

VERTEX
REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA
86



SALUD MENTAL Y COMUNIDAD

*Álvarez Zunino / Barcala / Cabello / Cáceres
Castaldi / Cataldo / Druetta / Fernández Bruno / Gabay
Giuffrè / Hartfiel / Marotta / Riva Roure / Sartorius / Seijo / Torricelli*

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

Volumen XX - Nº 86 Julio - Agosto 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. Lolas Stepke. **EE.UU.:** R. Alarcón, O. Kernberg, R. A. Muñoz, L. F. Ramírez. **ESPAÑA:** V. Baremblit, H. Pelegrina Cetrán. **FRANCIA:** J. Bergeret, F. Caroli, H. Lôo, P. Nöel, 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. Artilles Visbal. **ESCOCIA:** I. McIntosh. **ESPAÑA:** A. Berenstein; M. A. Díaz. **EE.UU.:** G. de Erasquin; 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. 86 JULIO-AGOSTO 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@easynet.fr

Diseño
 Marisa G. Henry
 marisaghenry@gmail.com

Impreso en:
 Sol Print. Aroaz 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

*Flora Villar
"Ocaso"
100 cm x 90 cm
Óleo sobre tela
2008*

E-mail: cc.sapi@yahoo.com.ar

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

• **Evaluación de la validez de los diagnósticos DSM IV realizados con un Instrumento Estructurado, el NIMH DISC-IV, en la Ciudad de Buenos Aires**
Gabriel Kunst, Jorge Blidner, Valentina Esrubilsky, Hugo Longarela, Estela Vega pág. 245

• **Psicoterapia ambulatoria en el Conurbano Bonaerense: tasa de su utilización, costo y características de las psicoterapias y sus usuarios**
Eduardo A. Leiderman, Natali Dayan, Patricia Delbono, Rocío Ferrando, Almudena Pérez, Romina Ramat, Daniela Zuleta pág. 252

DOSSIER

SALUD MENTAL Y COMUNIDAD

• **La Enfermedad Mental y el Capital Social**
Norman Sartorius
Introducción: Jorge Luis Pellegrini pág. 263

• **Alternativas a la hospitalización crónica**
Pablo M. Gabay, Mónica D. Fernández Bruno pág. 268

• **Programa de atención comunitaria a niños/as y adolescentes con trastornos mentales severos: una construcción que articula la experiencia clínica, la investigación académica y su transferencia al sistema sanitario**
Alejandra Barcala, Flavia Torricelli, Patricia Álvarez Zunino, Julio Marotta pág. 282

• **Explotación sexual comercial infantil. Algunas notas para el acompañamiento a niñas, niños y adolescentes afectados**
María F. Cabello, Paula D. Castaldi, Andrea Cataldo pág. 293

• **El P.R.E.A., una experiencia alternativa a las lógicas manicomiales**
Carmen Cáceres, Ivana Druetta, Marisel Hartfiel, María Rosa Riva Roure pág. 299

• **Hogar infantil de tratamiento para niños con trastornos de conducta leves a moderados**
Mónica D. Fernández Bruno, Viviana K. Seijo, Pablo M. Gabay, Mariana Giuffre pág. 308

EL RESCATE Y LA MEMORIA

• **En los orígenes de la mirada moderna del mundo: Tomaso Garzoni y su relato sobre la locura**
Norberto A. Conti pág. 314

• **El hospital de los locos incurables**
Tomaso Garzoni pág. 316

EDITORIAL

L

a ciudad de Buenos Aires y su cordón suburbano perteneciente a la Provincia de Buenos Aires, conforman el área metropolitana de nuestro país. Con sus cerca de 12.000.000 de habitantes, según cálculos estimativos, ese inmenso complejo habitacional constituye uno de los conglomerados más poblados del mundo. Fácil resulta imaginar que los problemas derivados de la provisión de servicios de salud a la población que lo habita es, además de una obligación del Estado, una tarea de altísima complejidad técnica y administrativa. Como parte integrante de ese sector de Salud Pública, e inseparable del mismo, se encuentra el de la Salud Mental. En él también se expresan, como para la Salud Pública en general, los acuciantes problemas que se comprueban a diario en nuestras instituciones asistenciales.

Basta hacer un inventario de las condiciones y características que debería tener una administración consistente del área de la Salud Mental de la ciudad de Buenos Aires para verificar que el barco que la contiene navega a la deriva. En efecto, para prestar el servicio que se requiere es necesario cumplir con una serie de requisitos mínimos. Sin pretensión de agotar todos los puntos necesarios veamos un inventario sucinto de los mismos: primero, poseer un profundo conocimiento previo de los recursos físicos y humanos con los que se cuenta; segundo, conocer la realidad política, social, cultural y, muy particularmente, epidemiológica en la que se va a operar; tercero, diseñar un plan de acción consensuado con los actores reales responsables de su implementación que contemple lo ya hecho -con sus éxitos y fracasos, y al menos una hipótesis de porqué ocurrió así- y proponga, detalladamente, el curso a seguir; cuarto, contar con los cuadros de conducción idóneos para dirigir el plan mencionado, trabajando en equipo; quinto, explicitar los métodos de evaluación del resultado de cada aspecto del plan; sexto, fijar una política sanitaria consensuada con la Dirección de Salud Mental de la provincia de Buenos Aires para coordinar esfuerzos a fin de articular recursos en la prevención, asistencia y rehabilitación, y, por supuesto, contar con los insumos presupuestarios y la voluntad política de llevar el conjunto de la maniobra adelante. Nada de lo mencionado se ha cumplido en el marco de la administración actual. Todas las iniciativas de las autoridades del área de la ciudad de Buenos Aires se caracterizaron por la improvisación, la toma inconsulta de decisiones y las penurias de financiamiento. Los equipos de conducción fueron un eufemismo, los planes un esquema en power point, el desconocimiento de la realidad sobre la que hubo que actuar, prácticamente total. Resulta difícil recordar otro período desde la recuperación de la democracia, y los hubo con diversos problemas, en el que las cosas se hayan hecho tan improvisadamente y tan mal. El saldo de tanto vaivén y tanteo infructuosos no es neutro. En este asunto cuando no se avanza se retrocede, las cosas no quedan igual, se deterioran. Se pierde la ocasión de asistir al habitante que lo necesita, se pierden años de rehabilitación para aquellos que están afectados de un trastorno mental severo, no se previene lo que va a sobrecargar al sistema en el corto plazo. Se desalienta a los trabajadores de la salud del sistema, se frustran vocaciones, se alimentan negocios paralelos que recogen los desechos del sistema público paralizado. Es absolutamente evidente que aquí no hay carencia de políticas, hay una, que apunta al desmantelamiento de la Salud Pública, y también es evidente que éste modelo de política sanitaria no puede continuar más ■

