclama de su ejercicio, y es así que ha resultado necesaria la redacción de códigos de ética profesional.

Lo que legitima a una profesión es el hecho de dar respuestas, ya sean éstas exclusivas o no, a determinadas demandas sociales; así como la existencia de instituciones con capacidad de contratar a esos profesionales⁷. Asimismo, toda profesión tiene una orientación de servicio que se encuentra respaldada por un comportamiento ético.

Toda profesión⁸ tiene una dimensión subjetiva que se relaciona con el "orgullo de productor" de la misma para el sujeto y que incluye tanto los deberes y derechos asignados a una función laboral como el reconocimiento social de la misma. Asimismo, resulta necesario preguntarse acerca de la significación que tiene el trabajo lucrativo para la forma de vida de los sujetos y cuáles son las orientaciones que éstos desarrollan frente a la esfera del trabajo y de la actividad económica. En este sentido identifiqué dos mecanismos que podrían provocar que el trabajo desempeñe un papel central en la organización de la vida personal, ya sea como un eje de la vida "recta" (lo que debe ser) o como una condición de supervivencia.

Pero en la actualidad las trayectorias profesionales se han vuelto móviles, a partir de la institucionalización de la desestandarización del trabajo, que implica la individualización de tareas e impone la movilidad, adaptabilidad y disponibilidad de los empleados y la traducción técnica de la flexibilidad que exige la responsabilización de cada sujeto o equipo sobre la administración de su producción y sobre la calidad de la misma⁹. Se instala de esta manera un modelo biográfico¹⁰ en el cual cada persona debe afrontar por su cuenta las contingencias de su recorrido profesional que se ha tornado discontinuo, debiendo hacer elecciones y emprendiendo a tiempo las reconversiones que le fueran necesarias. Es así que el trabajador ya no ocupa un puesto de trabajo sino que debe "hacer" un puesto de trabajo. Y entonces esta individualización de las trayectorias profesionales produce una responsabilización de los agentes, ya que ellos deben afrontar las situaciones, asumir el cambio y hacerse cargo de sí mismos. De esta manera el sujeto está obligado a ser libre, imponiéndosele ser capaz de un buen desempeño y estando en gran medida liberado a sí mismo¹¹. En el caso de las profesiones, en estas últimas décadas se ha venido dando un proceso de desprofesionalización que genera que las profesiones vayan perdiendo el orgullo de productor y su reconocimiento social como tales. Y es por eso que reconociendo que la sociedad en la vivimos es una sociedad caracterizada por el riesgo, "es preciso que

las profesiones logren desarrollar prácticas que favorezcan la integridad por sobre la especialización, la flexibilidad del trabajo sobre la rigidez burocrática; la responsabilidad social e individual, la recuperación de la subjetividad y el valor por la justicia"¹²

En el caso de las denominadas "profesiones de servicio", las mismas se diferencian de otro tipo de trabajo, por la discontinuidad y la incertidumbre temporal, social y material de los casos que atiende, así como por la falta de homogeneidad de los mismos. Asimismo, este tipo de trabajo no cuenta con funciones técnicas de producción, que son necesarias para la generación de una utilidad concreta, así como criterios para la medida de las necesidades que se han de satisfacer, particularmente porque las necesidades son definidas por los sujetos que solicitan atención y además porque crecen en la medida que aumenta el margen percibido de satisfacción de las mismas.

Caracterizando el contexto

Una mirada hacia las condiciones en las cuales trabajan los profesionales de la salud, atendiendo las demandas de la población, tanto en las organizaciones estatales como privadas de la Argentina de hoy, en las cuales se observa la insuficiencia en la dotación de recursos para dar respuesta a las necesidades de la población, nos permite identificar una serie de características:

- a. la vivencia de inseguridad tanto en la esfera laboral como en la económica,
- b. las dificultades en el desarrollo de la carrera profesional,
- c. las dos cuestiones citadas previamente, asociadas a las particularidades en la decisión e implementación de las políticas públicas.

Es por eso que en primer lugar realizaremos una reflexión teórica acerca de estos tres temas.

a. La vivencia de inseguridad

Se han identificado¹³ tres elementos imprescindibles para desarrollar una adecuada capacidad de pensar y, en consecuencia, de tomar decisiones racionales, que son la seguridad, la certeza y la protección. Sin embargo en las sociedades contemporáneas, vivir en la incertidumbre parecería ser la única forma posible de vivir en la actualidad.

La seguridad se relaciona con la estabilidad del mundo, la estabilidad laboral y la continuidad de la vigencia de los valores y de los parámetros que sirven para guiar las decisiones y la conducta. La certeza, implica saber de que uno será capaz de diferenciar entre lo que es bueno, sano y conveniente y lo que no lo es. Y la protección consiste en la posibilidad de defenderse de las amenazas

⁷ Montañó, C. La naturaleza del Servicio Social. Biblioteca Latinoamericana de Servicio Social. Brasil. Cortez Editora. 2000.

⁸ Offe, C. ¿Es el trabajo una categoría sociológica clave? Conferencia Inaugural. XI Congreso de Sociología. Bamberg. 1982.

⁹ Castel, R. La inseguridad social. ¿Qué es estar protegido? Bs. As. Editorial Manantial. 2004.

¹⁰ Beck, U. Risk Society: Towards a New Modernity. London: Sage. 1992.

¹¹ Castel, R. La inseguridad social. ¿Qué es estar protegido? Bs. As. Editorial Manantial. 2004.

¹² Aguayo Cuevas, C. Las profesiones modernas: dilemas del conocimiento y del poder. Santiago de Chile. Universidad Tecnológica Metropolitana. 2006. P. 16.

¹³ Bauman, Z. En busca de la política. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina S.A. 2001.

que atenten contra la propia persona, la familia, la propiedad privada y el medio ambiente.

Frente a la ausencia de estos tres elementos, ya sea en el ámbito familiar, laboral o en el plano más global de lo social, se puede generar en la persona un estado de desorientación que dificulta el desarrollo y la implementación de planes y proyectos. Y entonces, la evaluación del futuro, necesaria para la toma de decisiones en cualquier ámbito, se ve en muchos casos seriamente obstaculizada por los cambios rápidos y profundos a los que se ve sometido el entorno de manera casi cotidiana.

En el área laboral, particularmente, la falta de seguridad no sólo es percibida por quienes no encuentran trabajo, sino que quien posee un empleo, puede también vivenciar una sensación de precariedad que surja frente a las reestructuraciones constantes del mercado laboral. Al respecto, los orígenes de la incertidumbre y de la inseguridad actual son de tipo global, lo cual permite que los grupos políticos tiendan a desviar la causa de la angustia mencionada, hacia territorios de la desprotección.

b. El desarrollo de la carrera profesional

Refiriéndonos al ejercicio profesional, toda profesión puede ser analizada en forma simultánea desde dos puntos de vista: el subjetivo, es decir el de la persona que la ejerce; y el objetivo, conformado por el ámbito de desarrollo de la actividad propiamente dicha. De esta manera quedan explicitadas tres dimensiones para el análisis¹⁴:

- La dimensión personal, en tanto el profesional se ve modificado por su ejercicio profesional.

- La dimensión social, que analiza la relación que el profesional establece con la sociedad y su participación en la construcción de la misma.

- La dimensión material, ya que el profesional pretende, a partir de su trabajo, lograr su sostén económico.

La profesión es definida por como un *"conjunto de conocimientos y habilidades adquiridas por una persona, sobre una materia, que le otorga la capacidad de desplegar una actividad, trabajo concreto cuyo resultado está significado en el orden social por un valor de uso para otros o para la sociedad, lo que a su vez, supone que esta capacidad adquirida o profesión esté significada por un valor de cambio que a su vez, su titular, puede ensayar realizar en el mercado de trabajo o en el que rige la compraventa de servicios"*¹⁵.

Todo profesional desarrolla su actividad cotidiana en una situación de trabajo que queda determinada por las relaciones que se establecen entre este profesional y su entorno. De allí la importancia que para cada profesional, revisten las decisiones formales que se tomen en la organización en la cual ejerce su profesión cotidianamente y que conforman lo que Jacques denominó *contenido prescripto*¹⁶. Sin embargo este denominado contenido prescripto no siempre es tenido en cuenta a la hora del desarrollo de la carrera de los profesionales de la

salud y es entonces que detectamos que no obstante un profesional cuente con los saberes certificados y las aptitudes acordes al desempeño del rol, no necesariamente logra avanzar en el desarrollo de su carrera. Y es que en gran medida esto se debe a distintas situaciones que se juegan en el espacio organizacional y que se relacionan más que con lo profesional y/o lo científico, con lo político.

c. Las políticas públicas

Al hablar de las políticas públicas debemos alertar acerca de que una política pública no es un fenómeno objetivo con un perfil evidente y bien definido, resultando entonces necesario identificar aquellos actos significativos que revelen su presencia. Los criterios que utilicemos para identificar los citados actos responderán a la existencia de un umbral más flexible o más rígido de análisis y ésta, no es sólo una elección de tipo nominal sino que resulta ser una decisión de tipo estratégica, para el desarrollo de cualquier investigación del tema. El pasaje de la ausencia a la existencia de una política pública puede ser analizado desde diferentes ópticas y es por eso que, una política pública es todo aquello que un gobierno elige hacer o elige no hacer.

En el caso de las políticas sociales, el gobierno debe decidir entre las variables: costos económicos-efectos políticos. Quedan así planteadas dos tipos de políticas: las llamadas universalistas que llegan a todos los ciudadanos pero resultan costosas y las llamadas políticas focalizadas que cubren las necesidades de grupos pequeños y son percibidas por la población general como un sistema de privilegios hacia unos pocos elegidos. En el caso de las políticas denominadas universalistas el problema se suscita cuando al reducirse el abastecimiento se apela a técnicas clientelísticas para el acceso al servicio.

Pero en el circuito de generación de políticas en nuestro contexto nacional se observa una característica particular que es el fenómeno del clientelismo. Definido como una relación de transacción de favores entre políticos y ciudadanos, en la cual los políticos hacen "pequeños favores a muchos" y "grandes favores a pocos"¹⁷, el clientelismo se conforma como una relación pensada simultáneamente desde dos lógicas, la lógica de la negociación y el mercado y la lógica del afecto y la lealtad. En Latinoamérica se encuentra instituida por las partes que interactúan en la relación.¹⁸ Y entonces podemos decir que el clientelismo es un fenómeno que se ha naturalizado. Este fenómeno, según las respuestas de los sujetos que conforman los grupos profesionales con quienes hemos trabajado a lo largo de estos años, estaría impactando en la calidad de vida laboral de los mismos, afectando el ejercicio profesional cotidiano, y asimismo la calidad de vida de las personas atendidas.

¹⁴ Bermejo, F. La ética del Trabajo Social. Centros universitarios de la Compañía de Jesús. Bilbao. 2002.

¹⁵ Fernández de Castro, I y Gumpert, L. Tendencias en la transformación de las profesiones. En *Revista de Trabajo*. Año 1. N° 1. M. T. S. S. 1994. pp 54-67. P. 57.

¹⁶ Jacques, E. desarrolla el tema en *A general theory of bureaucracy*. Londres. Heinemann. 1976.

¹⁷ Tenti Fanfani, E. Entender el clientelismo y profundizar la democracia. En Torres, P. Votos, chapas y fideos: clientelismo político y ayuda social. La Plata. Editorial de la Campana 2002. P. 17-22.

¹⁸ O' Donnell, G. *Contrapuntos. Ensayos escogidos sobre autoritarismo y democratización*. Bs. As. Editorial Paidós. 1997. P. 310.

Factores contextuales socio-políticos que afectan la calidad de vida laboral

En un contexto nacional como el que hemos descrito, hemos identificado factores y condicionantes que devienen del macrocontexto y que afectan la calidad de vida de los profesionales. Nos referimos a:

- La insuficiencia en los recursos para la asistencia.
- Los cambios recurrentes en las decisiones para el área laboral.
- La inseguridad e inestabilidad en las condiciones laborales y la reducción de los derechos laborales.
- Las posibilidades reales y las dificultades existentes para el desarrollo de la carrera profesional.
- La copia de modelos foráneos para la resolución de problemas que pueden generar que los profesionales se vean obligados a realizar tareas que consideran incorrectas o no pertinentes al ejercicio de su rol.

Considerando las variables mencionadas, hemos encuestado desde el año 2002 y hasta el año 2007, 899 profesionales pertenecientes a las tradicionalmente denominadas profesiones de servicio en distintas zonas geográficas del país. En este caso sólo consideraremos 98, encuestados durante el año 2007 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Ciudad de Mar del Plata y Ciudad de Junín quienes se desempeñan laboralmente en hospitales y unidades sanitarias.

Todas las investigaciones a las cuales se hace referencia se han desarrollado en el marco del Programa Nacional de Incentivos para docentes investigadores del Ministerio de Educación de la Nación, teniendo lugar en el Programa de investigación de Calidad de Vida de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Lomas de Zamora y de la Universidad Nacional de La Matanza.

En las primeras investigaciones aplicamos el MBI¹⁹ y en las siguientes el CESQT²⁰; en ambos casos incluimos escalas que hemos construido especialmente para medir indicadores de contexto²¹.

En este artículo sólo consideraremos algunos resultados significativos que surgen de la escala de indicadores de contexto, que es una escala Likert con 5 valores (siempre, algunas veces, indiferente, casi nunca, nunca), y que comprende las siguientes frases:

- Me siento inseguro/a con mi estabilidad laboral.
- Me siento obligado/a a realizar tareas que considero incorrectas en mi trabajo.
- Me angustia no contar con los recursos institucionales necesarios para dar respuesta a los problemas que atiendo.
- Me siento cansado/a con los cambios de decisiones políticas en mi lugar de trabajo.
- Me siento con ganas de cambiar las condiciones de trabajo que tengo en la actualidad.
- Me siento cansado/a de que las promociones en la carrera profesional se deban a contactos políticos, de amigos o familiares.

A continuación se consignan los cuadros y se distinguen en negrita las opciones que han obtenido mayor puntuación por parte de los respondientes. Nótese que las opciones "siempre" y "algunas veces" son las que obtienen las más altas puntuaciones.

En el caso del *sentimiento de inseguridad respecto de la estabilidad laboral* un 37,8% lo sienten algunas veces, en oposición el 24,5% dice sentirlo "casi nunca" y el 19,4%, "nunca". En relación a la *realización de tareas que se consideran incorrectas en referencia al rol profesional*, el 43,9% manifiesta sentirlo algunas veces y el 27,6% manifiesta sentirlo "casi nunca".

Me siento inseguro/a con mi estabilidad laboral.

| Válido | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|----------------------|------------|-------------|-------------------|----------------------|
| Siempre | 10 | 10,2 | 10,2 | 10,2 |
| Algunas veces | 37 | 37,8 | 37,8 | 48,0 |
| Indiferente | 5 | 5,1 | 5,1 | 53,1 |
| Casi nunca | 24 | 24,5 | 24,5 | 77,6 |
| Nunca | 19 | 19,4 | 19,4 | 96,9 |
| Sin dato | 3 | 3,1 | 3,1 | 100,0 |
| Total | 98 | 100,0 | 100,0 | |

Me siento obligado/a a realizar tareas que considero incorrectas en mi trabajo.

| Válido | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|----------------------|------------|-------------|-------------------|----------------------|
| Siempre | 7 | 7,1 | 7,1 | 7,1 |
| Algunas veces | 43 | 43,9 | 43,9 | 51,0 |
| Indiferente | 4 | 4,1 | 4,1 | 55,1 |
| Casi nunca | 27 | 27,6 | 27,6 | 82,7 |
| Nunca | 14 | 14,3 | 14,3 | 96,9 |
| Sin dato | 3 | 3,1 | 3,1 | 100,0 |
| Total | 98 | 100,0 | 100,0 | |

Los valores se modifican significativamente en las variables que corresponde a *la angustia que se siente al no contar con los recursos institucionales necesarios para dar respuesta a los problemas que deben ser atendidos* (siempre 44 % y algunas veces 45,9%, lo que suma un total de 90,8%), *al cansancio con los cambios de decisiones políticas en el lugar de trabajo* (siempre 26,5 % y algunas veces 45,9 %, lo que suma un total 72,4%) y *a que las promociones en la carrera profesional se deban a contactos políticos, de amigos o familiares* (siempre 48% y algunas veces 31,6 %, lo que suma un total de 79,6%).

¹⁹ Maslach Burnout Inventory.

²⁰ Cuestionario de estudio de síndrome de quemarse por el trabajo construido por Pedro Gil Monte, UNIPSCO, Universidad de Valencia, España.

²¹ Tonon, G. Calidad de vida y desgaste profesional. Anexo. Buenos Aires. Espacio Editorial. 2003.

Me angustia no contar con los recursos institucionales necesarios para dar respuesta a los problemas que atiendo.

| Válido | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|----------------------|------------|-------------|-------------------|----------------------|
| Siempre | 44 | 44,9 | 44,9 | 44,9 |
| Algunas veces | 45 | 45,9 | 45,9 | 90,8 |
| Indiferente | 2 | 2,0 | 2,0 | 92,9 |
| Casi nunca | 3 | 3,1 | 3,1 | 95,9 |
| Nunca | 1 | 1,0 | 1,0 | 96,9 |
| Sin dato | 3 | 3,1 | 3,1 | 100,0 |
| Total | 98 | 100,0 | 100,0 | |

Me siento cansado/a con los cambios de decisiones políticas en mi lugar de trabajo.

| Válido | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|----------------------|------------|-------------|-------------------|----------------------|
| Siempre | 26 | 26,5 | 26,5 | 26,5 |
| Algunas veces | 45 | 45,9 | 45,9 | 72,4 |
| Indiferente | 14 | 14,3 | 14,3 | 86,7 |
| Casi nunca | 8 | 8,2 | 8,2 | 94,9 |
| Nunca | 2 | 2,0 | 2,0 | 96,9 |
| Sin dato | 3 | 3,1 | 3,1 | 100,0 |
| Total | 98 | 100,0 | 100,0 | |

Me siento cansado/a de que las promociones en la carrera profesional se deban a contactos políticos, de amigos o familiares.

| Válido | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|----------------------|------------|-------------|-------------------|----------------------|
| Siempre | 47 | 48,0 | 48,0 | 48,0 |
| Algunas veces | 31 | 31,6 | 31,6 | 79,6 |
| Indiferente | 16 | 16,3 | 16,3 | 95,9 |
| Casi nunca | 1 | 1,0 | 1,0 | 96,9 |
| Sin dato | 3 | 3,1 | 3,1 | 100,0 |
| Total | 98 | 100,0 | 100,0 | |

En cuanto al *sentimiento de tener ganas de cambiar las condiciones de trabajo actuales* obtiene un 39% en el valor "siempre", un 46,9% en el valor "algunas veces" lo cual suma un total de 86,7%.

Me siento con ganas de cambiar las condiciones de trabajo que tengo en la actualidad.

| Válido | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|----------------------|------------|-------------|-------------------|----------------------|
| Siempre | 39 | 39,8 | 39,8 | 39,8 |
| Algunas veces | 46 | 46,9 | 46,9 | 86,7 |
| Indiferente | 3 | 3,1 | 3,1 | 89,8 |
| Casi nunca | 6 | 6,1 | 6,1 | 95,9 |
| Nunca | 1 | 1,0 | 1,0 | 96,9 |
| Sin dato | 3 | 3,1 | 3,1 | 100,0 |
| Total | 98 | 100,0 | 100,0 | |

Estos resultados muestran que la mayor preocupación cotidiana de los encuestado se centra en la angustia que se siente al no contar con los recursos institucionales necesarios para dar respuesta a los problemas que deben ser atendidos, el cansancio con los cambios de decisiones políticas en el lugar de trabajo y a que las promociones en la carrera profesional se deban a contactos políticos, de amigos o familiares.

Conclusiones

Tradicionalmente los estudios sobre calidad de vida laboral centraron su atención en el tipo de población atendida y en las características de la organización en la cual los profesionales desarrollan su tarea cotidiana. En nuestro caso, las investigaciones han incluido la consideración de indicadores de contexto que priorizan la opinión de los protagonistas.

Los resultados muestran la preocupación de los sujetos respondientes en relación a las variables consideradas, significativamente en relación a sentirse cansado/a con los cambios de decisiones políticas en su lugar de trabajo; sentirse cansado/a de que las promociones en la carrera profesional se deban a contactos políticos, de amigos o familiares y sentirse angustiado/a por no contar con los recursos institucionales necesarios para dar respuesta a los problemas que atiende. Todas estas cuestiones posibles de ser resueltas a partir de decisiones en el campo de las políticas públicas para el área.

Es así que, el objetivo a más largo plazo de trabajos como el que presentamos, es el de aportar a la construcción de diagnósticos situacionales que a su vez puedan posibilitar la generación de políticas públicas, que den respuesta al problema planteado y que aportan al mejoramiento de la calidad de vida laboral de los profesionales de la salud ■

Referencias bibliográficas

1. Aguayo Cuevas, C. Las profesiones modernas: dilemas del conocimiento y del poder. Santiago de Chile. Universidad Tecnológica Metropolitana. 2006.
2. Bauman, Z. En busca de la política. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina S.A. 2001.
3. Beccaria, L y otros. Sociedad y sociabilidad en la Argentina de los 90. Bs. s. Editorial Biblos. 2002.
4. Beck, U. Risk Society: Towards a New Modernity. London: Sage. 1992.
5. Bermejo, F. La ética del Trabajo Social. Centros universitarios de la Compañía de Jesús. Bilbao. 2002.
6. Casas, F. Bienestar Social. Una introducción psicossociológica. Barcelona. Editorial PPU. 1996.
7. Casas, F. Calidad de vida y calidad humana. *Revista Papeles del Psicólogo*. No 74. Madrid. 1999. <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=812>
8. Castel, R. La inseguridad social. ¿Qué es estar protegido? Bs. As. Editorial Manantial. 2004.
9. Cortina, A. Ciudadanos del mundo. Madrid. Alianza Editorial. 1997.
10. Cortina A. y Conill J. 10 palabras claves en ética de las profesiones, Navarra, Ed. Verbo Divino. 2000. Cummins, R. Comprehensive quality of life scale. A. C. Q. O. L.. Melbourne. Australia. 1998.
11. Diener, E., Suh, E., & Oishi, S. Recent findings on subjective well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology*. 1998. pp 25-41.
12. Fernández de Castro, I y Gumpert, L. Tendencias en la transformación de las profesiones. En *Revista de Trabajo*. Año 1. No 1. M. T. S. S. 1994. Pp 54-67.
13. Gil Monte, P, Carretero, N., Desamparados Roldán, M. y Nuñez Román, E. Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en monitores de taller para personas con discapacidad. *Revista de psicología del trabajo y las organizaciones*. Volumen 21. No 1-2. 2004. Pp 107-123.
14. Jacques, E. A general theory of bureaucracy. Londres. Heinemann. 1976.
15. Montañó, C. La naturaleza del Servicio Social. Biblioteca Latinoamericana de Servicio Social. Brasil. Cortez Editora. 2000.
16. O'Donnell, G. Contrapuntos. Ensayos escogidos sobre autoritarismo y democratización. Bs. As. Editorial Paidós. 1997.
17. Offe, C. ¿Es el trabajo una categoría sociológica clave? Conferencia Inaugural. XI Congreso de Sociología. Bamberg. 1982 Vélez Restrepo, O. Reconfigurando el Trabajo Social. Perspectivas y tendencias contemporáneas. Bs. As. Espacio Editorial. 2004.
18. Przeworski, A. Democracia sustentable. Bs. As. Editorial Paidós. 1998.
19. Tenti Fanfani, E. Entender el clientelismo y profundizar la democracia. En Torres, P. Votos, chapas y fideos: clientelismo político y ayuda social. La Plata. Editorial de la Campana, 2002. pp. 17-22.
20. Tonon, G. Calidad de vida y desgaste profesional. Bs. As. Espacio Editorial. 2003.
21. Tonon, G. (Directora) Especificidades del desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo en profesionales en Argentina. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Lomas de Zamora. 2008.
22. Tonon, G. (Directora) Calidad de vida laboral de los trabajadores sociales, la importancia de las variables del contexto. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Lomas de Zamora. 2007.
23. Tonon, G. (Directora) El burnout en los trabajadores sociales. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Lomas de Zamora. 2003.

Inicio del consumo de cocaína en edades tardías: a propósito de un caso

Carlos Roncero

Servicio de Psiquiatría Hospital Universitario Valle Hebrón, Barcelona. Profesor Asociado de Psiquiatría, Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal, Universidad Autónoma de Barcelona, CAS drogodependencias Vall Hebrón

Constanza Daigre

CAS drogodependencias Vall Hebrón. Servicio de Psiquiatría. Hospital de León, León

Arantxa Uguidos

Servicio de Psiquiatría. Hospital de León, León

María Victoria Trasovares

Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal, Universidad Autónoma de Barcelona

Begoña Gonzalvo

Servicio de Psiquiatría Hospital Universitario Valle Hebrón, Barcelona. Profesor Asociado de Psiquiatría, Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal, Universidad Autónoma de Barcelona

Miguel Casas

Servicio de Psiquiatría Hospital Universitario Valle Hebrón, Barcelona. Catedrático de Psiquiatría, Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal, Universidad Autónoma de Barcelona

Resumen

Introducción: El consumo de cocaína es infrecuente en los ancianos. Sin embargo el consumo puede estar siendo infraestimado. Se han descrito casos de pacientes que inician el consumo a edades tardías, o que han estado en contacto con ellas durante la juventud y vuelvan a recaer en el consumo durante esta época de la vida. **Caso clínico:** Se presenta el caso clínico de una paciente de 61 años ingresada para realizar tratamiento de desintoxicación de cocaína (1-1'5g/día), que inicio, por primera vez, el consumo de cocaína intranasal a los 60 años de edad. Factores como la jubilación, dolor crónico o la presencia de sintomatología afectiva pueden facilitar el aislamiento de las personas mayores precipitando el consumo de cocaína y contribuir al subdiagnóstico del abuso o dependencia. Los ancianos tienden a sufrir más complicaciones médicas que los jóvenes y su uso puede empeorar de forma importante su estado físico. **Discusión:** El consumo de cocaína debe ser evaluado sistemáticamente, en todos los pacientes independientemente de la edad y especialmente en ancianos cuando se presenten condiciones médicas o psiquiátricas que resulten inusuales o extrañas.

Palabras clave: Cocaína - Ancianos - Dependencia de sustancias - Factor de riesgo.

INITIATION COCAINE USE IN ELDERLY PATIENTS: A CASE REPORT

Summary

Introduction: Cocaine use is an uncommon condition in older people, a population in which cocaine use is probably overlooked. Cases initiation of use in late adulthood as well as elderly relapsing to use from youth drug use have been reported. **Clinical case:** We report a woman of 61 years of age hospitalized in the detoxification unit for cocaine dependence treatment (used 1-1'5g/day). She did not begin cocaine use until she was 60 years old. Some risk factors include retirement, chronic pain, and affective symptoms are related with loneliness and increased cocaine use in elderly, and account for the underreporting of abuse or dependence. Old people have more medical conditions related to cocaine use and have greater health deterioration than young people. **Discussion:** Cocaine use should be evaluated in every patient, and elderly patients should be checked particularly when presenting atypical medical or psychiatric conditions.

Key words: Cocaine - Elder - Substance dependence - Risk factor.

Introducción

La cocaína es la droga ilegal que genera el mayor volumen de problemas en España (8). Aunque el consumo de drogas se asocia con población juvenil, también se ha descrito la existencia de consumo de drogas y patología dual en ancianos. Se ha sugerido que en esta población la dependencia a drogas se encuentra infraestimada (7). Se ha detectado urinoanálisis positivo para cocaína hasta en el 2% de los pacientes mayores de 60 años, que acuden a un servicio de urgencias (9, 3). Habitualmente los pacientes dependientes de drogas inician el consumo en la juventud (8, 10), sin embargo, existen casos excepcionales de inicio en edades tardías. Aunque no se han recogido sistemáticamente datos sobre el uso de cocaína en ancianos, se han documentado casos con estas características (9, 1, 4). A finales de la década de los ochenta se recogió la existencia de dos consumidores de cocaína en un Servicio de Geronto-Psiquiatría (1). En el presente siglo Kausch (2002) (4), ha descrito tres casos de varones mayores dependientes de cocaína.

Algunos cambios asociados a la edad podrían predisponer al uso de sustancias en la ancianidad, tales como búsqueda de compañía, pérdida de energía, persistencia del interés sexual y dolor crónico asociado a ciertas enfermedades (6) podrían hacer muy atractivos los efectos de los psicoestimulantes. La detección y evaluación del consumo es relevante cuando estos pacientes entran en contacto con los dispositivos asistenciales, dado que pueden presentar complicaciones psiquiátricas como síntomas de ansiedad, trastornos psicóticos (11) y complicaciones médicas como son las enfermedades cardiovasculares o neurológicas (5). Si no se evalúan adecuadamente dichos síntomas pueden no relacionarse con la cocaína.

Método: Caso Clínico

Se presenta el caso de una paciente de 61 años hospitalizada para realizar una desintoxicación de cocaína por presentar consumo intranasal de entre 1 y 1,5 gramos día. La paciente refiere haber iniciado el uso de cocaína a los 60 años, sin conocer dicha sustancia previamente y lo relaciona con un estado de tristeza y apatía. Existen antecedentes de dependencia de alcohol en remisión.

Es la primera de dos hermanos, sin antecedentes biográficos destacables, está soltera y trabaja en un negocio propio. La flexibilidad horaria de su trabajo le permitía consumir regularmente, sin embargo, posteriormente comenzó con dificultades en las actividades de la vida cotidiana y a descuidar el cuidado de sus enfermedades médicas. Refiere que inicia el consumo para mejorar su estado anímico y que aumenta progresivamente la cantidad, estableciéndose el patrón de consumo diario entre los 3-6 meses antes del ingreso. Verbaliza que consultó por molestias fisi-

cas inespecíficas a su médico sin que se detectase el consumo de cocaína. Presenta inestabilidad afectiva y disforia, niega planes suicidas y nunca ha presentado sintomatología psicótica.

a) *Antecedentes familiares psiquiátricos*: dos familiares de primer grado fallecidos por autólisis a los 53 y 60 años respectivamente y un familiar de tercer grado con diagnóstico de esquizofrenia. Dependencia alcohólica en familiares de segundo grado.

b) *Antecedentes médicos*: alergia al ASS. Rinoplastia estética a los 21 años. Glaucoma no filiado en control ambulatorio hasta los últimos 3 meses, cuando abandonó el tratamiento. Refiere insomnio de larga evolución tratado con difenhidramina.

c) *Evolución*: Se pautaron al inicio dosis descendientes de benzodiazepinas. Durante todo el ingreso la paciente refería *craving* elevado para la cocaína. Se añadió al tratamiento oxcarbamacepina (hasta 900mg/d) y quetiapina 25mg/d para el insomnio, con lo que la paciente fue evolucionando favorablemente hasta el alta. Para evaluar la sintomatología ansioso-depresiva se utilizó el STAI-E/R (12) y el BDI (2). Al ingreso, la paciente presentaba síntomas de ansiedad muy elevados, con valores extremos en la escala de ansiedad-estado (STAI-E: 99) y síntomas de depresión grave (BDI: 31). A los seis meses del ingreso, la evolución de la paciente era muy favorable: se mantenía abstinentes de cocaína, había remitido por completo la sintomatología ansioso-depresiva (STAI: 1-4; BDI:5) y había recuperado toda su actividad sociolaboral.

Discusión

Aunque generalmente se inicia el consumo y la dependencia de cocaína en el comienzo de la vida adulta, no hay que descartar la existencia de estos trastornos en edades tardías, aunque *a priori* no sea frecuente. Factores asociados a la edad pueden conducir a la búsqueda de sustancias estimulantes, los ancianos tienden a sufrir más complicaciones médicas y el uso de cocaína puede deteriorar su estado físico.

Los datos bibliográficos y el caso presentado apuntan a la importancia de evaluar sistemáticamente el consumo de drogas legales e ilegales independientemente de la edad y especialmente en ancianos cuando se presenten condiciones médicas o psiquiátricas inusuales o extrañas, como son la presencia de síntomas tales como abandono del estado físico, disminución en la función psicomotora, amnesia, pérdida de coordinación sin motivo aparente, caídas, somnolencia diurna en personas previamente activas o alteraciones anímicas llamativas (euforia o irritabilidad). A pesar de que el consumo de sustancias en edades tardías comienza a ser investigado, existe una tendencia al infradiagnóstico. Es relevante realizar una adecuada caracterización clínica de este tipo de pacientes, ya que se ha sugerido que la respuesta a los tratamientos es tan positiva como en personas más jóvenes (7) ■

Referencias bibliográficas

1. Abrams RC, Alexopoulos GS. Substance abuse in the elderly: over the counter and illegal drugs. *Hospital Commun Psychiatry*. 1988; 39: 822-823.
2. Conde V, Useros E. Adaptación castellana de la escala de evaluación conductual para la depresión de Beck. *Rev de Psiqu y Psicol Méd de Europa y Am Lat*. 1975; 12: 217-236.
3. Fingerhood M. Substance abuse in older people. *J Am Geriatr Soc*. 2000; 48:985-995.
4. Kausch O. Cocaine abuse in the elderly: a series of three case reports. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2002; 90:562-565.
5. Lange RA, Hillis LD. Cardiovascular complications of cocaine abuse. *New England Journal of Medicine*. 2001; 345: 351-358.
6. Master WH, Johnson VE. Sex and the Ageing process. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1981;29: 385-390.
7. McGrath A, Crome P, Crome IB. Substance misuse in the older population. *Postgrad Med J*. 2005;81:228-31.
8. Plan Nacional sobre Drogas (PND). Observatorio Español Sobre Drogas. Informe 2007. Disponible en <http://www.msc.es/pnd>
9. Rivers E, Shirazi E, Aurora T, Mullen M, Gunnerson K, Sheridan B, et al. Cocaine use in elder patients presenting to an inner-city emergency department. *Acad Emerg Med*. 2004;11:874-7.
10. Roncero C, Bruguera E, Casas M. Drogodependencias y tercera edad. En VVAA. FAD. Madrid, 2004:147-49.
11. Roncero C, Ramos JA, Collazos F, Casas M. Complicaciones psicóticas del consumo de cocaína. *Adicciones*. 2001; 2:179-89
12. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene R. Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo. Madrid: TEA Ediciones. 1982.



**Centro
Psitopatológico
Aranguren**



Desde 1989
CASA DE MEDIO CAMINO Y HOSTAL
CON UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN
Y RESOCIALIZACIÓN PSIQUIÁTRICAS

Directores: Dr. Pablo M. Gabay - Dra. Mónica Fernández Bruno

Paysandú 661 - (C1405ANE) Ciudad Autónoma de Buenos Aires -
Tel. (011)4431-6396 Web: www.centroaranguren.com.ar
Correo Electrónico: info@centroaranguren.com.ar

El Agotamiento Vital se encuentra significativamente asociado con Eventos Coronarios Agudos en una población de Argentina

José Bonet

*Médico Psiquiatra, Centro de Vida, Fundación Favaloro
Profesor Asociado Salud Mental, Facultad Medicina, Universidad Favaloro
E-mail: bonet@arnet.com.ar*

Branco Mautner

*F.A.C.C., F.E.S.C., F.A.H.A.
Jefe Departamento de Investigación Clínica y Educación Médica, Fundación Favaloro
Rector Facultad de Medicina, Universidad Favaloro
E-mail: bmautner@ffavaloro.org*

Soraya Kerbage, María Fernanda Bonet, Santiago Pérez Lloret

Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, Fundación Favaloro, Buenos Aires

Resumen

Objetivo: Determinar la fuerza de la asociación entre el Agotamiento Vital y eventos isquémicos coronarios agudos en una muestra de pacientes argentinos internados.

Metodo: Se midió el Agotamiento mediante el cuestionario de Maastricht en 180 pacientes de ambos sexos, 90 casos con un evento coronario agudo y 90 controles con un evento agudo cardíaco no-isquémico. Se compararon ambos grupos por edad, sexo, estado civil, y educación, Diabetes, Hipertensión Arterial, Tabaquismo, y Dislipemia.

Resultados: El 63,33%, 57 de los casos estaban agotados, en cambio, el 36,66%, 33 controles estaban agotados (OR= 3.1 (1.7-5.8) $p<0.001$. Analizando el resultado bruto de Agotamiento (promedio casos: 17,1 SD 8,96; promedio controles: 21,1 sd 10,60) $p=0.006$. Otro factor significativo fue la Dislipemia, OR= 2.2 (1.2-4.1) $p=0.01$. Se realizó una regresión logística, incluyendo en el modelo la interacción dislipidemia* agotamiento en el cual se observó un efecto no significativo de la interacción.

Conclusiones: nuestros resultados indican que el Agotamiento Vital es un estado psicológico fuertemente asociado con eventos coronarios agudos, y es independiente de otros factores de riesgo clásicamente asociado con la Enfermedad Coronaria.

Palabras claves: Agotamiento Vital - Evento coronario agudo - Cuestionario de Maastricht - Factor de riesgo psicosocial.

VITAL EXHAUSTION IS SIGNIFICANTLY LINKED TO ACUTE CORONARY EVENTS IN ARGENTINE POPULATION

Summary

Objective: To determine the strength of the association between the Vital exhaustion syndrome (VES) and acute coronary ischemic events in hospitalized Argentinean sample.

Methods: VES was measured in 180 patients of both sexes, 90 admitted due to an acute coronary ischemic syndrome (AMI or unstable angina) and a control group of 90 admitted due to an acute non-coronary cardiac event. VES was evaluated with the Maastricht questionnaire during the first week of hospitalization.