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





revista de
experiencias
clínicas y neurociencias



Evaluación de la validez de los diagnósticos DSM IV realizados con un Instrumento Estructurado, el NIMH DISC-IV, en la Ciudad de Buenos Aires¹

Gabriel Kunst

Especialista en Psiquiatría. Psiquiatra infanto-juvenil
E-mail: kues@datamarkets.com.ar

Jorge Blidner

Especialista en Psiquiatría. Psiquiatra infanto-juvenil

Valentina Esrubilsky

Psiquiatra infanto-juvenil

Hugo Longarela

Psiquiatra infanto-juvenil

Estela Vega

Psiquiatra infanto-juvenil

Unidad de Salud Mental, Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez"

Resumen

La epidemiología de los trastornos psiquiátricos de niños y adolescentes ha recibido poca atención en nuestro país. Uno de los problemas relacionados con el escaso desarrollo de investigación epidemiológica en Argentina está ligado a la no disponibilidad de entrevistas diagnósticas estructuradas testeadas localmente. *Objetivos:* el objetivo fue realizar un estudio de validación DISC IV (versión en español), administrada por encuestadores legos en la ciudad de Buenos Aires. *Métodos:* la muestra fue obtenida del Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez" de la Ciudad de Buenos Aires. Dos grupos de participantes fueron incluidos en el estudio, un grupo con resultado positivo a la administración del DISC y otro grupo equivalente con resultado negativo. Los psiquiatras administraron nuevamente el DISC una semana más tarde y a continuación realizaron una entrevista clínica diagnóstica semiestructurada; 116 participantes completaron las evaluaciones y formaron parte de la muestra. *Resultados:* la sensibilidad fue de 81,5% y la especificidad de 66,1%. La reproducibilidad test-retest fue moderada (Kappa 0,46 error standard 0,09). *Conclusiones:* en líneas generales, el DISC administrado por encuestadores legos demostró poseer buena capacidad para discriminar entre jóvenes que padecen trastornos psiquiátricos y jóvenes sanos. La confiabilidad fue de moderada a buena, tanto para la presencia de algún trastorno psiquiátrico en forma global como para los trastornos del estado de ánimo en particular, mientras que para los trastornos de ansiedad y los trastornos de conducta resultó muy pobre.

Palabras clave: Epidemiología de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes - DISC IV - Entrevistas diagnósticas estructuradas.

EVALUATION OF THE VALIDITY OF DIAGNOSTIC INTERVIEW SCHEDULE FOR CHILDREN IV (DISC IV) IN THE CITY OF BUENOS AIRES

Summary

The epidemiology of psychiatric disorders in children and adolescents has received little attention in Argentina. One of the problems related to the scarcity of such epidemiological research is linked to the lack of availability of diagnostic interview instruments which have been locally validated. *Objectives:* The object of the study was to conduct a validation study of the DISC IV (Spanish version), administered by lay interviewers in the City of Buenos Aires. *Methods:* The sample was obtained from the Hospital de Niños "Ricardo Gutierrez" in the City of Buenos Aires. Lay interviewers administered the DISC IV to 116 youngsters. Then psychiatrists re-administered the DISC IV a week later and immediately afterwards conducted a semi-structured diagnostic clinical interview. Participant in the sample ranged in age from 9 to 17. *Results:* The sensitivity was 81.5% and the specificity 66.1%. The test-retest reliability was reasonable (Kappa 0.46 standard error 0.09). *Conclusions:* In general, the DISC administered by the non-professional interviewer was demonstrated to have the ability to discriminate between youngsters who suffer from psychiatric disorders and healthy youngsters. The confidence level was from moderate to good for the presence of a general psychiatric disorder as well as for disorders of specific states of mind, but for anxiety disorders and behaviour disorders the confidence level was poor.

Key words: Epidemiology of psychiatric disorders in children and adolescents - DISC IV - Structured diagnostic interviews.

¹ Este trabajo se ha realizado con una beca otorgada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS); beca de investigación y capacitación año 2004-2005.

Introducción

Los trastornos mentales de niños y adolescentes en Argentina representan un verdadero problema de salud pública cuya dimensión se sospecha, pero no se conoce con exactitud. La magnitud de este problema, que en otros países alcanza tasas de prevalencia de entre 3% y 18% (7, 8, 13, 20), no ha sido aún medida.

La epidemiología de los trastornos psiquiátricos de niños y adolescentes ha recibido poca atención en nuestro país. Uno de los problemas relacionados con el escaso desarrollo de investigación epidemiológica en Argentina está ligado a la no disponibilidad de entrevistas diagnósticas estructuradas testeadas localmente.

Las últimas décadas han presenciado significativos avances metodológicos en investigaciones epidemiológicas psiquiátricas que han utilizado entrevistas estructuradas (20). La realización de estudios de prevalencia poblacionales resultan muy onerosos y se ha buscado resolver cómo reemplazar al psiquiatra en la realización de las tareas de campo en razón del alto costo económico que esta participación implica.

Las entrevistas diagnósticas estructuradas son consideradas valiosas, eficientes y económicas herramientas para la identificación de niños y jóvenes con trastornos psiquiátricos, a pesar de limitaciones tales como los altos porcentajes de falsos positivos (18). La más ampliamente utilizada, durante las últimas dos décadas, ha sido el *Diagnostic Interview Schedule for Children* (en adelante DISC) (20, 25). Evalúa, en niños y adolescentes de 9 a 17 años, la presencia de trastornos psiquiátricos del eje I en el sistema DSM IV de clasificación multiaxial. Debido a su alto grado de estructuración permite ser administrada por entrevistadores legos, con el consecuente bajo costo y la posibilidad de utilizarlo en gran escala para estimaciones de prevalencia de trastornos psiquiátricos en muestras no clínicas (24). Se lo ha utilizado en numerosas investigaciones (16, 21, 23, 24) y se lo ha validado en diversos países (2, 3, 27).

Si bien el DISC presenta una versión traducida al español y validada en Puerto Rico (2), las diferencias culturales pueden presentar dificultades a la validez evidenciada en los estudios originales.

El desarrollo de conocimiento epidemiológico es relevante en el campo de la salud mental de niños y adolescentes, y poder disponer del DISC aumentaría la factibilidad de realizar estudios de prevalencia al permitir eliminar al clínico de los trabajos de campo y bajar en forma significativa los costos. Si el DISC pudiera administrarse en Buenos Aires como una herramienta válida y reproducible, se podrían encarar inmediatamente los primeros estudios epidemiológicos científicamente fundamentados, que podrían ser aceptables no solo para clínicos e investigadores, sino también para gerenciadorees y políticos.

Este trabajo informa sobre un estudio de validación del NIMH DISC IV (versión en español), administrado por entrevistadores legos en el Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez" de la Ciudad de Buenos Aires, con población consultante ambulatoria a los servicios de psicopatología infanto-juvenil y de pediatría general.

Los objetivos centrales del estudio fueron: a) establecer la validez del DISC IV administrado por entrevistadores legos estimando la sensibilidad y la especificidad del instrumento; b) establecer la reproducibilidad test-retest entre el DISC IV administrado por legos y el DISC IV administrado por clínicos con intervalo de una semana promedio entre uno y otro; c) establecer la validez de criterios estimando el grado de concordancia entre DISC IV y la entrevista clínica diagnóstica (ambas realizadas por clínicos) sin intervalo entre una y otra, y d) establecer los tiempos promedio de la administración por legos del DISC IV.

Métodos

Diseño

Se utilizó un diseño de test-retest a doble ciego (a muestras relacionadas) que permitió realizar varias comparaciones: a) entre el DISC administrado por legos y el DISC administrado por psiquiatras (para evaluación de reproducibilidad test-retest); b) entre el DISC administrado por legos y el patrón oro (entrevista clínica realizada por psiquiatras con experiencia) para evaluación de sensibilidad y especificidad; y finalmente, c) entre el DISC administrado por psiquiatras y el patrón oro (validez de criterios).

Las dos preguntas principales a las que intentó responder este estudio fueron: a) ¿cuántos niños y adolescentes con presencia de uno o más diagnósticos del eje I del DSM IV recibieron el mismo diagnóstico al ser entrevistados con el DISC administrado por entrevistadores legos? y b) ¿cuántos niños y adolescentes con ausencia de diagnóstico del eje I del DSM IV recibieron el mismo resultado al ser evaluados con el DISC administrado por entrevistadores legos? Este diseño permitió testear tanto la sensibilidad como la especificidad del instrumento (es decir, tanto la habilidad para identificar correctamente los "casos", como la habilidad para identificar correctamente a los "no casos"). Los "casos" y "no casos" fueron definidos de acuerdo al resultado de la entrevista clínica diagnóstica realizada por psiquiatras entrenados en la asignación de diagnósticos fenomenológicos de acuerdo a DSM IV, y con más de 15 años de experiencia profesional. Dicha evaluación, de modalidad semi-estructurada, consistió en establecer la presencia de síntomas y déficit, usando reglas comparables al DISC. Este diseño fue similar al utilizado en el trabajo de Schwab-Stone (23).

Muestra

Completaron el primer test 143 pares de participantes, de los cuales 27 no concurren al retest (19% de abandonos); 116 participantes completaron las 3 evaluaciones y formaron parte de la muestra (Tabla 1).

Los participantes fueron niños y adolescentes de entre 9 y 17 años, consultantes a los ambulatorios de psiquiatría y pediatría general del Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez" de la Ciudad de Buenos Aires, entre julio del 2004 y noviembre del 2005.

Los criterios de exclusión fueron retraso mental y dificultades en la comunicación, que se procuró identificar mediante la formulación de algunas preguntas clínicas relacionadas con el desenvolvimiento escolar.

Tabla 1. Niveles de acuerdo en relación con valores de coeficiente Kappa (Altman, 1992)

Valores de Kappa	Niveles de acuerdo
Hasta 0,20	Pobre
De 0,21 a 0,40	Regular
De 0,41 a 0,60	Moderado
De 0,61 a 0,80	Bueno
De 0,81 a 1,00	Muy bueno

Fueron excluidos 3 pacientes por problemas clínicos (2 con retraso mental y 1 con dificultades en la lecto-escritura).

Los 116 participantes que entraron en la muestra fueron divididos en 2 grupos, de acuerdo al resultado obtenido con el DISC-lego, un grupo con resultado positivo y otro grupo equivalente con resultado negativo. Como el propósito del estudio no fue observar la prevalencia sino evaluar la capacidad de discriminación del DISC, se fijó arbitrariamente una prevalencia de aproximadamente 50% de "casos" y 50% de "no casos". La muestra resultante fue de 54,3% de no casos y 45,7% de casos, donde 56% fueron mujeres y 44% varones.