Results: Dividing the sample in two categories: exhausted and non-exhausted, 57 (63,33%) of the coronary were exhausted, while among the non coronary group, 33 were exhausted (36,66%)(OR=3.1 (1.7-5.8) $p<.001$. The exhaustion score was: control mean score: 17,1 (sd 8,96); case mean score: 21,1 (sd10,60) $p=0.006$. Dislipemia was another factor with a significant difference: control 27 (30%) case 44 (62%) OR= 2.2 (1.2-4.1) $p=0.01$. Logistic regression was performed, including an interaction model between DLP and exhaustion, and it did not show a significant effect.

Conclusions: Our results indicate that in Argentina, among other countries as reported in the literature, VES is a psychological condition that is strongly and independent associated to acute coronary events.

Key words: Vital exhaustion - Acute coronary events - Heart disease - Psychosocial risks factor.

Introducción

La fatiga y la pérdida de la energía son una condición clínica muy frecuente, y ambas han sido señaladas dentro de los síntomas premonitorios de eventos isquémicos coronarios como Infarto Agudo de Miocardio (IAM) y muerte súbita (4, 6, 7, 9). A partir de esto, ha sido descrito el síndrome Agotamiento Vital (AV) que es un estado psicológico que tiene tres características principales: 1) Pérdida de energía 2) Incremento de la irritabilidad 3) Sentimientos de desmoralización; y otros síntomas como despertarse cansado, debilidad permanente, falta concentración, sensación de "batería agotada", etc. (5, 9) En un primer estudio prospectivo en 3877 hombres sanos el AV predijo un incremento del riesgo para IAM (5), luego la asociación entre AV e IAM ha sido ampliamente documentada en estudios de tipo caso-control, prospectivos, y retrospectivos en los cuales el AV no solo precede a eventos coronarios, sino que también incrementa el riesgo para nuevos eventos coronarios; (21, 26, 4) después la asociación fue replicada en mujeres (3) y en una población latina (10). El Cuestionario de Maastricht, que es la herramienta para el diagnóstico, ha sido traducido a 8 idiomas, con lo cual se han confirmado y ampliado las observaciones a Venezuela (10), Dinamarca (11), Suecia (18), Lituania (24), Italia (13) y Hungría (23). Últimamente se lo ha relacionado precediendo al primer Stroke (32) y a un incremento en la mortalidad por todas las causas (29). Hoy día el AV ha devenido en uno de los factores de riesgo psicossocial más estudiado y promisorio.

Por su considerable parecido clínico, el AV ha sido vinculado con la Depresión, hasta el punto de plantearse si no es una forma de Depresión y dudar de la necesidad de considerarlo un estado diferente, lo cual configura una discusión teórica no resuelta aún. Rob van Diest (33) fue el primero en interesarse en estudiar la asociación entre AV y Depresión, y llega a la conclusión que el humor depresivo estaba casi ausente en los sujetos con AV, pero que casi todos los pacientes depresivos se sentían agotados o exhaustos; para más detalles acerca de esta discusión ver Appels (9).

Con respecto a las causas del AV, inicialmente los estudios se focalizaron en factores psicológicos causales, tales como hostilidad excesiva, estrés crónico, déficit de afrontamiento, trabajo excesivo y prolongado, exceso de horas extras, problemas financieros, sobre-compromiso en el trabajo (30, 16, 28, 36). Estos nos indican que el AV puede reflejar un quiebre en el proceso de adaptación ante una situación de estrés prolongado, estado al cual se llega cuando los recursos adaptativos se han agotado o fracasado.

Publicaciones posteriores han intentado detectar mecanismos biológicos asociados con el AV. Estudios psicobiológicos han encontrado que personas exhaustas o agotadas se caracterizan por un incremento en algunos factores de la coagulación y la disminución de la fibrinólisis (22, 35, 25); activación de marcadores serológicos de inflamación e inmunitarios como un

nivel incrementado de Interleuquina 1, Interleuquina 6, Factor de necrosis tumoral, proteína C- reactiva, incremento de la agregación plaquetaria (2, 20), y trastornos del sueño (34). Appel, además sugiere una actividad disminuida del eje Hipotálamo Pituitario Adrenal y el síndrome metabólico (9, 17, 31). Últimamente se ha encontrado una asociación positiva del AV con la obesidad, personas con alto AV tenían mayor índice de masa corporal (BMI) que permanecía a los 3 y 6 años (12). Asimismo, se lo ha asociado con una reactivación de infección a *Citomegalovirus* y *Chlamidia pneumoniae* la cual estarían involucradas en la progresión de la enfermedad Coronaria. (2,20). De tal forma que desde el punto de vista biológico, existen evidencias del vínculo del AV con alteraciones metabólicas, inmunoinflamatorias, y coagulatorias, con lo cual se postula que el AV podría ser una conducta o estado psicológico adaptativo y por lo tanto un marcador subclínico de enfermedad coronaria. (9)

Con respecto al tratamiento del AV, se han diseñado intervenciones psicológicas con dos metas mayores: primero, mejorar el estado de agotamiento, y segundo, probar si la reducción del agotamiento reduce el riesgo de nuevos eventos coronarios. Estos ensayos han presentado resultados mixtos, si bien mejoran el estado de agotamiento, no logran reducir el riesgo de nuevos eventos coronarios. (1, 8, 14).

El objetivo de este trabajo es determinar la fuerza de la asociación entre el AV y eventos isquémicos coronarios agudos en pacientes internados en una población argentina. Como segundo objetivo es comprobar si el AV es independiente de los factores de riesgo tradicionales para Enfermedad Coronaria.

Métodos

La población fue compuesta por 180 pacientes, de ambos sexos, entre 35 y 75 años, internados en el Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular (ICYCC) de la Fundación Favalaro. Dentro de la semana de internación, cuando los pacientes se encontraban estables, se les entregaba el cuestionario. Se obtuvieron dos grupos, los casos fueron 90 pacientes consecutivos con un evento isquémico coronario agudo; por cada caso que entró se seleccionó un control, que constituyeron el segundo grupo, 90 pacientes internados por una patología cardíaca aguda no-isquémica coronaria. Podemos considerar que la verdadera consecutividad esta en los casos.

El AV fue evaluado mediante el cuestionario de Maastricht, autoadministrado, de 21 ítems, con un rango de puntaje entre 0 y 42; existe una forma A y una forma B que es una entrevista dirigida, pero por cuestiones de factibilidad usamos la forma A. Se consideraron exhaustos o agotados a los pacientes que puntuaban ≥ 18 que es la mediana de la muestra, punto de corte utilizado en otros estudios. (3,10).

Variable clínicas

El Evento Coronario Agudo y los Diagnósticos Clínicos de los controles, se realizaron siguiendo los criterios internacionales del ICYCC. En el grupo de casos o coronarios tenía 48 pacientes con IAM y 52 Angina Inestable, con la característica común de un evento de isquemia coronaria aguda. En el grupo de controles o no coronarios, 41 presentaban arritmias, 12 Síncope, 10 Insuficiencia cardíaca, 7 Hipertensión Pulmonar, 5 Valvulopatías, 3 Tromboembolismo pulmonar, 5 Hipertensión arterial, y 7 Pericarditis.

En ambos grupos se investigó la presencia de factores de riesgo clásicamente asociados con la enfermedad coronaria como Diabetes (DBT), Hipertensión (HPT), Tabaquismo (TBQ), y Dislipemia (DLP). Tanto la DBT, la HPT, y la DLP fueron definidos como presentes cuando el paciente recibía algún tipo de tratamiento por ellas. El Tabaquismo se dicotomizó presente/ausente, presente cuando el paciente era fumador actual.

Análisis estadístico

Las variables numéricas se informaron como media \pm error estándar y las categóricas como frecuencia (porcentaje). Se asumió una distribución no paramétrica para todas las variables numéricas. Se utilizó el test de Mann-Whitney (variables numéricas) o Chi-cuadrado (variables categóricas) para identificar diferencias entre los sujetos coronarios y no coronarios.

Se consideraron diferencias significativas cuando $p < 0.05$.

Con el fin de aislar la relación entre AV y eventos coronarios de factores confundentes que pudiera haber, se utilizó un test multivariado de regresión logística donde se incluyó a la presencia de evento coronario como variable dependiente y score de AV, género, edad, TBQ, HPT, DBT y DLP como variables independientes.

Resultados

No se encontraron diferencias significativas entre pacientes coronarios y no coronarios en la edad, el sexo, si vive en pareja, o nivel de instrucción (Tabla 1).

El promedio de AV de los no coronarios o controles fue de 17 ± 1 y el de los coronarios de 21 ± 1 ($p = 0.006$). Cuando se categorizó AV tomando como punto de corte el valor de la mediana (≥ 18), se observó que 33 (37%) pacientes no coronarios y 57 (63%) pacientes coronarios estaban agotados o exhaustos ($OR = 3.1$, $IC_{95\%} = 1.7-5.8$, $p < 0.001$) (Tabla 1).

En relación a los factores de riesgo coronarios, no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos para DBT, HPT y TBQ, pero sí para la presencia de DLP, 27 de los controles (30%), y 44 de los casos (62%) ($OR = 2.2$, $IC_{95\%} = 1.2-4.1$) $p = 0.01$ (Tabla 1).

En la tabla 2 se observa el análisis multivariado empleando el resultado bruto de AV, observándose que la presencia de un evento coronario se relacionó en forma significativa solamente con el puntaje de AV

Tabla 1. Características de la muestra

| | No Coronarios (n= 90) | Coronarios (n=90) | P |
|-----------------------|-----------------------|-------------------|---------------------------------------|
| Sexo masculino | 53 (59%) | 63 (70%) | $p = .1$ |
| Edad | 58 ± 1 | 61 ± 1 | $p = .1$ |
| Educación Inicial | 30 | 31 | $p = 0.823$ |
| Agotamiento Vital | | | |
| Score de AV | 17 ± 1 | 21 ± 1 | $p = 0.006$ |
| Score de AV ≥ 18 | 33 (37%) | 57 (63%) | $OR = 3.1 (1.7 - 5.8)$ $p < 0.001$ |
| Factores de Riesgo | | | |
| Diabetes | 14 (16%) | 18 (20%) | $p = .4$ |
| HPT | 42 (47%) | 47 (52%) | $p = .4$ |
| Tabaquismo | 44 (49%) | 51 (57%) | $p = .3$ |
| Dislipidemia | 27 (30%) | 44 (62%) | $OR = 2.2 (1.2 - 4.1)$ $p = 0.01$ |

Tabla 2. Análisis multivariado empleando el score bruto de AV.

Variable dependiente: evento coronario

| Predictor | OR (IC95%) | P |
|--------------|------------------|-------|
| Score AV | 1.05 (1.01-1.08) | 0.005 |
| Dislipidemia | 2.14 (1.15-4.00) | 0.017 |

* Variables no significativas: edad, TBQ, HPT, DBT y género.

Tabla 3. Análisis multivariado empleando el score categorizado de AV.

Variable dependiente: evento coronario

| Predictor | OR (IC95%) | P |
|--------------|--------------------|--------|
| Score > 18 | 3.10 (1.67 - 5.76) | <0.001 |
| Dislipidemia | 2.20 (1.16 - 4.15) | 0.015 |

* Variables no significativas: edad, TBQ, HPT, DBT, y género.

(OR = 1.05, IC95% = 1.01 - 1.08, p = 0.005) y con la presencia de DLP (OR = 2.14, IC95% = 1.15 - 4.00, p = 0.017) (tabla 2).

En la tabla 3 se observa el análisis multivariado empleando la categorización de AV como alto (≥ 18) o bajo (< 18). Al igual que en el análisis anterior, la presencia de un evento coronario se relacionó en forma significativa con el puntaje de AV (OR = 3.10, IC95% = 1.67 - 5.76, p < 0.001) y con la presencia de DLP (OR = 2.20, IC95% = 1.16 - 4.15, p = 0.015) (tabla 3).

Finalmente, para determinar si había alguna asociación entre DLP y AV que pudiera interferir en el análisis, se repitieron los análisis anteriores incluyendo en el modelo la interacción DLP * AV, obteniéndose idénticos resultados.

Discusión

El hallazgo más importante de este estudio es que el estado de AV esta fuertemente asociado con el evento coronario agudo en una muestra de Argentina, tal como se lo encuentra en otros países; asimismo, el AV tiene un poder muy claro para discriminar entre ambos grupos, y surge que el riesgo de padecer un evento coronario es tres veces más en los agotados. Este resultado va en línea con otros trabajos publicados, pero por primera vez en pacientes argentino. Con estos datos podemos comprobar el primer objetivo propuesto.

Un elemento importante es que los controles tienen una característica diferente con estudios precedentes, estos utilizan controles sanos, con enfermedades traumatológicas, o de cirugía general, etc. En este estudio son pacientes internados por un episodio

cardíaco agudo, pero sin isquemia coronaria, con lo que disminuimos el sesgo producido por un episodio de aparición brusca, y la experiencia de internación. Esta condición le otorgaría mayor especificidad a la isquemia coronaria en la asociación con el AV.

Es necesario tener en cuenta que con este tipo de diseño, en el cual el AV se mide una semana después del evento, no se puede establecer una relación temporal entre el AV y el evento coronario. El AV podría haber surgido antes o después, no permitiendo concluir causalidad en la asociación, y no pudiendo afirmar si es precedente o predictor, para poder afirmar esto es necesario realizar otro tipo de diseño de investigación. En la literatura internacional existen diseños diferentes en los cuales el AV se mide antes de producida la enfermedad, cuando el sujeto estaba sano, y luego se analiza la incidencia del AV, como el trabajo inicial de Appel, y otros estudios (5, 7, 9), diseños que permiten hablar de factor de riesgo o predictor.

Además, dado que la toma del cuestionario es posterior a la ocurrencia del evento, es necesario hacer la salvedad que no podemos despejar totalmente la presencia de algún sesgo vinculado al evento coronario que pudiera estar interfiriendo con el resultado del AV.

Tomando en cuenta las precauciones citadas, con nuestro diseño podemos decir que el AV se encuentra significativamente asociado, pero no podemos afirmar que es un factor de riesgo predictor del evento coronario agudo.

Para determinar nuestro segundo objetivo, si es una variable independiente, la DLP fue la otra variable considerada que difiere en ambos grupos, y se asocia significativamente con el evento coronario. Esto, esta

muy establecido y existe mucha evidencia que sostiene su intervención tanto en el curso como en la fisiopatología de la EC por lo cual es esperable esta asociación. Pero como existen trabajos que encuentran una asociación entre AV y DLP (31,12), esta podría actuar como un factor de confusión, para lo cual determinamos si había alguna asociación entre DLP y AV mediante un análisis con regresión logística. Se observó un efecto no significativo de la interacción, por lo tanto podemos concluir que son dos variables independientes; los dos factores están relacionados con la patología, pero independientemente uno del otro. Con todo esto podemos decir que el nivel de AV es independiente de otros factores de riesgo clásicamente asociados a la enfermedad coronaria, que es nuestro segundo objetivo.

Existen evidencias que tanto en el AV como en la EC se produce una activación inmunoinflamatoria con un incremento del nivel de citoquinas y otros marcadores inflamatorios; las citoquinas serían la señal para que el cerebro dispare o amplifique la conducta adaptativa al proceso de enfermedad, el estado de AV (15, 19, 27). Este, sería una conducta adaptativa, un marcador conductual de la activación inmunoinflamatoria, y del progreso de la enfermedad.

Así como en el AV, también en la Depresión se encuentran activadas citoquinas y otros marcadores condición que podría explicar la relación entre EC y la Depresión. (9, 20, 2). En consecuencia, queremos enfatizar la importancia que los Médicos Psiquiatras y Psicólogos tengan en cuenta el AV y otros estados depresivos, por su potencial de indicador subclínico y predictor de evento coronario inminente.

Una nota de reparo podría ser la falta de asociación de la DBT y la HTA con el evento isquémico, para lo cual consideramos que podría deberse a que el tamaño de la muestra no alcance para lograr un nivel de discriminación significativo en ambos grupos, dado que son factores muy prevalentes en toda población. Otra posibilidad es que se tomó la asociación con evento coronario agudo y no con EC estrictamente, por lo cual algunos pacientes del grupo control pudieran padecer EC crónica, compensada, sin evento agudo actual. Con respecto al Tabaquismo, el modo dicotómico empleado sin considerar el tiempo de ex fumador, puede llegar a interferir en la consideración de las consecuencias del tabaquismo.

Conclusiones

Nuestros resultados indican que en una muestra argentina, el AV es un estado clínico psicológico robusta e independientemente asociado con eventos coronarios agudos. En nuestra muestra, el AV no está asociado con otros factores de riesgo como la Diabetes, Hipertensión arterial, Tabaquismo, y Dislipemia, aunque esta última está asociada con el evento coronario.

Es importante la consideración por los Psiquiatras y Psicólogos, dado que por la similitud clínica entre el AV y la Depresión es muy probable que puedan recibir consultas clínicas vinculadas, y por lo tanto es conveniente descartar que este estado pueda estar asociado a un proceso de enfermedad coronaria en curso ■

Referencias bibliográficas

1. Appels A, Bar F, van der Pol G, Erdman R, Assman M, Trijsburg W, van Diest R, van Dixhoorn J, and Mendes de Leon C, Effects of treating exhaustion in angioplasty patients on New Coronary Events: Results of the Randomized Exhaustion Intervention Trial (EXIT), *Psychosom Med* 2005 may-apr; 67 (2):217-223.
2. Appels A, Bar FW, Bar J, Bruggeman C, de Baets M, Inflammation, Depressive Symptomatology, and Coronary Artery Disease, *Psychosomatic Med* 2000 sep-oct; 62 (5) 601-605.
3. Appels A, Falger PR, Schouten EG, Vital exhaustion as a risk indicator for myocardial infarction in women. *J Psychosom Res* 1993 dec; 37 (8): 881-90.
4. Appels A, Golombek B, Gorgels A, De Vreede J, van Breukelen, G. Behavioral risk factors of sudden cardiac arrest. *J Psychosom Res* 2000 april-may; 48 (4-5):463-9.
5. Appels A, Hoppener P, Mulder P. A questionnaire to assess premonitory symptoms of myocardial infarction. *Int J Cardiol* 1987 oct; 17 (1):15-24.
6. Appels A, Kop W, Schouten E, The Nature of The Depressive Symptomatology Preceding Myocardial Infarction, *Behavioral Medicine* 2000 summer; 26 (2): 86-89.
7. Appels A, Mulder P. Excess fatigue as a precursor of myocardial infarction. *Eur Heart J* 1988 jul; 9(7):758-64.
8. Appels A, van Elderen T, Bar F, van der Pol G, Erdman RA, Assman M, Trijsburg W, van Diest R, van Dixhoorn J, Pedersen SS. Effects of a behavioural intervention on quality of life and related variables in angioplasty patients: Results of the Exhaustion Intervention Trial, *J Psychosom Res* 2006 jul; 61 (1) 1- 7.
9. Appels Ad, Exhaustion and coronary heart disease: the history of a scientific quest. *Patient Educ Couns* 2004 nov(2); 55: 223-229 Reviews
10. Bages N, Appels A, Falger PR, Vital Exhaustion as a risk factor of myocardial infarction: a case-control study in Venezuela *Int J Behav Med* 1999; 6:279-90.
11. Barefoot J, Prescott E, Gronbaek P, Schnohr P, Jensen G, Schroll M. Depressive symptoms and long term health risk. Poster Presented at the 60th Meeting of the American Psychosomatic Society. Barcelona,2002.
12. Bryant MJ, Stevens J, Truesdale KP, Mosley T, Chambless L., Obesity and vital exhaustion: analysis of the Atherosclerosis Risk in the Communities study. *Obesity* (Silver Spring). 2008 Jul;16(7):1545-51.
13. Carinci F, Nicolucci A, Ciampi A, Labbrozzi D, Bettinardi O, Zotti AM, Tognoni G, Role of interaction between psychological and clinical factors in determining 6 month mortality among patients with acute myocardial infarction. *Eur Heart J* 1997 may; 18(5): 835-45.
14. Carroll D, Macleod J, Phillips AC, Intervening for exhaustion *J Psychosom Res* 2006 jul; 61(1): 9-10
15. Dantzer R, O'Connor JC, Freund GG, Johnson RW, Kelley KW. From inflammation to sickness and depression: when the immune system subjugates the brain. *Nat Rev Neurosci*. 2008 Jan;9(1):46-56.
16. Falger PRJ, Schouten EGW. Exhaustion, psychological stressors in the work environment, and acute myocardial infarction in adult men. *J Psychosom Res* 1992, 36, 777-786.
17. Koertge J, Al-Khalili F, Ahnve S, Janszky I, Svane B, Schenck-Gustafsson K., Cortisol and vital exhaustion in relation to significant coronary artery stenosis in middle-aged women with acute coronary syndrome. *Psychoneuroendocrinology* 2002 Nov; 27(8): 893-906.
18. Koertge J, Wamala SP, Janszky I, Ahnve S, Al-Khalili F, Blom M, et al. Vital Exhaustion and recurrence of CHD in women with acute myocardial infarction. *Psychol Health Med*; 2002; 7:117-26.
19. Konsman JP, Parnet P, Dantzer R. Cytokine-induced sickness behaviour: mechanisms and implications. *Trends Neurosci* 2002 Mar;25(3):154-9.
20. Kop W J, Gottdiener J S, The Role of Immune System Parameters in the Relationship Between Depression and Coronary Artery Disease. *Psychosom Med* 2005 may-jun, 67 (1): S37-S41.
21. Kop WJ, Appels APWM, Mendes de Leon CF, de Swart HB, Bar FW. Vital exhaustion predicts new cardiac events after successful coronary angioplasty. *Psychosom Med* 1994, 56, 281-287.
22. Kop WJ, Hamulyák K, Pernot C, Appels A. Relationship of blood coagulation and fibrinolysis to vital exhaustion. *Psychosom Med* 1998 may-jun;60 (3):352-8.
23. Kopp MS, Falger PR, Appels A, Szedmak S. Depressive symptomatology and vital exhaustion are differentially related to behavioral risk factors for coronary artery disease. *Psychosom Med* 1998 nov-dec ;60 (6):752-8
24. Kristenson M, Kucinskienez, Bergdahl B, Calkauskas H, Urmonas V, Orth-Gomér K, Increased psychosocial strain in Lithuanian versus Swedish men: The Livicordia Study. *Psychosom Med* 1998 may - jun;60(3): 277-82
25. Kudielka BM, Bellingrath S, von Känel R. Circulating fibrinogen but not D-dimer level is associated with vital exhaustion in school teachers. *Stress*. 2008;11(4):250-8.
26. Mendes de Leon CF, Kop WJ, de Swart HB, Bar F, Appels A., Psychosocial Characteristics and Recurrent Events after Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty, *Am J Cardiol* 1996 feb1; 77 (4): 252-55.
27. Myint AM, Leonard BE, Steinbusch HW, Kim YK. Th1, Th2, and Th3 cytokine alterations in major depression. *J Affect Disord*. 2005 Oct;88(2):167-73.
28. Pedersen SS, Middel B. Increased vital exhaustion among type-D patients with ischemic heart disease. *Psychosom Res* 2001 Aug;51(2):443-9
29. Prescott E, Holst C, Gronbaek M, Schnohr P, Jensen G, Barefoot J., Vital exhaustion as a risk factor for ischaemic heart disease and all-cause mortality in a community sample. A prospective study of 4084 men and 5479 women in the Copenhagen City Heart Study, *Int J Epidemiol*. 2003, Dec; 32 (6):990-7.
30. Purebl G, Birkás E, Csoboth C, Szumska I, Kopp MS. The relationship of biological and psychological risk factors of cardiovascular disorders in a large-scale national representative community survey. *Behav Med*. 2006 winter; 31(4):133-9.
31. Raikkonen K, Keltikangas-Jarvinen L, Hautanen A, Adlercreutz H. Neuroendocrine mechanisms in chronic perceived stress: Associations with the metabolic syndrome. *Endocrinology and Metabolism* 1997, 4, 247-254.
32. Schuitemaker GE, Dinant GJ, Van der Pol GA, Verhelst AF, Appels A, Vital Exhaustion as a Risk Indicator for First Stroke, *Psychosomatics* 2004, Mar-Apr; 45 (2):114-8.
33. Van Diest R, Appels A. Vital exhaustion and depression: A conceptual study. *J Psychosom Res* 1991, 35, 535-544.
34. van Diest R, Appels WP. Sleep physiological characteristics of exhausted men. *Psychosom Med* 1994 jan-feb; 56(1): 28-35.
35. van Diest R, Hamulyák K, Kop WJ, van Zandvoort C, Appels A. Diurnal variations in coagulation and fibrinolysis in vital exhaustion. *Psychosom Med* 2002 sep-oct; 64(5): 787-92.
36. Van Doornen LJ, Van Blockland RW. The relation between type A behavior and vital exhaustion with physiological reactions with real life stress. *J Psychosom Res* 1989, 33, 715-725.



proyecto
suma

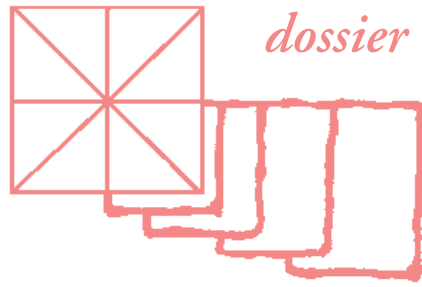
Asistencia y Rehabilitación
en Salud Mental

**Construimos
alternativas
para el alivio,
la recuperación
y la integración
de nuestros
pacientes.**

Asistencia
Rehabilitación
Reinserción social
Docencia e investigación

- > consultorios **externos**
- > hospital **de día**
- > club de **fin de semana**
- > programas **especiales:**
 - adultos mayores
 - personas con trastornos del ánimo
 - personas con esquizofrenia

Dr. Pedro I. Rivera 2985 / (5411) 4543-4100
info@proyectosuma.org / www.proyectosuma.org



TRANSFORMACIONES EN LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

Coordinación
Juan Carlos Stagnaro

La discusión acerca de los cambios necesarios en la atención en Salud Mental se ha intensificado fuertemente en los últimos años. Es necesario remontarse a los años posteriores a la Segunda Guerra Mundial para comprender cabalmente las raíces de ese fenómeno. Efectivamente, múltiples causas jugaron para modificar conceptos y prácticas desde entonces. Duchêne decía, a la sazón, que el sistema de atención en esa área de la Salud Pública resulta, en cada etapa histórica, de la interrelación estructural entre tres factores: las teorías sobre la locura, los recursos terapéuticos existentes y las condiciones socio-económicas de la sociedad.

En los años '50, '60 y '70 del siglo XX, en los países del oeste europeo (particularmente Francia, Inglaterra, Holanda, Bélgica e Italia) y en los EE. UU., se verificó, si lo analizamos en los términos enunciados por el especialista francés, un panorama en el que se articularon: la aparición de los psicofármacos, la psiquiatría dinámica (ese constructo conformado por la clínica clásica atravesada por la fenomenología y, particularmente, el psicoanálisis) y social, la crítica antipsiquiátrica a la psiquiatría tradicional centrada en el hospital monovalente, la psicoterapia institucional y la creación de estructuras intermedias en la comunidad (hospitales de día, comunidades terapéuticas, etc.) y recursos presupuestarios abultados provistos por el keynesianismo económico que inspiraba el Estado Benefactor. La nueva noción de Salud Mental, con toda su ambigüedad y polisemia, acuñada en la discusión llevada a cabo en los organismos internacionales creados durante los años siguientes a

la guerra, se fue instalando en el lenguaje de los especialistas.

El resultado de esas combinaciones arrojó un cambio en la atención que cristalizó institucionalmente en tres modelos más distinguibles: la reforma de la atención en los EE. UU. durante el período de la presidencia de J. F. Kennedy, la política del Sector en Francia y la propuesta de Franco Basaglia en Italia, que culminó con la promulgación de la Ley 180 en 1978.

En otros países se aplicaron variantes de esos modelos paradigmáticos con las más diversas adaptaciones. La evolución posterior mostró resultados alentadores y nuevas dificultades y fracasos de las experiencias mencionadas. No obstante ellas siguieron adelante y están en curso en muchos lugares. Con el paso del tiempo se tomó conciencia de la dependencia de las reformas respecto de las condiciones económicas de cada sociedad. Así se comprobó el efecto diferencial de la política basagliana entre el norte rico y el sur pobre de Italia, se empezaron a ver los homeless en las calles de ciudades norteamericanas, se vio engrosar el contingente de locos en las cárceles de ese país: la judicialización de la locura y el abandono callejero vino a poner un matiz de doloroso realismo a las ínfulas libertarias de los antipsiquiatras de la primera hora, y la necesidad de reconocer la constancia innegable del fenómeno psicopatológico terminó con su negación de esa condición subjetiva y relegó a las bellas teorías del "viaje y la metanoia" al archivo de la historia. De todas maneras, las técnicas brutales de tratamiento del enfermo mental y la reclusión y la defensa del viejo hospital psiquiátrico de larga

internación, ya no tuvieron justificación científica. Sin embargo, las estructuras institucionales siguen en pie y ciertas constantes sociales en la concepción de la locura se han modificado muy poco. La atención prestada al concepto de estigma en la problemática contemporánea de la Salud Mental es un fiel ejemplo de ello.

Pero en el entretanto y a lo largo de los años '80 y '90 del siglo pasado, se dieron otros cambios mayúsculos que modificaron profundamente el panorama. Los desarrollos de la neurobiología y de las ciencias cognitivas, la crisis de la teoría de los grupos y del psicoanálisis como modelos de pensamiento explicativo dominante de los trastornos mentales, las nosografías descriptivas del tipo DSM, el vertiginoso aumento en la demanda de atención en el campo de las adicciones, y la aparición de nuevas presentaciones del sufrimiento psíquico de tenor patológico (trastornos narcisistas, trastornos alimentarios, efectos traumáticos masivos...), la aparición del gerenciamiento de la salud en el marco del neoliberalismo económico y la caída del Estado de bienestar, la influencia de la industria farmacéutica en el diseño de la agenda formativa de los especialistas llegaron para quedarse y plantean nuevas y complejas condiciones para diseñar y trabajar en el campo de la Salud Mental. Simultáneamente se produjo un movimiento de defensa de los derechos humanos de los pacientes mentales que cobró vigor en diversos países.

En nuestro país hubo múltiples intentos de transformación de las prácticas en este campo específico. Las más recordadas de ellas fueron dirigidas por médicos psiquiatras; un detalle no menor, frecuentemente olvidado por muchos reformadores actuales. Cuando Domingo Cabred introdujo el sistema de open door en nuestro país a principios del siglo XX, lo colocó a la vanguardia mundial en la atención de lo que hoy se denomina Salud Mental. En esa época Lanfranco Ciampi crea la primera cátedra de psiquiatría infantil del mundo en Rosario y la Liga Argentina de Higiene Mental se extiende y cobra influencia en nuestro país en los años '20 y '30 a partir de la prédica de Gonzalo Bosch y otros psiquiatras. En la década siguiente hace irrupción, y se instala con la fuerza singular que conocemos, el psicoanálisis, y de su seno se desprenden los desarrollos de la psicología social de Enrique Pichon-Rivière. El trabajo pionero de Mauricio Goldenberg en el Hospital de Lanús fue seguido durante los años '60 y '70 por múltiples experiencias que se desarrollaron en diversos puntos del país: "Colonia Federal" dirigida por el Dr. Raúl Camino, la co-

munidad terapéutica del Hospital Estevez, impulsada por el Dr. Grimson, el inicio del hospital de día que creó el Dr. Jorge García Badaracco en el Hospital "J. T. Borda" y el primero para niños y adolescentes que iniciamos -quien escribe con un grupo de colegas- en el hospital "C. T. García", para mencionar sólo algunos de los más significativos, ya que en el conjunto del campo de la Salud Mental los especialistas tendieron mayoritariamente a inscribirse en la corriente de la psiquiatría social y comunitaria. Ese movimiento heteróclito en el que se mezclaban nociones de la antipsiquiatría, el psicoanálisis, las comunidades terapéuticas, la psiquiatría y la psicología social fue arrasado por la dictadura en 1976. Con la recuperación de la democracia y en estos últimos 25 años se verificaron nuevas experiencias que intentaron retomar el sendero trazado. Pero nada fue igual. El neoliberalismo económico y sus consecuencias políticas distorsionaron mucho las instituciones o simplemente terminaron con ellas reduciéndolas a su mínima expresión, como ocurrió con la Dirección Nacional de Salud Mental. Esta es una etapa histórica muy reciente que se continúa con un presente en el que parecen estar dadas las condiciones para avanzar hacia una transformación genuina, fundada en experiencias concretas en el terreno, apoyadas en datos surgidos de la investigación local y no en importaciones automáticas de modelos que no por su ropaje progresista dejan de tener la carga ideologizada y retrógrada del colonialismo cultural.

En este Dossier de Vertex presentamos reflexiones y experiencias de transformación de la atención en Salud Mental realizadas en diversos lugares institucionales de nuestro país. Otras serán publicadas en próximos números.

Los avatares de la transformación de la asistencia psiquiátrica son analizados aquí por un protagonista de la misma: Jorge Pellegrini indaga, a partir de su experiencia de trabajo en la provincia de San Luis, las contradicciones humanas e institucionales que implica el proceso transformador de un hospital psiquiátrico clásico, mostrando cómo se deben ir resolviendo conflictos de la clínica, culturales, ideológicos y políticos, a fin de encontrar nuevos abordajes ante los nuevos sufrimientos que implica abandonar el encierro optando por la libertad y el acompañamiento de quienes padecen.

En el siguiente artículo, luego de una investigación, realizada a lo largo de un período de seis años en el hospital de San Julián de nuestra provincia de Santa Cruz, Claudia Villafañe se

pregunta si es efectivo el método de los Grupos Institucionales de Alcoholismo (GIA) implementado desde los hospitales para el abordaje integral de la problemática del alcoholismo, y cuáles son las características y atributos que permiten definir esa efectividad. La autora concluye que el método GIA, dispositivo muy original inventado en nuestro país por Jorge Pellegrini, es efectivo desde los aspectos del sujeto y el orden social; y enumera una serie de logros que alcanzan los pacientes incluidos en esa modalidad de tratamiento.

En su trabajo Mercedes Rattagan practica un recorrido sobre la situación mundial de la Salud Mental, las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las normativas legales vigentes, a partir del cual señala la necesidad de redefinir las políticas de ese campo sanitario en nuestro país y, considerando que el actual sistema de salud está atrapado en un paradigma reducido que limita la comprensión de los procesos de salud/enfermedad/atención y, consecuentemente, su manera de intervención, restando eficacia a las prácticas y generando malestar en los profesionales, propone trabajar con un nuevo paradigma que, poniendo el acento en lo relacional, la capacitación en servicio, la inclusión de nuevos actores y el cambio de cultura institucional, permita intervenir a los especialistas incluyendo la complejidad de los fenómenos. Para ejemplificarlo presenta un programa de intervención en situaciones de crisis, en el que se pone en juego una práctica distinta

que intenta instalar un sistema de tratamiento humanizado, inclusivo y garante de derechos fundamentales. A continuación el lector encontrará un extracto de la conferencia dictada por el Dr. Benedetto Saraceno, Director del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de Salud (OMS), en la Cámara de Diputados el 24 de agosto de 2009. Durante la misma nuestro visitante señaló que las cifras epidemiológicas arrojan valores muy elevados cuando se estudia la discapacidad producida por las enfermedades mentales en el mundo, enfatizando también la necesidad de luchar contra el estigma que generan esos trastornos y la urgencia en el establecimiento de políticas de prevención, de rehabilitación y de reformas en la asistencia que permitan reducir la brecha entre necesidades y atención en salud mental, a nivel mundial y en la región de América Latina en particular.

Por último, Jorge Rossetto, Director de la Colonia Nacional "Dr. Manuel A. Montes de Oca", analiza en su artículo el proceso de transformación de esa institución iniciado en el año 2004. Relata así, cómo a partir de un modelo de atención asilar, caracterizado por la masificación, la inexistencia de altas y la ausencia de programas de rehabilitación y reinserción social se ha implementado un plan que contempla diversos programas y proyectos orientados a la restitución de los derechos de las personas con discapacidad mental institucionalizadas y a la promoción de oportunidades para la inclusión social ■

El proceso de transformación institucional del Hospital Psiquiátrico de San Luis

Jorge Luis Pellegrini

*Médico psiquiatra. Ex Director del Hospital Escuela de Salud Mental de San Luis
Premio Mundial Geneva 2005 de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA) por la Defensa de los Derechos Humanos en la Psiquiatría
Vice Gobernador de la Provincia de San Luis
E-mail: pellegrini.jorge@gmail.com*

Introducción

Con el correr del tiempo nuestra visión del Proceso de Transformación Institucional del Hospital Psiquiátrico de la provincia de San Luis, República Argentina -hoy Hospital Escuela de Salud Mental-, iniciado hace más de dieciséis años, ha ido incorporando nuevos enfoques.

Hoy, por ejemplo, estamos muy centrados en estudiar un aspecto poco analizado de la experiencia. En 1993, entre otras elecciones decisivas, se definió que la Reforma Psiquiátrica (así la llamábamos por entonces) la haríamos con las mismas personas profesionales, empleados y trabajadores que habían sostenido el manicomio durante medio siglo.

Este hecho implicó reconocimientos y tareas cuya profundidad no han sido suficientemente puestos de manifiesto todavía.

Más de la mitad de quienes trabajaban por entonces (1993) en el ex Hospital Psiquiátrico de San Luis eran trabajadores castigados provenientes de otros sectores de la Administración Pública, quienes, con este cambio de destino laboral, "purgaban" sus errores y culpas en el nuevo destino. Fácil resulta entender el ánimo, la valoración y el apego a la institución que dichas personas podían sentir. También el ataque a su autoestima que ello implicaba. Los resultados en la relación con los

Resumen

Este artículo está centrado en las contradicciones humanas e institucionales que implica el proceso transformador de un hospital psiquiátrico clásico en la provincia de San Luis, Argentina. Ese proceso debe ir resolviendo conflictos de la clínica, culturales, ideológicos, políticos, en el corazón del camino elegido, para afirmar la existencia de la enfermedad mental, la necesidad de encontrar nuevos tratamientos ante los nuevos sufrimientos que implica abandonar el encierro optando por la libertad y el acompañamiento de quienes padecen.