Técnicas de recolección de datos

Se realizó un muestreo consecutivo y se invitó a participar a todo aquel paciente que entre julio del 2004 y noviembre del 2005 consultó a los servicios de psicopatología y pediatría general, hasta obtener una muestra suficiente de acuerdo a diseño.

Elegimos el ambulatorio de psicopatología para asegurarnos un suficiente número de "casos" y el ambulatorio de pediatría, para asegurarnos un número suficiente de "no casos". Este estudio empleó una muestra de pacientes ambulatorios a los fines de minimizar el sesgo vinculado a los altos valores de reproducibilidad asociadas con muestras de pacientes severamente perturbados (sesgo de selección) (19). Los participantes fueron reclutados de la sala de espera del ambulatorio de clínica general y del servicio de psiquiatría. Un par de entrevistadores legos brindó la información general sobre los objetivos y contenidos del estudio y obtuvo la firma de consentimiento de aquellos interesados en participar.

Procedimiento

Un par de entrevistadores legos administró el DISC a niños y padres y luego los citó para el retest y la entrevista clínica diagnóstica a la semana siguiente.

Se asignaron 2 entrevistadores para cada par paciente-padres, y cada entrevistador fue ciego del resultado obtenido por los otros entrevistadores. Los entrevistado-

res psiquiatras reentrevistaron con el DISC una semana más tarde y a continuación administraron la entrevista diagnóstica de estilo clínico. Nuevamente se asignó un par de psiquiatras para el retest con el DISC (DISC psiquiatras) que se mantuvo ciego de los resultados de las otras evaluaciones. Los diagnósticos basados en la entrevista clínica se realizaron de acuerdo al DSM IV (al igual que el DISC) y, si bien fueron realizados bajo una modalidad semi-estructurada, se intentó que fueran virtualmente idénticos a los realizados con el DISC para permitir comparaciones. Al igual que en el trabajo de Schwab-Stone (23), al finalizar la administración del DISC se administró la entrevista de estilo clínico, por el mismo par de psiquiatras que administró el DISC. Luego de finalizada toda la secuencia de entrevistas se les administró a los participantes una muy breve encuesta de satisfacción sobre el proceso y el instrumento.

Instrumento

El instrumento utilizado en el estudio fue el DISC IV (versión para computadora en español, desarrollada en la Universidad de Columbia, New York) obtenida de la versión traducida al español en Puerto Rico (Canino, 1987) (4, 26). Dicha traducción ha sido realizada de acuerdo a los procedimientos estándar (*back translations*).

El DISC IV comenzó a utilizarse en el año 1997 y se corresponde con el sistema diagnóstico DSM IV y CIE-10.

El *National Institute of Mental Health - Diagnostic Interview Schedule for Children* (NIMH-DISC) es un instrumento diagnóstico altamente estructurado, diseñado para ser administrado por entrevistadores entrenados sin experiencia clínica formal. Fue pensado para ser utilizado en estudios epidemiológicos, para evaluar la presencia de criterios sintomáticos de las formas de psicopatología más prevalentes en la población de niños y adolescentes. Contiene alrededor de 3000 preguntas de las cuales algo más de 350 representan aquellas preguntas "llave" que representan el criterio sintomático esencial y que, de ser respondidas positivamente, abre cadenas de preguntas contingentes. El DISC IV evalúa prevalencia presente (últimas 4 semanas) y prevalencia de último año.

La versión actual contiene preguntas orientadas a la identificación de más de 30 diagnósticos especificados en el DSM IV. El DISC IV tiene 2 formas paralelas: el DISC-Y, administrable directamente a los jóvenes, y el DISC-P para los padres.

En el trabajo de Schwab Stone (23) realizado con propósitos de validación del DISC versión 2.3, se reportan cifras de acuerdos test-retest entre los diagnósticos realizados por DISC lego y los realizados por el DISC administrado por los psiquiatras (algoritmo combinado de las respuestas dadas por los padres y por los niños) de Kappa 0,48 a 0,64 para trastornos de conducta disruptivos, de Kappa 0,37 a 0,45 para trastornos depresivos y Kappa 0,44 a 0,52 para los trastornos de ansiedad. En el trabajo de Fisher (11) se evaluó la sensibilidad del DISC versión 2.1 para algunos trastornos específicos y se observó que la sensibilidad para trastorno depresivo mayor era de

73%; para el trastorno obsesivo compulsivo, 88% y para esquizofrenia, de 100%. En este último trabajo, el DISC dio resultados de sensibilidad, para cada uno de los trastornos evaluados, mayores de 73% (anorexia, bulimia, trastorno de tics, esquizofrenia y trastornos por uso de sustancias). En otro trabajo, Schwab Stone (22) y cols. analizaron la reproducibilidad test-retest del DISC-R y se encontraron acuerdos de Kappa 0,71 para trastorno depresivo mayor; Kappa 0,80 para ansiedad de separación; Kappa 0,56 para trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH); Kappa 0,59 para trastorno oposicionista desafiante y Kappa de 0,50 para trastorno de conducta en el algoritmo combinado de respuesta de padres y niños. En el trabajo de Piacentini y cols. (21) se observaron acuerdos diagnósticos entre el DISC-R y CAF (*Clinical Assessment Form*) de Kappa 0,46 para TDAH y una sensibilidad y especificidad de 89% y 81% respectivamente, para el mismo diagnóstico (algoritmo de combinación de respuestas niños-padres). En el mismo trabajo el coeficiente Kappa para trastorno depresivo mayor combinando la respuesta de padres y niños fue de 0,41, mientras que la sensibilidad y especificidad fue respectivamente de 58% y 86%.