Palabras clave: Desinstitucionalización - Salud mental y derechos humanos - Transformación de la asistencia psiquiátrica.

THE PROCESS OF INSTITUTIONAL TRANSFORMATION OF SAN LUIS PSYCHIATRIC HOSPITAL

Summary

This article focuses on the human and institutional contradictions involved in the transformation process of a classic psychiatric hospital in the province of San Luis, Argentina. This process has to resolve clinical, cultural, ideological, political conflicts, in the heart of the chosen path, in order to affirm the existence of the mental illness, the need to find new treatments for the new sufferings involved in leaving enclosure opting for freedom and the accompaniment of those who suffer.

Key words: Desinstitutionalization – Mental health and human rights – Transformation of psychiatric care.

pacientes, con los compañeros de trabajo y con la propia institución estaban teñidos de sentimientos negativos y hostiles, el lugar propio de cada uno era cuestionado en su valor, y la falta de reconocimiento nacida de trabajar en un lugar de castigo hacía que se silenciara, aún en las familias, el ámbito laboral.

Resistencias y desacuerdos

El trabajo de transformación institucional debió tomar en cuenta necesariamente estas vivencias, ofreciendo distintos espacios para que las mismas pudieran ser expresadas, analizadas y puestas en cuestión para hacer terapéuticas las acciones de quienes trabajaban allí. Aparecían fuertes resistencias que no sólo eran producto de lo que generan las transformaciones. A poco andar fuimos notando que los elementos propios de la patología del encierro (a los que me referiré más adelante) estaban fuertemente incrustados en los sujetos, y condicionaban su relación con los reclusos, sus familiares y la comunidad. Un fuerte sentimiento de vergüenza se manifestó a medida que progresaban los cambios. Una médica psiquiatra que empujaba hacia delante los cambios dijo en una Asamblea: *“A mí me daba vergüenza que mis hijos vinieran a ver donde yo trabajaba. Ahora me gusta traerlos conmigo.”*

Plantearse terminar con el manicomio respetando los puestos de trabajo, implicó aceptar algo muy duro: que profesionales y los trabajadores eran tan pacientes, necesitados de ayuda, y tan crónicos, como los reclusos cuya reinserción social se buscaba. Si el personal del hospital era el instrumento principal para el cambio, era evidente que ese instrumental debía cambiar para no ser obstáculo o impedimento de la transformación institucional.

Durante un tiempo (quizás todo el primer año) se pensó que las trabas interpuestas por el personal estaban dictadas por sus resistencias a los cambios, como en cualquier proceso modificador. Pero luego fue apareciendo que, junto a ello, no todos querían cambiar, que había adherentes francos al encierro, al hospicio y al manicomio. Su elección era por el “cronicario”, y desde esa posición fortalecían las resistencias de quienes enfrentaban el conflicto cambiar/no cambiar. Por lo tanto, por un lado era necesario interpretar y remover resistencias propias del conflicto, y por otro lado librar la discusión ideológica, política, cultural nacida de la decisión de acabar con el manicomio, e instalar un hospital digno de ese nombre: hospitalario.

Esto determinó que desde el mismo comienzo del trabajo se fueran habilitando espacios de participación democrática, en los que se pudieran abordar posiciones, planteos, angustias, chismes, ideas, temores, culpas. Esos espacios fueron, desde el inicio, la Asamblea, y otro, abierto a todo el personal en horarios de trabajo, que se llamó Ocupándonos de la Salud de los Trabajadores de la Salud.

Como se ve, la decisión de cambiar la relación adentro/afuera del Hospital, detonó fuertes conflictos en el propio personal hospitalario, familiares y pacientes. Es decir: la comunidad hospitalaria sufría diariamente el

impacto de su práctica en su seno tratando de cambiar su imagen, su práctica y criticar su historia. Cada acción institucional en el medio social generaba nuevas situaciones que, poco a poco, iban cuestionando la lógica del encierro como emblema institucional y exigencia social. Cada salida diaria (a las heladerías, canales de TV, diarios, radios, estadios, etc.) forzaba un contacto para el que ni la institución asilar ni la comunidad estaban preparados. Era imprescindible entonces que la población hospitalaria tuviera espacios en los que pudiera comprender lo que estaba sucediendo.

Lo nuevo que va naciendo

Pero esta dinámica institución/comunidad se daba en el marco de una necesidad: el hospital debía seguir funcionando, buscando ahora nuevos modos de asistir que rechazaran la reclusión como actividad vertebral. Había que descubrir, crear, inventar, nuevas técnicas, nuevos abordajes, y nuevas ideas que nos mostraran a todos (asilo y pueblo) que la enfermedad mental tenía otras maneras posibles de ser abordada, con respeto por la autonomía de los asistidos y de los asistentes. Esto último abrió un flanco crítico muy duro en sus inicios y desarrollo que fue la relación con el Poder Judicial, cristalizado en sus decisiones unilaterales indicadoras de la conducta médica. Decisiones unilaterales que encontraban como refuerzo la resignación médica frente a los oficios judiciales (Santos Oficios en verdad) que oficiaban de justificación para la “debida obediencia” de los profesionales, quienes así entregaban la conducción de la institución sanitaria, a un Poder (el Judicial) cuya función social y constitucional no es ocuparse de la salud de la población, sino de los derechos de la misma. Esta confusión sigue hoy vigente en proyectos nacionales y provinciales de Ley de Salud Mental que no abordan como tarea principal la indispensable superación del manicomio (con su desaparición) sino que son largos discursos sobre los derechos de los pacientes, que ya están previstos en leyes y textos constitucionales.

Cuando se lanzó la consigna *“El hospital en la calle”* un pequeño grupo de la comunidad hospitalaria lo adoptó, mientras otros trataron de bloquear esa modificación necesaria.

Pero el avance de ese rumbo, hizo que quienes salían y regresaban diariamente del “afuera” eran siempre portadores de “novedades” que las Historias Clínicas hacía décadas no registraban (el clásico s/p de esas Historias). Dichas novedades no siempre eran alentadoras para el camino transformador: de distintos modos, la comunidad nos hacía recordar que el mandato social era: *“Ustedes están para encerrar”*. Encierro e internación por tiempos y objetivos sin plazos ni razones eran sinónimos en San Luis, tal como lo siguen siendo en todo nuestro país. Locura y encierro marchan juntos, garantizados por encerrados y encerradores.

El “Hospital en la calle” creó una dinámica “afuera/adentro/afuera/adentro...” que fue rompiendo cristalizaciones de décadas, tanto en la institución como en el pueblo. Obligó a pensar una situación silenciada y ocultada:

la vida dentro de las instituciones asilares para los locos. Resistencias movilizadas por otras instituciones (partidos políticos, iglesias, etc.) expresiones nítidas del desacuerdo, evidenciaban que el manicomio no era producto de la simple fuerza de la costumbre, sino de un modo de pensar la realidad social, cultural y política de San Luis. Y también que a ese modo se iba contraponiendo otro que, desde la práctica sanitaria, ponía en tela de juicio el valor humano de la reclusión, del encierro, de los maltratos o abandonos presentados como tratamientos, de la condición humana de los locos y sus tratantes.

Todo esto hacía que muchas veces el centro de la tarea hospitalaria fuera reunir a la comunidad interna y buscar respuestas, caminos y coraje para seguir adelante. Y otras tantas veces que el centro de la tarea se desplazara a los domicilios, barrios y pueblos de los seres humanos cuya reinserción social se buscaba. Este entrar para poder salir mejor instrumentados, y este salir para crear una corriente de opinión solidaria, fue el movimiento permanente durante los primeros años del Proceso de transformación Institucional. Hoy, 2009, las mismas fuerzas ideológicas que de entrada se enfrentaron, suelen volver a hacerlo, porque expresan distintos proyectos de país, donde valores como la Libertad, la Justicia Social, la Inclusión Social, la Solidaridad, la Tolerancia, el respeto por la autonomía y la autodeterminación de las personas más desvalidas socialmente, son puestos en el tapete nuevamente.

Las patologías del encierro

La elección de cambiar la institución con los mismos que la habían sostenido desde 1942, fue haciendo conocer no sólo las verdaderas historias personales de los reclusos, sino también de los trabajadores y profesionales. Muy lentamente salieron a la luz pactos perversos tramados por la institución, y que forman el cuadro de las patologías del encierro. No era solamente que los reclusos habían sufrido la deshumanización: se los había deshumanizado. No era solamente que los reclusos habían sufrido maltratos: se los había maltratado. No era que habían estado encerrados: se los había encerrado. No era sólo que se habían despersonalizado: se los había despersonalizado. Aceptarlo fue costoso; sin embargo se pudo ir logrando en los primeros meses. Pero los conflictos se tensaron cuando aparecieron las responsabilidades institucionales en todo ello. Esto es: el papel de cada profesional, de cada enfermero, de cada trabajador en esa desidentificación de los seres humanos encerrados, que pasaban a comportarse como socialmente se esperaba que lo hicieran: como locos. En definitiva, para que los manicomios existan es necesario que haya locos de encierro. Y de ello se ocupa la institución asilar. El loco que deambula por los corredores asilares, es una construcción institucional, que resulta del trato reclusor que la enfermedad mental recibe en los manicomios. Esas figuras desaliñadas, sin expresiones, pasivizadas, a veces violentas sin explicación aparente, que meten a los demás el miedo que ellos sienten, aburridos e indolentes, son el producto del encierro que no tiene ni límites tem-

porales ni objetivos terapéuticos. Una familiar lo definía así: *"Aquí parecen colgados del aire"*. Ya no son enfermos mentales; ahora son los locos del manicomio.

No fue nada fácil, ni gratuito hacer este proceso. Un pesado silencio compartido ocultaba violencias horribles: violaciones, partos producto de ellas, golpes, muertes, entrega de niños nacidos en el manicomio, hijos y entenados, etc. Eran productos de pactos perversos no dichos pero conocidos, intuitivos, y secreteamos. Y con el sello de clausura: *"de esto no se habla"*. Sin embargo, sabemos que lo que se calla se actúa, y una de las formas que ello tenía era el costo en salud de este trabajo enajenante, en el que los juegos de complicidades solían hacer naufragar los diálogos. *"Si yo te cubro en esto, vos me vas a cubrir en esto otro"*. Siempre hay olor a *secreto* en las instituciones asilares.

Recordamos una discusión de hace quince años sobre porqué se rapaba a los reclusos. Siempre se respondía que era por los piojos. Pues sí, así era ¿porqué no se acababa con los piojos, y no con las cabelleras? Este modo de trabajar sobre las consecuencias y no sobre las causas era una característica de la institución. Pero en este caso, se vio que este hábito era un verdadero rito de iniciación. Estábamos llenos de ritos iniciáticos: el rapar, el desnudar a los enfermos a su ingreso, el quitarles sus ropas para darles otras de todos (y por tanto de nadie), calzarlos *"con lo que había"*, fijarles horarios y normas arbitrarias, etc. Todo ello apuntaba a la rápida destrucción de la *identidad* del sujeto, a quitarles su rol de individuos, a masificarlos según normas institucionales nunca escritas pero consagradas por el uso y las costumbres.

La madre de un recluso lo expresaba así: *"Ahí eran todos robotitos: todos caminaban para el mismo lado"*. Quizás sin que estuviera explicitado en documento alguno, este era el objetivo institucional. Seres que fueran todos para el mismo lugar, que carecieran de voluntad de elección, que hubieran perdido su individuación.

Recuerdo que el llamado al comedor era una campana tañida por un paciente (siempre el mismo: esa era su función y rol institucional). Y allá marchaba orgulloso de su momento diferenciado, arrastrando tras sí a una columna silenciosa que iba hacia las mesas. Era una especie de cencerro capaz de liberar el reflejo condicionado. Mientras caminaba por los corredores sumaba comensales a la fila, gracias a su poderosa campana. No eran ni individuos ni sujetos: eran objetos que se enfilaban. La institución los había ido transformando en cosas que no recibían comida sino un forraje impuesto, nunca elegido, anunciado ni sugerido, en horarios y lugares ajenos a los comensales. La institución había logrado que ese momento de socialización humana tan importante para los individuos, fuera el cotidiano instrumento de la desindividuación, de la des-subjetivación, de la des-humanización. Y entonces allí se concentraban la violencia diaria, el malestar, los odios y venganzas.

El *proceso de deshumanización* de los reclusos comienza enseguida en el manicomio. Un modo es crear el aburrimiento, el hastío del *"no tener nada para hacer"*. Produce frustración, deja al interno en el mundo de la arbitrariedad humillante manejada por quienes tienen el

poder institucional. A la vez son despojados velozmente de todo atisbo de intimidad y privacidad. Hasta la fácil y repetida desnudez física se transforma en un modo de control, de pérdida del límite con el exterior. Todo ello va dejando al enfermo a merced de sus custodios, mientras la impotencia y la humillación lo dominan. Pero los custodios, a su vez, también están a merced: en su caso del salario que reciben por hacer estas tareas. El proceso deshumanizante mencionado parte de la idea de excluir a otro ser de la categoría de persona, creando un estigma y una nueva identidad sin valores humanos. Son "otros" distintos, los alienados que perdieron su calidad de personas. Esto facilita el maltrato por parte de los custodios, porque se hace sobre objetos, cosas, no hombres. El nuevo rótulo proporciona una nueva identidad descalificada, crea nuevas normas de relación (distintas de las habituales en la vida del recluso y el recluido) nuevos roles del tipo sometedor/sometido.

En septiembre de 1996 el hospital preparó la reinserción social de los últimos recluidos de larga estadía. Pasaban los días y por distintas y banales razones el paso no se daba. La explicación era que los pacientes no querían irse y estaban encariñados con el hospital. Pero eran los trabajadores y profesionales quienes resistían la partida del último contingente. Fue necesario trabajar cuatro mañanas con todo el personal, para concretar el objetivo. Llantos, protestas, reclamos, culpas, aparecieron como los obstáculos que impedían la externación. Enfermeros que acusaban a los pacientes de "ingratos" por querer irse. Profesionales que entristecían porque sus pacientes preferidos se iban. Volvían recuerdos de largas noches manicomiales donde enfermeros y mucamas habían compartido su soledad con los que partían. El personal comprobó que no sólo su salario lo vinculaba al hospital: lazos con los recluidos pesaban de tal modo que impedían el alta. Había maternizados y maternizadores. Esos cuatro días de trabajo grupal permitieron drenar viejas historias, fusiones, culpas, simbiosis, que hicieron de la externación de los últimos crónicos, también una liberación para los trabajadores y profesionales. Los días posteriores a la despedida un clima depresivo recorría el hospital. Estaban quienes apostaban por el inmediato regreso de los externados; quienes adoptaban la indiferencia; quienes iban a las casas en que estaban "los ingratos" para ver "cómo estaban". Hasta que uno de ellos les pidió que no fueran más, que, si lo necesitaban, ellos irían al hospital.

Recuerdo que cuando en el año 1993 comenzamos a organizar las diarias salidas de los reclusos a distintos lugares de la ciudad, notamos que las mujeres no salían. Multitud de teorías vinculadas al género se tejieron entre nosotros. Hasta que al preguntar, una de ellas nos dijo: "¿Adónde quiere usted que vayamos con esta ropa?". Eran las vestimentas que la "caridad" había dejado en el manicomio: ropas de pésima calidad, usadas en extremo, ajenas al cuerpo de cada mujer que las vistiera, y con un sello grosero y distintivo "HP" (Hospital Psiquiátrico). Quien así nos contestó, nos volvió a enseñar que la ropa que usamos forma parte de nuestra identidad, y que la institución volvía a cosificarla cuando le imponía la ver-

guenza de usarla para poder salir. ¿Cómo iba a sentirse mujer con ese atuendo?

Estos cambios, quizás los primeros producidos en la institución, movilizaron recuerdos, vivencias, culpas, angustias, en el personal del asilo. Además los cambios que re-humanizaban a los reclusos en el mismo hospital, planteaban interrogantes a sus trabajadores y profesionales. ¿Por qué antes la conducta de los mismos reclusos era distinta a la actual? Esta pregunta remitía inexorablemente a los cambios institucionales producidos. Los cambios situacionales (el "aquí-ahora-conmigo" de Pichon) habían generado cambios en las miradas, acciones e ideas de los mismos protagonistas institucionales. Fue necesario un trabajo intenso con el personal hospitalario, que ahora podía empezar a conectar los malos tratos naturalizados del manicomio con las conductas "locas" de los encerrados. Y también se comprendía el modo en que los cambios situacionales de la institución lograban que las conductas individuales se modificaran. No sólo las de los reclusos, sino también las de los que trabajaban en la institución. Este cambio es uno de los primeros signos institucionales que notan hasta hoy quienes llegan a conocer el Hospital Escuela de Salud Mental de San Luis: un clima de calidez, tiempo de espera y diálogo, tranquilidad, que hace decir al visitante "esto no parece un hospital".

Lo individual, lo situacional

Nuestra formación académica nos lleva a explicar las conductas humanas por factores disposicionales, individuales. Lo hacemos como mirada "natural". En las mismas instituciones tenemos personal con rótulos: "más humano", "más duro", "más colaborador", etc. Y así también con los enfermos: los hay "agresivos", "colaboradores", "pasivos", "tranquilos", etc. Nos cuesta comprender que esas conductas se despliegan en un campo situacional.

Para que un manicomio exista lo primero que debe existir son "locos". No existiría el primero sin los segundos. Sobre esa base, obtenido "el loco" la institución se apropia de él con el acuerdo del consenso social, y lo va institucionalizando, hasta que son "todos robotitos". El personal va generando con mucha rapidez los cambios necesarios en el sujeto que le ha sido entregado "en guarda", hasta que ese ser humano ya sin individualidad, subjetividad e identidad propias, adopta las conductas que de él se esperan, gracias a las cuales encontrará su "lugar en el mundo". Esta nueva identidad, va configurando nuevas funciones y roles adaptados a la institución.

El investigador de Stanford, Albert Bandura creó un concepto vinculado a lo que estamos describiendo: "Desconexión moral", explicativo de las causas por las cuales personas comunes pueden causar enorme daño en las instituciones: "nuestra capacidad de conectar y desconectar selectivamente nuestros principios morales explica por qué la gente puede ser cruel en un momento y compasivo en el siguiente" (2).

Para Bandura el paso previo a esta desconexión es

deshumanizar al otro, cosificarlo, transformarlo en objeto, negando su subjetividad.

Es reparador escuchar, ver, observar al personal de una institución que se transforma, cuando ve que “los locos” que eran la clientela habitual, ya no existen, y en su lugar aparecen personas con problemas a resolver. Pero es aún más reparador asistir a las reflexiones del personal que advierte que sus cambios humanizadores en la relación con el enfermo, le hacen bien también a él, que se siente más realizado en su tarea, que trabaja más y le pesa menos (nada más pesado que sostener un sistema de encierros). Nosotros comenzamos por notar que, en una institución de castigo como era el ex Hospital Psiquiátrico de San Luis, las carpetas médicas, el ausentismo, el malhumor en los corredores o los aislamientos del personal, disminuyeron rápidamente.

Ahora bien: ¿Qué fue lo que sucedió? ¿Cómo los mismos que maltrataban, hoy han dejado de hacerlo? ¿Por qué una institución violenta ha dejado de serlo? ¿Por qué los roles que antes jugaban determinados trabajadores y profesionales han cambiado saludablemente para ellos y sus atendidos? ¿Por qué hoy los hijos o nietos del personal recorren el hospital con cierto orgullo? Se trata de las mismas personas de 1993, y, a la vez, no son las mismas. Y esto es extensible a enfermos, familiares y vecinos.

¿Se volvieron todos “buenos” de repente?

Es un cambio profundo que implicó rupturas, drenajes de culpas, rectificaciones dolorosas, reconocimientos lesivos a los orgullos personales. Fue la aceptación de “yo tengo algo que ver con lo que aquí sucedía”. Con mucho dolor, con mucha vergüenza, y también, con coraje, alivio y alegría. En este sentido el manicomio se terminó afortunadamente también para quienes en él trabajábamos.

Estos cambios disposicionales fueron posibles porque fue lo situacional modificado lo que brindó el sostén necesario. Se premió la búsqueda de nuevas alternativas; se hizo valioso encontrar caminos sin violencias; resultó gratificante agruparse constituyendo una “corriente de grupalidad institucional”; alivió saber que el problema se reduce si se busca a otro para resolverlo juntos; se resaltaron la creatividad, la inventiva, y la fundamentación de las intuiciones; se estimularon el estudio y la docencia en profesionales y trabajadores; se alentó la transmisión de la experiencia y su puesta en discusión; se empujó viajar a otras provincias y países para aprender y enseñar, se hizo una costumbre recibir permanentemente a personas que vienen a conocer, a formarse, o a participar, etc.

Lo individual, lo institucional, lo político-social

Este cambio situacional, que significó avances y retrocesos en estos dieciséis años de desarrollo, permitió la aparición de nuevos roles institucionales, valorados en tanto aportan al avance y descubrimiento de nuevas sendas. Estas tareas y funciones nuevas que cada uno construyó, hicieron a una nueva identidad institucional, con definiciones que cristalizan años y duros esfuerzos: “No hay salud sin libertad, sin justicia, sin derechos humanos...”.

De esta manera también se fue construyendo un marco inclusivo superior y más abarcativo: el político-social, cuya primera determinación fue: “¡Basta de manicomios en San Luis!”. Pero este eje orientador planteado en 1993 se fue apoyando y enriqueciendo en la tarea diaria; en los conflictos a superar; en las luchas dentro de cada uno y entre nosotros; en los hallazgos que permitían entrever que el objetivo político señalado era posible aún cuando todavía careciera de senda propia demarcada.

Un eje orientador fue adoptar *la defensa de los DDHH* como Norte. Pero aquí también hubo evoluciones. Al principio esto estaba planteado respecto de los derechos de los pacientes, siempre pisoteados y humillados en los manicomios. Pero luego vimos que nosotros también estábamos cronificados y carecíamos de derechos esenciales: ser agentes de salud y no custodios de candados; realizarnos en nuestra tarea; confiar en nuestras fuerzas profesionales. Y que los familiares o amigos tenían el derecho de saber; de aprender a acompañar; de participar en una tarea social reparadora. Por lo tanto nuestro horizonte sobre DDHH se fue ampliando. Y hoy creemos que comprende a todo el pueblo argentino quien tiene derecho a saber que existen formas humanas y humanizadoras de concebir la enfermedad; que los manicomios son formas estatales de malgastar los dineros públicos; que el sufrimiento se agrava con las reclusiones; que los enfermos mentales no dejan de ser familiares por su condición de sufrimiento. Que el pueblo argentino tiene derecho a saber y a disponer de los mejores recursos profesionales, académicos y científicos para resolver sus males.

Cuando se estudia una *institución total*, como definió Goffman en *Internados* (7) a manicomios y cárceles, siempre uno se pregunta: ¿Cómo puede ser que personas normales, vecinos, padres de familia, gentes comunes, puedan generar tantos sufrimientos a semejantes que, además, sufren y tienen alguna minusvalía?

En el cine, Ingmar Bergman (*El Huevo de la serpiente*) mostró hace años el modo en que regímenes totalitarios necesitan corromper a individuos, parejas, familias, amistades, para imponer sus objetivos. Lo mismo hizo Gunther Grass en la literatura con *El tambor de hojalata*.

Como ya mostrara hace más de medio siglo el psicólogo social Stanley Millgram en su libro *Obedience to Authority* (1974) (5) (que en castellano aparece referido a la obediencia ciega a la autoridad) basado en sus experimentos en la Universidad de Yale, (y que luego reprodujera el cine francés en *I como Icaro*), en las instituciones fuertemente *jerarquizadas* se producen fenómenos que condicionan a las personas sometidas a esas jerarquías: en función de la obediencia que Millgram llamó “ciega” y que en nuestro país podemos llamar “debida”, los sujetos -en un muy alto porcentaje de casos- pueden ser inducidos a realizar actos que su conciencia moral les prohíbe. Particularmente los referidos a causar daño o dolor a otras personas en función de obedecer órdenes emanadas de un superior que desresponsabiliza a la persona que obedece, por los daños que produce (aún la muerte). La conciencia moral del ejecutor de órdenes es doblegada por la obediencia ciega a la jerarquía de la que parten las órdenes.

Estas experiencias de Millgram surgieron luego del Holocausto, ante la necesidad de comprender el horror de las matanzas nazis, que llegaron a acuñar en el juicio de Nuremberg un nuevo vocablo que expresara este fenómeno históricamente nuevo: "genocidio".

En el mismo sentido Hannah Arendt había intentado explicar las "matanzas administrativas" (como ella prefirió definir las siguiendo a las masacres inglesas en la India) en su libro *Eichmann en Jerusalén* (1961) (1) donde queda impactada por la apariencia nada monstruosa del criminal nazi. Dice Arendt: "*Para expresarlo en palabras llanas, podemos decir que Eichmann sencillamente no supo jamás lo que se hacía*"... "*Únicamente la pura y simple irreflexión -que en modo alguno podemos equiparar a la estupidez- fue lo que lo predispuso a convertirse en el mayor criminal de su tiempo. Y si bien esto merece ser clasificado como "banalidad" e incluso puede parecer cómico, y ni siquiera con la mejor voluntad cabe atribuir a Eichmann diabólica profundidad, también es cierto que tampoco podemos decir que sea algo normal o común*" (pág. 418).

Y párrafos más adelante agrega algo que bien podemos aplicar a los manicomios: "*En realidad, una de las lecciones que nos dio el proceso de Jerusalén fue que tal alejamiento de la realidad y tal irreflexión pueden causar más daño que todos los malos instintos inherentes, quizás, a la naturaleza humana*" (pág. 418).

El libro de Arendt, escrito mientras presenciaba el juicio al criminal de guerra nazi, resalta que Eichmann planteaba con orgullo que siempre había cumplido órdenes, y que de ese modo había realizado bien su trabajo. La autora acuña a partir de esta experiencia en Jerusalén su noción de "*banalidad del mal*", con el que despoja a éste de toda connotación psicopatológica (seis psiquiatras habían declarado normal al genocida) y lo vincula a la existencia de estructuras y regímenes totalitarios, y aún a "*toda burocracia que transforma a los hombres en funcionarios y simples ruedecillas de la maquinaria administrativa, y, en consecuencia, los deshumaniza. Y se puede discutir larga y provechosamente sobre el imperio de Nadie, que es lo que realmente representa la forma de administración política conocida con el nombre de burocracia*" (pág. 421).

Resulta claro que para comprender los horrores de una institución manicomial analizar las personalidades de sus profesionales y trabajadores, resulta del todo insuficiente. Es preciso partir de consideraciones situacionales, y estudiar los condicionantes político-sociales que hacen a la institución, marcan sus objetivos y le proporcionan significación. La misma palabra "recluir" que utilizan a menudo las órdenes judiciales de internación, muestran a las claras que el espacio que suele presentarse como sanitario y rehabilitador de la enfermedad, en realidad es una institución de encierro. Las Historias Clínicas de nuestro hospital estaban llenas de denuncias de "fuga" que hacía la enfermería sobre pacientes que se habían ido de la internación. Y esa anotación de fuga iba acompañada de una denuncia policial sobre eventual paradero del ausentado. Los trabajadores que así actuaban, también "cumplían órdenes", porque eso era lo que se exigía en caso de "fugas". ¿Cómo se pensaban a sí mismos esos agentes de salud? Como custodios. Pero

como expresa Arendt, la "irreflexión" sobre esa práctica les impedía ser trabajadores de la salud, y rechazar el rol social de cancerberos. A su vez, quienes daban las órdenes no hacían sino cumplir con ese sistema burocrático que de médicos los transformaba en administradores del encierro.

Anonimato y anomia

Otra cuestión típica de la patología del encierro es el *anonimato* en la institución. Los miembros de la comunidad hospitalaria vivían en él. Nombres e identificaciones propias brillaban por su ausencia y todo intento de nominar a cada uno y cada cosa por su nombre era resistido. Más aún: la institución reinventaba nombres en los pacientes y espacios, que pasaban a reemplazar al propio. Esta forma de deshumanización, y desubjetivación es generadora de violencia porque instala la idea de que a los demás no les interesa conocernos ni les interesamos tal como somos. En el libro *El señor de las moscas* William Golding muestra esto cuando describe la violencia que se desata en el juego de niños, quienes para poder actuar su violencia se enmascaran. En el día a día institucional, cuando ese anonimato se interioriza no necesita ocultamientos para expresarse, y los contratos humanos se rompen más fácilmente si se parte de no ser conocidos sino a través de seudónimos o números que reemplazan nuestra identidad (3). Un verdadero juego de máscaras encubridoras para liberar conductas castigables. Por eso un trabajo cotidiano y persistente durante el Proceso de Transformación Institucional de San Luis ha sido, y es, que la institución tenga referentes claros, nombrables, ubicables en el tiempo y el espacio. Ello es un *ordenador* para los enfermos que necesitan claridad contra la oscuridad, y orden frente al desorden. Saber con quienes están, para tener un lugar propio donde su identidad (nombres y apellidos) puedan también obtener su espacio. Referentes claros que al ponerle su nombre a las cosas rompen con los misterios, los ocultamientos, lo no dicho ni decible, muestra que el hospital no tiene nada que ocultar, y que sus relaciones pueden ser entre personas concretas.

Otro componente del manicomio es la *anomia*, tal como sucede en cárceles y asilos. Se trata de un manejo arbitrario de las normas que rigen la vida institucional. Es habitual ver en offices y corredores papeles firmados por el Director o los Jefes en los cuales se anuncian normas, que en algún momento se han establecido, pero que el devenir diario ha ido transformando en letra muerta, haciendo que entonces cada cual tenga su propia norma y pugne por hacerla cumplir. Es el imperio de todos, y por lo tanto de nadie. Ello genera malentendidos, violencias y luchas de facciones. Por eso el Proceso de Transformación fundó el hábito que las normas acordadas solamente pueden ser reemplazadas por nuevos acuerdos que se ajusten mejor a las nuevas condiciones. Normatizar el hospital es una lucha diaria que clarifica los roles, las funciones, y la vida cotidiana, evitando desencuentros y conflictos. Es otro ordenador de la vida cotidiana, como el ponerle fin al anonimato. Sostiene los principios de

realidad que todos pueden leer y practicar, ayuda a la recuperación de los enfermos, aclara las funciones de cada uno, evita las superposiciones de roles y las arbitrariedades de los que mandan, quienes no pueden cambiar o ignorar las normas institucionales a su solo antojo.

Para hacer posible la necesaria *normatización*, la institución debe tener una organización conocida por todos y un organigrama público consensuado entre la Dirección y el personal. Cada Servicio exhibirá una composición públicamente conocida, y Jefes que los dirigen. A su vez la Dirección debe democratizar el poder hospitalario sosteniendo la realización de Asambleas generales regulares que resuelvan el rumbo hospitalario; reuniones periódicas de jefes de Servicio que comparten con la Dirección la conducción hospitalaria. Es en esos ámbitos donde las normas pueden y deben ser tomadas y/o revisadas, así como hacerse el seguimiento permanente de su cumplimiento.

En el año 2008, Philip Zimbardo publicó su libro *El efecto Lucifer. El porqué de la maldad* (8), en el que sistematiza sus famosas experiencias de la cárcel de Stanford (1971). Zimbardo se pregunta “*cómo es posible que buenos muchachos hagan cosas malas*”, investigando no sólo lo referido a sus experimentos originales sino también al Holocausto, las cárceles de la dictadura militar brasileña y, particularmente, las torturas en la cárcel de Abu Graib (Iraq 2005). Sus desarrollos son plenamente aplicables a los manicomios, y sus conclusiones son similares a las que hemos venido exponiendo.

Lo que deseo incluir en este trabajo es su concepto de “*banalidad del heroísmo*”, tomando lo de banalidad del mal que desarrollara -tal como se mencionó más arriba- Hannah Arendt en 1961. Zimbardo dice que, cotidianamente, en las distintas instituciones en las que se generan situaciones capaces de producir conductas dañinas y violentas, personas que resisten ese mandato pueden tener conductas que superan lo situacional y cuestionan lo social.

El autor compareció en el juicio a uno de los torturadores de Abu Graib, para poner en la picota a los criminales de guerra causantes de tanto sufrimiento. El entonces Presidente Bush había afirmado que en este tribunal debía acabarse con la manzana podrida que había en la caja. En el juicio, Zimbardo dice: “*Lo que está podrida es la caja, Sr. Presidente*”, y responsabiliza a éste y a Donald Rumsfeld por el horror de los sótanos de la prisión. Con ello no busca absolver al principal implicado, sino que intenta hacer que la comprensión de las torturas y tormentos no quede en la figura del soldado acusado. Muestra la situación en que éste era puesto a partir de un condicionante político-social del que él no era responsable: la propia invasión a Iraq.

Así como Arendt explicara a Eichmann y sus actos criminales, vinculándolos con el régimen nazi, Zimbardo no exculpa al torturador, sino que abre la responsabilidad del horror a las decisiones tomadas por los máximos responsables de la vida norteamericana. Decisiones que para ser llevadas adelante necesitan de torturadores como el encausado.

“*Resistir las influencias situacionales y celebrar el heroísmo*”

es la formulación del autor, señalando que siempre existe otro camino diferente a la obediencia ciega.

“*Para que un acto personal de rebeldía sea digno del calificativo de heroico debe tratar de cambiar el sistema, enmendar una injusticia, corregir un error*” (pág. 564), dejando en claro que no se trata de actos individuales solamente, sino que ellos deben ganar apoyos y adeptos, en la medida que el heroísmo es una atribución social que se confiere al actor y al acto. Esta orientación tiende a captar lo de positivo que los seres humanos tenemos, invirtiendo, quizás, una orientación de la Psicología, más atraída por los temas patológicos, o negativos.

“*Defender las ideas civiles más elevadas frente al peligro es el concepto central del heroísmo*” (pág. 573)... “*Héroes son personas ordinarias que han hecho algo extraordinario*” (pág. 589).

Cuando plantea la banalidad del heroísmo, Zimbardo dice que tanto el bien como el mal surgen en situaciones y momentos determinados, cuando las fuerzas situacionales impulsan a las personas a pasar de la pasividad a la acción, y que lo banal radica en que esos seres produjeron esos hechos sin darles previa y aún posteriormente el valor de heroicos. Simplemente enfrentaron a las fuerzas situacionales y produjeron un hecho reivindicador de la condición humana. Pero esa caracterización es social y a posteriori del hecho.

“*La banalidad del heroísmo significa que todos somos héroes en potencia*” (pág. 595), idea con la que -al igual que los causantes de sufrimiento- el heroísmo pasa a ser un atributo igualitario de la naturaleza humana, en lugar de una condición excepcional.

“*Este nuevo tema, el carácter universal de los héroes ordinarios, nos anima a dirigir la mirada a los héroes cotidianos que hay entre nosotros, los que con su sacrificio diario enriquecen nuestra vida*” (pág. 596).

A modo de conclusión

Todo lo hasta aquí expuesto es una parte de lo que enunciamos como Proceso de Transformación Institucional del Hospital Escuela de Salud Mental de San Luis. En la Argentina se habla de desmanicomialización, sin que se puedan mostrar planes y experiencias que dejen en claro qué se entiende por tal. Muchos que hace años planteaban el cierre de los manicomios como alternativa, tampoco pueden hoy exhibir resultados de una consigna reiterada como discurso ideológico, sin andamios institucionales, clínicos y técnicos claros.

Cuando hablamos de Transformación Institucional, y de esto se habla cada vez más en nuestro país, nos estamos refiriendo a un camino diferente, algunos de cuyos tramos hemos planteado más arriba. Hace cuatro años, con Armando Bauleo, en un encuentro sobre lucha antimanicomial, logramos que al término desmanicomialización se le agregara el de Transformación institucional. Desde entonces su uso se acrecentó porque la idea que lo preside abre un camino de realizaciones más amplio, realista y concreto en las instituciones asilares. Y hoy es fructífero observar que en varios centros sanitarios públicos de nuestro país se han logrado cambios de caracte-

rísticas propias, particulares, pero que guardan afinidad en definir que no es el simple cierre institucional (que en ningún lugar de la Argentina tampoco se produjo) el que logra poner en movimiento a los protagonistas del cambio necesario: trabajadores, profesionales, pacientes, familiares, vecinos, pueblo todo.

En otros trabajos hemos desarrollado las ideas y logros de San Luis en el plano de la reinserción social de los enfermos; la participación de los familiares y vecinos; los cambios legales obtenidos hasta llegar a la Ley de Desinstitucionalización de 2006; la relación entre Plan y Ley; la vinculación entre Libertad, Justicia, DDHH, inclusión social y salud mental; la concepción de salud/enfermedad sobre la que se fundan los cambios en la clínica y los tratamientos; la fundación de los grupos institucionales terapéuticos como herramienta esencial del trabajo hospitalario; las definiciones de política social y sanitaria que fuimos tomando en estos años; etc. Al respecto se pueden consultar los libros de nuestra autoría citados en la bibliografía (6,7).

En este artículo nos hemos centrado en las contradicciones humanas e institucionales que implica el proceso transformador. Como se verá se trata de ir resolviendo conflictos de la clínica, culturales, ideológicos, políticos, en el corazón motor del camino elegido, para afirmar la existencia de la enfermedad mental, de la necesidad de encontrar nuevos tratamientos ante los nuevos sufrimientos que implica abandonar el encierro optando por

la libertad y el acompañamiento de quienes padecen. Entre ellos nosotros mismos.