En el trabajo de Shaffer y cols. (26) se reportan resultados parciales del DISC IV de un trabajo sobre 84 pacientes reclutados en un servicio ambulatorio de psiquiatría infantil. Los valores de concordancia test-retest con el estadístico Kappa (algoritmo combinado de resultados de padre-niño) fueron de 0,48 para fobia social (el más bajo) hasta 0,86 para fobia específica (el más alto), pasando por 0,62 para TDAH; 0,65 para episodio depresivo mayor y 0,55 para trastorno de conducta. Finalmente, en una revisión publicada en el libro de Lewis (18) se reporta que la mayoría de las entrevistas estructuradas han demostrado cifras de sensibilidad, especificidad y reproducibilidad similares y añaden que los subsiguientes estudios tendientes a mejorar dichos valores no lo han logrado, probablemente debido a limitaciones del sistema diagnóstico DSM, más que al instrumento en sí mismo (18).

Análisis estadísticos

Se calcularon los valores de sensibilidad y especificidad para la muestra completa con sus respectivos intervalos de confianza y su significación estadística (Test de Mc Nemar para variables nominales en muestras apareadas). Los valores de sensibilidad y especificidad se computaron utilizando la convención de que el diagnóstico clínico realizado por el psiquiatra es el patrón oro. Se consideró un resultado DISC positivo cuando algún resultado tanto del DISC administrado al niño o al padre resultó positivo.

Para evaluar la reproducibilidad test-retest y la concordancia entre el retest y la entrevista clínica diagnóstica, se utilizó el coeficiente Kappa (12). La reproducibilidad fue calculada inicialmente utilizando la totalidad de la muestra. Se calculó el coeficiente Kappa con sus correspondientes errores estándar y su significación estadística. El estadístico Kappa es la medida estándar

para la reproducibilidad en variables categóricas (1). Para la interpretación de los resultados se utilizó el cuadro sugerido en Altman (*Practical Statistics for Medical Research*, primera edición, 1992, Chapman & Hall, pag. 404). Ver Tabla 2.

Tabla 2. Características demográficas de la muestra de validación (N=116)

	N	%
Género		
Masculino	50	43%
Femenino	66	57%
Total	116	
Edad		
9 a 11 años	21	18%
12 a 14 años	48	41%
15 a 18 años	47	41%

Adicionalmente se calculó reproducibilidad, sensibilidad y especificidad por dominios psicopatológicos. Se realizó un agrupamiento de acuerdo a 3 categorías: 1) trastornos de estado de ánimo (trastornos depresivos, distimia, trastorno bipolar); 2) trastornos de la conducta (trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno negativista desafiante y trastornos de conducta) y 3) trastornos de ansiedad (fobia específica, fobia social, ansiedad de separación, agorafobia, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de pánico y ansiedad generalizada). El propósito del agrupamiento fue no perder potencia estadística por insuficiente cantidad de casos en algunos de los grupos de trastornos considerados. Se trabajó con los programas Statistix y el Epi Info 6.

Resultados

Reproducibilidad test-retest y retest vs entrevista clínica diagnóstica

La reproducibilidad test-retest entre los resultados del DISC IV lego combinado (padre-niño) y el DISC IV clínico combinado para presencia de algún trastorno, es moderada. En cambio, el grado de acuerdo observado entre los resultados del retest combinado (padre-niño) administrado por clínicos y la entrevista clínica diagnóstica (también administrada a niños y padres) resultó bueno (Tabla 3). La concordancia entre el test administrado por legos y la entrevista clínica diagnóstica resultó moderada.

Tabla 3. Reproducibilidad test-retest, retest vs.. entrevista clínica diagnóstica y test vs entrevista clínica diagnóstica.

	Kappa	Error Std.
Reproducibilidad test-retest	0,46	0,09 p< 0,05
Reproducibilidad retest-Entrevista clínica	0,68	0,09 p< 0,05
Reproducibilidad test- Entrevista clínica	0,48	0,09 p< 0,05

En la tabla 3 es posible observar cómo la reproducibilidad mejora cuando no existe el efecto retest y la administración se realiza en el mismo día, como ocurre en la comparación entre retest y la entrevista clínica.

Sensibilidad y Especificidad

Los participantes fueron categorizados como "teniendo un trastorno psiquiátrico" o "no teniéndolo" de acuerdo a la entrevista clínica diagnóstica, y luego fueron comparados con los resultados obtenidos con el DISC IV (DISC positivos o DISC negativos). La sensibilidad del DISC IV para la muestra completa (de acuerdo a presencia o ausencia de algún trastorno) fue de 81,5% y la especificidad de 66,1%, (Tabla 4).

Tabla 4. Valores de sensibilidad y especificidad con intervalos de confianza

	%	IC de 95 %	Pba. significación: Mc Nemar con corrección
Sensibilidad	81,5	68,1 - 90,3	p - valor < 0,05
Especificidad	66,1	52,9 - 77,4	p - valor < 0,05

Reproducibilidad test-retest según dominios psicopatológicos

Se refiere a los acuerdos diagnósticos obtenidos por grupo de trastornos entre DISC IV administrado por encuestadores lego y el DISC IV administrado por psiquiatras. Se describen los resultados obtenidos de acuerdo a cada informante (Tabla 5).

Tabla 5. Valores de reproducibilidad test-retest (Coeficiente Kappa) del DISC IV según dominios psicopatológicos

Diagnóstico	Niños	Padres	Combinado Jóvenes+padres	p - valor
Algún trastorno del ánimo	0,64 (SE 0,09)	0,68 (SE 0,09)	0,68 (SE 0,09)	p < 0,01
Algún trastorno conducta	0,20 (SE 0,09)	0,26 (SE 0,09)	0,34 (SE 0,09)	p < 0,01
Algún trastorno ansiedad	0,29 (SE 0,09)	0,39 (SE 0,09)	0,35 (SE 0,09)	p < 0,01

La concordancia entre la administración del DISC IV por legos y la realizada por profesionales, con aproximadamente una semana entre una y otra, ha sido buena para el grupo de los trastornos del estado de ánimo, tanto en la administración a niños como a sus padres; en cambio, ha tenido resultados pobres en los otros dos grupos de trastornos. Para los tres grupos de trastornos se observa que los padres resultan más confiables informadores que los niños.

Reproducibilidad retest vs entrevista clínica diagnóstica según dominios psicopatológicos

Se refiere a los acuerdos diagnósticos obtenidos por grupo de trastornos entre DISC IV administrado por psiquiatras y la entrevista clínica diagnóstica. Se describen los resultados obtenidos de acuerdo a cada informante (niños y padres) y combinados (niño + padres) (Tabla 6).

Tabla 6. Valores de reproducibilidad entre el retest con el DISC IV y la entrevista clínica diagnóstica (Coeficiente Kappa) según dominios psicopatológicos

Diagnóstico	Niños	Padres	Combinado Jóvenes+padres	p - valor
Algún trastorno del ánimo	0,55 (SE 0,09)	0,68 (SE 0,09)	0,73 (SE 0,09)	p < 0,01
Algún trastorno conducta	0,11 (SE 0,06)	0,37 (SE 0,08)	0,45 (SE 0,09)	p < 0,03
Algún trastorno ansiedad	0,51 (SE 0,09)	0,47 (SE 0,09)	0,59 (SE 0,09)	p < 0,01

La concordancia entre la administración del DISC IV por profesionales y la entrevista clínica diagnóstica ha sido buena para el grupo de los trastornos del estado de ánimo; moderado para los de ansiedad, y pobre para los trastornos de conducta. Con excepción de los trastornos de ansiedad, aquí también se observan mejores valores de confiabilidad en el reporte de padres (Tabla 7).

Tabla 7. Valores de sensibilidad y especificidad según dominios psicopatológicos

Diagnóstico	Sensibilidad	Especificidad
Algún trastorno del ánimo	66.7% (IC: 30.9%- 91.0%)	92.5% (IC:85.2%-96.4%)
Algún trastorno conducta	33.3% (IC:11.3%-64.6%)	92.9% (IC:84.8%-96.3%)
Algún trastorno ansiedad	79.3% (IC:59.7%-91.5%)	66.3% (IC:55.2%- 75.9%)

El tiempo promedio transcurrido entre la administración del test y la administración del retest ha sido de 6 días (rango 1-28). Se ha podido completar la administración del DISC en una sola sesión. La administración del DISC ha tomado aproximadamente una hora (media: 1,07).

Conclusiones

La pregunta a la que intenta responder este estudio es cuántos niños y adolescentes diagnosticados por un psiquiatra experimentado recibirían el mismo diagnóstico al ser entrevistados con el DISC administrado por entrevistadores legos. Este estudio ha examinado la validez

de los resultados obtenidos con el DISC IV-legos, que ha sido diseñado con propósitos epidemiológicos.

El DISC administrado por legos demostró poseer buena capacidad global para discriminar entre casos y no casos.

Se han evidenciado (al igual que en otros trabajos publicados en la literatura) un alto número de falsos positivos en los trastornos de ansiedad.

Por otro lado, la reproducibilidad fue de moderada a buena para presencia de algún trastorno psiquiátrico en forma global y para los trastornos del estado de ánimo en particular. Para los trastornos de ansiedad y trastornos de conducta, en cambio, se obtuvieron resultados entre pobres y moderados. El motivo de lo anterior parece ser los falsos resultados positivos en los trastornos de ansiedad y los falsos resultados negativos en los trastornos de conducta.

Hemos encontrado 2 orígenes de variabilidad en los resultados. El primero, relacionado con el tipo de informante, y el segundo relacionado con el efecto retest. Los resultados de la reproducibilidad varían de acuerdo al informante. La información suministrada por padres tiene mejor reproducibilidad que lo informado por niños, probablemente (9, 10, 23) por cuestiones del desarrollo. A su vez, la reproducibilidad retest-entrevista clínica diagnóstica (administradas en la misma jornada) tiene mejor reproducibilidad que entre el test y el retest administrados con una semana entre una y otra. El tiempo transcurrido entre la primera y la segunda administración explica los menores valores de concordancia en razón del efecto del paso del tiempo (23).

Tanto la sensibilidad como la especificidad resultan de comparar el DISC IV- lego contra la entrevista clínica diagnóstica y permiten una interpretación práctica al considerar la segunda como el mejor método disponible (4). Pero cierto grado de imprecisión de ambos (DISC IV y entrevista clínica diagnóstica) podría vincularse con la insuficiente precisión de los criterios diagnósticos (8).

En relación con los resultados reportados por otros estudios del mismo tipo, hemos observado lo siguiente: a) cifras de reproducibilidad algo más bajas en comparación con el estudio de Shaffer del 2000 (26); b) en el trabajo de Piacentini (21) y de Fisher (11) se observan

valores de sensibilidad y especificidad para trastornos depresivos similares a los de nuestro trabajo, y valores semejantes de especificidad para los trastornos de conducta; c) la sensibilidad para los trastornos de conducta resultó especialmente baja en nuestro estudio (33%), si bien el bajo número de casos con este trastorno impide sacar conclusiones definitivas.

Este es un primer estudio de validación local de una entrevista diagnóstica estructurada y su principal propósito ha sido analizar su capacidad para discriminar presencia global de psicopatología.

El DISC IV tuvo buena aceptación entre los entrevistados.

En general, el DISC demostró una interesante capacidad para identificar niños y adolescentes con trastornos psiquiátricos en población clínica ambulatoria tanto pediátrica como psiquiátrica.

Si bien se supone a la población pediátrica muy semejante a la población comunitaria, sería importante encarar nuevos estudios para testear el comportamiento del instrumento en población comunitaria fuera del ámbito hospitalario.

Se debería replicar el análisis por grupos de psicopatología en futuros trabajos, procurando un número mayor de sujetos por cada grupo de diagnósticos.