Se trata de *una senda plena de banalidades* como dirían Hannah Arendt y Philip Zimbardo. De conductas destructivas o violentas en seres humanos, quienes también pueden encontrarse con sus heroísmos de personas sencillas que resisten el mandato social de exclusión y maltrato, humanizándose en el hallazgo y construcción de instrumentos nuevos y propios, capaces de sustituir el manicomio (hasta terminar con él). Nuestra experiencia y otras en curso demuestran que eso es posible hoy en la Argentina, retomando un camino histórico de innovaciones clínico-terapéuticas desde un pensamiento liberador. No debería olvidarse que somos herederos de Ingenieros, Cabred, Pichon Rivière, Carrillo, Bléger, Escardó, los hermanos Finochietto, y tantos otros.

Es desde estos planteos que nos proponemos seguir aportando al conocimiento y a la consolidación de un pensamiento nacional que integre creativamente las experiencias de trabajo sanitario que logren la inclusión social de enfermos, familiares, trabajadores y profesionales de la Salud Mental. La Psiquiatría argentina tiene mucho para decir y exhibir dentro y fuera del país. Pintamos nuestra aldea para ser universales.

Ese es el plano de relación respetuosa que ansiamos con las escuelas, corrientes de pensamiento e instituciones de todo el mundo ■

Referencias bibliográficas

1. Arendt H. *Eichmann en Jerusalén*. Ed. de Bolsillo. España, 2009.
2. Bandura A. *Social Foundations of Thought and Action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall, New Jersey, 1986.
3. Bettelheim B. *Sobrevivir*. Editorial Grijalbo, Barcelona, 1981.
4. Goffman E. *Internados*. Amorrortu Buenos Aires, 1973.
5. Milgram S. *Obedience To Authority*. Harper & Row, New York, 1974.
6. Pellegrini JL. *Cuando el manicomio ya no está*. Fundación Jerónima, San Luis, 2005.
7. Pellegrini JL. *Salud es sin encierros*. Polemos, Buenos Aires, 2009.
8. Zimbardo P. *El efecto Lucifer*. El porqué de la maldad. Paidós, Barcelona, 2008.

Evaluación cualitativa del abordaje integral del alcoholismo con el modelo GIA (Grupos Institucionales de Alcoholismo)

Claudia Inés Villafañe

Médico de Familia, Magister en Salud Mental, Ex Directora Médica del Hospital Distrital de Puerto San Julián y Coordinadora del Programa Provincial de Salud Mental y Patologías del Consumo, Ministerio de Asuntos Sociales, Provincia de Santa Cruz, Argentina
Secretaria de Ciencia y Técnica de la Mesa Nacional de Conducción de la Red de Grupos Institucionales de Alcoholismo (GIA)
E-mail: claudiavillafane60@hotmail.com

Resumen

En este trabajo se presenta la evaluación, en un período de 6 años, de la efectividad del Grupo Institucional de Alcoholismo (GIA), en el hospital de Puerto San Julián, Santa Cruz, Argentina. El marco teórico refiere tres aspectos: sujeto, orden social e institucional. Se usó la lógica cualitativa y el proceso de inducción analítica. *Metodología:* se obtuvo información mediante entrevistas semi-estructuradas a casos seleccionados (muestreo intencional). Se usó el método comparativo constante para el análisis. *Resultados:* el método GIA es efectivo desde los aspectos del sujeto y el orden social; el individuo incluido en tratamiento logró: a) deconstruir el rol asumido socialmente como alcohólico, b) reconstruir la identidad, c) recuperar la trama de los vínculos familiares, laborales y sociales, d) identificar aspectos sanos de su personalidad para recuperar las capacidades obturadas por la enfermedad, e) aprender a resolver colectivamente los conflictos gracias al funcionamiento grupal, f) informar para desestigmatizar a la enfermedad y, g) elaborar un proyecto de vida saludable. El método GIA se demostró parcialmente efectivo desde el aspecto institucional; la tarea logró desocultar, afirmar y trabajar el alcoholismo como enfermedad dentro del ámbito hospitalario, pero con menor implicación de otras instituciones locales; esto motivó proyectos y estrategias puestos en marcha a partir de los resultados de esta investigación.

Palabras clave: Alcoholismo - Grupos Institucionales de alcoholismo - GIA – Alcoholismo y salud mental.

QUALITATIVE EVALUATION OF THE ALCOHOLISM INTEGRAL APPROACH WITH THE GIA MODEL (ALCOHOLISM INSTITUTIONAL GROUPS)

Summary

This paper presents the evaluation, over a period of 6 years, on the effectiveness of the Alcoholism Institutional Group (GIA), in the Puerto San Julián Hospital, Santa Cruz, Argentina. The theoretical framework refers to three aspects: subject, social and institutional order. The qualitative logic and the process of analytic induction were used. *Methodology:* information was gathered through semi-structured interviews to selected cases (intentional sampling). The constant comparative method for the analysis was used. *Results:* the GIA method is effective from the aspects of the subject and the social order; the subject included in the treatment was able to: a) deconstruct the socially assumed role as an alcoholic, b) reconstruct their identity, c) restore the fabric of family, labour and social links, d) identify the healthy aspects of their personality to recover the capacities obstructed by the illness, e) learn to solve conflicts collectively thanks to group functioning, f) report to destigmatize the illness, and g) develop a healthy life project. The GIA method proved partially effective from the institutional angle; the task succeeded in uncovering, affirming and working on alcoholism as an illness within the hospital setting, but with less involvement than other local institutions, which motivated projects and strategies started from the results of this research.

Key words: Alcoholism - Alcoholism Institutional Groups - GIA - Alcoholism and Mental Health.

ITHAKI

*Cuando para Itaca partes,
 ruega que el camino sea largo,
 lleno de aventuras, lleno de conocimientos.
 A los Lestrigones y a los Cíclopes,
 al enfadado Poseidón no temas,
 no tropezarás con tales en tu ruta
 si elevado se mantiene tu pensamiento,
 si emociones selectas te tocan el espíritu y el cuerpo.
 A los Lestrigones y a los Cíclopes,
 y al feroz Poseidón no encontrarás,
 si dentro de tu alma no los llevas,
 si tu no los evocas ante los ojos.
 Ruega que el camino sea largo.
 Que sean muchas las mañanas estivales,
 en que con cuanta dicha, con cuanta alegría
 entras a bahías vistas por primera vez,
 y te detienes en puertos Fenicios,
 y consigues bellas mercancías,
 nácar y corales, ámbar y ébanos,
 y perfumes voluptuosos de toda clase,
 lo más que puedas,
 excesos de perfumes voluptuosos.
 Anda a muchas ciudades Egipcias
 A aprender y a saber de los sabios...*

Constantino Kavafy

Extraído del libro de Lambros Comitas
 "Con Itaca en mi pensamiento."
 La odisea de un antropólogo".

Introducción: los andamios y el recorrido a Itaca

¿Es efectivo el Grupo Institucional de Alcoholismo (GIA) como modelo de trabajo implementado desde el hospital para el abordaje integral de la problemática del alcoholismo? ¿Cuáles son las características y atributos que permiten definir esa efectividad? En este trabajo se presenta la evaluación, en un período de 6 años, de la efectividad del GIA del hospital de San Julián, Santa Cruz, Argentina. El marco teórico utilizado refiere tres aspectos: sujeto, orden social e institucional. Se usó la lógica cualitativa y el proceso de inducción analítica. Se obtuvo información mediante entrevistas semi-estructuradas a casos seleccionados (muestreo intencional). Se usó el método comparativo constante para el análisis. Como resultado se arribó a la conclusión de que el método de los GIA es efectivo desde los aspectos del sujeto y el orden social; el individuo incluido en tratamiento logró: a) deconstruir el rol asumido socialmente como alcohólico, b) reconstruir la identidad, c) recuperar la trama de los vínculos familiares, laborales y sociales, d) identificar aspectos sanos de su personalidad como para recuperar las capacidades obturadas por la enfermedad, e) aprender a resolver colectivamente los conflictos gracias al funcionamiento grupal, f) infor-

mar para desestigmatizar a la enfermedad y, g) elaborar un proyecto de vida saludable. Sin embargo, el método de los GIA se demostró parcialmente efectivo desde el aspecto institucional: la tarea logró desocultar, afirmar y trabajar el alcoholismo como enfermedad dentro del ámbito hospitalario, pero se verificó una menor implicación de otras instituciones locales; esto motivó proyectos y estrategias puestos en marcha a partir de los resultados de esta investigación.

Breve contextualización socio-histórico-cultural del objeto-problema planteado

Puerto San Julián es una pequeña ciudad situada en los márgenes de la bahía homónima ubicada sobre la amplia costa atlántica de Santa Cruz, penúltima provincia hacia el sur, de la República Argentina. Esta bahía ha sido protagonista y testigo, al igual que toda la Patagonia argentina, de la dolorosa opresión generada por la conquista y, en oposición, de fuertes luchas por la liberación a lo largo de nuestra historia. Por citar solo algunas de ellas recordemos que, en ese lugar, en abril de 1520, Hernando de Magallanes y su tripulación celebraron la primera misa en lo que sería el territorio argentino, hito histórico del violento encuentro entre dos culturas diferentes, constante que se repite a lo largo de la cronología de hechos que marcan nuestra identidad de americanos y argentinos. Siglos más tarde, los dueños naturales de estos lugares fueron torturados, asesinados y diezmados cuando, en 1882, el general Julio Argentino Roca, en cumplimiento de lo planificado por los presidentes Sarmiento y Avellaneda, quiso incorporar estas tierras al Territorio Nacional "civilizado" haciéndole espacio a los primeros pobladores (¿o des pobladores?) quienes, para ocupar este bendito suelo para el pastoreo de ovejas (y la obtención de grandes sumas de dinero producto de la venta de lanas) pagaban un patacón¹ a inhumanos asesinos por cada cabeza de indio muerto. Más cerca aún, en el siglo XX, 1500 obreros rurales argentinos y extranjeros, padecieron y perecieron en estas tierras la lucha por la dignidad humana durante la huelga de 1921(2); los que sobrevivieron a ese reclamo contra el latifundismo patagónico llenaron, años después, los hogares de ancianos, abandonados por sus patrones para que se hiciera cargo de ellos el Estado. Quedaron enfermos, solos y tristes porque nunca pudieron formar familias debido a las exigencias de la época: las estancias preferían operarios solteros "por razones de economía". Más cerca aún, en 1982, esta mansa bahía fue testigo de la valentía de los jóvenes argentinos que lucharon y dejaron sus vidas durante la guerra de las Malvinas. Esta historia, nuestra historia, marca entre otras una curiosa coincidencia: la presencia del alcohol como constante elemento circulante entre dominantes y dominados, entre asesinos y asesinados, entre conquistadores y conquistados; el alcohol instrumento utilizado para arrancar pertenencias, para anestesiar ansias de reclamo y de lucha por

¹ Designación popular de la unidad de moneda de la época.

dignificar la existencia humana, el alcohol para mitigar los miedos, los dolores, el frío, la soledad, el desarraigo y para dormir conciencias; el alcohol hoy, nueva coincidencia, que transcurriendo los años dominó primero la fuerza productiva de nuestros hombres, después la de nuestras mujeres y que ahora se introduce, mansa y naturalmente, como mentirosa propuesta de diversión y éxito fácil, entre nuestros jóvenes y niños cerrando así el círculo de la familia argentina expuesta a un modelo económico que subordina lo social y lo político y que nos propone un futuro incierto y dominado por modernas conquistas. Producto de todo ello se marca un profundo arraigo socio-histórico y cultural en relación al alcohol que aún hoy respeta los patrones de consumo de entonces: la alcoholización como instrumento de poder, sujeción, dominación y control. Resultado de este contexto, como en otros lugares, el alcoholismo es la enfermedad que históricamente ocupó, y continúa haciéndolo cada vez más, la internación en nuestros hospitales. Contradictoriamente, las estadísticas no reflejan tal afirmación (subregistro - ¿motivos? – tema quizás de futuras investigaciones), y mucho menos la institución hospitalaria preparó, a pesar de los años transcurridos, su estructura para la asistencia de dicha enfermedad. En 1994 se implementó desde otra lucha, esta vez por la salud y desde el hospital público de San Julián un programa de abordaje integral para la problemática del alcoholismo usando el modelo de los GIA, sistema nacido en 1984², también en nuestra Patagonia, quizás como respuesta lógica y reparadora a tanta historia, y que actualmente forma parte de los servicios que este hospital presta a la comunidad. En estos años de tarea, desde la salud pública, ha sido necesario primero reconocer lo sesgado de nuestra formación universitaria acerca de esta problemática. Asimismo, la

necesidad de modificar las actitudes que el prejuicio y la ignorancia hacían de nuestros actos médicos juicios parciales desprovistos de la fundamental mirada humana y social con la cual entender lo complejo de esta enfermedad, para luego incorporar, desde cada contacto con los pacientes todo “un saber” compartido, creativo, dinámico, y creciente que, poco a poco, fue ampliando nuestra visión. Mirada renovada que, finalmente, determinó el compromiso fundamental con que luego nos propusimos conocer acerca de sus alcances en la localidad, en esta provincia y en la Argentina, para luego poder asistir, prevenir, promocionar la salud e implementar acciones de docencia e investigación para enmarcar la integralidad de este modelo. En este largo caminar mucho hemos aprendido y aprehendido acerca de este sufrimiento humano y social que afecta a millones de argentinos. Se hizo necesario e imprescindible entonces, para poder avanzar aún más y mejor, evaluar, analizar con hondo y riguroso criterio científico la efectividad del trabajo realizado, motivo que movió nuevamente, como innumerables veces sucedió, la personalidad de los que trabajamos en los GIA, para animarnos a través de esta investigación a conocer los resultados de lo andado.

Primeras experiencias

Como se describió más arriba, el alcoholismo es una de las principales causas de enfermedad, padecimiento individual, familiar y social y muerte de millones de argentinos. Esta realidad no escapa a nuestra localidad. Apenas iniciado nuestro trabajo como médico de familia en el hospital de Puerto San Julián (año 1993) observamos como muchas personas y sus familias se acercaban a pedir asistencia; con la misma urgencia con que busca-



² En General Roca, Provincia de Río Negro, en febrero de 1984, el Dr. Jorge Pellegrini, médico psiquiatra del hospital de esa ciudad inició, junto a cuatro pacientes, la experiencia de los Grupos Institucionales de Alcoholismo (GIA) y desde allí todo el movimiento de GIA que fue extendiéndose primero en la Patagonia y luego hacia todo el país, tal como él mismo lo expresa en sus numerosos libros y trabajos que forman parte de la bibliografía de esta investigación (ver Referencias bibliográficas).

ban algo o a alguien que los ayudara a salir de su tragedia algunos, en el mejor de los casos, eran devueltos a sus casas; mientras que otros eran conducidos a la comisaría por el "delito" de padecer la enfermedad, sin respuesta sanitaria alguna. El hospital era la principal institución negadora y renegadora del problema. Era necesario, entonces, usar miles de artimañas para comenzar un tratamiento que medianamente compensara al paciente quien seguramente, luego de su alta, volvía a consumir alcohol pues desde el hospital no había nada implementado para ayudarlo a decidir y sostener la decisión de recuperar la salud. Esa situación que se repetía día a día hizo que personas que padecían la enfermedad nos mostraran el inicio de un camino que condujera al trabajo con el alcoholismo. Casi intuitivamente fundamos un GIA en el mes de junio de 1994 y poniéndonos en contacto con la Red Nacional de Grupos Institucionales de Alcoholismo nos incorporamos a ella. Desde allí no hemos detenido nuestra marcha salpicada por distintos y diversos obstáculos (los que resultan de comenzar a desocultar y trabajar una realidad que duele y molesta) que nos han enseñado a caminar aún a contraviento y crecer en la adversidad y también alegrías y satisfacciones como el ver a seres humanos, desde la salud, construir nuevos proyectos de vida. Cabe también aquí mencionar, como hecho determinante movilizador de esta investigación, la necesidad, desde nuestra renovada postura médica adquirida a través de estos años de trabajo de brindar, con el resultado de esta investigación, una respuesta que devuelva a los pacientes que a diario transitaron y aún transitan el GIA de nuestro hospital y que tanto nos han enseñado, un mínimo del respeto, del conocimiento, del afecto y de la solidaridad con que han acompañado nuestro crecimiento personal y profesio-

nal. Finalmente, es posible que este trabajo muestre a los responsables políticos que conducen nuestros destinos, un camino más humanizado para planificar y trabajar en salud.

Antecedentes. Breve estado del arte

El trabajo en alcoholismo de los GIA es constantemente reflejado en numerosas publicaciones donde Jorge Pellegrini (14), sus colaboradores (9,13,25), los miembros de la Mesa Nacional de Conducción de la Red y otros compañeros de los GIA describen sus distintas experiencias de trabajo (6,8,15). Ellas resumen, con profundo conocimiento científico, la historia, "su historia" y la relación de ellas con cada modo regional de alcoholismo, también la tarea desarrollada en la asistencia de esta enfermedad en los distintos hospitales públicos argentinos, la articulación de la prevención y la promoción de la salud que, desde su seno, realizan las personas que van saliendo del alcoholismo, sus familias y amigos, junto a profesionales de la salud y de otros ámbitos (arte, cultura, etc.), quienes vuelcan desde la experiencia sus energías a un trabajo intenso, interesante, original, creativo y solidario, que viene y va con la comunidad posibilitando conocer, descubrir y trabajar todos los aspectos del proceso salud - enfermedad desde la perspectiva social para luego poder ayudar a reparar y preservar. Se incorporan también las variables epidemiológicas, la investigación y la docencia como parte de un todo en constante movimiento y crecimiento adquiriendo un profundo conocimiento respecto al alcoholismo y todo lo vinculado a él (8,14-19). En resumen, la tarea de los GIA descrita en la bibliografía habla de su integralidad, de su compromiso y respeto por el ser humano, de la Salud Pública como



eje desde donde trabajar con seriedad este grave problema de salud y de cómo es posible a través de lo grupal "transformar lo siniestro en maravilloso"(20).

En relación al objeto de esta investigación, luego de una recorrida detenida por la bibliografía que da cuenta de este modelo y por la propia experiencia de los años de trabajo en él, nos ha sido dificultoso respondernos la pregunta sobre su efectividad, el porqué de ello y acerca de las características de los elementos que habría que tomar para definir esa efectividad. Lo mismo ocurrió luego de revisar lo desarrollado por otros modelos de abordaje a la problemática (amplia descripción de programas, fundamentación, etc.) (10,22). Creímos entonces que es justamente este uno de los elementos faltantes para el crecimiento de los GIA y del trabajo en alcoholismo en general: una manera de evaluar y de definir explícitamente resultados.

Marco teórico

a) La cuestión salud - enfermedad

Para comenzar a encuadrar este trabajo fue necesario definir desde dónde entender la salud y la enfermedad. Comenzamos desde allí definiendo a este par dialéctico "como partes de un mismo proceso, como términos de una ecuación, como polos antagónicos de una contradicción, como fenómenos opuestos implicando uno la existencia del otro. Esta visión dialéctica significa que hablar de enfermedad lleva implícito hablar también de su opuesto: la salud. Y que también cuando hablamos de salud estamos dando por supuesto la existencia de su contrario: la enfermedad" (17). Desde esta perspectiva se puede afirmar que las personas nunca estamos totalmente sanas o enfermas y que aún cuando enfermamos siempre existen aspectos sanos que ayudan a sobrellevar o curar la enfermedad, así como también cuando no hemos realizado acciones para preservar la salud, existe la posibilidad de perderla. Los determinantes para que este proceso se exprese en uno u otro sentido son los factores que hacen a la existencia humana donde lo social juega, entre otros, un rol fundamental. Cuando un individuo enferma pone de manifiesto su trama de relaciones con otros, esos otros donde estamos todos los que de una manera u otra contribuimos a perpetuarla o detenerla y repararla. Es en este contexto, avanzando más hacia el objeto que nos ocupa, donde elegimos definir al alcoholismo como una enfermedad social y sanitaria.

b) Alcoholismo y proceso de alcoholización

El alcoholismo es una compleja enfermedad socio-sanitaria que daña seriamente el organismo, los vínculos familiares, laborales y sociales. Limita los mecanismos de comunicación entre las personas, adormece y deforma los sentimientos obstaculizando la capacidad de percepción y la expresión de los afectos. Dificulta la capacidad de pensar y sentir. Es una enfermedad de toda la sociedad, nos afecta a todos en tanto resiente mecanismos de solidaridad, lesiona garantías de nuestra seguridad

individual y colectiva, y fundamentalmente, representa un plan que daña el primer recurso con el que contamos: el recurso humano. Esta enfermedad es el resultado también de un proceso. El beber, el beber alcohol, sus figuras representacionales, el proceso de alcoholización, se van desplegando en el "espacio transicional"(28), e invisten a los "apoyos del psiquismo"(12), se apoyan en ellos, los reemplazan y desplazan, "favorecidos por procesos culturales y sociales que inducen a tomar"(15), el proceso de alcoholización y su relación con los apoyos del psiquismo, el mundo interno y el aparato psíquico grupal (12) como así también los múltiples mecanismos que inducen a beber fundamentan y explican la implicancia social de esta enfermedad.

c) El proceso de recuperación: los Grupos Institucionales de Alcoholismo (GIA)

Sabemos que donde están los problemas también están las soluciones, por ello, a través de lo grupal organizamos y planificamos una manera de responder específicamente a esta enfermedad. "Así como el proceso de alcoholización es un proceso grupal -enfermamos socialmente- la propuesta terapéutica que venimos poniendo en práctica desde el 15 de febrero de 1984 reconoce al grupo como instrumento y soporte principal de la recuperación. Estamos hablando de los Grupo Institucionales de Alcoholismo (GIA) que gestamos en el hospital de General Roca (Río Negro)" [...] "...nuestra tarea se realiza con seres humanos cuya vida es juntarse en torno a la botella que garantiza la fuga ilusoria, buscando que se agrupen entorno de una tarea modificadora de la realidad. Una realidad inclusora y reproductora de procesos de alcoholización, que los sujetos pueden cambiar si se organizan para ello" [...] "Los GIA abordan la matriz social del proceso de alcoholización no solo porque programan su actividad preventiva hacia la sociedad, sino también porque hacen una lectura del camino social del enfermar, en el seno del trabajo grupal y en cada uno. Son grupos donde se habla en primera persona singular, pues en el recuperar la propia verdadera historia está quizás la mayor contribución a comprender la historia de todos. A la vez, esto requiere el instrumento revelador del grupo: 'solo no puedo, con otros quizás' " (15). Estas citas describen el porqué de la primera letra de la sigla GIA, es decir, el grupo como organización humana, con encuadre y técnicas específicas, como instrumento de abordaje a la problemática desde donde se genera todo un movimiento de salud, aprendizaje y construcción con otros (enfermos alcohólicos, sus familiares, amigos, vecinos, trabajadores de la salud, etc.) de un proyecto de vida sin alcohol: el proceso de recuperación. Proceso de aprendizaje transformador en el que el juego dialéctico entre mundo interno y mundo externo (23) permite la construcción de una nueva identidad, identidad de pertenencia a una familia y a una sociedad, de dignidad, de derecho a trabajar y a participar activa y libremente de la cotidianidad del lugar en donde se vive. La "I" define el lugar que eligen los GIA para el desarrollo de la tarea: la Institución, el Hospital Público como lugar del

Estado desde donde comenzar a dar respuestas a uno de los mayores problemas de salud de nuestro país. Hace más de 50 años decía Domingo Cabred: "...o el Estado se apodera del alcoholismo o el alcoholismo se apodera del Estado". La "I" de los GIA que hace pensar y repensar los distintos mecanismos por los cuales el hospital puede curar o puede matar sin estar quizás consciente de ello y el rol que cada uno de los trabajadores de la salud desempeña en esta contradicción, devolviéndole así al hospital su papel preponderante en el quehacer de la Salud Pública argentina, "poniéndolo al servicio de las necesidades de la comunidad haciéndolo eficaz, eficiente, científicamente avanzado y humanamente solidario" (18). La "A" es de alcoholismo, no de alcohol ni de alcohólicos; basta ver las estadísticas que asocian los accidentes de tránsito al consumo excesivo de alcohol, donde muchas veces mueren personas que contradictoriamente "nada tenían que ver con el alcohol", a los hechos de violencia, al alto porcentaje de ausentismo laboral y de accidentes de trabajo. No se trata solo de un problema de ellos, los alcohólicos; claramente podemos ver que este es un problema de todos, una situación social que ha ido acrecentándose a través del tiempo y que nos obliga a replantearnos en que sociedad queremos vivir, donde el "todos" nos incluye, desde cada función y posición social para perpetuar la enfermedad o para reparar y ayudar a preservar la salud: "Si usted quiere seguir bebiendo es problema nuestro y si quiere dejar de hacerlo también es problema nuestro"(18).

d) Criterios de efectividad. Encuadre teórico

Avanzando más aún hacia el planteo del problema de esta investigación y definidos los conceptos básicos sobre los cuales se apoya, se hace necesario explicitar el encuadre teórico utilizado con el cual se evaluará la tarea desarrollada en el GIA de Puerto San Julián definiendo así su efectividad. Cabe aquí articular, por tener relación directa con los criterios de efectividad, lo referido por Ana Quiroga en relación a la concepción de sujeto y criterio de salud: "La elaboración de un criterio de salud requiere el análisis de las formas concretas que toma la relación fundante sujeto/mundo. Por eso indagaremos en los polos de esa relación. Ello implica estudiar las posibilidades del *sujeto* para realizar una acción transformadora, una adaptación activa a la realidad que tenga en cuenta necesidades, condiciones concretas, potencialidades. Investigaremos el grado de flexibilidad o de estereotipia en la relación mundo interno/mundo externo. Nos preguntaremos por su capacidad para alcanzar un conocimiento de sí *en situación*, en el universo de experiencia y significación que configuran sus condiciones concretas de existencia. Esto requiere, en el análisis de su conducta, sus vínculos, su hacer y su representación del mundo, indagar el grado de plasticidad de aquellas operaciones psíquicas, que Pichon Rivière denominó *técnicas del yo*, y que permiten ese encuentro dialéctico e instrumental entre el sujeto y el mundo [...] En este vasto interrogar, nos preguntaremos por su capacidad cognitiva y emocional de *insight* y elaboración de sus conflictos.

Por su creatividad como potencialidad para recorrer y gestar caminos alternativos, que implican innovación, apertura al cambio, trabajo de duelo por lo que se pierde y gestación de proyectos [...] Sin embargo no será solo el *sujeto* el interpelado [...] Con esto aludimos al *orden social, institucional, vincular* en el que emerge y es su escenario [...] Nos preguntaremos si ese orden social favorece el aprendizaje, el movimiento del sujeto sobre el mundo, la relación de recíproca transformación, o por el contrario la obtura, tendiendo a instalar el estereotipo o distintas modalidades de pasividad, gestando o ahondando fracturas entre sujeto y realidad."(24). Lo precedente se usó para definir los criterios cualitativos que ayudaron a pensar la cuestión de la efectividad en relación a la tarea desarrollada en el GIA de Puerto San Julián considerando tres aspectos, que también tienen que ver con las anticipaciones de sentido de este trabajo:

- *Desde el aspecto del sujeto*: la construcción de un proyecto de vida, de la identidad y desde allí la construcción de los vínculos (familiares, laborales y sociales) fueron los ejes desde esta primera perspectiva.

- *Desde el aspecto del orden social*: la visión de la familia y la comunidad, de su implicancia en el proceso salud-enfermedad y con ello de los valores con que se transita el diario vivir, se tomaron como ejes desde esta segunda perspectiva.

- *Desde el aspecto del orden institucional*: el rol de las Instituciones (de salud, de educación, de justicia, de seguridad, de comunicación social) ante las problemáticas sociales que nos afectan, entre ellas el alcoholismo, y aquí especialmente, por pertenecer el GIA evaluado al hospital de Puerto San Julián, la implicancia de nuestra postura médica ante esta enfermedad, fueron los ejes con que se trabajó desde esta tercera perspectiva.

Como puede apreciarse en el marco teórico enunciado, la teoría cumplió en primer término una función relevante: la de orientar en la construcción del objeto de esta investigación. Como el lector podrá observar a lo largo del desarrollo, de acuerdo a la lógica empleada surge la teoría en su segunda función: como emergente de la confrontación, en un ir y venir, con la realidad.

Objetivos

- Conocer acerca de la efectividad del modelo GIA en el Hospital de Puerto San Julián, el porqué de ello y sobre las características y atributos que permiten definir esa efectividad teniendo en cuenta los 6 primeros años de trabajo.

- Construir con ello un modelo metodológico evaluativo en relación al tratamiento del alcoholismo considerando especialmente aspectos cualitativos.

- Aportar al campo de la investigación científica conocimiento sobre alcoholismo, e inclusive sobre adicciones en general.

- Proporcionar información sobre la problemática que contribuya a la planificación de la salud y específicamente a la elaboración de un plan de alcoholismo que responda con seriedad y desde el Estado a este acuciante problema social en la Provincia de Santa Cruz y en la Argentina.

Tipo de diseño

Es común, al pensar definir la efectividad de un programa de salud o un programa social, tomar aspectos fundamentalmente cuantitativos expresando así los resultados a través de considerar, por ejemplo, número de personas que se asisten en dicho programa, número de personas que concluyeron exitosamente y número de personas que abandonaron dicho programa, números que expresen costos, insumos, etc. De acuerdo a lo expresado, entonces, se supone que para resolver el enigma de la efectividad ha de emplearse un método que solo o mayormente cuantifique tal como lo expresado por Cook *"La investigación evaluativa y las ciencias del comportamiento en general padecen de una preocupación por la cuantificación y las estadísticas"* (4). Me propuse entonces el desafío de investigar acerca de la efectividad del GIA de nuestro hospital empleando el método cualitativo. Buscamos comprender, en un contexto de descubrimiento, el significado, el sentido profundo que las personas en relación a este GIA le atribuían, dentro de sus vidas, al proceso de salud-enfermedad. Y dentro de él, al proceso de alcoholización y recuperación teniendo en cuenta los aspectos del sujeto, del orden social e institucional. También, por lo ya expresado en alusión al marco teórico, quisimos comprender el sentido y significado de nuestra propia historia profesional médica profundamente atravesada por el modelo GIA. El avanzar sobre todo lo descrito finalmente nos llevó a descubrir cuáles son las características y atributos de los elementos que permiten sostener que la tarea ha sido efectiva y el porqué de ello. Enfatizamos durante esta investigación el proceso de inducción analítica que permitió confrontar lo definido en el encuadre teórico como punto de partida con el trabajo en terreno que, a manera de espiral empiria-teoría/teoría-empiria, hizo emerger los conceptos, categorías y subcategorías necesarias para generar de todo ello la teoría comprensiva al respecto del objeto-problema de esta investigación.

Universo de estudio

El Grupo Institucional de Alcoholismo (GIA) de Puerto San Julián, Provincia de Santa Cruz, Argentina.

Unidad de análisis

Los individuos en relación terapéutica al Grupo Institucional de Alcoholismo (GIA) de Puerto San Julián, Provincia de Santa Cruz, Argentina, año 1994 al 2000.

Selección de casos

La *selección de casos* se hizo por *muestreo intencional* tomando el *caso típico* como *criterio de selección* considerando, en principio, como tal a los individuos en relación terapéutica al GIA de Puerto San Julián, en el período mencionado.

Proceso Teoría - Terreno

Tal como ya fue expresado, en concordancia con la lógica elegida enfatizamos, como camino de confrontación entre datos empíricos y teoría y generación de teoría, el proceso en espiral.

Técnicas

- *Técnicas de obtención de información*: entrevistas semiestructuradas y análisis de datos de las Historias Clínicas del Hospital de Puerto San Julián pertenecientes a las personas entrevistadas y registros de reuniones terapéuticas del GIA.

- *Técnicas de análisis de información*: método comparativo constante

- *Instancias de participación*: 2 (dos), una (de retroalimentación) durante el proceso investigativo y la segunda (de devolución) al final de esta investigación.

Llegando a "Itaca"

Es pertinente ahora y antes de definir formalmente el producto de este trabajo de investigación, exponer el resultado de lo analizado en relación a la última parte de lo enunciado en el marco teórico en su encuadre "por pertenecer el GIA evaluado al hospital de Puerto San Julián, la implicancia de nuestra postura médica ante esta enfermedad", además de lo referido en relación a nuestro rol como investigadora en este trabajo.

Al respecto, el recorrido reiterado no solo por lo construido como fuente de datos (entrevistas) de esta investigación sino, además, por cada una de las historias clínicas de las personas entrevistadas ha mostrado, quizás, nuestra postura médica ante esta enfermedad y este trabajo durante los años evaluados. No sin dejar de sorprendernos profundamente hemos podido ver que nosotros también, sin darnos cuenta de ello, hemos sido partícipes (hasta que nos zambullimos en las entrañas de esta investigación pudiendo verlo) de la construcción de la negación y ocultamiento de esta enfermedad en nuestro hospital y en nuestra sociedad, hecho del que hemos renegado siempre.

En efecto, buscando caratular cada una de las entrevistas quisimos determinar en forma precisa las fechas de ingreso y alta de los pacientes seleccionados. Para ello nos remitimos a cada una de las Historias Clínicas. Para nuestra sorpresa, allí figuran solo en algunos casos los datos buscados, anotados de nuestro puño y letra en forma escueta, poco clara. En los otros casos no figura nada. Asimismo, en algunas historias figuran escasas evoluciones médicas o psicológicas desde el ingreso hasta el alta. En las demás no figura nada. Contrariamente, todos los datos citados sí constan en los archivos del GIA, documentos que solo los que participamos de él conocemos y compartimos; allí sí, encontramos todo, con detalles, fechas, años, inclusive evoluciones realizadas en crónicas diarias. Vale aclarar que estos archivos nunca formaron parte del sistema estadístico de este Hospital y de esta provincia hasta diciembre de 2003.

Quizás esta forma de trabajar tuvo un amplio justificativo considerando la defensa a ultranza que hicimos del espacio abierto en el hospital para trabajar en alcoholismo, lucha que se iniciara en 1994 y que aún, con errores y aciertos, se mantiene viva. Vale decir también que en el transcurso del desarrollo de este trabajo y posterior a él, muchas cosas fueron cambiando. Lo que progresivamente nos fue mostrando el avance de la investigación y el hecho de ser la autora quien condujo el hospital en los años posteriores, permitió ver nuestro encierro defensivo dentro del ámbito hospitalario y dentro de él, en el espacio GIA. Ver y reconocer nos permitió luego salir al resto del hospital y a otras instituciones con una tarea amplia, integradora y participativa. Un ver y reconocer que permitió años después planificar en salud desde esta experiencia. Todo lo referido, creo, reafirma el marco de relevancia de esta investigación.

Resultados y conclusiones

Considerando nuestra práctica como base de esta reflexión científica para "dar cuenta de los procesos del sector de lo real a conocer y transformar" (23), y posicionados desde allí cuando pensamos en el diseño, objeto, planteo del problema y objetivos de esta investigación, podemos arribar a los siguientes resultados y conclusiones:

1) Las características y atributos a tener en cuenta para definir efectividad de la tarea de los GIA, pensando en un modelo metodológico evaluativo son:

Desde el aspecto del sujeto:

- Identificación de partes sanas de la personalidad, descubrimiento de capacidades.
- Elaboración de un proyecto de vida distinto al de alcoholizarse.
- Capacidad de resolución de conflictos de manera saludable (Insight).
- Construcción de una nueva identidad.

Desde el aspecto del orden social:

- Construcción de nuevos vínculos familiares.
- Construcción de nuevos vínculos laborales.
- Construcción de nuevos vínculos de amistad.
- Construcción de nuevos vínculos sociales.

Desde el aspecto del orden institucional:

Desocultamiento de esta enfermedad (históricamente negada) a través de la tarea de los GIA a nivel:

- De la institución Hospital.
- De la institución Policial.
- De las instituciones de Justicia.
- De las instituciones escolares.
- De los medios de comunicación social.
- Del posterior trabajo conjunto en prevención, asistencia, investigación y docencia en el tema del alcoholismo.

2) De acuerdo a los criterios de efectividad (características o atributos) definidos, esta investigación encontró

que el trabajo del Grupo Institucional de Alcoholismo (GIA) de Puerto San Julián, en los seis años evaluados, ha sido:

a) Efectivo desde el aspecto del sujeto y del orden social. La efectividad referida aquí da cuenta de que el sujeto incluido en tratamiento en los GIA logró a través del mismo, junto a su núcleo de pertenencia:

- Identificar las partes sanas de su personalidad y descubrir las capacidades en las que apoyarse para desarrollar el nuevo proyecto de vida.

- Elaborar un proyecto de vida saludable.

- Aprender a resolver de manera saludable sus conflictos (Insight).

- Construir de manera activa una identidad distinta a la de sujeto alcohólico, rol asumido socialmente desde la pasividad.

- Construir de manera activa un vínculo familiar saludable basado en una relación de afecto, confianza y respeto, donde se instala la oportunidad de reparación, crecimiento y resolución de conflictos de manera dinámica.

- Construir de manera activa un vínculo laboral basado en el respeto y la dignidad.

- Construir de manera activa un vínculo de amistad saludable desde el afecto y la libertad de elegir con quien estar y compartir el proyecto de vida.

- Construir de manera activa un vínculo social distinto al del sujeto alcohólico que permite al individuo sostener la salud y el nuevo proyecto de vida en el seno de una comunidad que, en el mismo proceso, descubre y desarrolla su capacidad de proteger, brindar oportunidad y calidad de vida a los miembros más vulnerables y desfavorecidos significando esto el respeto a los derechos humanos como factor fundamental en la construcción de la salud colectiva.

b) Parcialmente efectivo desde el aspecto del orden Institucional

La tarea GIA desarrollada durante los 6 años evaluados logró desocultar el alcoholismo como enfermedad y desde allí permitió trabajar con sus afectados directos e indirectos dentro del ámbito de nuestro hospital; se habilitó allí un movimiento transformador de una institución otrora negadora en una capaz de dar respuesta a una de las principales demandas en salud de la comunidad: el alcoholismo. No así, o de manera insuficiente, en el resto de las instituciones de nuestra localidad, no pudiendo por esto trabajar, en ese tiempo, en conjunto y en relación al tema, en prevención, asistencia, investigación y docencia.