Agradecimientos: Los autores agradecen la colaboración de Florencia Rina, Claudia Longo, Patricia Berta, Carol Becú y de la Dra. Mariana Treibel en tareas de trabajo de campo. Se agradece también a las Dras. María Iebra, Diana Pasqualini y a la Lic. Susana Toporozzi por la colaboración prestada por el Servicio de Adolescencia del Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez" y a la Lic. Cristina Gay por la colaboración del área de 9 a 12 años del mismo Hospital; así como al Dr. Itzhak Levav por la revisión del manuscrito final, a los Dres. Claudio Michanie y Edward García Martínez por la revisión del protocolo de investigación y a la Dra. Stepansky por su colaboración en los aspectos éticos del protocolo ■

Referencias bibliográficas

1. Altman D. Practical Statistics for Medical Research, 1a ed. Chapman & Hall, 1992.
2. Bravo M, et al. Test Retest Reliability of the Spanish version of the Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC IV). *J Abnorm Child Psychology* 2001; 29 (5): 433-444.
3. Breton J, et al. Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-2.25) in Quebec Reliability Findings in Light of the MECA Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37: 1167-1174.
4. Canino G, et al. The Spanish Diagnostic Interview Schedule. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44: 720-726.
5. Canino G, et al. The DSM-IV Rates of Child and Adolescent Disorders in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61: 85-92.
6. Carey G, et al. Reliability and Validity in Binary Ratings. *Arch Gen Psychiatry* 1978; 35: 1454-1459.
7. Costello EJ. Developments in Child Psychiatric Epidemiology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989; 28: 836-841.

8. Costello EJ, Egger H, Angold A. 10 Year Research Update Review: The Epidemiology of Child and Adolescent Psychiatric Disorders: I. Methods and Public Health Burden. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005; 44 (10): 972-986.
9. Edelbrock C, et al. Age Differences in the Reliability of the Psiquiatric Interview of the Chile. *Child Dev* 1985; 56: 265-275.
10. Fallon T. Determinants of Reliability in Psiquiatric Surveys of Children Ages 6 to 12. *J Child Psychol & Psychiat* 1994; 35: 1391-1408.
11. Fisher P, et al. Sensitivity of the Diagnostic Interview Schedule for Children, 2nd edition (DISC-2.1) for specific diagnoses of children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32 (3): 666-673.
12. Fleiss JL. Statistical methods for rates and proportions. 2nd ed. New York, John Wiley, 1981.
13. Ford T, Goodman R, Meltzer H. The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: The Prevalence of DSM IV Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 42 (1): 1203-1211.
14. Grove W, et al. Reliability Studies of Psychiatric Diagnosis. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38: 408-418.
15. Jensen P. Test-retest reliability of the Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-2.1), parent, child, and combined algorithms. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 61-71.
16. Lahey B, et al. The NIMH Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders (MECA) Study: Background and Methodology 1996. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35 (7): 855-864.
17. Lewczyk C. Comparing DISC-IV and Clinician Diagnoses Among Youth Receiving Public Mental Health Services. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42 (3): 349-356.
18. Lewis M. Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook. 3rd ed. LWW press, 2002. p. 544-545.
19. Riegelman R. Publicación Científica No 531, Organización Panamericana de la Salud, "Cómo Estudiar un Estudio y Probar una Prueba", 1992. p. 112-117.
20. Roberts RE, Atkisson CC, Rosenblatt A. Prevalencia de la psicopatología entre niños y adolescentes. *Am J Psychiatry* 1998; 1: 2-13.
21. Piacentini J, et al. The Diagnostic Interview Schedule for Children-Revised version (DISC-R): III. Concurrent criterion validity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32: 658-665.
22. Schwab-Stone M, et al. The Diagnostic Interview Schedule for Children-Revised version (DISC-R): II. Test- Retest Reliability 1993. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32 (3): 651-657.
23. Schwab-Stone M, et al. Criterion validity of the NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children version 2.3 (DISC-2.3). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 878-888.
24. Shaffer D, et al. The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-2): description, acceptability, prevalence, and performance in the MECA study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 865-877.
25. Shaffer D, et al. Respondent Based Interview in Diagnostic assessment psychopathology for children and adolescent. New York, Guilford Press, 1999.
26. Shaffer D, et al. NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children version IV (NIMH DISC-IV): Description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 28-38.
27. Ting-Pong H, et al. Test-retest Reliability of the Chinese Version of the DISC IV. *J Child Psychol & Psychiat* 2006; 46 (10): 1135.



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

Psicoterapia ambulatoria en el Conurbano Bonaerense: tasa de su utilización, costo y características de las psicoterapias y sus usuarios

Eduardo A. Leiderman

*Médico especialista en psiquiatría. Profesor adjunto Psiquiatría Biológica, Universidad de Palermo. Departamento de Investigaciones, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Palermo
E-mail: edule@psi.uba.ar*

**Natali Dayan, Patricia Delbono, Rocío Ferrando, Almudena Pérez
Romina Ramat, Daniela Zuleta**

Alumnos de la Carrera de Psicología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Palermo

Resumen

Objetivo: El objetivo de este estudio fue conocer la frecuencia de tratamiento psicoterapéutico en la población adulta del Conurbano Bonaerense, su costo, particularidades de las terapias y características demográficas de los usuarios. **Metodología:** Se realizaron encuestas a 899 habitantes de 11 partidos del Gran Buenos Aires entre septiembre y noviembre del año 2007. **Resultados:** El 14,2% de los entrevistados había realizado psicoterapia en el último mes. El 42,8% de los encuestados había asistido alguna vez o asistía a tratamiento psicoterapéutico. La concurrencia es mayor entre las mujeres, viudos y personas de edad media y nivel educativo y socioeconómico elevado. Casi el 40% de los que están actualmente en psicoterapia realiza tratamiento psicoanalítico, 10% tratamiento cognitivo-conductual y 41% desconoce el tipo de psicoterapia que realiza. Los tratamientos son conducidos principalmente por psicólogos (85%), en su mayoría son de tipo individual y se realizan en forma privada. La duración promedio de la entrevista psicoterapéutica es de 52 minutos. Existe una relación positiva entre duración de la entrevista y su costo. No existen diferencias significativas en la frecuencia de uso de tratamiento psicoterapéutico entre las distintas zonas del conurbano, como así tampoco con la frecuencia de la ciudad de Buenos Aires. **Conclusiones:** La asistencia a tratamiento psicoterapéutico en el Gran Buenos Aires es mayor que en otros países, sin embargo es menor en ciertos grupos sociales y etarios. Se necesitan estudios más detallados para dilucidar la adecuación de los tratamientos a los problemas mentales de la población.