Los objetivos fijados en principio se vieron cumplidos al término de la investigación pues pudo conocerse acerca de la efectividad del modelo GIA en Puerto San Julián, el porqué de ello y sobre las características y atributos con que definir esa efectividad.

Desde aquí se construyó un modelo metodológico evaluativo en relación al alcoholismo y el modelo GIA, considerando especialmente aspectos cualitativos, aportando esto al campo de la investigación científica en alcoholismo.

Por último, desde nuestra experiencia enriquecida por los resultados de esta investigación, años después, logramos consolidar fuertemente la Red GIA Provincial en constante comunicación con la Red Nacional; y desde esa plataforma y basándonos en el respeto a los derechos humanos y los de quienes trabajamos en salud, como un hito en las políticas de Salud Pública en Santa Cruz, pusimos en marcha el actual Programa Provincial de Salud Mental y Patologías del Consumo, contribución concreta a la planificación de la salud desde donde dar respuestas con seriedad a los problemas reales de salud mental de nuestra comunidad, el alcoholismo entre ellos.

Después de todo lo dicho surgen interrogantes emergentes: en una sociedad capitalista como la nuestra, donde el consumo de alcohol está al servicio de un orden global homicida y productor de marginación social: ¿Es posible planificar para minimizar y/o erradicar el alcoholismo? Si la respuesta del lector es no, ¿esto invalida los esfuerzos que se vienen realizando en relación al tema?

*“...Lleva siempre a Itaca en tu pensamiento.
Llegar allá pone fin a tu jornada.
Pero no apures el viaje un ápice.
Mejor que muchos años dure:
y alcances la isla ya anciano,
rico de cuanto ganaste en el camino,
sin esperar que Itaca te dé riquezas.*

*Itaca te dio la travesía espléndida.
Sin ella no hubieras podido aventurarte.
Pero más no le queda para darte.
Y si pobre la encuentras, Itaca no te ha engañado.
Tan sabio que te has hecho, con experiencia tal,
Ya habrás comprendido lo que significan
estas Itacas”*

Constantino Kavafy

Testimonios

Entrevistador: ¿Por qué trabaja en los GIA?

H.H.: “Lo que me llevó a trabajar en los GIA, y lo digo sin hipocresías, fue encontrar un espacio donde se trabaja en la construcción de hombres libres. Libres porque el proceso de alcoholización crea prisiones físicas, mentales y sociales. Cuando llegué a los GIA tomé conciencia de lo que en soledad había superado”.

Entrevistador: ¿Por qué fue miembro de la Mesa Nacional de Conducción de la Red GIA? ¿Qué significan los GIA en su carrera política?

H.H.: “La construcción de hombres libres requiere de compromiso social para obtener logros que se traduzcan en bienestar personal y colectivo, para ello es preciso aportar con buena fe y la Mesa Nacional de Conducción de la Red GIA es un bello espacio para trazar estrategias desde la función de operario en la construcción de hombres libres. La libertad me define políticamente y soy un esclavo de ella”.

(Entrevista realizada a H. H., persona perteneciente al ámbito político de Puerto San Julián y Santa Cruz, ex miembro de la Mesa Nacional de Conducción de la Red GIA).



Mástil Central de Puerto San Julián, 7 de abril de 2003.

Commemoración del Día Mundial de la Salud, organizada por los agentes sanitarios del hospital local.

Entrevistador: ¿Qué siente al mirar esta foto?

C.J.C.: “Cuando estaba en el mástil me vinieron a la memoria las palabras del Dr. Pellegrini en homenaje al Dr. Ramón Carrillo y desde allí me puse a investigar quién era el Dr. Carrillo, sería muy extenso hablar de ese médico argentino, pero volviendo a su pregunta, levantar el cartel de salud en mi pueblo me hacía sentir orgulloso como si estuviera levantando la bandera argentina. Afirmar la salud es ver alegría alrededor de uno, de nuestros seres queridos y amigos, ver niños corriendo, ver el sol, sentir alegría por respirar, ver todo lo bueno y bello que hay dentro de la salud. Un individuo como yo que estuvo muy enfermo, que alrededor de uno también había enfermedad, se siente feliz de poder trabajar hoy en la salud, ser solidario con los demás, que lo que piden a veces es ser escuchados y atendidos y muchas cosas más.”

(Entrevista realizada a C.J.C., quien recuperó su salud en el GIA y que actualmente se desempeña como Agente Sanitario y Coordinador de GIA en el hospital de Puerto San Julián).

Referencias bibliográficas

1. Borges JL. El libro de arena. Emecé, Buenos Aires, 1975.
2. Borrero JM. La Patagonia Trágica. Asesinatos, piratería y esclavitud. Zagier & Urruty Publications. Ushuaia y Buenos Aires, 1989.
3. Bustos Eleazar et al. Alcoholismo. Respuestas desde el Hospital Público. El modelo G.I.A. Editorial Ciencias y Arte. Instituto de Ciencias Naturales Museo Municipal de Historia Natural de San Rafael, Mendoza, 2001.
4. Cook TD et al. Qualitative and quantitative methods in evaluation research. Sage Publications, Inc. 1982. [Versión española: *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa*. 3o ed. Morata, Madrid, 1997.
5. Cornaglia C. Excelencia Científica y Relevancia Social en la Investigación de la Adicción al Etanol. III Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina, Campiñas, Sao Paulo, 1995.
6. Cornaglia C. Grupos Institucionales de Alcoholismo, una propuesta de Río Negro. Inédito. 1985.
7. Comitas L. Con Itaca en mi pensamiento. La odisea de un antropólogo. Teachers College. Columbia University. s/f.
8. *Cuadernos sobre Alcoholismo* N o 1, 2, 3 y 4. Centro de Referencia Nacional sobre Alcoholismo. Gobierno de la Provincia de San Luís. Impresos: Cuadernos N o 1, 2 y 3 en Artes Gráficas Marzo S.A., San Luís, Argentina, s/f, Cuaderno N o 4 en Talleres de Gráfica Pellegrino S.R.L., San Luís, Argentina, 1998.
9. Fiasché A. Prólogo. Alcoholismo, Identidad y Grupo. Ed. Cinco. Buenos Aires, 1992.
10. González Menéndez R. Salud mental. Clínica y Terapéutica de las Adicciones para el Médico General. Ediciones San Luís. Gobierno de la Provincia de San Luís, Argentina, s/f.
11. Herzka S et al. La Nueva Infancia. Impreso en talleres gráficos de Marzo S.A., San Luís, Argentina, 1995.
12. Kaës R. "El apoyo grupal del psiquismo individual" en *Temas de psicología social*. No 7, Buenos Aires, 1985.
13. Moccio F. Prólogo. En: Alcohol, Alcoholismo, Alcohólicos. GIA. (Grupos Institucionales de Alcoholismo). Ed. Cinco. Buenos Aires, 1989.
14. Pellegrini JL et al. Alcohol, Alcoholismo y Alcohólicos. GIA. (Grupos Institucionales de Alcoholismo). Sistema de atención integral de alcohólicos a través de GIA. Ediciones Cinco. Buenos Aires, 1989.
15. Pellegrini JL Scarano S, Novarino P, Sans, D. Alcoholismo Identidad y Grupo. Ediciones Cinco. Buenos Aires, 1992.
16. Pellegrini JL. Gerónima. 6ta. Edición. (1era. Edición 1986) Ed. Cinco. Buenos Aires, 1998.
17. Pellegrini JL et al. *Hospital Psiquiátrico de San Luís, su transformación en Hospital de Agudos*. Coordinación Programa Provincial de Salud Mental, Gobierno de la Provincia de San Luís. Editada por Artes Gráficas Marzo S.A. San Luís, Argentina, 1994.
18. Pellegrini JL. *Alcoholismo y GIA*. Talleres gráficos Fray Luís Beltrán. San Luís. Argentina, 1997.
19. Pellegrini JL. *23 de noviembre de 1993 - 23 de noviembre de 1998. Cinco años de lucha por la transformación institucional*. Gobierno de la Provincia de San Luís, Argentina, sin datos de edición, 1998.
20. Pichón Riviére, E. Del Psicoanálisis a la Psicología Social. Tomos I y II. Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, 1977.
21. Programa Provincial de alcoholismo. Provincia de San Luís. Coordinación Programa Provincial de Salud Mental. Gobierno de la Provincia de San Luís. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Medicina Preventiva. San Luís, Argentina, 1994.
22. Programa de Alcohólicos Anónimos. Ohio, U.S.A. y Bs. As. Argentina. Sin datos de editorial. s/f.
23. Quiroga, AP. De. Enfoques y perspectivas en psicología social. Ediciones Cinco. Buenos Aires, 1986.
24. Quiroga, AP. De. Crisis, Procesos Sociales, Sujeto y Grupo. Ediciones Cinco. Buenos Aires, 1998.
25. Quiroga AP. De. "Paciente, Familia y Grupo. Tres variables para la comprensión del alcoholismo". *Cuadernos sobre alcoholismo*. No 2. Centro de Referencia Nacional sobre Alcoholismo. Gobierno de la Prov. de San Luís. Impreso en Artes Gráficas Marzo S.A. San Luís. Argentina. 1998.
26. *Revistas del Hospital Psiquiátrico de San Luis* N° 1, 2 y 3. Publicación de la Dirección Provincial de Salud Mental de San Luís, Argentina, N° 1: 1996, N° 2 y 3 s/f.
27. *Revista de la Sociedad de Medicina Rural de la Provincia de Neuquén*, N° 20. Impreso en Gráfica Valentina. Neuquén, 1991.
28. Winnicott, D.W. La Familia y el Desarrollo del Individuo. Ediciones Horme – Paidós. Buenos Aires, 1967.

“Puertas abiertas”.

Praxis de un nuevo paradigma

Mercedes Rattagan

*Lic. en Psicología. Especialista en Salud Mental y APS
Coordinadora del Programa de Salud Mental comunitaria de Villa Caraza, Prov. de Buenos Aires, Argentina
E-mail: rattagamer@hotmail.com*

Introducción

En los últimos años ha crecido enormemente la preocupación mundial por los problemas concernientes a la Salud Mental. Un número significativo de personas en distintos países, se ven afectadas por trastornos de su salud mental. Se observa un preocupante deterioro de la calidad de vida y un incremento en el costo en salud. Aumentó la discapacidad, impactando en forma importante sobre otros servicios sanitarios. Ha adquirido gran relevancia la prevalencia y la incidencia de los trastornos mentales y de conducta.

El Banco Mundial afirma que las dolencias mentales son responsables a nivel mundial del 8.1% de la carga

mundial de enfermedad, es decir, del sufrimiento y costo que provoca el conjunto de las enfermedades

La OMS estima que en el mundo existen 450 millones de personas aquejadas de algún trastorno mental o del comportamiento, lo que equivale al 10% de la población mundial. Sólo una pequeña minoría de esos 450 millones “recibe siquiera el tratamiento más elemental”. La prevalencia de los trastornos mentales impacta en la atención médica general, de modo que entre el 20% y el 30% de las consultas en Atención Primaria que se realizan en el mundo, corresponden a trastornos depresivos y de ansiedad.

Resumen

El presente trabajo realiza un recorrido sobre la situación mundial del campo de la salud mental y las normativas legales vigentes, enfatizando la necesidad de redefinir políticas en nuestro país, a la luz de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En este marco considera el sistema de salud atrapado en un paradigma reducido que limita la comprensión de los procesos de salud/enfermedad/atención y, consecuentemente, su manera de intervención, restando eficacia a las prácticas y generando malestar en los profesionales. Propone trabajar con un nuevo paradigma que permita intervenir a la luz de la complejidad de los fenómenos, poniendo el acento en lo relacional, la capacitación en servicio, la inclusión de nuevos actores y el cambio de cultura institucional. A partir del desarrollo de un programa que interviene en situaciones de crisis, se pone en juego una práctica distinta que intenta garantizar un sistema humanizado, genuinamente inclusivo y garante de derechos fundamentales.

Palabras clave: Complejidad – Paradigma – Crisis y Salud Mental - Capacitación en servicio.

“OPEN DOOR”. A PRAXIS FOR A NEW PARADIGM

Summary

This paper describes the global situation regarding mental health care and legal regulations in force, and emphasizes the need to rethink policies in order to apply World Health Organization's recommendations in Argentina. In this context, it considers the prevailing mental health systems as trapped in a oversimplified paradigm in relation to health-disease-attention procedures, and their ways of intervention in patients, which erodes these procedures and make professionals uncomfortable. So this paper promotes a new intervention paradigm which takes into account the complexity of the phenomena, and stresses its relational aspects, the importance of professional training while in service, the inclusion of new actors, and a change in the whole institutional culture. So it proposes the development of a program which intervenes in critical situations while granting a humanized, inclusive, and respectful of human rights system.

Key words: Complexity – Paradigm – Crisis and Mental Health.

Según la OMS, la carga global de morbilidad que producen los trastornos mentales y neurológicos en todo el mundo fue estimada para 1990 en el 10,5% del total del AVAD perdidos por todas las enfermedades y lesiones; aumentó al 12,3% en el año 2000 y se calcula que llegará al 15% en el 2020. Estas cifras hablan por sí solas, señalando la necesidad de colocar estas patologías dentro de las prioridades en las distintas políticas de salud.

Los trastornos afectivos son la causa más importante de discapacidad o invalidez. De las 10 causas principales de discapacidad, la mitad se deben a condiciones neuropsiquiátricas. La misma fuente de información, afirma que la carga de morbilidad de los trastornos mentales, supera al de tuberculosis, cáncer o enfermedades cardíacas. En los países desarrollados, dos de cada cinco casos de incapacidad se deben a trastornos mentales, lo que indica la importante carga económica que implica la atención de estas patologías.

La atención recibida por las enfermedades mentales no guarda proporción con el daño y sufrimiento que causan. Gran parte de la carga de enfermedades mentales, es invisible a los sistemas contables sanitarios. La mayor parte de las investigaciones se centran en los aspectos biológicos y genéticos de las enfermedades mentales y pocas en los sociales y culturales.

La OMS adhiere a la idea de la importancia de que exista un Estado con una presencia muy activa en lo referente a la atención de la Salud Mental. Recomienda que los países posean legislación específica en materia de Salud Mental, políticas en el área y presupuesto destinado a Salud Mental. Estos aspectos son considerados de tal relevancia, que el organismo clasifica los países según posean o no legislación en Salud Mental, políticas específicas y presupuesto discriminado.

1. Marco normativo internacional

Es necesario redefinir las políticas a partir de las recomendaciones realizadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y numerosos organismos internacionales.

La Declaración de Caracas, convocada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 1990, plantea una revisión crítica del modelo asilar, hegemónico y centralizado. Propone la reestructuración psiquiátrica ligada a la Atención Primaria de la Salud (APS), a través de un proceso progresivo y gradual de desinstitucionalización, el establecimiento de redes de alternativas comunitarias, propiciando la internación psiquiátrica por breve tiempo y en los hospitales generales. Así también en 1991, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó los principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención en Salud Mental, haciendo hincapié en los derechos de la persona y la atención en la comunidad.

En la Declaración de Caracas mencionada anteriormente, se plantea la necesidad de capacitación del recurso humano en salud mental y psiquiatría, apuntando a un modelo cuyo eje este puesto en el servicio de salud comunitario.

En 1978, en Alma Ata, se adopta la estrategia de APS como camino para alcanzar la meta de salud para todos

en el año 2000. La atención en Salud Mental debe ser local, accesible y responder a las múltiples necesidades de las personas.

Asimismo, encontramos numerosos pactos, asambleas, convenciones, declaraciones y numerosos medios legales que reafirman lo expuesto: el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el Pacto Internacional de Derechos Sociales, Económicos y Culturales, que se aplican a los Derechos Humanos de las Personas que padecen Trastornos Mentales y Conductuales; la Resolución 46/119 de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental adoptado en 1991 (Naciones Unidas 1991); la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño (1989); el Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, respaldado por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos; la Recomendación 1235 (1994) sobre Psiquiatría y Derechos Humanos adoptada por la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa; la Convención Americana de Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica, 1969) y la Declaración de Caracas, adoptada por la Conferencia Regional sobre Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina en 1990; la Resolución de la Asamblea General de la ONU 2856 – XXVI – 1971 y la Declaración de Lisboa sobre los derechos del paciente, adoptado por la 34a Asamblea Médica Mundial, Lisboa, Portugal, Septiembre/octubre 1981.

Todas las normas y tratados internacionales enumerados son legislación positiva vigente en nuestro país y tienen jerarquía constitucional superior a las leyes (conf. Art. 75 inc. 22 Constitución Nacional).

2. Diagnóstico de los sistemas de salud

El sistema de Salud Mental funciona desintegrado del sistema de salud general. Formalmente se encuentra conformado por estratos institucionales, organizados por distintos niveles en relación a la gravedad y capacidad resolutive. Pero en la práctica concreta éstos niveles funcionan segmentados, sin articulación entre ellos y atendiendo las mismas problemáticas.

Se privilegia la internación por sobre la atención ambulatoria, la reclusión en lugar de la integración comunitaria.

La demanda que llega al sistema de salud está afectada por un continuo deambular por distintos efectores, caracterizados por dispositivos expulsivos y restrictivos. En muchos casos, se los clasifica y medica como abordaje privilegiado, apuntando a la disminución o desaparición de lo sintomático, sin atender las causas que lo ocasionaron. El grupo socio-afectivo de pertenencia del paciente queda por fuera del diagnóstico y tratamiento. Tampoco se integra a las diferentes disciplinas y sectores en el abordaje y tratamiento del problema que afecta a la salud del usuario.

Una de las principales dificultades que se visualiza, es la poca comprensión del proceso de salud-enfermedad como indisolublemente unido al funcionamiento

to social. La mirada predominante se caracteriza por aquello que Eduardo Menéndez conceptualiza como "Modelo Profesional Hegemónico", y requiere para su progresiva modificación una revisión epistemológica de fondo, que pueda dar cuenta de las determinaciones más profundas de las enfermedades.

También se observa que muchos servicios de salud carecen de interés por indagar sobre la situación epidemiológica. La estadística se convierte en un mero trámite burocrático y toda la práctica esta desprovista de sentido. Razón que dificulta tener información valiosísima para poder precisar los grupos de población más susceptibles a riesgos de enfermar o morir, la actualización de las tendencias de morbi-mortalidad, la formulación de medidas de control y evaluación de la eficiencia de dichas medidas. El conocimiento de los determinantes sociales, económicos, culturales, la accesibilidad a los servicios de salud y su financiamiento. Así también, caracterizar las patologías predominantes, los recursos disponibles y el funcionamiento y organización del sector para poder implementar políticas en el área en todo el proceso de salud/enfermedad/atención.

La política se centra en la enfermedad y no en la construcción de salud. El mercado de los laboratorios invade la institución sanitaria, queriendo transformar la salud, que es un derecho indelegable de las personas, en un bien más de consumo. Los efectores ambulatorios carecen de medicación psiquiátrica, lo que obliga a la población a trasladarse para proveerse de ella. Otras veces los usuarios se ven obligados a concurrir a las guardias hospitalarias o a la internación, como forma de acceder a la misma.

3. Recursos humanos

La formación de grado y post grado de nuestros profesionales de salud mental, se encuentra más orientada hacia un paradigma menos complejo, más lineal, predecible, causalista, con abordaje más positivista, que simplifica la realidad, acentuando lo asistencial.

Su mirada monodisciplinar, con predominio de prácticas liberales, limita enormemente la capacidad de respuesta a las demandas, dificulta la modalidad, calidad y eficacia de las intervenciones.

Las estructuras conceptuales con las que intervienen los profesionales, no les permiten poder pensar la salud como un proceso históricamente determinado, como un precipitado histórico, social y cultural.

Se esta a la espera de la enfermedad en lugar del cuidado y protección de la salud, poniendo el acento sobre los déficits y no sobre las potencialidades.

Hay un gran divorcio entre los métodos terapéuticos que manejan los profesionales y los requerimientos de intervención sobre la demanda existente, aportando respuestas simples y aisladas a problemas complejos.

Se requiere pensar en un abordaje alternativo, en un nuevo paradigma que pretenda respetar la complejidad inherente a los procesos de la naturaleza, la sociedad y la historia. Pensar en sistemas no regidos por relaciones lineales, sistemas abiertos gobernados por la lógica de los fenómenos caóticos, sistemas donde el azar puede producir una nueva organización más compleja de la ya existente. En el paradigma de la complejidad no hay lugar para el conocimiento absoluto y aislado, ya que por definición es relativo y contextual, implica unidad en la diversidad. De esto se desprende también la necesi-



dad de recurrir a la multiplicidad que resulta del cruce de distintos discursos disciplinares.

La transformación del modelo vigente demanda un nuevo modelo de gestión participativo y centrado en las necesidades de la gente. Necesidades históricamente construidas surgidas del diálogo entre profesionales y población. Esto no sólo depende de la voluntad política, sino que requiere el impulso y protagonismo de los trabajadores de la salud, quienes pueden convertirse en el principal motor del cambio, articulando su saber con los intereses de la comunidad.

Emerson Merhy plantea la necesidad de trabajar en salud con lo que denomina la "tecnología blanda" del trabajo vivo en salud, poniendo el acento en lo relacional, como productor de relaciones intercesoras. Relaciones que ponen de manifiesto el encuentro entre sujetos para producir juntos. En este encuentro se produce el acto de salud, donde quedan afectados tanto el paciente como el profesional, de manera que se producen cambios en la subjetividad de ambos.

Asimismo, utiliza el término "publicizar" para proporcionar sentido a la necesidad de construir espacios públicos, que puedan dar lugar a intereses colectivos encerrados como privados.

La formación del recurso humano dentro de este modelo en salud, deberá proveer de herramientas teóricas prácticas para que trabajen con dispositivos grupales, intervenciones familiares, multifamiliares, comunitarias, registros epidemiológicos, diagnósticos situacionales, procesamientos de problemas. Deberán poder construir dispositivos que permitan integrar lo fragmentado, contener el desamparo existente, realizar intervenciones donde se fracturan los lazos sociales, fomentando el

desarrollo de la solidaridad y reforzando el tejido comunitario. Asimismo, intervenir sobre el imaginario social de las comunidades para transformar el modelo asistencial, sus mitos, creencias, representaciones, conocimientos, trabajar sobre las formas en que las sociedades conciben los problemas de Salud Mental y sus alternativas de solución.

La capacitación debe formar parte de las políticas de salud, acordes a las necesidades de nuestra población, con una fuerte dirección en la construcción de una nueva forma de operar la gestión del cuidado en salud, en defensa de la vida individual y colectiva.

4. Diagnóstico del abordaje de la crisis en hospitales generales

Las situaciones de crisis son las puertas de entrada a nuestras instituciones y en numerosas ocasiones la única o última oportunidad de encuentro con nuestro sistema de salud. La manera en que éstas sean abordadas, definirá el pronóstico del proceso de recuperación de las personas afectadas.

Actualmente, los abordajes se reducen a acciones parciales, fragmentadas, ineficaces, con una predominancia disciplinar y sectorial que deja por fuera la integridad y complejidad del problema. No hay normativas ni protocolos que permitan guiar las prácticas del manejo de urgencias en Salud Mental en los hospitales generales.

Los médicos no psiquiatras de las guardias hospitalarias muy frecuentemente no están capacitados para manejar las crisis en Salud Mental ni pueden intercambiar con otros profesionales con formación específica, por falta de comunicación entre servicios. Consideran



peligrosos a los pacientes y temen por las consecuencias legales que pudieran ocasionarles las posibles auto o heteroagresiones. Carecen de la medicación adecuada, desconociendo cuál es la conveniente. Los profesionales de la guardia priorizan el ingreso de otras patologías porque las conocen y manejan mejor, y consideran lo más adecuado para estos pacientes los lugares especializados de puertas cerradas. Consideran que finalizada la etapa más aguda el problema quedo resuelto, sin visualizar la necesidad de continuar el tratamiento en el primer nivel, por lo que no se propicia el fortalecimiento de la red asistencial entre los distintos niveles. Es marcada la ausencia de redes que aseguren la externación e integración comunitaria de las personas internadas y su abordaje interdisciplinar e intersectorial.

Otras veces realizan altas precoces sin criterio de externación. Desconocen que en las situaciones de crisis se encuentra afectado todo el grupo familiar, situación que explica el bajo interés en adquirir conocimiento en el trabajo con familias.

Encontramos en las instituciones prácticas arraigadas que acumulan saberes y esto se deposita como cultura institucional con valores e ideologías. Asimismo una fuerte resistencia a rechazar lo diferente, accionando, al decir de Carlos Matus, su "sistema inmunológico".

Esto trae como consecuencias:

- La cronificación de los pacientes.
- El progresivo deterioro de la salud de las personas afectadas.
- Una elevada puerta giratoria.
- Aumento de morbimortalidad.
- Descenso de la calidad de vida de la persona afectada y su grupo de pertenencia.
- Sobrecarga familiar.
- Estrés laboral para los profesionales de los centros especializados y los hospitales generales.
- Apatía de los profesionales por falta de sentido en su práctica.
- Ruptura de los lazos sociales de las personas afectadas.
- Estigmatización de las personas con sufrimiento psíquico.
- Resistencia al cambio.
- Naturalización de sus prácticas.
- Violación de los derechos de las personas con sufrimiento psíquico.

La integración de la Salud Mental en la salud general, conlleva una concepción integradora del padecer de las personas. Disminuye la estigmatización y permite internaciones cortas, continuidad afectivo-social con sus redes de apoyo y una recuperación más rápida.

Las bases del nuevo abordaje son las siguientes:

- Repensar la cultura institucional.
- Deconstrucción de las prácticas cotidianas.
- Intervención en los procesamientos incompletos.
- Desnaturalizar los procesos.
- Sortear el sistema inmunológico institucional.

- Asistencia del paciente y su familia en el servicio más cercano a su lugar de residencia.

- Internaciones breves para estabilizar al paciente.
- Utilización de la medida menos restrictiva posible.
- El paciente y, si este no se encuentra en condiciones, un familiar, deberá estar debidamente informado y brindar el consentimiento pertinente sobre la estrategia terapéutica a realizarse.

- Garantizar la continuidad del cuidado. Al ser dado de alta de la internación el paciente debe continuar el tratamiento ambulatorio con un profesional del área de la salud mental que lo asista en el lugar más accesible, cercano a su domicilio y que en lo posible forme parte de un equipo interdisciplinario.

- Inclusión de la familia o grupo socio-afectivo de pertenencia en la recuperación.

- Garantizar el acceso a la medicación necesaria en forma continua.

- Promover la existencia de dispositivos en la comunidad que faciliten la integración familiar, social, laboral y comunitaria.

- El paciente debe ser un actor social activo en la recuperación de su salud.

5. Abordajes comunitarios

El sistema de salud requiere realizar un pasaje de la asistencia médica sintomática a la intervención comunitaria. El eje de compás debe girar estratégicamente dejando de ser el hospital el eje central con satélites periféricos. La comunidad debe colocarse en el centro de la salud.

Los servicios comunitarios son el medio principal para lograr una atención accesible, descentralizada, integral, participativa, continua y de carácter preventiva y promocional.

Los equipos de salud deben trasladarse al lugar donde se origina el problema de salud/enfermedad, donde residen las historias clínicas y encontrar en su seno la solución. El escenario natural donde se da el proceso de salud/enfermedad es donde la gente vive, por lo que se deberá construir diseños de atención que no separen al paciente de su comunidad, que sean abarcativos, que cuenten con todos los recursos para abordar la totalidad de los problemas de la población, eliminando las iatrogénicas listas de espera.

El cambio de paradigma deberá producirse tanto en el modelo de comprensión y explicación de los problemas, como en su manera de intervención.

El individuo es un complejo de relaciones, los vínculos sociales son claves para comprender el proceso de su salud/enfermedad como para asegurar el resultado de su tratamiento.

La pasividad del paciente y la comunidad es un obstáculo a la cura. Se requiere construir proyectos que apuesten a la salud como bien público, como derecho de la ciudadanía. Gerenciar modos colectivos con procesos de trabajo compartidos, con una lógica centrada en las necesidades individuales y colectivas del ciudadano. Construir fuertes vínculos y compromisos entre los ser-

vicios y la comunidad, capturando el trabajo vivo, creativo y constructor de salud.

6. Propuestas programáticas - Abordaje comunitario de la Crisis

a. EQUIPO REGIONAL DE INTERVENCIÓN EN CRISIS (ERIC)

B. EQUIPOS REGIONALES DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA (ERICO)

A. EQUIPO REGIONAL DE INTERVENCIÓN EN CRISIS (ERIC)

El Equipo Regional de Intervención en Crisis (ERIC), conformado por psiquiatras y trabajadores sociales (se sumaran mas adelante psicólogos), opera como un dispositivo técnico-asistencial y pedagógico. Actúa ante la demanda de cada hospital general frente a situaciones de crisis, capacita en servicio a diferentes profesionales de la institución y promueve el cambio de la cultura institucional mediante la progresiva modificación de prácticas de trabajo.

a.1. Objetivos

Generales

- Brindar una asistencia adecuada y oportuna a toda persona con padecimiento mental en situación de Crisis, en todos los hospitales provinciales de la región Sanitaria VI.

- Posibilitar acciones conjuntas con los Tribunales de la Región (Equipos Técnicos, Jueces) para la evaluación, armado de la estrategia terapéutica y, en caso de ser necesario, su posterior traslado de personas en situación de crisis, con el fin de disponer de las medidas necesarias adecuadas a cada situación específica.

- Prestar asistencia para evaluación, observación y/o internaciones breves en los Hospitales Generales con el objetivo de su compensación y derivación posterior a tratamiento ambulatorio.

- Favorecer y promover la integración de la Salud Mental en el Sistema de Salud General.

Específicos

- Promover el conocimiento en los profesionales de emergencia respecto la importancia de una intervención adecuada y oportuna, en el marco de los estándares internacionales y normas convencionales de derechos humanos que protegen a las personas con sufrimiento psíquico.

- Brindar elementos técnicos y operativos, que les permita un manejo apropiado de la asistencia en guardia y otros servicios.

- Evitar internaciones innecesarias, excesos o errores en las indicaciones psicofarmacológicas, judicia-

zaciones innecesarias, fenómeno de "puerta giratoria", desintegración del grupo familiar, mala adherencia a tratamientos futuros, etc., promoviendo estrategias terapéuticas activas de la persona afectada y de su grupo familiar.

- Promover una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos y sociales, continua e integrada entre las diferentes disciplinas, sectores y niveles de asistencia, estableciendo los mecanismos adecuados de la referencia y contrarreferencia.

- Favorecer y promover respuestas integrales a la crisis en los lugares cercanos al domicilio, garantizando la continuidad del tratamiento.

- Proveer de información adecuada y comprensible, inherente a su salud y tratamiento incluyendo las alternativas para su atención.

- Realizar intervenciones que promuevan la alternativa terapéutica más conveniente y menos restrictiva, procurando la conservación de los vínculos sociales, familiares, tendiendo a recuperar su autonomía y plena vigencia de sus derechos.

- Modificar progresivamente las representaciones sociales de la locura.

a. 2. Base de operaciones

SIES VI¹, cuya sede es el Hospital Melo (Lanús)- Integrado al equipo de Emergencias de la Región VI.²

a. 3. Funciones

3.1- Realizar las interconsultas de los Hospitales Generales.

a) Evaluación de personas en situación de crisis.

b) Categorización por criterios de gravedad, determinando las conductas a seguir.

c) Promoción de la atención adecuada e idónea para cada situación, con apoyo técnico telefónico o concurrencia al lugar.

d) Integración al entorno socio familiar.

e) Generación de dispositivos de internación breve, a fin de realizar una correcta evaluación, promover una compensación clínica adecuada y garantizar la continuidad del tratamiento en las cercanías del domicilio del paciente. En caso que se indique su internación, se priorizará la utilización de la cama del lugar donde consultó el paciente.

f) Realización de enlace con el equipo que continuará con los cuidados del paciente y/o su familia, en fecha inmediata registrando el nombre del profesional que se hará cargo.

g) Seguimiento de pacientes bajo programa en el distrito asignado.

h) Capacitación en servicio a los profesionales de los servicios del hospital asignado para seguimiento.

i) Participación de la red con su referente del distrito asignado para seguimiento.

¹ Sistema Integrado de Emergencias Sanitarias: estructura organizacional – Dispositivo de enlace que coordina y articula la urgencia y emergencia de la Red de Salud de la Región Sanitaria.

² Región Sanitaria VI: Ente descentralizado de políticas ministeriales de salud de la Prov. de Buenos Aires. Comprende 9 municipios: Lanús, Lomas de Zamora, Avellaneda, Quilmes, Almirante Brown, Florencio Varela, Berazategui, Ezeiza y Esteban Echeverría.

j) Confección de una base de datos.

k) Confección de un informe diario por escrito de todo lo actuado.

l) Asistencia a la capacitación semanal del equipo.

3.2.- Realizar evaluación conjunta con equipos técnicos de Juzgados a fin de:

a) Promover acuerdos acerca de la estrategia terapéutica más conveniente.

b) Realizar los traslados en ambulancia del SIES con apoyo de móvil policial en caso de ser necesario.

Comprende actividades de capacitación, seguimiento a los pacientes internados por el sistema, revisión de derivaciones a Centros de Salud o a instituciones de mayor capacidad resolutoria, capacitación en servicio a diferentes servicios hospitalarios.

Todos los Servicios de salud mental forman parte de la red asistencial y tienen conexión permanente con el equipo de crisis regional.

a. 4. Capacitación

La capacitación deberá ser pensada como una capacitación transformadora, no como mera transmisión de conocimientos sino como producción de los mismos. Como movimiento dinámico y continuo, construido dialécticamente sobre la realidad, desencadenando procesos, problematizando allí donde se naturalizaba.

Es considerada estratégica en la implementación del programa de atención de la crisis. Esta dirigida a:

1) Equipo de emergencia de los Hospitales Generales de la Región Sanitaria VI.

2) Servicio de Salud Mental de los Hospitales Generales de la Región VI.

3) Servicio Social de los Hospitales Generales de la Región VI.

4) Equipo de Crisis Regional.

5) Poder judicial.

6) Residencia hospitalaria.

7) PRIM – Programa de Residencia Integrada Multidisciplinaria.

8) Enfermería.

9) Operadores telefónicos del SIES.

10) Red de usuarios y familiares.

b. EQUIPOS REGIONALES DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA (ERICO)

Están constituidos por equipos interdisciplinarios con formación en salud comunitaria, abordajes grupales y familiares. Estos equipos se distribuirán en los centros del primer nivel de los 9 municipios que abarca la Región Sanitaria VI, y trabajarán integradamente con el Equipo Regional de Intervención en Crisis y con la red de salud de cada municipio.

b. 1. Objetivos

Generales

- Brindar una asistencia adecuada y oportuna a toda persona que ha salido de la situación aguda de su crisis

en un centro cercano a su domicilio.

- Posibilitar una atención accesible, descentralizada, integral, participativa y continua.

- Promover una atención sostenida e integrada entre las diferentes disciplinas, sectores y niveles de asistencia, estableciendo los mecanismos adecuados de la referencia y contrarreferencia.

Específicos

- Promover estrategias terapéuticas activas para la persona afectada y su grupo familiar.

- Favorecer y promover respuestas integrales a la crisis en los lugares cercanos al domicilio, evitando así internaciones innecesarias.

- Posibilitar acciones conjuntas con las diferentes disciplinas del centro de salud, como con las instituciones intermedias y redes barriales para su recuperación.

- Favorecer la continuidad del tratamiento.

- Proveer de información adecuada y comprensible, inherente a su salud y tratamiento incluyendo las alternativas para su atención.

- Lograr una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos y sociales, promoviendo la alternativa terapéutica más conveniente y menos restrictiva.

- Realizar intervenciones procurando la conservación de los vínculos sociales, familiares, tendiendo a recuperar su autonomía y plena vigencia de sus derechos.

- Promover la re-socialización de la persona afectada en su comunidad favoreciendo dispositivos de inclusión e integración.

- Favorecer el protagonismo de la persona afectada en su recuperación.

- Promover la deconstrucción de representaciones sociales en relación a la locura

- Proveer la medicación en el primer nivel de atención.

b. 2. Capacitación

La capacitación de estos nuevos equipos dependerá de la Región Sanitaria VI, será en un comienzo con frecuencia semanal y luego quincenal.

La capacitación estará centrada en la concepción de la Atención Primaria de la Salud, fortaleciendo la salud comunitaria en el marco de los derechos humanos.

La metodología se basará en una epistemología en acción, o sea una teoría en acto, que permita un encuentro reflexivo entre lo académico y la realidad que se refleje en prácticas que alivien el sufrimiento de la población y que promuevan la construcción de ciudadanía.

Estos equipos comunitarios permitirán hacer realidad el pasaje de la asistencia psiquiátrica, a la atención de la salud mental comunitaria, promoviendo la integración activa, social y cultural, con la participación de la comunidad. La construcción de los dispositivos alternativos evitará la cronificación en las instituciones y favorecerán el respeto de los derechos humanos.

7. Referentes

El programa contempla referentes distritales, conformado por profesionales del equipo regional de Salud Mental. Cada referente tiene a cargo tres distritos y tiene como funciones:

- Garantizar el funcionamiento del programa en el distrito.
- Acompañar a los equipos en el armado y seguimiento de la estrategia terapéutica mas adecuada para el paciente en crisis o riesgo y su familia.
- Realizar la articulación con otros sectores y actores.
- Facilitar la articulación entre los dos dispositivos del programa ERIC y ERICO.
- Participar del armado y fortalecimiento de la red de atención en crisis entre diferentes disciplinas, niveles y sectores.
- Favorecer a través de capacitaciones, ateneos, super-

visiones, etc., la incorporación de nuevas herramientas para el abordaje integral del paciente en crisis o riesgo y su familia.

8. Monitoreo y evaluación

Se crearán instrumentos de evaluación del programa Puertas Abiertas en cuanto a estructura, procesos y resultados, que garanticen la eficiencia social del programa.

Se realizara una permanente supervisión que aporte mecanismos automáticos, que permitan evaluar:

- a) El cumplimiento de las normativas establecidas.
- b) El acceso de la población al programa.
- c) La calidad.
- d) El impacto sobre la atención de las personas en situación de crisis.
- e) La continuidad de su cuidado en el primer nivel.
- f) El cuidado de los cuidadores ■

Referencias bibliográficas

1. Almeida-Filho N., "Complejidad y Transdisciplinariedad en el Campo de la Salud Colectiva: Evaluación de conceptos y aplicaciones", *Salud Colectiva*, Vol. 2, N° 2, 2006.
2. Almeida-Filho N., *La Ciencia tímida. Ensayos de deconstrucción de la epidemiología*, Lugar Editorial, Buenos Aires, 2000.
3. Bourdieu, P., *Cosas Dichas*, Gedisa, Barcelona, 1988.
4. Brito Quintana Pedro E., "Impacto de las reformas del sector de salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral", *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 8, No 1-2, Julio/Agosto 2000.
5. Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), *Derechos Humanos en Argentina: Informe 2009, Siglo XXI*, 2009.
6. Chorny Adolfo H., "Gerencia Estratégica de servicios de salud", Instituto de la Salud Juan Lazarte.
7. De Lellis Martín y colaboradores. *Psicología y Políticas Publicas de Salud*, Ed. Paidós, Buenos Aires, 2006.
8. De Sousa Campos Gastón. *Gestión en Salud. En defensa de la vida*, Lugar Editorial, Buenos Aires, 2001.
9. Ferrara F. *Teoría social y salud*, Catálogos, Buenos Aires, 1985.
10. Ferreira Deslandes S. "Procesos de trabajo en salud y humanización del cuidado", ponencia, noviembre de 2008.
11. Galende, Emiliano, "Debate cultural y subjetividad en salud" en Spinelli, H. (comp.), *Salud Colectiva. Cultura, Instituciones y Subjetividad. Epidemiología, Gestión y Políticas*, Lugar Editorial, Buenos Aires, 2004.
12. Galende E. *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual*, Ed. Paidós, 1997.
13. Hornstein L. "Sistemas abiertos, autoorganización y azar", 2008.
14. Kesselman H. "Desmanicomialización en la formación de trabajadores de salud mental", *Zona Erógena* N° 14, 1993.
15. Koldo Echebarria A. "Estrategias de cambio y contrato de gestión. De una lógica normativa a una lógica relacional", Ficha Especialización Gestión en Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2008.
16. Laurell AC. "La Salud: de Derecho Social a Mercancía", *Nuevas Tendencias y Alternativas en el Sector Salud*, UAM Xochimilco, Fund. F. Ebert, México, 1994.
17. Matus C. *MAPP Método Altadir de Planificación Popular*, Lugar Editorial S.A., Buenos Aires, 2006
18. Matus C. *Planificación de situaciones*, CENDES/ALFAR, Caracas, 1977
19. Merhy EE. *Salud: Cartografía del trabajo vivo*, Lugar Editorial S.A., 2006.
20. Merhy EE. et al., "Educación Permanente en Salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del Trabajo en Salud", *Salud Colectiva*, vol. 2, N° 2, 2006.
21. Menéndez EL. "El Modelo Médico y la salud de los trabajadores", *Salud Colectiva*, Vol. 1, N°. 1, 2005 .
22. Organización Mundial de la Salud (OMS), *Manual de Recursos sobre salud mental, derechos humanos y legislación: si a la atención no a la exclusión*, 2006.
23. Onocko R et. al. "Salud Colectiva y Psicoanálisis: entrecruzando conceptos en busca de políticas públicas potentes", *Salud colectiva*, Vol. 4, N°. 2, 2008.
24. Onocko R. "Humano, demasiado humano: un abordaje del malestar en la institución hospitalaria", en Spinelli H. (ed.), *Salud Colectiva. Cultura, Instituciones y subjetividad. Epidemiología, Gestión y Políticas*, Lugar Editorial, Buenos Aires, 2004
25. Rattagan M. "Políticas Publicas y Salud Colectiva", trabajo presentado en el Tercer Congreso Provincial de Psicología – Psicología Social y Comunitaria "Subjetividad y Contexto", Bahía Blanca, Argentina, 2006.
26. Rattagan M. "Una revolución copernicana", trabajo presentado en el Doctorado de Salud Mental Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús, 2003.
27. Rovere M. "Redes: Hacia la construcción de redes en salud, los grupos humanos, las instituciones, la comunidad", Publicación de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario, Argentina.
28. Rovere M. "Redes Nómades; Algunas Reflexiones desde una Práctica de Intervención Institucional en Wolfberg E.", *Prevención en Salud Mental, Escenarios Actuales*, Lugar Editorial, Buenos Aires, 2002.
29. Saforcada, E. y colaboradores, *Aportes de la Psicología Comunitaria a problemáticas de la actualidad latinoamericana*, JVE Ediciones, 2007.
30. Samaja J. *Epistemología de la salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina*, Buenos Aires, Lugar Editorial, Buenos Aires, 2004.
31. Stolkiner A. "Equipos interprofesionales y algo más: ¿es posible hablar de intersaberes?", *Campo Psi. Revista de Información especializada*, Año 3, N° 12 Agosto 1999.
32. Testa M. *Saber en Salud. La construcción del conocimiento*, Lugar Editorial, Buenos Aires, 1997.
33. Testa M. *Pensar en Salud*, Lugar Editorial, Buenos Aires, 2006.
34. Testa M. *Pensamiento Estratégico y Lógica de Programación (El caso de Salud)*, Lugar Editorial, Buenos Aires, 2007.

La OMS y los desafíos en Salud Mental

Benedetto Saraceno

El texto que se presenta a continuación es un extracto de la conferencia dictada por el Dr. Benedetto Saraceno, Director del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de Salud (OMS), en la Honorable Cámara de Diputados de la República Argentina el 24 de agosto de 2009.

Señor presidente de la Comisión de Acción Social y Salud Pública de la Cámara de Diputados, señores diputados, funcionarios, amigos y colegas.

Es un honor para mí poder traerles la perspectiva de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Pienso que se da algo excepcional cuando un funcionario de la OMS viaja a un país y se encuentra con los profesionales de la salud de ese lugar. Hoy en la Argentina tuve la oportunidad de encontrarme con políticos que se ocupan de salud y poder compartir la visión de ese organismo con diputados y legisladores, que tienen obviamente una tarea importante en el área.

Intentaré, en un tiempo no demasiado largo, presentarles cómo ha sido la evolución, a lo largo de los últimos diez años, del pensamiento de salud pública de la OMS frente a los desafíos de la salud mental y de la enfermedad mental. Voy a utilizar como punto de partida, quizás artificialmente, el año 2001 en el que la directora general de la OMS de entonces, la ex primera ministra de Noruega, señora Gro Harlem Brundtland, decidió que el informe mundial de la OMS estuviera totalmente dedicado a la salud mental. Fue una sorpresa para todos y una fuente de ansiedad para mí, pero también de entusiasmo, porque era una oportunidad única tener la posibilidad de hablar a todos los ministros del mundo sobre la salud mental. En 2001, para nosotros la clave fue convencer a los ministros de que la enfermedad mental era una carga grande que se había mantenido desconocida en la agenda de la Salud Pública.

La agenda de salud pública antes de 2001 miraba a la mortalidad y no a la discapacidad. En 2001 se introdujo por parte del Banco Mundial y de la OMS la idea de que

cada enfermedad tiene una carga que resulta de la mortalidad precoz que ella determina, sumada a los años de vida vividos con discapacidad, o sea si yo tengo un cáncer muy grave y tengo pocos años de vida con discapacidad, porque me muero, tengo una carga de mortalidad muy alta porque muero rápido.

Si, en cambio, tengo un accidente de tránsito y como consecuencia de él pierdo una pierna, sigo viviendo porque los años perdidos de vida son pocos y no voy a morir por haber perdido una pierna, pero los años de discapacidad serán muchísimos.

Combinando la mortalidad y la discapacidad de cada enfermedad se tiene la carga de cada grupo de enfermedades: cáncer, enfermedades cardiovasculares, infecciosas, etcétera.

Si sacamos la mortalidad producida por la enfermedad mental y mantenemos solamente la discapacidad que la enfermedad mental genera vemos que de las diez primeras causas de discapacidad en primer lugar está la depresión, en cuarto lugar el alcohol, en el sexto la esquizofrenia y en el octavo los disturbios afectivos bipolares. Es decir, entre las diez primeras causas de discapacidad a nivel mundial cuatro pertenecen al área de Salud Mental; esto significa que la carga de discapacidad representada por enfermedad mental es inmensa.

Miremos ahora a la región de las Américas. En América Latina y Caribe el número de adultos que padecen enfermedades mentales se distribuye de la siguiente manera: 30 millones depresión, 30 millones alcoholismo, 11 millones distimia, 5 millones abuso de drogas y 4,7 millones trastorno bipolar. Todos estos son millones de personas que en un punto temporal, extrapolado de la vida, padecen una enfermedad mental en este momento en América Latina. Estos valores son de países de las Américas que no incluyen a Canadá y a los Estados Unidos.

Hay países en vías de desarrollo, que son bastante desarrollados, y tienen una mortalidad infantil muy baja, como es el caso de Argentina.

Si consideramos este tipo de países el 8 por ciento de la mortalidad está representada por problemas relacionados con el consumo de alcohol; es una cifra inmensa. Si observamos la prevalencia del beber excesivo episódico en diez países de esta región en primer lugar está Canadá con un 48 por ciento, luego tenemos a Perú con un 37 por ciento y la Argentina con un 30 por ciento ocupando el tercer lugar. Por lo tanto, podemos decir que Argentina tiene un problema de salud pública relacionado al uso y abuso del consumo de alcohol.

Según las cifras de depresión en la población general el 10 por ciento de las personas sentadas -tomadas como población general- en esta sala tiene algún problema de depresión. Pero si en lugar de tomar a las personas que están presentes aquí tomamos a aquellas que padecen de tuberculosis vemos que el 46 por ciento de ellas tiene depresión. Si esta sala estuviera llena de gente con SIDA, el 44 por ciento sufriría de depresión; en el caso del cáncer el valor sería del 33 por ciento, diabetes el 27 por ciento, derrames cerebrales 31 por ciento, epilepsia 30 por ciento, infartos 22 por ciento e hipertensión un 29 por ciento.

La comorbilidad entre lo físico y lo mental empeora lo físico y empeora lo mental. Es decir que la enfermedad mental es un factor de riesgo para la enfermedad física y viceversa.

Yo podría seguir hasta aburrirlos con cifras y tablas. Ese fue nuestro mensaje en el 2001, convencer a los ministros, a los planificadores, a los profesionales que la salud mental ocupaba un lugar de importancia en la agenda de salud pública también en países pobres.

Había un mito que conducía a un error: la salud mental es un problema de los países ricos. No es así. Alcohol, drogas, depresión, suicidio, son problemas de países pobres también. El problema de la salud mental es de los pobres y de los ricos, del rural y del industrializado, de la mujer y del hombre, de niños y de ancianos.

Es un problema enorme y este fue el mensaje del 2001. Pero nosotros nos dimos cuenta en el 2003/2004 que no era suficiente tocar la campana -"¡alarma, alarma!" y decir que la enfermedad mental es un problema terrible.

Entonces, ¿qué quiere decir esta alarma? Nos volvimos un poco más sofisticados e introdujimos la noción de brecha (gap) ¿Brecha en qué?: entre los que reciben prevención de enfermedades mentales y los que no la reciben. Hay una brecha enorme. Son muy pocas las poblaciones que reciben algún tipo de prevención ¿Quién está recibiendo programas de prevención de suicidio? Muy poca gente. ¿Quién recibe programas de prevención de abuso de alcohol? Muy pocos ¿Quién recibe programas de prevención de retraso mental y discapacidad intelectual? Muy pocos.

Hay una brecha entre lo que se tendría que hacer en prevención y lo que efectivamente se hace. También hay una brecha entre los que al tener un problema de salud mental no son estigmatizados, no son discriminados y los que al tener un problema de enfermedad mental son estigmatizados y son discriminados.

Es una brecha inmensa. El 99 por ciento de las per-

sonas que tienen un problema de salud mental tienen algún grado de estigma. "El enfermo mental es estúpido", "es peligroso", "nunca se recuperará", "es un enfermo crónico sin posibilidad de mejora"; todas estas son estigmatizaciones erróneas. La discriminación es diferente, el estigma es una percepción y la discriminación es un hecho.

Hay leyes que discriminan, los enfermos mentales no pueden comprar una casa, no pueden firmar un contrato, hay países en los que no se pueden casar porque tienen una enfermedad mental. La discriminación y el estigma es otra brecha que hay que corregir.

Después hay una brecha que es común con otras enfermedades, que es el acceso a los tratamientos. ¿Cuántos son los que al tener un problema tienen acceso a algún tipo de tratamiento? Muchos no lo tienen. En países más ricos tienen más acceso que en países más pobres, pero hay un problema de acceso al tratamiento también en ellos. Lo interesante es que uno puede decir que eso se aplica a enfermedad mental, pero también a malaria, a gripe, etcétera.

Los países pobres no le brindan suficiente acceso o cobertura de salud a la población.

En algunos países me he encontrado con usuarios que me decían: "Usted doctor viene aquí a decir que tenemos que tener más acceso al tratamiento. ¿Ha visitado usted el manicomio? Yo no quiero tener acceso a él, yo prefiero estar enfermo". Tenían razón.

¿Vamos a dar acceso a qué? ¿Acceso a celdas? ¿A *electroshock* sin consentimiento informado? ¿A violaciones de los derechos humanos? ¿A falta de privacidad de los baños? ¿Acceso a la humillación, a pasear medio desnudo, sin perspectiva, en un hospital? ¿Ese es el acceso que queremos? Evidentemente no.

Entonces tenemos un problema de brecha en el acceso y en la calidad de la atención que brindamos a las personas una vez que tienen acceso.

Todo esto se transforma en un gran problema, que es el problema de la brecha en el tratamiento. Fíjense que en un estudio que hicimos observando pacientes con problemas graves de salud mental para ver si habían recibido algún tipo de tratamiento en los 12 meses precedentes al contacto con nosotros, en los países pobres, *developing countries*, entre el 76 y el 85 por ciento no había recibido nada. Pero lo que más impresiona es que en los países ricos, entre 35 y 45 por ciento tampoco había recibido algo. El 65 por ciento de la depresión mayor en Estados Unidos no es tratada porque cuesta, porque la gente no tiene la capacidad de pagarse el tratamiento. Entonces no es solamente un problema de países en vías de desarrollo, sino que hay un problema de brecha en el tratamiento.

En América Latina y el Caribe no reciben tratamiento el 58 por ciento de las personas con psicosis no afectivas, el 53 por ciento de las personas con alcoholismo, el 46 por ciento de las personas con trastorno bipolar y el 41 por ciento de las personas con trastornos de ansiedad. Una parte de la población tiene acceso a los tratamientos, pero hay otra parte que no recibe nada. Ahora bien, esta brecha no es sólo una brecha en servicios sino que es una brecha también en dinero.

Según la clasificación de los países que realiza el Banco Mundial hay países con muy bajo ingreso, países de ingreso medio-bajo, países de ingreso medio-alto y países ricos, de alto ingreso. Cada uno tiene un monto de dólares que constituye el presupuesto de salud. Entonces, en los países ricos como Noruega, el 6,8 por ciento del monto de dólares del presupuesto para salud del país se gasta en salud mental. Es decir que de cada 100 dólares, 6,8 dólares se gastan en salud mental.

Pero antes decíamos que la carga de morbilidad de salud mental era del 15 al 18 por ciento. Sin embargo estamos gastando el 6,8 por ciento.

Cuanto más bajamos en la riqueza del país vemos que se destina menos dinero a salud mental, por ejemplo, en Camerún es el 1,5 por ciento. O sea, el porcentaje es más bajo de una cantidad de dinero que es notablemente más baja, porque en Camerún el 1,5 por ciento del presupuesto de salud que se destina a salud mental no es el mismo monto con el que cuentan Noruega o Suecia. Entonces la brecha se da también en recursos financieros para salud mental.

Hicimos recomendaciones, como siempre hace la OMS. A veces es fácil recomendar a los países, se recomiendan cosas que no molesten al ministro de un país o al ministro del otro y se termina con algo un poco vago, por ejemplo, que ser rico es mejor que ser pobre; recomendaciones que no tienen impacto y no son muy contundentes. Tratamos de dar recomendaciones sensatas, la primera es dispensar tratamiento en el nivel de atención primaria. Luego, asegurar la disponibilidad de fármacos y psicotrópicos en todos los lugares más remotos del país; dispensar atención en la comunidad; educar al público; involucrar a las comunidades, familias y consumidores; establecer políticas, programas y legislaciones nacionales; desarrollar recursos humanos; establecer vínculos con otros sectores; vigilar la salud mental de la comunidad. Noten una cosa en estas recomendaciones: la palabra *hospital psiquiátrico* no está. No es parte del menú. La OMS no considera que en el año 2000 una atención en salud mental moderna tenga que hacer referencia al asilo psiquiátrico. No está. Se habla de comunidad, de atención primaria, de familia, de usuario, de intersectorialidad. No se habla de hospital psiquiátrico. No se dice: "Hay que cerrar todos los manicomios", no hablamos de esto. El futuro de la atención en salud mental no está dentro del marco de la lógica del hospital psiquiátrico.

En la OMS estamos en una etapa nueva y este es el mensaje que les vengo a traer a ustedes, señoras y señores: a pesar de estos documentos importantes, a pesar de estas políticas importantes, a pesar de la evidencia de que la carga es grande, que el costo del tratamiento es modesto comparado con otras enfermedades -imagínense el costo de los antirretrovirales para SIDA o de complejas cirugías-, salud mental no cuesta mucho. La carga es grande, sabemos cómo hacerlo, lo hacemos bien cuando nos dejan hacerlo, pero no pasa nada. No pasa estrictamente nada. Ahora, ¿por qué no pasa nada? Esa es la reflexión que yo estaba haciendo ayer con los colegas de las provincias de Argentina. ¿Por qué no pasa nada?

¿Somos malos? ¿Somos estúpidos? Hay una primera barrera a la implementación de todo lo que sabemos que es la más obvia: no hay recursos; no hay dinero. Yo creo que esto es verdad, pero al mismo tiempo también es una excusa que los profesionales y todos la utilizan para decir: "No es mi problema, el Estado tiene que darme más plata, si me dan más plata voy a hacer cosas maravillosas". No es así, no es cierto. Hay sistemas de salud mental, se los puedo asegurar sin mencionar el nombre de los países, donde el recurso financiero es inmenso y la calidad de los servicios es pobre. Entonces no es suficiente decir: "Denme más". Nosotros, junto con los ministros, estamos tratando de analizar las barreras que impiden una implementación de lo que sabemos, de lo que queremos hacer. Todos queremos salir del manicomio, todos queremos lanzarnos a la comunidad, todos queremos reintegrar a los pacientes con plena ciudadanía, todos queremos compartir el esfuerzo con la atención primaria. ¿Estamos de acuerdo? Sí, estamos de acuerdo, pero no pasa. ¿Por qué no pasa? Por las barreras.

Barrera número uno: el financiamiento es insuficiente. Es verdad. La centralización de los recursos de salud mental en instituciones de gran tamaño, situadas en grandes ciudades y sus cercanías, es la principal barrera que encontramos para tener una atención en salud mental decente. No se hace salud mental, como lo hace Latinoamérica, gastando el 85 por ciento del presupuesto de salud mental para mantener hospitales psiquiátricos, que a veces dan vergüenza.

Esta es la realidad. No hablo de la Argentina, estuve cuarenta y ocho horas aquí -es mi primera visita-, por lo tanto no tengo ninguna opinión formada y sería arrogante tenerla. Pero tengo clara opinión sobre los setenta países en los que he trabajado con la OMS, visitando sus manicomios. Por esa razón, puedo decir que no se puede concebir que el 85 por ciento del escaso recurso financiero sirva para mantener lugares que, en algunos casos, han sido denunciados por organismos internacionales por violaciones de derechos humanos. Este es el punto.

No podemos concentrar el recurso médico, el financiero, ni el de los enfermeros, psicólogos y trabajadores sociales porque al manicomio llena un fragmento de la demanda.

Un señor que está lejos, en un lugar remoto de la Argentina y tiene una depresión ¿qué tiene que hacer? ¿Ir al manicomio? No. Entonces necesitamos descentralizar el recurso para aumentar la cobertura de respuesta a la demanda. Esa es una barrera, quizás la principal, ya que antes de pedir más plata al gobierno tenemos que gastar la que tenemos de manera racional; no puedo gastarla en un manicomio que no funciona y pedir al señor ministro que me dé más.

Debemos ser claros en la complejidad de la integración de la atención en salud mental en los servicios de atención primaria.

La atención primaria no puede volverse una religión ni un mito que cuando se habla de ella todos aplauden de pie. La cuestión es la siguiente: saliendo de la atención terciaria -manicomio, hospital psiquiátrico- ¿podemos bajar a la atención primaria y ella resuelve todos

los problemas? Mentira. No se entiende por qué el pobre médico de cabecera que está sentado en un consultorio de atención primaria tenga que hacerse cargo de toda la complejidad de la salud mental. Entonces, tenemos que repensar la noción de cómo interactuar entre atención primaria y secundaria -sobre este punto voy a volver en un momento porque es central.

El bajo número de personal especializado, debidamente capacitado, supervisado para brindar atención en salud mental es un problema en la atención primaria del mismo modo que lo son las frecuentes deficiencias de los dirigentes en el área de la salud mental en cuanto a su experiencia y destrezas en materia de la salud pública.

La salud pública no es la clínica, porque el mejor clínico no es automáticamente el mejor sanitarista. Necesitamos sanitaristas para concebir a la salud mental de forma moderna. Los clínicos deben hacer la clínica pero no organizan servicios sino que atienden a los pacientes.

Necesitamos profesionales de la salud mental más educados en salud pública, así como necesitamos profesionales de la salud pública más educados en salud mental. Es decir, es un cruce: nosotros desde la salud mental tenemos que educar a los sanitarista y ellos tienen que educarnos.

El 65 por ciento de las camas psiquiátricas en el mundo -a pesar de la recomendación de la OMS- sigue en los hospitales monovalentes ¿Dónde tendrían que estar esas camas? En el sector de las casas de medio camino y los hogares protegidos, pero solamente el 19 por ciento de ellas están allí. Tendrían que estar en el sector donde figura el 15,9 por ciento, que son las camas psiquiátricas en hospitales generales. Esta es una de las claves para superar las barreras.

Seguimos manteniendo ese 65 por ciento que devora no solamente los derechos ciudadanos de nuestros pacientes sino también el dinero que estamos invirtiendo en salud mental.

Las condiciones de vida del manicomio son estas. Uso abusivo de aislamientos y restricciones también en niños con deficiencias mentales. El aburrimiento, la falta de perspectiva, la falta de proyecto. ¿Cuántos pacientes están tirados en el piso mirando una televisión, fumando con los dedos amarillos, paseando con movimientos repetitivos, institucionalizados?

Todo esto lo conocemos, es la realidad del hospital psiquiátrico en todo el mundo. Es como el Sheraton, es igual en todos lados pero con pequeñas diferencias. El Sheraton de Osaka es igual que el de Buenos Aires. El manicomio de Osaka y el de Buenos Aires son muy similares. Es lo malo.

¿Cómo tendría que ser la historia? Al revés que esta pirámide, porque esta pirámide nos dice que la demanda de la comunidad está en la base, se autocuida; goza de la capacidad terapéutica que la misma comunidad proporciona a las personas. Y cuando las personas están mal se van a través de la atención primaria a un nivel de servicio de salud mental comunitario. Entran por un servicio mental comunitario sin camas o en una cama de un hospital general. Pero estamos en un nivel secundario. Después sube el hospital psiquiátrico que es el nivel terciario.

La demanda está abajo "Frecuencia de la demanda" que está bajando. El dinero está arriba, bajando. Hay algo que no funciona. El dinero está donde no está la gente. Donde está la gente no hay dinero. El dinero no es solamente el dinero, son los recursos, la inteligencia, la creatividad, la profesionalidad.

Los sanitarista nos han enseñado hace cincuenta años que hay tres niveles: terciario o profesional especializado; secundario o especialidad sin hospital; primario o atención primaria.

Todos estamos en el nivel terciario o primario. Del secundario nunca se habla. Estamos en hospitales psiquiátricos y queremos cerrarlos, ¿dónde van los pacientes? A la atención primaria. Mentira, van a la calle. Abandonados, si no tenemos un fuerte servicio de salud mental comunitario que se haga cargo y con un brazo trabaje a referencia y contrarreferencia con la atención primaria; y con el otro brazo trabaje con manicomio impidiendo que nuevos pacientes jóvenes vayan acumulando nuevas generaciones de crónicos y trabaje con toda la red comunitaria: la casa de medio camino, el hogar protegido, la cooperadora de trabajo, el cura, el sindicato, la familia. Esta es la riqueza de la salud mental comunitaria. El recurso está ahí.

Yo siempre digo que *Robinson Crusoe* llegó a la isla y dijo que no había nada. Pero al segundo día dijo que había fruta, al tercer día dijo que había agua, al cuarto día dijo que había pájaros y los cazó. Al quinto día dijo que había personas. Lo que ha cambiado no es el contenido de la isla, sino la mirada de *Robinson*. Él aprendió a ver los recursos de la isla, a ver la humanidad en la isla y eso es lo que le falta a los profesionales de la salud mental. Nosotros estamos sentados en nuestro consultorio y decimos que ésta es la salud mental comunitaria. No; esto es un consultorio con una dirección postal en un barrio. Eso no es la salud mental comunitaria. Salud mental comunitaria es entrar dentro de la comunidad, utilizar la riqueza de la comunidad. Decíamos que el *missing number* es el número 2: salud mental comunitaria.

Si queremos cambiar todo esto tenemos que modificar muchos paradigmas que tenemos en la cabeza. Por eso digo que el problema no es solamente que el ministro dé más plata sino que nosotros utilicemos más el cerebro y eso no depende del ministro sino de los psiquiatras. Si los psiquiatras no utilizan el cerebro el ministro les puede dar mucha plata, pero siempre faltará algo: el cerebro. Tenemos que transitar de una aproximación biomédica a una biopsicosocial. Yo siempre digo que no es un juego de palabras decir "Usted es un esquizofrénico argentino" o decir "Usted es un argentino que padece esquizofrenia". Primero es un argentino, primero es un ciudadano; es un ciudadano con una discapacidad, con una vulnerabilidad, con una enfermedad, pero primero tiene la ciudadanía. La ciudadanía no es *optional*, como cuando uno compra un auto y elige si tiene radio o no. El último paciente, el más discapacitado, el más retrasado mentalmente primero es ciudadano, después es paciente. Tenemos que hacer esta transición cultural, jurídica, política y ética.

Tenemos que pasar de una atención a nivel terciario a una a nivel secundario. La integración en la comunidad tiene que ser tomada en serio.

Debemos ir de la atención a corto plazo a la de largo plazo. Hace 50 años la gente moría mucho más, no había enfermedades no transmisibles crónicas. Uno entraba al hospital y salía curado o muerto. Hoy la gente entra al hospital y no sale ni curada ni muerta sino que sale con una enfermedad compensada que le permite a las personas con cáncer tener una supervivencia de 10 a 20 años, permite vivir muchos años a las personas con hipertensión, a los obesos, a los diabéticos, a los esquizofrénicos. Entonces, nosotros calculamos que una persona que tenga una enfermedad crónica no transmisible pasa hasta el 95 por ciento de los días -años- de su enfermedad fuera del hospital, enfermo, y el 5 por ciento internado, cuando tiene una crisis, cuando se descompensa. Pero toda la medicina siempre gira alrededor del hospital, como si ahí se jugara todo el partido. El partido se juega también en el hospital, pero en la enfermedad crónica, cáncer, hipertensión, diabetes, obesidad, esquizofrenia, depresión, el partido se juega en casa, en la comunidad, y ahí tiene que estar el servicio de salud, ahí tiene que estar la atención al paciente.

Finalmente hablamos de la rehabilitación tomada en serio. La rehabilitación no es un taller en un manicomio donde se hacen ceniceros y muñequitas. Esto no es rehabilitación, eso es una mentira. La rehabilitación no es hacer ceniceros, la rehabilitación es vivir, es mirar la televisión, ir al bar, tomar un trago de vino, hablar con una mujer si es hombre o viceversa, leer el periódico, tener una contractualidad, quizás más modesta, pero una contractualidad social al fin. Esta es la rehabilitación.

Sin embargo, seguimos haciendo pintar a los locos. Yo no quiero locos pintando. Quiero locos ciudadanos, y los ciudadanos no pintan, pocos pintan. ¿Uste-

des pintan? No. Entonces, ¿por qué los locos tienen que pintar? Ese es el problema.

Finalmente, se debe pasar de una acción clínica individual a una acción de equipo. Pero equipo tomado en serio. El médico, el psiquiatra, la psicóloga, la trabajadora social, la terapeuta ocupacional, el enfermero, esto no es un equipo; es una fila que espera el colectivo. El equipo es un grupo que integra conocimientos, que hace intercambio de sabidurías. Las trabajadoras sociales no son las compañeras que van con los papeles a "limosnear" una pensión.

Los terapeutas ocupacionales no son los compañeros que se la pasan haciendo muñequitos. Los psicólogos no son los que hacen entrevistas. Los enfermeros no son los que nos llevan el café a la mañana. Hay que cambiar la dignidad de todos los roles profesionales, todos los saberes profesionales; tienen que ser rehabilitados.

Conclusión: este mismo discurso yo lo hacía hace diez años para luchar y lograr derechos, hoy tenemos herramientas jurídicas y estamos pasando de la etapa de la limosna de derechos a la de exigir derechos. Su país, Argentina, ha ratificado la Convención Internacional de Naciones Unidas sobre Derechos de las Personas con Discapacidad, que tiene valor constitucional, o sea que está por arriba de las leyes nacionales. Se acabó la etapa de los derechos pedidos, ahora los derechos serán exigidos. Argentina la ha ratificado y esto quiere decir que está expuesta a riesgo de ser denunciada si no cumple con lo que firmó. Digo Argentina como puedo decir Chile, Brasil u otro país. Debemos pasar de una etapa, digamos, *boy scout* a favor de la salud mental comunitaria, a una etapa que tiene su forma, sus reglas, sus herramientas jurídicas, sus bases científicas en evidencia, sus bases éticas en leyes, sus bases prácticas en buenas prácticas que existen en este país, aunque se hable más de las cosas que andan mal. También Argentina puede estar al frente del cambio. Muchas gracias ■

Del Manicomio a la Comunidad: el proceso de reforma de la Colonia Nacional “Dr. Manuel A. Montes de Oca”

Jorge Rossetto

Psicólogo. Director de la Colonia Nacional “Dr. Manuel A. Montes de Oca”
E-mail: rossetto@speedy.com.ar

*“Si se entra en un manicomio
en cualquier parte del mundo, el
paciente
pregunta siempre al médico,
¿doctor cuándo vuelvo a casa?
Y el médico siempre responde:
mañana.
Un mañana que no significa nada,
un mañana que será siempre
un hoy de internación eterna”*

*Franco Basaglia
Río de Janeiro, 28 de Junio de 1979.*

Surgimiento de las Instituciones Asilares abiertas en Argentina

La habilitación de las primeras instituciones asilares abiertas para el tratamiento de la enfermedad mental y la discapacidad intelectual es producto de la magnífica obra desarrollada el Dr. Domingo Cabred, médico alie-

nista, profesor de patología mental de la Universidad de Buenos Aires, quien a fines del siglo XIX, y a partir de su experiencia, primero como Director del Hospicio de las Mercedes, y luego de diversos viajes de estudio rea-

Resumen

Desde el año 2004 se desarrolla en la Colonia Nacional “Dr. Manuel A. Montes de Oca” una profunda transformación del modelo de atención asilar caracterizado por la masificación, la inexistencia de altas y la ausencia de programas de rehabilitación y reinserción social. Durante este periodo se ha implementado un plan que contempla diversos programas y proyectos orientados a la restitución de los derechos de las personas con discapacidad mental institucionalizadas y a la promoción de oportunidades para la inclusión social.

Palabras Claves: Reforma Psiquiátrica - Rehabilitación - Transformación institucional- enfoque de derechos.

FROM THE ASYLUMS TO THE COMMUNITY: THE REFORM PROCESS OF NATIONAL COLONY “DR. MANUEL A. MONTES DE OCA”

Summary

Since 2004, a profound transformation of the asylum care model, characterized by overcrowding, lack of discharge and absence of rehabilitation programs, and social reinsertion, has been developed at National Colony “Dr. Manuel A. Montes de Oca”. During this period, a plan that contemplates several programs and projects aimed at restoring the rights of institutionalized people with mental disabilities and promoting opportunities for social inclusion has been implemented.

Key words: Psychiatric Reform – Rehabilitation – Institutional transformation – Rights approach.

lizados a Europa para conocer los servicios de atención mas avanzados en la rehabilitación de las personas con discapacidad mental, implementa un Plan Nacional para el desarrollo de servicios medico sociales con el objeto de atender las necesidades de los sectores mas vulnerables de la población.

A mediados del siglo XIX se instaura en Escocia una forma de tratamiento denominada "no restraint" (sin coerción) que tenía como terapéutica la libertad, la supresión de todo medio de coerción mecánica. Resistido en sus comienzos, esta nuevo sistema pronto se generalizó, "...se disminuyeron el número de celdas, se estableció el principio de la vida en común, se aumentaron los entretenimientos y se inició a los locos en el trabajo de la tierra"¹, extendido a otros países como Francia, Bélgica y Alemania, Cabred lo introduce en el país: "Se derribaron muros, se suprimieron rejas y se ofreció a los alienados libre y sin interferencias, la vista del horizonte. Era el sistema Open Door"².

Otro de los hechos que impresiona a Cabred es la experiencia de Alt Scherbitz, en Alemania, una institución donde las personas con discapacidad mental se alojaban en casas, tipo chalet distribuidos en una extensión de 300 hectáreas, todos diferentes entre sí, sin rejas, rodeado de jardines, con capacidad para veinticinco o treinta pacientes. Desde el punto de vista edilicio, se asemejaba más a un hogar familiar, que a las características de asilo-prisión muy presentes en esa época.

En 1897, a instancias de Eliseo Cantón, diputado por la Provincia de Tucumán, se presentó en el Congreso de la Nación el proyecto de ley en el cual se solicitaba la creación de un asilo o colonia para alienados fuera de la ciudad de Buenos Aires. El Congreso la sancionó como ley con el número 3548 el 2 de Octubre de 1897. Se encomendó al Dr. Cabred la ejecución del proyecto.

También fue el gestor de la Ley 4953 de *Creación de Hospitales y Asilos Regionales*, que se promulgó un el 28 de Julio de 1906, plan ambicioso que tenía por objetivo institucionalizar la respuesta al problema de la indigencia y la marginalidad, creciente en la Argentina del Centenario. Según él, esta iniciativa daba una solución al problema de la asistencia pública nacional. Los asilos creados en este período se caracterizan por lo que se denominaba Sistema Colonia, instituciones que colaboraban con el Estado en su financiamiento a través de la explotación agrícola y ganadera.

La Comisión de Asilos y Hospitales Regionales fue presidida por Cabred durante 23 años (1906-1929), durante ese período se habilitaron 11.885 camas en instituciones asilares, hospitales regionales e institutos especializados en todas las regiones de la Argentina.

La dependencia política directa al Presidente de la Nación, la extensión territorial del plan, los importantes recursos volcados a la creación y mantenimiento de tales proyectos asistenciales y la estabilidad institucional son un ejemplo del sustento que tenía esta política pública. Una concepción estratégica asociada a la necesidad de ubicar el problema de la marginalidad asociada a la enfermedad y la

discapacidad mental como una cuestión de Estado y que requería, por lo tanto, de una unidad política de acción y de abundantes recursos volcados hacia este fin. (Veronelli, J. C. 2004).

La Colonia

La piedra fundamental del Asilo Colonia Regional Mixto de Retardados (hoy Colonia Montes de Oca) se coloca el 15 de noviembre de 1908. Cabred introducirá el modelo médico-pedagógico cuyos lineamientos se proponían como una importante innovación respecto del régimen anterior de tratamiento, el cual se abreva en cuatro fuentes principales: a) La humanización del proceso de atención, que destaca como legendario pionero a Pinel pero que alcanza máxima expresión en la filosofía de los Retreats (Retiros) instalados en Inglaterra intentando restituir derechos fuertemente conculcados por el anterior régimen represivo; b) La rehabilitación por medio de la educación y el trabajo, prolongando los métodos pedagógicos y laborterapéuticos que, entre otros, desarrollara en Francia Desiré Bourneville; c) El sistema de puertas abiertas (Open Door) que merced a la influencia escocesa se habían diseminado en varios países de Europa, y en el cual se practicaba la supresión de las barreras físicas entre el Asilo y la comunidad; d) El enfoque de corte rousseauiano que promovía el aislamiento terapéutico en zonas rurales, para evitar que las personas con enfermedad o debilidad mental se expusieran a las tensiones y complejas demandas que caracterizan la vida en las ciudades (Montanari, A. 1991).

En su discurso inaugural Cabred señala: "Este asilo Viene a llenar una necesidad sentida, pues el país carece de establecimientos especiales para esta clase de anormales, he gestionado la creación de un asilo escuela, sistema colonia, y es fácil imaginarse ante el hecho que hoy celebramos la intima satisfacción que experimento viendo hoy colmados mis anhelos."³ Hasta ese momento las personas con discapacidad intelectual tenían como único refugio el hospicio de las mercedes y en el manicomio de mujeres, la imposibilidad de un abordaje diferencial para estas problemáticas, sumado a la situación de hacinamiento existente en ambos establecimientos requería de una urgente solución de parte del estado.

Como en los países mas avanzados de Europa, la Argentina contará con un establecimiento especializado para el abordaje de la discapacidad mental: "La creación de este asilo abre así una nueva era el tratamiento de esta clase de anormales, pues entre nosotros, lo mismo que en los países mas adelantados de Europa, han sido los últimos en alcanzar los beneficios de la caridad y de la ciencia"⁴

Respecto de la misión y organización refiere: "El establecimiento que hoy comienza a levantarse esa destinado a la asistencia y educación de retardados de ambos sexos cualquiera sea el grado y la forma de la insuficiencia psíquica, los anormales, leves, medianos y profundos, apáticos, inestables,

¹ Malamud, M.: Domingo Cabred: Crónica de una vida consagrada a luchar por la atención médico-social de los argentinos.

² Malamud, M. *Op. Cit.*

³ Cabred, D.: Discurso inaugural Asilo Regional Mixto de Retardados. 1908.

⁴ Cabred, D.: *Op. Cit.*

amorales, con parálisis, con crisis convulsivas o delirantes, inadaptados todos al medio escolar y al medio social se hallarán aquí agrupados y distribuidos por secciones y subsecciones de que se compone el instituto".⁵

El profesor Roustan, inspector de la Academia de Medicina de París, al término de una visita a la Colonia el 22 de julio de 1924, dejaba constancia de sus impresiones con las siguientes palabras: "No he visto en ninguna parte tal asociación de la escuela, del taller, de la cura a aire pleno y de la pedagogía mas científica y mas moderna".⁶

Los métodos pedagógicos y los resultados obtenidos en la colonia habían trascendido las fronteras del país. El asilo era considerado en el mundo como un modelo en su género.

Asilo y Manicomio

Algunas de las características que definen a las Instituciones Totales (cárceles, hospitales psiquiátricos, conventos) fueron descritas por Erving Goffman en su trabajo "Internados": "la tendencia absorbente o totalizadora está simbolizada por los obstáculos que se oponen a la interacción social con el exterior y al éxodo de los miembros, y que suelen adquirir forma material: puertas cerradas, altos muros, alambres de púa, acantilados, ríos, bosques o pantanos". En estas instituciones todos los aspectos de la vida se desarrollan en un mismo lugar y bajo la misma autoridad, no hay separación entre los ámbitos de recreación, descanso y trabajo. La vida cotidiana de un miembro se realiza en compañía de gran número de semejantes, quienes reciben un trato similar y realizan juntos las mismas cosas. Se plantea una escisión básica entre internados y el cuerpo de funcionarios, los primeros tienen restringido el contacto con el exterior, así como tienen recortadas su autoestima y autonomía, mientras que los segundos ejercen la función de control y dominación de los internos. Mediante procedimientos ritualizados se lesiona la identidad del interno: anulación de la red social, desposeimiento de objetos personales uniformización, alimentación reglada, control de movimientos (celdas especiales, sujeción), castigos, violaciones a la intimidad, amenazas, maltrato.

Desde el punto de vista histórico el término Asilo ha connotado dos significados fundamentales en la atención sanitaria:

a) Establecimientos que, con fines aparentemente benéficos, ofrecen cuidado y atención a grupos vulnerables (enfermos, pobres, huérfanos, ancianos) por regla general mediante distintas modalidades de encierro.

b) El refugio, ayuda, amparo o protección otorgada a quienes atraviesan situaciones de excepcional riesgo para su integridad física o psicológica. En tal sentido comprende aquellas medidas que, dictadas por razones humanitarias, se destinan a personas que sufren persecuciones por razones políticas o religiosas, y a quienes no hallan refugio o atención para cubrir sus necesidades básicas.

Desde esta perspectiva el termino mismo presenta tensiones, ya que puede presentarse al asilo como un espacio para contener y cuidar, pero también para excluir y encerrar en el espacio amurallado de la institución.

De acuerdo a ciertos estudios de corte historiográfico (Foucault, 2005) la primera respuesta al problema del idiotismo consistió en internar a las personas afectadas en instituciones para discapacitados, en los cuales debían mitigarse una serie de imperfecciones e insuficiencias, de modo tal que en las primeras casas que se habilitaban para este fin compartían su espacio con sordomudos. No obstante, a mediados del siglo XIX los retardados ingresarán paulatinamente al espacio asilar, en institutos que incorporaran elementos de la psiquiatría clásica y los nuevos enfoques de la pedagogía especial.

Pasados más de cien años de la habilitación de la primera institución de puertas abiertas para la atención a enfermos mentales denominada Colonia de alienados (hoy Hospital Psiquiátrico "Dr. Domingo Cabred"), el panorama de la mayoría de las instituciones asilares comprendidas en el proyecto de asilos y hospitales regionales que datan de la misma época permite afirmar que muchos de los logros exhibidos en los años tempranos carecieron de sustentabilidad. Además de la desactualización científica y técnica de su personal, la dilución de los fundamentos éticos fuertemente explicitados en la misión institucional de estas instituciones, la fragmentación institucional, sustituyó una respuesta que debía fundamentarse en la rehabilitación educativa y social. De esta forma se consagró un modelo de atención asilar que se sustenta en un enfoque reduccionista. En este tipo de instituciones la atención se halla fuertemente medicalizada. Al ser concebido como un régimen de custodia, la proporción de personal - cuidador por paciente internado es baja, ya que prima la lógica del cuidado y control impersonal, anónimo y masivo afectando la calidad del proceso de atención (2).

En la Argentina, aún en la actualidad, las instituciones asilares y los hospitales psiquiátricos siguen ejerciendo un poder hegemónico sobre el sistema de salud mental. Esta realidad conlleva situaciones de exclusión, abandono y problemas de acceso a los tratamientos ya que la oferta especializada de atención se encuentra centralizada en estas instituciones. La internación como forma de reclusión adquiere aquí, una función central amparada en un andamiaje jurídico legal que tiene sus fundamentos en garantizar el tratamiento y evitar el daño para sí o para terceros, introduciendo así la noción de peligrosidad que "determina una judicialización del sistema de asistencia psiquiátrica, con fines protectores, que se transforman en disposiciones de escaso fundamento científico, con escaso cumplimiento del debido proceso, donde lo principal es alojar en lugar de facilitar el tratamiento".⁷

El sistema ideado por Domingo Cabred se mantuvo fiel a sus principios hasta fines de la década del 20. Hacia el año 1929 la Colonia Montes de Oca contaba

⁵ Cabred, D. *Op. Cit.*

⁶ Citado por Malamud, M.

⁷ Pellegrini, J. "Salud es sin encierro".

con 1159 asilados y, a pesar de los informes elaborados minuciosamente por el director del establecimiento Dr. Erardo Reinecke y reflejados en la memoria técnico administrativa de ese año que daban cuenta de la aplicación de la terapéutica tal como había sido concebida por su fundador, ya en el año 1927 se habían utilizado los desvanes de los pabellones para aumentar su capacidad a 307 camas, y en la citada memoria se solicita al Ministro de Relaciones Exteriores y Culto, dependencia directa de la Colonia la solicitud de ampliación de 800 camas más.

A partir de la década del 30 estas instituciones comienzan con un proceso de desviación de sus fines originarios. Enrique Pichon Rivière, quien trabajó en la Colonia Nacional Montes de Oca entre los años 1933 y 1935, manifiesta en el libro de Vicente Zito Lema *Conversaciones con Enrique Pichon Rivière* que en este primer contacto con la enfermedad mental descubre que a los pacientes se los asila, se los esconde y que no hay ningún tratamiento metódico con ellos y que en esos lugares es donde descubrió que los locos no son una "mala piedra" sino seres sufrientes y segregados; Es a partir de esta realidad que organiza torneos de fútbol con pacientes y empleados de la institución procurando a través de la recreación una forma de resocialización. Por entonces la Colonia Montes de Oca tenía una población de 3500 pacientes.

Instituciones que habían surgido como modelo para la rehabilitación de las personas con discapacidad mental y en el cual la libertad y el trabajo eran sus pilares fundamentales, su razón de ser, fueron progresivamente transformándose en instituciones cerradas, con celdas de aislamiento, superpobladas de personas, muchas de ellas sin posibilidad de volver a su comunidad y condenadas a morir en el hospicio. La internación terapéutica dio

lugar a la institucionalización indefinida, y la anomia generalizada poco a poco se fue apropiando de cada resquicio institucional.

El pasado reciente

En la Colonia Montes de Oca, hacia el año 2004, la atención asilar era la única respuesta posible que brindaba la institución a las personas con discapacidad mental. Las dificultades para realizar un abordaje personalizado que diera respuesta a las necesidades de apoyo requeridas por las personas allí alojadas, se presentaba como algo incompatible al modelo imperante en la institución.

El ignominioso pabellón 7, conocido por las violaciones a los derechos humanos de las personas allí alojadas, se encontraba con 122 pacientes que presentaban, en su mayoría, multidiscapacidades severas. Permanecían todo el día en la planta baja, una reja la dividía de los pisos superiores, estaban totalmente hacinados y muchos de ellos desnudos. El pabellón era cerrado y los pacientes no realizaban ningún tipo de actividad. Existía una percepción generalizada entre el personal de que "con estas personas no podía hacerse nada", que eran irrecuperables, y la desnudez intrínseca a su discapacidad. Respecto de esta última, esta situación estaba legitimada por la mayoría de los profesionales y era producto de una concepción sustentada durante más de una década por quien fuera Director de la Colonia entre 1977-1992 quien respecto a esta cuestión manifestaba: *"algunos pacientes desnudos muestran un buen estado de nutrición y desarrollo, y aún su estado de ánimo es benévolo y amable, mientras que el de otros es indócil y agresivo. ¿Cuál es la diferencia con un campo nudista de vacaciones? El esfuerzo por vestirlos conduce en los dos casos, al fracaso: o por rebeldía violenta, o por quitarse o romper sus ropas."*⁸



⁸ Sánchez, Florencio: "El desnudo de la inocencia".

En gran medida a partir de este discurso se fue modelando una cultura institucional legitimante de prácticas degradantes de la condición humana.

La existencia de celdas de aislamiento (calabozos) en un pabellón de mujeres y en otro de varones, el hacinamiento y la inexistencia de egresos por alta de internación describía la existencia de un sistema custodial y represivo.

La inestabilidad político institucional producida por sucesivos cambios de Director desde la primera intervención en el año 1992, contribuyó al fortalecimiento de la prácticas manicomiales.

El proceso de institucionalización había producido que estas prácticas fueran percibidas como normales o naturales. Trabajadores y pacientes compartían un mismo destino de reclusión y exclusión.

Resistencias

A los seis meses de iniciada la gestión se contaba con un diagnóstico inicial sobre el estado de situación: se había relevado la cantidad de pacientes en condiciones de externación, la situación de sus familias, las condiciones de hacinamiento en varias de las unidades de alojamiento y la ausencia de programas de rehabilitación y reinserción social para la población internada. Muchas de las acciones que desarrollaba la institución, poco o nada tenían que ver con su misión institucional, un ejemplo de ello, era la existencia de un comedor infantil en un edificio de la institución en la localidad de Torres que brindaba asistencia alimentaria a niños con necesidades básicas insatisfechas. Luego de un análisis exhaustivo se comprobó que no solo se asignaban recursos para la atención a otra población que no era la destinataria de la institución, sino que los beneficiarios de esta ayuda no necesitan de tal asistencia.

Desde el comienzo se intentó consensuar un programa con los distintos sectores de la institución, para lo cual se convocó a reuniones a jefes de servicio y de departamento para discutir un programa de reforma institucional. Las reuniones fueron estériles ya que se sostenía que quería legitimarse una política previamente delineada, esta estrategia consolidó las resistencias existentes y la discusión se planteó en un terreno absolutamente ideológico. Se afirmaba que las reformas propuestas habían sido posibles en otros países, con otro tipo de pacientes y que por lo tanto esas políticas eran inviables en instituciones como Montes de Oca. Por lo tanto se reforzaba esta afirmación: "¿nuestros pacientes, dónde van a estar mejor que aquí?". Paralelamente se suscitaban una serie de movilizaciones y denuncias contra la "política de vaciamiento institucional" promovida por la dirección y duros cuestionamientos frente a la baja de camas y externaciones. Se sostenía que la fuente de trabajo se garantizaba con un mayor número de pacientes internados. De hecho, durante el año 2004 solo se dio de baja una cama asilar y fue producto de su deterioro.

Tal como lo señala Franca Basaglia Ongaro en *La Institución Negada*: "En una acción de transformación institucional el rechazo de la institución constituiría el primer paso, común a todos los niveles, internados y equipo encargado del tratamiento. Pero en la medida que la transformación coincide con la problematización general de la situación (y por lo tanto con la conquista en todos los niveles, de una libertad necesariamente responsable), también coincide con una crisis general e individual donde cada uno debe forjar sus propias armas para sobrevivir a la angustia de una relación que no permite mascara ni refugios".

Hasta aquí, el miedo al cambio y la incertidumbre habían ganado espacios de la institución, por lo que



había que demostrar a través de experiencias testigo y proyectos pilotos que la política institucional propuesta no solo mejoraría la condición de vida de los pacientes, sino que también beneficiaría a los trabajadores, que solo habían conocido el asilo como única opción.

Proyectos pilotos y experiencias testigos

Fue a partir de la implementación de proyectos pilotos y experiencias testigos que el proceso de reforma comenzó a generar confianza y credibilidad en los diferentes actores de la institución, un ejemplo de ello fue la reestructuración del pabellón 7. Allí se abrieron sus puertas, se dieron las primeras altas, se procedió a la división por piso en tres unidades autónomas e independientes y se trasladaron pacientes con retraso mental grave a casas y centros de día. Actualmente ese pabellón cuenta con 70 pacientes de los 122 existentes en 2004, de los cuales un 85% permanece durante el día realizando actividades fuera de su lugar de alojamiento. Esta experiencia se encuentra en curso ya que el objetivo es reubicar a todos los pacientes en unidades residenciales. Además de este proyecto, otros como la apertura del Centro de Día "Yenú Airen" en la localidad de Torres, la Unidad de Rehabilitación y Cuidados Especiales (URCE) que reemplazó definitivamente a los calabozos, entre otros proyectos, fueron contribuyendo a crear la confianza necesaria en el proceso de cambio, y frente al escepticismo e incredulidad fue prevaleciendo la voluntad de cambio de muchos actores que nunca había tenido la posibilidad de conocer algo distinto y superador.

Esta sucesión de proyectos fueron configurando finalmente el "Programa de Reforma del Modelo de atención" aprobado por resolución ministerial en el año 2006, y que fuera implementado entre 2004 y 2007, así como también sirvió para delinear las bases del plan estratégico 2007-2011, actualmente en ejecución en la institución.

Estrategias de cambio

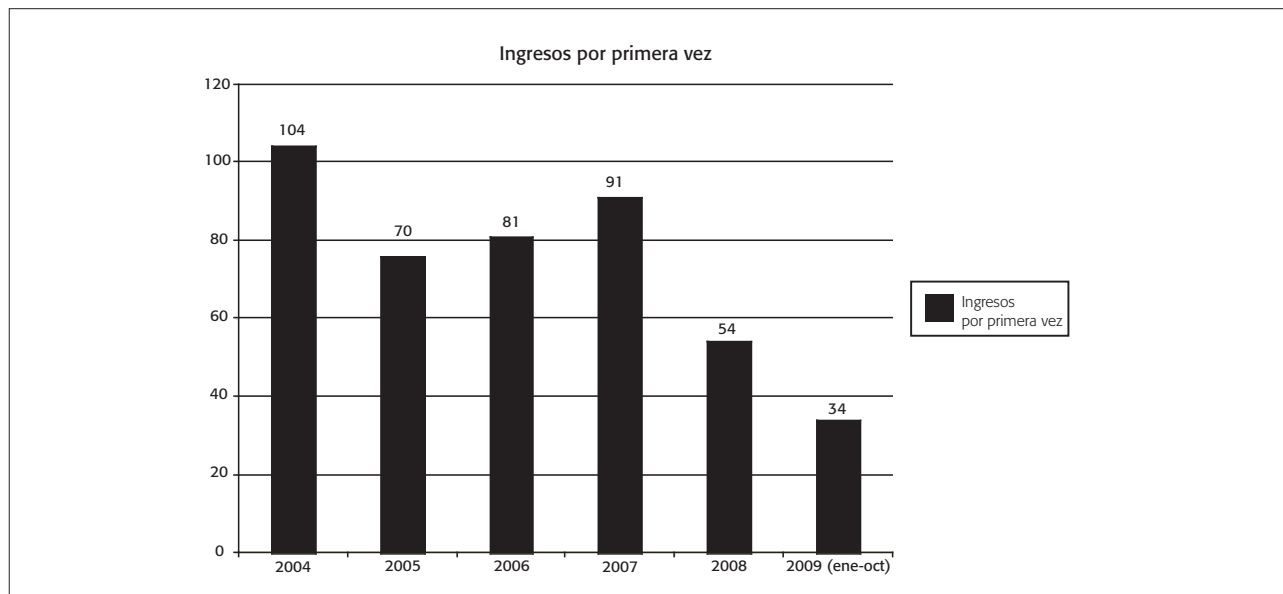
1. Restricción y regulación de las internaciones

Desde el comienzo de la gestión se intentó restringir las internaciones debido a la superpoblación existente en la mayoría de los pabellones, los rechazos realizados a los numerosos pedidos de internación generaban múltiples tensiones entre la guardia médica, las autoridades de la institución y los funcionarios del poder judicial, muchos de estos rechazos se fundaban en la superpoblación existente y en la ausencia de criterio de internación de las personas que llegaban a la Colonia Montes de Oca traídas por la policía u otras instituciones de salud con orden judicial.

En Febrero de 2008 se realiza en la institución una inspección de la Comisión de Seguimiento para el tratamiento en los Hospitales Neuropsiquiátricos dependiente de la Defensoría General de la Nación, en el informe realizado de la inspección, se reconoce las condiciones de superpoblación en varias unidades de internación. Este informe y un dictamen solicitado a la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, conjuntamente con diversos documentos técnicos (Principios y recomendaciones de las Naciones Unidas y de la OPS/OMS) constituyeron los fundamentos del acto administrativo (resolución N°1455/08) que dio origen a la restricción de las internaciones.

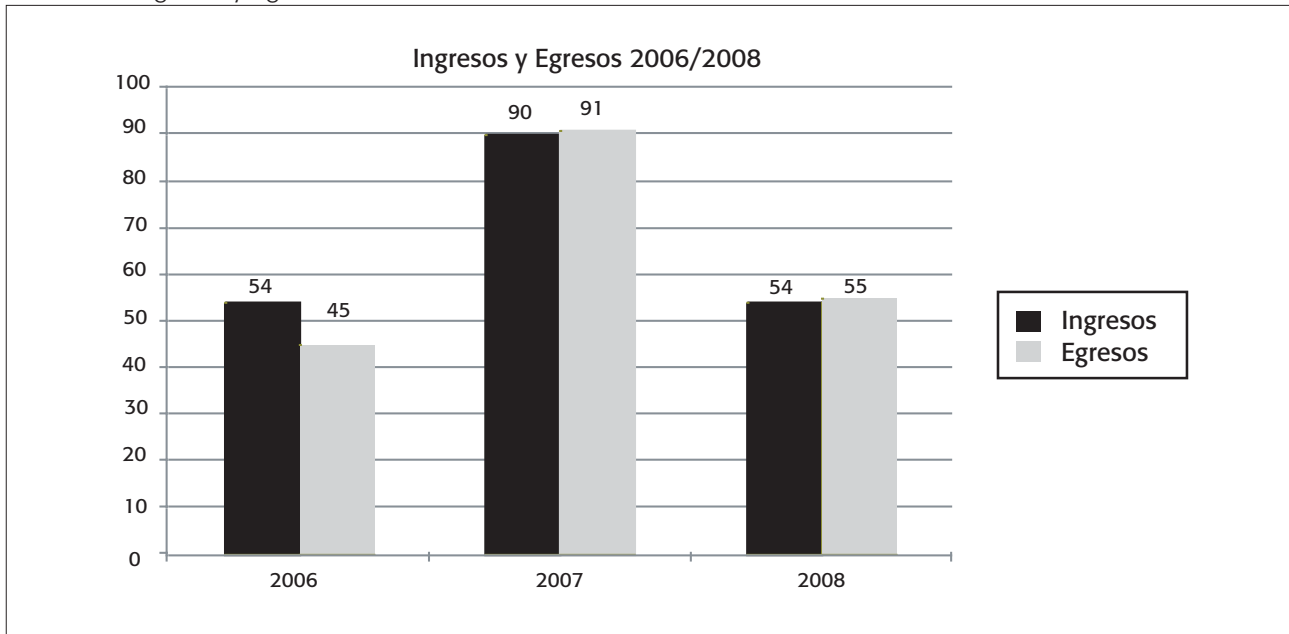
A partir de esta acción, las internaciones por primera vez redujeron a un 30% del promedio histórico de los últimos años. Así se revirtió una tendencia generalizada hasta el año 2006 de una proporción mayor de ingresos respecto de los egresos, lo que contribuía a la superpoblación y hacinamiento, vulnerando derechos fundamentales como la privacidad, la identidad y una adecuada atención, entre otros de las personas con discapacidad mental institucionalizadas.

Cuadro 1. Evolución de las Internaciones de primera vez desde 2004 a 2009 (octubre).



Fuente: Departamento de Estadística de la Colonia Nacional "Dr. Manuel A. Montes de Oca".

Cuadro 2. Ingresos y Egresos 2006/2008



Fuente: Departamento de Estadística. Colonia Nacional "Dr. Manuel A. Montes de Oca".

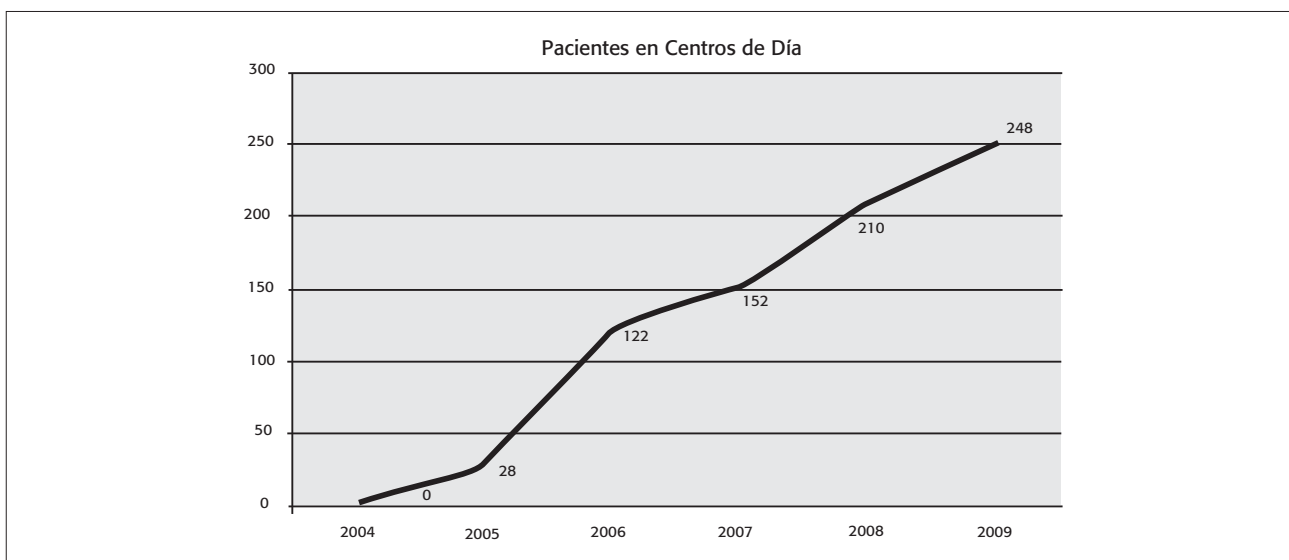
La habilitación de la Unidad de Evaluación y Guardia Psiquiátrica (UEGPS) con seis camas, en mayo de 2006 permitió que la mayoría de los ingresos de primera vez egresaran desde ese mismo Servicio con un promedio de estadía de 10 días de internación.

2. Dispositivos alternativos al Asilo

En Noviembre de 2005 se habilita el primer dispositivo de rehabilitación alternativo al modelo de atención asilar, el Centro de Día "Yenú Aiken" (Amigo de la Vida en lengua mapuche). Ubicado en la localidad de Torres, el servicio funciona como un espacio de rehabilitación y una instancia de articulación con la comunidad. Allí

comenzaron concurriendo 30 pacientes del pabellón 7 y posteriormente se fueron sumando otros de diferentes lugares (unidades residenciales y pabellones). Posteriormente se abrieron los centros Atrapando Sueños, Abriendo Puertas, Dulce Sonrisa, Vivir mejor, Volver a Vivir, Centro laboral educativo Manos a la Obra y el Taller protegido terapéutico Reencuentro. Estos nuevos ámbitos de trabajo permitieron poner en evidencia las contradicciones de un modelo masificante y iatrogénico como el asilar; en estos dispositivos el abordaje es personalizado, las actividades se desarrollan bajo un plan individual, el trabajo se aborda desde una perspectiva interdisciplinaria y existe un intenso vínculo con las familias y la comunidad.

Cuadro 3. Pacientes en Centros de Día



Fuente: Departamento de Estadística. Colonia Nacional "Dr. Manuel A. Montes de Oca".

A partir de la experiencia realizada en el Centro de Día "Yenú Airen", un grupo de concurrentes resistió el regreso al pabellón. Lo hicieron de diversos modos, algunos escondiéndose, otros no queriendo subir al colectivo que los trasladaba. Este hecho desencadena la necesidad de apertura de una casa en la comunidad para este primer grupo de personas.

Así es como en Abril de 2006 se habilita la primera casa en la comunidad denominada "Casa del Sol", posteriormente se sumarán otras en la comunidad y dentro del predio de la institución contabilizando un total de 69 camas residenciales.

3) Política de externación e inclusión social

En sus orígenes el Asilo Mixto de retardados (Montes de Oca) promovía una política de externación o de egresos institucionales en aquellas personas que habían mejorado su situación de salud producto del tratamiento recibido en la institución, así lo demuestran las memorias técnicas administrativas que cada año debían presentarse al Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto. En el pasado reciente y como resultante de un prolongado proceso de desviación de fines, las altas institucionales o

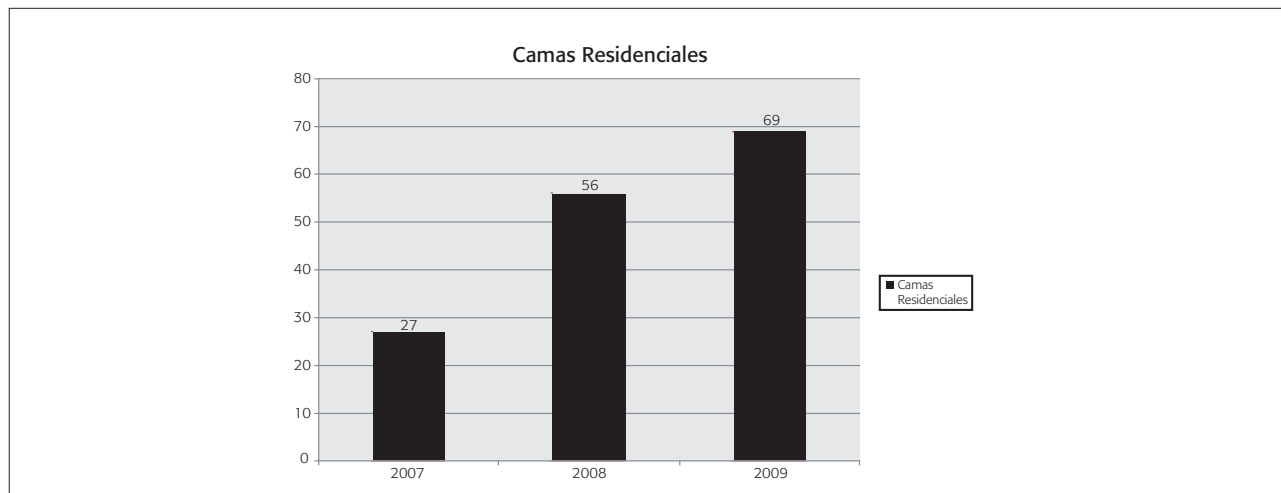
externaciones se redujeron a números casi inexistentes, (por ej. 2003-2004) donde fueron solo 12 y 13 respectivamente.

Una de las primeras acciones que se adoptó fue la regularización de las salidas terapéuticas de personas que no ocupaban cama en la institución pero que en los registros estadísticos figuraban bajo la condición de internados, lo que conllevaba la renovación mensual de las autorizaciones judiciales y en muchos caso esta situación generaba perjuicios en personas que tenían iniciado el trámite de insania y que se encontraban desde hacía mucho tiempo fuera de la institución. Existía por entonces una fuerte resistencia de los psiquiatras a dar el alta de internación por temor a que la institución no garantizara la continuidad de los tratamientos. Este es otro ejemplo de cuando el tratamiento se homologa a internación. No se podía pensar la atención sin vincularla a la cama de internación.

Otro hito importante fueron las externaciones producidas en los pabellones donde se alojaban los pacientes con multi-discapacidad más graves, esto fue una demostración de que podían externarse pacientes que estaban alojados en todos los pabellones, desterrando el mito de que solo podían externarse aquellos sin una discapacidad evidente.

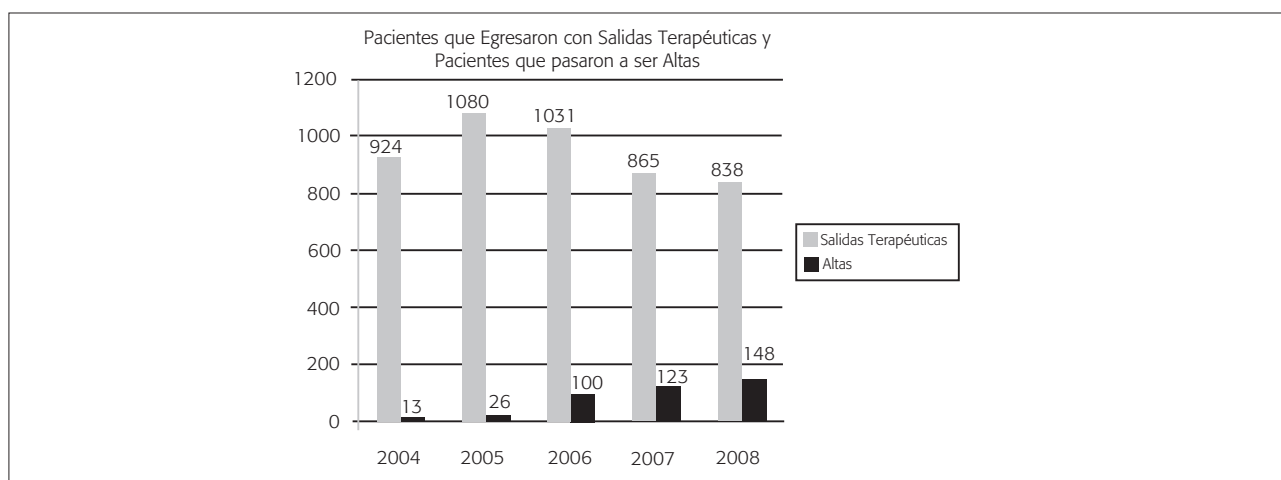
Se observa el aumento exponencial de las externaciones en los últimos 5 años (Cuadro V).

Cuadro 4. Evolución de camas residenciales.



Fuente: Departamento de Estadística de la Colonia Nacional "Dr. Manuel A. Montes de Oca".

Cuadro 5. Externaciones en los últimos 5 años.



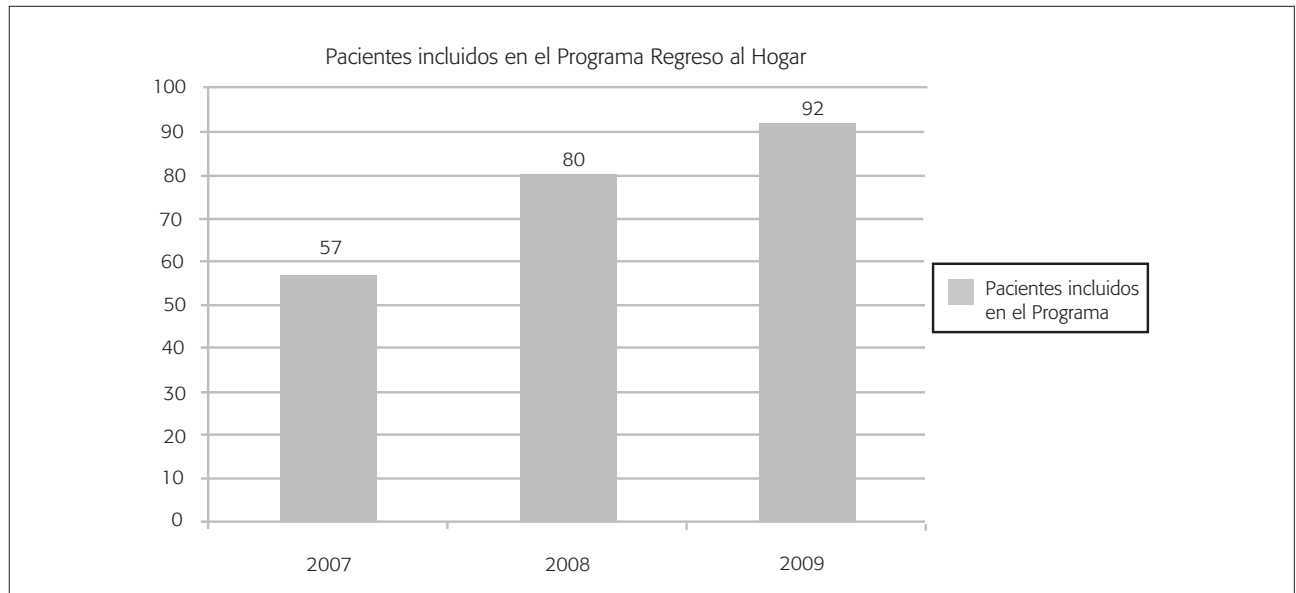
Fuente: Departamento de Estadística de la Colonia Nacional "Dr. Manuel A. Montes de Oca".

El punto culminante de este proceso lo constituye la creación en Abril de 2006 del programa Regreso al Hogar. El mismo tiene por objetivo brindar un subsidio económico a familias de personas institucionalizadas, que por razones fundamentalmente socioeconómicas no pueden llevar a su pariente institucionalizado a su hogar. El aporte económico (\$525 mensuales) también funciona como un facilitador que posibilita el trabajo con las familias en otras áreas, como por ejemplo, psicoeducación, y contribuyendo a la restitución simbólica del lugar vacante en el

hogar resultante de los años de institucionalización. Un dato elocuente del número de pacientes que se ha incorporado al Programa puede visualizarse en el siguiente Cuadro VI.

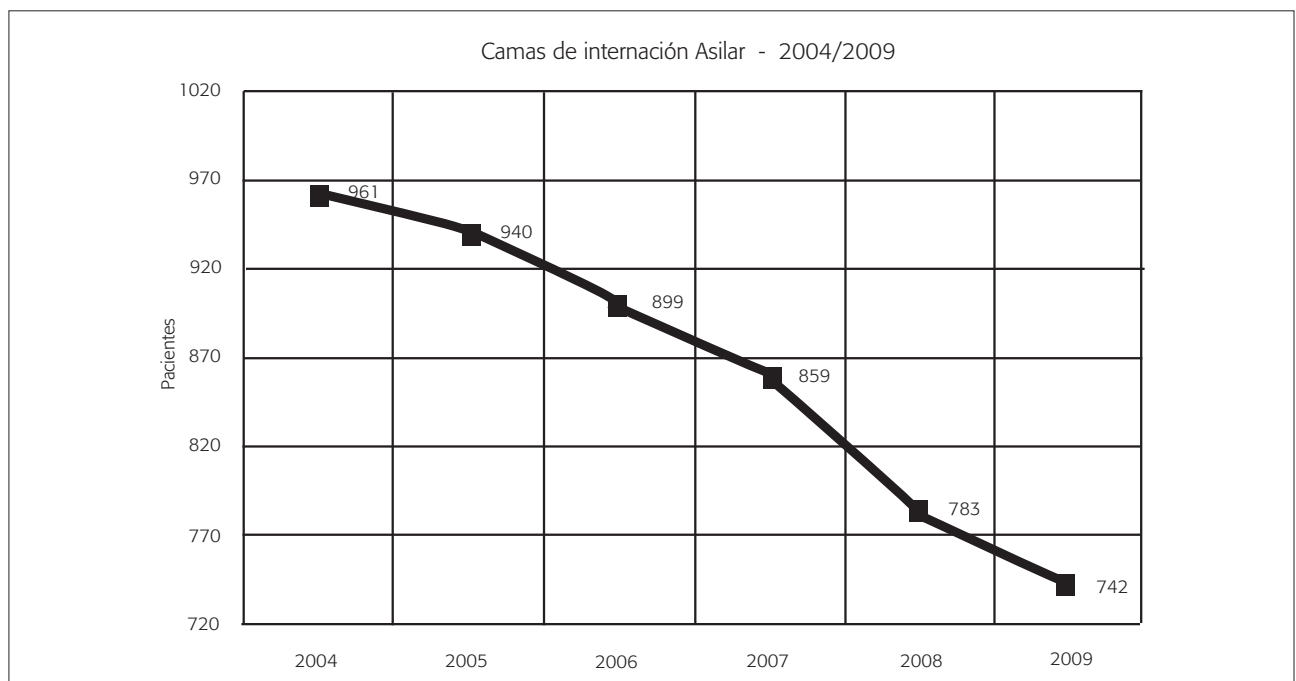
La política activa de externación desarrollada en estos años, conjuntamente con la restricción de los ingresos y la apertura de unidades residenciales contribuyó a una disminución de 219 camas asilares en el período 2004-2009 (Octubre).

Cuadro 6. Pacientes incluidos en el programa "Regreso al Hogar".



Fuente: Departamento de Estadística de la Colonia Nacional "Dr. Manuel A. Montes de Oca".

Cuadro 7. Camas de internación Asilar - 2004/2009.



Fuente: Departamento de Estadística de la Colonia Nacional "Dr. Manuel A. Montes de Oca".

4) *Mejoramiento de las condiciones de vida de las personas institucionalizadas*

Los procesos de Reforma de las instituciones asilares requieren necesariamente de tiempo, por lo que a medida que se avanza en la creación de servicios o dispositivos sustitutivos al manicomio simultáneamente debe prestarse una adecuada atención a las personas que permanecen en la institución. Esta situación plantea la necesidad de mejorar las condiciones de hábitat y de vida en general de las personas alojadas en pabellones mientras continúen institucionalizadas. Esto ha sido parte de la estrategia implementada para mantener el equilibrio del proceso de cambio, que a pesar de las tensiones provocadas por los dispositivos alternativos que emergen a la luz del debilitamiento de los pabellones, siempre se planteó como objetivo de la política institucional mejorar la calidad de vida de las personas institucionalizadas.

En este marco se inscribe la reestructuración de los servicios de internación o alojamiento (pabellones). Con el objetivo de promover un trabajo más personalizado con los pacientes se redujo la población a cargo de cada equipo a través de la división funcional y administrativa en los pabellones con tres plantas. Se constituyó un hogar por cada piso, lo cual permitió superar los efectos de la masificación asilar reduciendo la proporción personal asistente-paciente, lo que permite que cada persona institucionalizada reciba los apoyos adecuados a sus necesidades.

Estos pisos se constituyen en la bisagra entre un modelo masificante y otro más personalizado, centrado en las necesidades de cada individuo. Aunque deban darse otros pasos para la integración social de las personas allí alojadas, es un paso importante en el camino de restitución de derechos y una mejora importante en un espacio concebido históricamente desde una perspectiva custodial y represiva.

Desafíos emergentes

Desconcentración del poder

En los manicomios el poder se distribuye en pocas personas, la estructura de poder es verticalista y autoritaria, no hay trabajo en equipo y existe una profunda división entre los profesionales y los demás trabajadores. Una estrategia que se ha ido consolidando a la luz de la creación de las nuevas unidades (casas, centros de día, hogares, pabellones divididos) es la desconcentración del poder en más agentes. Esto ha posibilitado una mayor participación y compromiso de nuevos actores que no tenían protagonismo en el modelo asilar. Esta situación consolida la construcción de una alternativa al manicomio sustentada desde las propias bases de los trabajadores, lo cual fortalece el proceso de reforma.

Alianzas estratégicas

Cualquier proceso de cambio de una institución compleja requiere de construcción de alianzas estratégicas que favorezcan y fortalezcan el proceso de cambio institucional. Las alianzas hacen sustentable el proceso

y brindan estabilidad a la gestión. En el caso particular de Montes de Oca se construyeron alianzas externas con actores del Poder Judicial (Curaduría General de la Provincia, jueces) organizaciones de discapacidad, organizaciones científicas (Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA), Universidades) y de derechos humanos (CELS), organismos del estado como la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, el Servicio Nacional de Rehabilitación, Sindicatura General de la Nación, Hospital escuela de Salud Mental de San Luis, Organización panamericana de la Salud (OPS/OMS) entre otros actores conjuntamente con actores de la institución (sindicatos y otros actores sociales) fueron consolidando una visión de la institución comprometida con la defensa de los derechos humanos y la inclusión social de las personas alojadas en la institución.

Construcción de una visión territorial

El pasaje de la institucionalización a la comunidad es uno de los procesos más complejos, tanto para pacientes, como para los agentes que trabajan en la institución. En este sentido se ha avanzado en la construcción de un espacio territorial donde se efectúan acciones comunitarias. La descentralización de la atención psiquiátrica ambulatoria en el nivel local, a partir de convenios con municipios (Moreno, Luján, Campana, entre otros) y la multiplicación de casas y centros de día en la comunidad han ido gradualmente desplazando los límites de la institución que antes se asociaba indefectiblemente con el trabajo en un pabellón. No podía pensarse el trabajo en la institución sin ingresar a ella. Ahora se puede trabajar para la institución en un centro de Día, en una unidad residencial en la comunidad, en el Programa Regreso al hogar o en un servicio de salud mental de un municipio vecino.

El proceso de desinstitucionalización necesariamente debe incorporar una visión comunitaria despojada de los viejos resabios manicomiales.

Enfoque de Derecho en Salud Mental y Discapacidad

La introducción del enfoque de derecho en Salud Mental y Discapacidad permitió un cambio sustancial respecto de prácticas custodiales naturalizadas por el personal. La transformación del modelo manicomial es sustancialmente la transformación sus prácticas. Simultáneamente a la reestructuración de los servicios y la apertura de nuevos dispositivos, se implementaron talleres de reflexión y capacitación en conjunto con la Secretaria de Derechos Humanos de la Nación con el objetivo de introducir la perspectiva de los derechos humanos como eje del proceso de atención de las personas con discapacidad mental. Este proceso conjuntamente con el cambio en la gestión de los servicios, permitió introducir la secuencia derecho-rehabilitación y reinserción social como puntos sustantivos del proceso de cambio.

Comentarios finales

El proceso de reforma iniciado en la Colonia Nacional "Dr. Manuel A. Montes de Oca" plantea múltiples desafíos para instalar definitivamente un modelo de atención que sea solidario con la defensa y protección de los derechos humanos. Indefectiblemente deberán profundizarse las estrategias comunitarias, el foco del campo de intervención deberá desplazarse cada vez con mayor intensidad hacia la comunidad. Esto supone la construcción de una nueva identidad sustentada en prácticas extramuros, rompiendo la asociación cama- atención.

La continuidad de las políticas es otro de los desafíos que tiene esta experiencia para garantizar la sustentabilidad del proceso de reforma, por ello resulta muy importante el fortalecimiento de alianzas estratégicas con otros actores socia-

les (poder judicial, Ong's, Organismos de DDHH, etc.).

La adhesión al proceso de cambio debe extenderse aún más dentro de los trabajadores que históricamente han apoyado el régimen asilar con el objetivo de erradicar las "malas prácticas."

El proceso de reforma de la institución asilar debe necesariamente incluir nuevos actores que replanteen el rol de aquellos que durante años apoyaron el modelo asilar, pero también debe incorporar a los viejos actores, quienes deben tener la oportunidad de incluirse en este proceso. Como lo afirma Jorge Pellegrini: "No hay nuevos actores sin viejos actores reconvertidos".

Existen probadas evidencias de las mejoras que produce el modelo de atención comunitaria, por lo que es un imperativo ético no retroceder en esta lucha de restitución de derechos de pacientes y trabajadores ■

Referencias bibliográficas

1. Cabred D. Discurso Inaugural de la Colonia Nacional de Alienados (1899). *Vertex, Rev Arg Psiq.* II, 3. Marzo-Abril-Mayo, 1991.
2. Cabred D. Discurso Inaugural con motivo de la colocación de la piedra fundacional en la Colonia Asilo Regional de retardados. Colonia Nacional Montes de Oca. Memoria Médico Administrativa. Torres, 1908.
3. Asilo Colonia Regional Mixto de Retardados. Memoria médico administrativa del Año 1929. Torres, 1929.
4. CELS, MDRI: Vidas arrasadas. Editorial siglo XXI, Buenos Aire, 2008.
5. De Lellis M y Cols. "Hacia la reformulación de las políticas públicas de salud mental y discapacidad intelectual". En De Lellis M y Rossetto J. *Psicología y Políticas de Salud.* Ed. Paidós, Buenos Aires, 2006.
6. Goffman I. *Internados.* Amorrortu Editores, Buenos Aires, 2007.
7. Malamud M. "Domingo Cabred: Crónica de una vida consagrada a luchar por la atención médico-social de los argentinos". Ministerio de Cultura y Educación. Ediciones Culturales Argentinas. 1972.
8. Foulcault M. *El Poder Psiquiátrico.* Editorial Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 2005.
9. Pellegrini J. *Salud es sin encierros.* Editorial Polemos, Buenos Aires, 2009.
10. Pellegrini J. VI Congreso Argentino de Acompañantes terapéuticos: Reforma en salud mental: Nuevos actores. San Luís. Mayo de 2009.
11. Zito Lema V. Conversaciones con Enrique Pichon Rivière sobre el arte y la Locura. Timerman Editores, Buenos Aires, 1976.
12. Sánchez F. *El desnudo de la Inocencia. La verdad sobre la Colonia Montes de Oca.* Editorial Galerna, Buenos Aires, 1992.
13. Rossetto J. "Tendiendo puentes entre la Salud Mental y los Derechos Humanos": El proceso de Reforma en la Colonia Nacional Dr. Manuel A. Montes de Oca. Una experiencia a cuatro años de gestión. Publicado por la Mesa de Trabajo Permanente de Salud Mental y Derechos Humanos. Córdoba, 2008.
14. Rossetto J & de Lellis M. Crisis y superación del manicomio. Experiencia de reforma en la Colonia Nacional Montes de Oca. *Actualidad Psicológica,* Junio de 2008.
15. Rossetto J & de Lellis M. Los caminos de la reforma en Salud Mental. *Medicina y Sociedad.* Vol. 27. No 3. Septiembre de 2007.
16. Rossetto, J & de Lellis M. El proceso de reforma institucional: la experiencia de tres años de gestión en la Colonia Nacional Montes de Oca. *Vertex, Rev Arg Psiq.* XVIII, 73. Mayo-Junio 2007.
17. Montanari A. "Introducción". En: *El salvaje del Aveyron: psiquiatría y pedagogía en el Iluminismo tardío.* CEAL, Buenos Aires, 1991.
18. Basaglia F. *La condena de ser loco y pobre. Alternativas al manicomio (conferencias brasileñas)* Editorial Topía, Buenos Aires, 2008.
19. Vezzetti H. Domingo Cabred y el asilo de puertas abiertas. *Vertex, Rev Arg Psiq.* II,3, Marzo-Abril-mayo 1991.



Primeras voces de reforma en Buenos Aires: El manicomio moderno en la tesis doctoral de Norberto Maglioni (1879)

Norberto Aldo Conti

Institucionalización de la locura en Buenos Aires

El problema de la locura está presente en Buenos Aires desde sus comienzos aunque la presencia del loco aumenta notablemente, como es de esperar, con el crecimiento de la ciudad especialmente desde las reformas borbónicas de 1776 con la creación del Virreinato del Río de la Plata y, en un segundo momento, en torno a la inmigración masiva de fines del siglo XIX. Si nos situamos en las instituciones médicas podemos ver que desde 1605 existía el Hospital San Martín, confiado a los

padres Betlhemitas desde la expulsión de los Jesuitas en 1767. En él había un rancho con función de loquero que se vio desbordado hacia 1799 luego de que el virrey Vértiz ordenara la detención de vagos y mendigos en la vía pública; se habilitaron entonces dos ranchos aparte, contiguos al edificio del hospital. Este hospital fue cerrado en 1822 en el marco de las reformas rivadavianas y se creó el Hospital General de Hombres que incluía un cuadro de dementes acerca del cual nos dejó esta semblanza Nicanor Albarellos, en una publicación de 1863:



Edificio principal y entrada del Hospicio de las Mercedes

“... ahí se mantenían encerrados y con un centinela en la puerta los locos, a los cuales pasaba revista uno de los médicos cuando se enfermaban de otra cosa que su demencia, pues para ella no se prodigaba entonces ningún tratamiento. A estos locos los cuidaba ... un capataz que generalmente tenía una verga en la mano, con la cual solía darles algunos golpes a los que no le obedecían ... y por medio del terror se hacía respetar y obedecer. Cuando algún loco se ponía furioso ... se le encerraba en un cuarto sin muebles ... donde permanecía mientras le duraba la exaltación mental.”¹

Respecto a la atención de las mujeres, en 1790, religiosas de la Santa Caridad adquieren un terreno para la

¹ Albarellos, Nicanor, *Apuntes históricos sobre la enseñanza de la medicina en Buenos Aires, desde sus orígenes hasta la fecha*, en Revista Farmacéutica, 1963-1965, III-IV.

atención de enfermas que luego será el Hospital General de Mujeres, de propiedad estatal desde 1822, el cual contaba con un cuadro de dementes similar al de hombres. Por otro lado, en la Cárcel de Mujeres el virrey Vértiz estableció una Casa de Corrección para ramerías e insanas que también funcionó en el período anterior a la fundación de los manicomios, a partir de la cual se trasladaron allí a los dementes, tanto hombres como mujeres, que se encontraban alojados en otros dispositivos.

Los manicomios de Buenos Aires fueron creados por el impulso de la Sociedad de Beneficencia siendo su principal animador el Dr. Ventura Bosch (1814-1871), como lo recuerda en su tesis el Dr. Maglioni, el Hospicio de Mujeres fue inaugurado en 1854 ingresando en ese año 68 internas, el control administrativo quedó a cargo de la Sociedad de Beneficencia. El Hospicio de Hombres, cuya construcción supervisó Ventura Bosch, se inauguró en 1863 y fue su primer Director el Dr. Uriarte; sobre la primera época del Hospicio nos dicen Meléndez y Coni:

“ En aquél, los alienados vivían en completa aglomeración, muchos de ellos sin otra cama que el desnudo y frío suelo, en calabozos, húmedos, oscuros y pestíferos. Los cepos para sujetar y calmar a los furiosos y los que contenían las mismas camas eran de uso frecuente como único medio de calmar la agitación ...”

“ Llegada la hora de las comidas, el alienado era obligado a concurrir con el plato para recibir simplemente un poco de caldo o un pedazo de carne como único alimento, de manera que aquel que por la especialidad de su delirio obedecía la voz de Dios, que le mandaba hacer penitencia para purgarse de sus culpas, quedaba sin tomarlos y moría de consunción por el abandono en que se le dejaba ...”

“ En los comedores se verán todavía las cadenas que recuerdan las antiguas prisiones de los alienados, sirviendo para unir las mesas por los pies a fin de que ellos no las removerían ... esta, señores, era la situación del loco en el año 63 y principios del 64, en que se hizo cargo el Dr. Uriarte de la dirección del asilo.”

“ La terapéutica era tan insuficiente y tan empírica, como es fácil comprenderlo desde luego, pues que al parecer estaban nuestros médicos a ciegas de los progresos diarios en este ramo del saber humano ...”

“ El médico asistía todos los días al Hospicio, y se retiraba para no volver hasta el día siguiente, la mayor parte de los empleados hacían otro tanto. Por las noches cerraban con llaves las puertas de las habitaciones, dejando dentro a los alienados, y se retiraban a sus casas ...”

“Es duro decir que la asistencia médica no era posible ... las prescripciones del médico estaban de más, puesto que no quedaba ningún empleado o enfermero para llamarlos. Durante el día todo se encontraba en completo desquicio y los desgraciados alienados eran las víctimas contra quienes se ensañaban los rudos e inhumanitarios asistentes, que parecían rentados para cometer actos de crueldad.”²

Nos ha parecido muy ilustrativo este párrafo referido a la situación del Hospicio en la época inmediatamente anterior a la tesis de Maglioni que aquí presentamos, en efecto, las críticas de Meléndez y Coni son similares a las de Maglioni en su tesis y ambas corresponden al año 1879, habiéndose hecho cargo de la Dirección del Hospicio a la muerte de Uriarte en 1876 el mismo Lucio Meléndez (1844-1901).

El “Manicomio moderno”, de Giné i Partagás a la tesis de Maglioni

Cuando Norberto Maglioni presenta su tesis doctoral los hospicios de Buenos Aires están cumpliendo sus primeros 25 años de existencia, seguramente la misma edad de Maglioni quien presenta su tesis, como todos los jóvenes médicos recién recibidos, para ser habilitado en la profesión. En sus páginas fija una posición muy clara respecto a la administración del “Manicomio moderno” y, si bien se refiere a autores franceses e ingleses, el único autor al que cita extensa y textualmente es a Juan Giné i Partagás (1836-1903), médico catalán que trabajó intensamente en la organización de la asistencia manicomial en España.³ Fue Director del Manicomio de Nueva Belén (1862) y se preocupó tanto por la organización del funcionamiento institucional y la terapéutica como de la divulgación de la importancia del manicomio y el estatus del loco en una sociedad moderna, a este respecto dice:

“ el loco tiene derecho a que se le otorguen las consideraciones que se deben a un enfermo, a un desvalido, a quien no podemos dejar de proteger, amparándole, medicándole y aislándole, desde el momento en que la sociedad debe ser protegida y preservada de los daños que pueden irrogarle los orates.”⁴

En cuanto a la organización institucional del manicomio Giné i Partagás publica en 1874 un importante artículo, conocido seguramente por Maglioni, en el cual se refiere a la organización del trabajo en el Manicomio de Nueva Belén, en el cual afirma:

“ ... aspiramos a realizar el mayor bien posible para los enajenados, a beneficio de un régimen de libertad y de expansión, compatible con su estado frenopático, de una vigilancia no interrumpida ni de día ni de noche, de un conjunto de condiciones higiénicas escrupulosamente estudiadas, y sobre todo, por la adopción de un plan curativo, sujeto no a un orden de cosas generales, sino a cada una de las condiciones individuales que presentan los enfermos.”⁵

Vemos que la propuesta organizativa de Giné y su consideración del loco como sujeto de derecho con posibilidades de mejoría y curación se inscribe en el modelo de la reforma pineleana, a quien también se refiere

² Meléndez L. y Coni, E., “Estudio estadístico sobre la locura en Buenos Aires”, *Revista Médico Quirúrgica*, XVI, 1879.

³ Se debe destacar que en España la asistencia manicomial se desarrolló intensamente en el ámbito privado siendo Giné i Partagás, al igual que otros importantes contemporáneos suyos Directores y propietarios de sus manicomios.

⁴ Giné i Partagás, J., *Revista Frenopática Barcelonesa*, 1885 (Citado por Huertas, R., *Organizar y Persuadir*, Madrid, Ed. Frenia, 2002).

⁵ Giné y Partagás, J., *Descripción, marcha funcional y reglamento orgánico del Manicomio de Nueva Belén*, Barcelona, Imprenta de Antonio Palau, 1874. (Citado por Huertas, R., *Organizar y Persuadir*, Madrid, Ed. Frenia, 2002).

Maglioni en su tesis, aunque el contexto de producción de la obra de Giné es muy diverso de nuestro autor, como bien lo explicita Huertas⁶; en efecto, siendo en España privados los manicomios que pregonan la reforma de la asistencia, hay un fuerte énfasis en la divulgación al público general y las consideraciones en torno a las familias que, la mayoría de las veces, serían los responsables de la llegada del loco al manicomio.

El contexto histórico social en que se inscribe la tesis de Maglioni si bien es muy diverso del español también busca una legitimación científica del abordaje institucional de la locura y, contra la "oscuridad del pasado" pregonan un presente abierto a un futuro venturoso de

la mano de la figura del Director-administrador que tan bien encarna en esa época Lucio Meléndez, organizador de la primera matriz disciplinar psiquiátrica de la Argentina.⁷ Maglioni, al igual que otros muchos jóvenes médicos de la época⁸, será uno de los primeros integrantes de ese cuerpo de profesionales que optarán por trabajar con la locura desde una perspectiva científica y respetuosa de los locos como sujetos de derecho bajo el ideario de Pinel y el magisterio de Meléndez, en un contexto nacional (1880-1910) que exigirá respuestas científicas y políticas al aumento de la marginalidad urbana -incluyendo la locura- proporcional al estallido poblacional dependiente de la inmigración europea⁹ ■

Referencias bibliográficas

1. Conti, N.A., "La locura en Buenos Aires, 1810 -1830" en *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina*, Nro. 27, Otoño, 2009.
2. Conti, N.A., "El tratamiento moral de Pinel en los orígenes de la Psiquiatría Moderna" en *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, Vol. XIX; Nro. 82, pag. 394-396, 2008
3. Conti, N.A., "Aspectos sociales políticos y culturales en torno a la Organización Nacional (1880 - 1910)." en *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina*, N° 21, Primavera de 2004.
4. Conti, N.A., "Las tesis psiquiátricas en la Universidad de Buenos Aires (1880 - 1910)" en *European Association History of Psychiatry* (ed.): *Actas del V Congreso de la Asociación Europea de Historia de la Psiquiatría*, Madrid, 2003.
5. Conti, N.A., "Las tesis de Psiquiatría en la Facultad de Medicina, 1880-1910", en *Temas de la Historia de la Psiquiatría Argentina*, N.9 , Verano 2001.
6. Conti, N.A., "Una propuesta historiográfica para la historia de la psiquiatría en la Argentina" en Stagnaro, J.C. y Weisman, P.(comp.): *Memoria e Historia*, Buenos Aires, Editorial Pólemos, 2000
7. Guerrino, A., *La Psiquiatría Argentina*. Bs. As., Cuatro, 1982.
8. Huertas, R., *Organizar y Persuadir, Estrategias profesionales y retóricas de legitimación en la medicina mental española (1875-1936)*, Editorial Frenia, Madrid, 2002.
9. Lardiez Gonzalez, J., *La psiquiatría Argentina del siglo XIX*. Bs. As., Facultad de Medicina, UBA, Tesis Doctoral, 1953.
10. Loudet, O., *Historia de la Psiquiatría Argentina*. Bs. As., Troquel, , 1971.
11. Loudet, O., *Ensayos de crítica e historia*. Bs. As., Academia Nacional de Letras, 1975
12. Stagnaro, J. C., *Lucio Meléndez y la primera matriz disciplinar de la psiquiatría argentina*, en *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina*, N° 1, Bs. As., Pólemos, Invierno 1997, pag. 3-16.

⁶ Huertas, R., *Entre la promoción empresarial y la legitimación científica* (23-70), en *Organizar y Persuadir*, Madrid, Ed. Frenia, 2002.

⁷ Stagnaro, J.C., *Lucio Meléndez y la primera matriz disciplinar de la psiquiatría argentina*, en *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina*, N. 1, Bs. As., Pólemos, Invierno 1997, pag. 3-16.

⁸ Conti, N., "Las tesis psiquiátricas en la Universidad de Buenos Aires (1880 - 1910)" en *European Association History of Psychiatry* (ed.): *Actas del V Congreso de la Asociación Europea de Historia de la Psiquiatría*, Madrid, 2003.

⁹ Conti, N., "Aspectos sociales políticos y culturales en torno a la Organización Nacional (1880 - 1910)." en *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina*, N. 21, Ed. Pólemos, Primavera de 2004.

Los manicomios

Norberto Maglioni

Tesis Doctoral de la Universidad de Buenos Aires, 1879.

(Fragmentos)

Año y medio de servicio como practicante interno en el Hospicio de enagenadas, me han hecho palpar muchas deficiencias en la Administración y Dirección de nuestros manicomios, que por cierto no se hallan en armonía con el grado de progreso al que hemos llegado.

No desconozco las dificultades de la empresa que voy á abordar, y estoy persuadido de que mis débiles fuerzas no me han de ayudar para llevar á cabo con la lucidez que deseara el objeto que me propongo. Pero declaro ingenuamente que vería colmada mis aspiraciones, si consiguiera llamar seriamente la atención de la ilustrada corporación á la que me dirijo, cuya influencia eficaz podría remediar las desventajosas condiciones en que se encuentran en este país, los que padecen esa terrible afección que se llama locura

Véase lo que dice Ginés y Partagás: "No están aún muy lejanos los tiempos en que al enfermo de enagenación mental no se le consideraba digno de compasión ni susceptible de remedio. Teníase al loco por un ser dañino, una especie de alimaña con formas humanas, un ente poseído del maligno espíritu de quien era necesario preservarse, segregándole del trato social, y entregarle a su destino, ya que sobre su cabeza se veía el rayo fulminado por la cólera divina".

¿Qué preocupaciones tan ridículas! ¡Qué aberraciones tan propias de esas épocas de atraso y de ignorancia!

Los estudios de la fisiología y de la patología han llegado á demostrar con la claridad de la evidencia la verdad de la escuela somatista, a la que pertenece Muadley y a quien antes he citado.

Sí, los enagenados son enfermos del cerebro, así como los que padecen de encefalitis siendo muchas veces la locura el paso de este estado agudo al estado crónico que la caracteriza; y tiene la sociedad para con ellos por lo menos los mismos deberes que para los demás enfermos.

Esto sentado, pasaré a ocuparme de las condiciones en que han estado en otras épocas comparándolas con las actuales; proponiendo las reformas que considero indispensables para colocar nuestros manicomios en una altura que corresponda al grado de progreso de este país, cuyos gobiernos han descuidado esta rama importantísima de la administración.

No fue sino a fines del siglo pasado que un hombre de verdadero genio y animado de sentimientos nobles y generosos, dio el primer grito en favor de los enagenados.

Si, Pinel puede considerarse como la primera piedra de la gran escuela alienista moderna.

(...)

Es preciso conocer las condiciones de estos desgraciados antes de aquella época de progreso y de reforma.

En los antiguos asilos los locos eran encerrados en jaulas inmundas. Ahí no eran, por cierto, tratados como enfermos y sí considerados como animales feroces, que el público curioso concurría á contemplar.

(...)

El asilo de Bethlam en Londres mereció el nombre de Cárcel de los Locos, pues los orates aunque separados de los criminales, estaban retenidos con cadenas en sus jaulas y hasta servían de ludibrio¹ á los curiosos y de objeto de especulación á inhumanos loqueros, que se hacían pagar los latigazos con que provocaban el furor de los enfermos para hacer más divertido el espectáculo.

Espectáculos análogos se veían en las demás naciones; pero estudiemos lo que ha pasado entre nosotros; para que puedan verse los progresos que se han hecho en el tratamiento de los enagenados, pasando enseguida a

¹ Escarnio, desprecio, mofa (Enciclopedia Universal Salvat).

proponer las reformas que deben introducirse, inspirándonos en los principios de la ciencia y en la práctica de los otros países.

Los informes que he podido obtener datan del año 1857, y por las condiciones de los enagenados en aquella época podrá juzgarse cual sería antes su tratamiento.

En aquel año el Hospital General de Hombres albergaba toda clase de enfermos: allí no se averiguaba la naturaleza de la enfermedad de los desgraciados que solicitaban ser asilados. Los atacados de neumonía tenían el mismo acceso que los afectados de las formas más variadas de enagenación mental. En su interior se hacía la separación de los locos y los cuerdos, pero de la manera más rudimentaria; y así muchas veces eran asilados en el departamento de los locos individuos atacados de epilepsia, delirium tremens, u otras afecciones nerviosas que no correspondían á ese departamento.

Este estado de cosas no podía prolongarse por mucho tiempo, pues el local era pequeño para el gran número de enfermos que acudían solicitando la asistencia que allí se proporcionaba.

(...)

El 11 de agosto de 1857 brilló para los enagenados un sol de esperanza, cuyos tibios rayos alentaban sus aspiraciones legítimas a ser tratados como su dignidad de hombre lo requería. En esa fecha memorable se sancionó el decreto que creaba una casa de dementes.

El 14 de octubre de 1858, las Honorables Cámaras de la Provincia promulgaron una ley, autorizando a la Municipalidad de Buenos Aires para invertir la suma de 2.000.000 pesos moneda corriente, en la construcción de una casa para los dementes y en la planteación de un Cementerio público al sud de la ciudad.

(...)

La Memoria Municipal del año 1859, anunciaba la pronta realización de lo que hasta entonces no había sido sino un proyecto; y a la Comisión encargada de estas obras se agregaron los Sres. Dr. D. Ventura Bosch, D. Mariano, Miró y D. Felipe Botet.

Esta es la historia de la fundación de nuestro manicomio; y a la verdad de que si son dignas de todo encomio las personas que trabajaron para su construcción, no es menos cierto que los resultados fueron muy deficientes, como se verá con lo que paso a exponer.

En el año 1863 fueron conducidos al nuevo Hospicio 116 enagenados, que unidos a los seis allí existentes formaban un total de 122, sin contar los empleados superiores y asistentes, que requería un establecimiento de esta clase.

(...)

En el año 1864 se nombró Médico-Director de este establecimiento al Dr. José M. Uriarte.

Este era un paso más que se daba en el sentido del mejor servicio del Asilo. Más adelante trataré de hacer

resaltar las ventajas incalculables que recaen sobre los manicomios cuando su administración está en manos de hombres, que a la honorabilidad reúnen los conocimientos especiales sobre las enfermedades que en ellos se atienden.

La situación de los enagenados había pues mejorado con el nombramiento del Dr. Uriarte, como Médico-Director de este Hospicio. Pero no era obra de un día el mejoramiento que las condiciones del loco en aquella época requería; y aunque por su parte mucho hizo el Dr. Uriarte, mucho quedaba aún por hacer, cuando ocurrió su muerte en el año 1876.

Aquí empieza una nueva era de reformas en el Asilo de los alienados.

El nombramiento de Médico-Director recayó en el ilustre Dr. Meléndez.

No es mi ánimo retribuir con elogios, las muchas atenciones de que he sido objeto por parte de este distinguido alienista; pero considero un acto de estricta justicia hacer constar en este trabajo que merced al afanoso empeño del joven director la faz del Asilo cambió por completo. Introdujéronse grandes mejoras en el servicio interno y una nueva organización vino a producir más fecundos resultados en los trabajos agrícolas; y a la par de estos adelantos materiales, pusiéronse en práctica todos los preceptos que la ciencia moderna establece, y el nuevo aspecto del establecimiento y los numerosos casos curados vinieron á demostrar que la dirección anterior dejaba mucho que desear.

Sí, me es grato consignar en estas humildes páginas el nombre del Dr. Lucio Meléndez, como un timbre de gloria para la ciencia médica argentina.

(...)

III

Veamos ahora cuales son las reformas que deben introducirse en el servicio general de nuestros manicomios, deteniéndonos particularmente en el punto capital de este trabajo, es decir, la crítica de su administración y dirección.

(...)

Por lo que respecta á las condiciones interiores del establecimiento ellas dejan mucho que desear bajo el punto de vista de la higiene.

En el Hospicio de Hombres, por ejemplo, que es un edificio destinado a albergar 120 enfermos, se hospedan 300, este solo hecho basta para dar a conocer las malísimas condiciones en que se hallan los enajenados.

Hacinados de a tres ó más en celdas en que, conformándose con la higiene, apenas podría alojarse un solo individuo, no se puede contar con salas especiales para los atacados de afecciones intercurrentes.

En el Hospicio de la Convalecencia, aunque con un edificio de mayor extensión, por su mala distribución y también por su estrechez relativa al número,

las condiciones interiores del establecimiento se asemejan mucho sino son idénticas a la del Hospicio de Hombres.

(...)

Hay también otra cuestión cuya importancia trascendental reclama un estudio detenido, y es la que se refiere á los manicomios mixtos.

Entre nosotros existen dos manicomios; el manicomio de hombres y el de mujeres.

En ninguna otra nación del mundo, existe esta separación en el servicio de los enagenados.

Los manicomios de Inglaterra, Francia, Alemania, Italia, etc. son manicomios mixtos, en ellos los enagenados se hallan reunidos en un mismo establecimiento con la conveniente separación de los sexos, y esto es precisamente lo que aconseja la ciencia Psiquiátrica moderna.

“Es indispensable – dice Giné – establecer la separación de los sexos, no precisamente como quieren algunos en dos edificios apartados entre si, sinó que para el régimen administrativo y marcha económica del establecimiento, es preferible que formen parte de un mismo edificio, formado de tres cuerpos, á saber; uno central, para la administración, convalescencia y dependencia, y dos laterales, ó sea, el departamento de hombres y el de mujeres. Esta disposición que hemos dado al manicomio de nuestro cargo, Nueva Belén, establece la conveniente separación entre sexos y permite al mismo tiempo cierto grado de relaciones en el estado de convalescencia, que son indispensables antes de que los enfermos entren de nuevo en la vida social.”

Cuantas ventajas resultarían, en efecto, de la reunión de los dos manicomios para la armonía en su administración y dirección, y principalmente cuantas ventajas económicas produciría esta fusión.

(...)

Paso á ocuparme de la dirección y administración de los manicomios. Esta rama importantísima de la Administración Pública constituye una mancha que se destaca en el fondo claro de este país libre y progresista, y que los hombres de ciencia y verdaderamente patriotas deben tratar de disipar.

Un manicomio es una institución necesaria para el perfecto funcionamiento del Estado, y constituye uno de los servicios más interesantes del estado nacional. Un manicomio tiene además carácter físico y moral. Refiérense al primero las circunstancias topográficas del punto en que está situado, la disposición y construcciones particulares del edificio, la reunión de las condiciones higiénicas más propias para contrarrestar el maléfico influjo de las causas que nacen del estado mental patológico y todos los demás requisitos que, en lo material, reclama el cumplimiento de los fines especiales de la institución. Su carácter moral consiste en ser un asilo en donde mediante formalidades legales rigurosas es admitido el enagenado en beneficio de su familia y de la sociedad, recibe la asistencia que exige su curación y bienestar físico- y

moral, y se halla bajo el amparo tutelar de la ley, que asemejándole á un menor defiende su persona e intereses. Es decir que la existencia de una casa de orates depende de la acción constante y de la continua aplicación de la ley, Por donde se ve como se dan la mano el médico y el legislador dirigiendo el primero el tratamiento del enagenado en el manicomio, y facilitándole el segundo los medios indispensables, sancionando sus procedimientos y sirviendo constantemente de protector al enfermo.

No hacen aun muchos años que se ha entrado en esta senda verdaderamente gracias a los esfuerzos de un hombre digno e ilustrado, el Dr. Meléndez, que á mucho da ejemplo de actividad y constancia.

(...)

Pero la asistencia médica tiene que resentirse forzosamente a causa de las pesadas tareas que gravitan sobre el facultativo como administrador y director, en un asilo de 300 enfermos donde hay muchos indigentes, y ricos que pagan sus pensiones.

El asilo debe tener en su frente un Médico Director. “La primera rueda del organismo del manicomio, dice Gine y Partagás, debe ser el Médico-Director, debe ser el alma del asilo, su espíritu filantrópico, su celo humanitario y sus altas dotes científicas y clínicas, deben manifestarse hasta en las funciones menos trascendentes del establecimiento. Si hay lauros á él atañen la mayor parte, si merecido vituperio, él es el primer responsable. Todo gira en torno de él, el servicio higiénico, el terapéutico, el doméstico, el religioso, todo debe llevar un sello especial que permita entrever un objeto psiquiátrico y por consiguiente una ordenación pensada por la dirección médica”.

Así se expresa un hombre de sólido criterio, empapado en el conocimiento de estas cuestiones.

Es el Médico Director el que debe prescribir el régimen alimenticio general, y señalar las excepciones que deben hacerse en casos particulares.

El Médico Director debe prescribir el vestuario y las camas de los albergados.

El Médico Director debe ordenar y definir los métodos coercitivos.

El Médico Director debe verificar la clasificación de los alienados.

El Médico Director debe definir las relaciones de los enfermos con las familias; y este un punto muy delicado del tratamiento de los enagenados.

El Médico Director debe ordenar las salidas temporarias ó definitivas.

El Médico Director debe proponer las modificaciones que sea necesario hacer en el establecimiento.

Todo es del resorte del Médico Director, según los preceptos de administración y dirección más conformes con la ciencia alienista moderna.

(...)

Véase ahora lo que pasa en los Estados Unidos, esa gran nación, que tan á menudo se toma por modelo en las cuestiones de la administración pública.

Al frente de todos sus manicomios hay un Médico-Director.

En el Estado de Massachusets, existían en 1868 cinco asilos de alienados. El Mac Lean Asylum, llamado así por el nombre del bienhechor á quien se debe su organización, fue abierto en 1818: está situado en Sommerville á alguna distancia de Boston, capital del Estado.

Su Médico-Director fue el Dr. Tayler.

El Hospital de los Alienados de Boston fue fundado en 1839.

El número de sus enfermos era de 170 en 1865 y de 775 en 1868, y se halla desde 1851 bajo la dirección del Dr. Valker.

El Asilo de Worcester, abierto en 1832, tenía en 1865, 390 enfermos y 355 en 1868; su Director es el Dr. Merick Bemis.

El Asilo de Tauton, abierto en 1854, tenía 330 enfermos en 1865; y 374 en 1868; su Director es el Dr. Choate.

El Estado de Nueva York contaba en 1868, cuatro grandes asilos públicos en función y dos en construcción, cada uno de ellos con un Médico-Director á su frente.

Lo que dejo expuesto respecto á los Estados de Massachusets y Nueva York, tiene lugar en todos los demás Estados de la República Norte-Americana.

Pero para que insistir tanto sobre la necesidad del Médico Director en los manicomios.

Creo haber probado suficientemente que es el único sistema de Dirección que la recta razón puede aceptar, y si esto no bastara, estúdiense las obras que tratan sobre esta materia; léanse los informes de los médicos Ingleses que se han publicado en el importante periódico "The Lancet", y todos estos estudios y observaciones ratificarán en el espíritu de los que las practicaren la idea de la necesidad de un Médico-Director: "Alma del Asilo, y primera rueda funcional del organismo de los manicomios" ■