Palabras clave: Psicoterapia – Tratamiento - Prevalencia – Epidemiología - Costo.

OUTPATIENT PSYCHOTHERAPY IN SUBURBAN BUENOS AIRES: RATE OF USE, COSTS, PRACTICES AND PATIENT CHARACTERISTICS

Summary

Objective: The purpose of this study was to estimate the rate of use, costs and details of psychotherapeutic treatment in general population of suburban Buenos Aires along with patient demographic characteristics. **Methods:** A survey was conducted between September and November 2007 among 899 inhabitants of 11 districts in greater Buenos Aires. **Results:** During the previous month 14,2% of the population received psychotherapy treatment. Lifetime prevalence of psychotherapy was 42,8%. Use of psychotherapy was higher among women, the widowed, middle aged individuals and persons with higher socioeconomic status and levels of education. Almost 40% of the individuals in psychotherapy at the time of the survey reported receiving psychoanalytic treatment, 10% reported receiving cognitive-behavioral therapy while 41% was not aware of the type of psychotherapy received. Treatments were conducted mainly by psychologists (85%) and the majority consisted of individual psychotherapy in a private practice setting. Mean duration of a psychotherapy session was 52 minutes. A positive correlation was found between the duration of a session and its cost. There were no overall differences in the rate of use of psychotherapy between different areas of greater Buenos Aires, nor between these areas and previous estimates of prevalence in the city of Buenos Aires. **Conclusions:** Psychotherapy use in greater Buenos Aires is higher than in other countries. However, the rate of use is lower for certain socioeconomic and age groups. Further research is needed to determine whether the treatments observed are appropriate for the mental health needs of this population.

Key words: Psychotherapy – Treatment – Prevalence – Epidemiology - Costs.

Introducción

Una de las limitaciones más importantes para la correcta programación de un adecuado sistema de salud nacional es la falta de datos epidemiológicos. Internacionalmente es reconocida esta ausencia de datos (15), especialmente en el área de las psicoterapias, a pesar de ser tratamientos reconocidos y eficaces para los trastornos mentales (1, 3, 7, 10, 11). Así como hay escasos trabajos epidemiológicos sobre la utilización de psicoterapia, tampoco existen muchos datos sobre los costos y características de los mismos. Unos pocos trabajos han abordado este tema específico. En 1994, Olfson publicó resultados de la encuesta nacional de gasto médico de USA, en la que halló que en 1987 el 3,1% de la población había realizado por lo menos una consulta psicoterapéutica en el año (12). En el 2002 se publicaron los resultados de la encuesta de 1997, en la que se halló que el porcentaje de la población que había realizado por lo menos una entrevista psicoterapéutica en el año había subido sólo a 3,6% (13). Recientemente se investigó sobre este tema en Francia (4, 9). Allí se observó, en el contexto de una encuesta en un sistema de seguro médico, que del 5 al 11,5% de los individuos había consultado a un psicoterapeuta alguna vez en la vida.

En las encuestas arriba mencionadas, los individuos que más consultaron fueron mujeres, solteros o separados, de edad media, con niveles educativos elevados. Esto fue ratificado en un estudio reciente que tomó en cuenta toda consulta realizada por problemas emocionales (8).

En nuestro país, a pesar de contar con un número importante de psicólogos que trabajan clínicamente (2), no hay muchos datos epidemiológicos sobre la psicoterapia ambulatoria. Recientemente se han realizado dos encuestas en la ciudad de Buenos Aires: en una de ellas, realizada en el año 2006 por la Universidad Abierta Interamericana en una muestra de 964 individuos, se halló que el 30,8% de los porteños mayores de 18 años realiza o realizó terapia psicoanalítica, siendo mayor este porcentaje de uso en mujeres, en la 4^{ta} década de la vida y en el nivel socioeconómico más elevado (5). En la otra encuesta, que no se limitó sólo a la terapia psicoanalítica, se halló que el 15,6% de los habitantes de la ciudad de Buenos Aires estaba realizando psicoterapia, siendo las mujeres y los individuos de mayor nivel educativo y socioeconómico los que más asistían a la consulta (6).

Nuestro estudio tuvo como objetivo conocer el porcentaje de utilización de tratamiento psicoterapéutico en la población del conurbano bonaerense, sus características y la comparación con la realización de psicoterapia en la ciudad de Buenos Aires.

Metodología

Se realizó una encuesta ad hoc (Anexo 1) a 899 personas residentes en el conurbano bonaerense durante los meses de septiembre a noviembre del año 2007. La encuesta fue administrada por alumnos de psicología de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Palermo. Las personas fueron entrevistadas en zonas

comerciales, plazas y estaciones de transporte público. Los partidos del conurbano donde se realizó la encuesta fueron: Avellaneda, Lanús, Quilmes, Lomas de Zamora, Moreno, Gral. San Martín, La Matanza, San Miguel, San Isidro, San Fernando y Tigre. Luego de constatar la residencia del individuo en el partido en el que se lo estaba entrevistando y que éste diera su consentimiento verbal se procedía a leer las preguntas. La auto encuesta constaba de varios ítems donde se recolectó información acerca de: 1) datos demográficos (edad, sexo, educación, clase socioeconómica, cobertura médica, estado civil); 2) datos sobre la realización de psicoterapia en la actualidad o en el pasado; 3) creencia sobre la utilidad de la psicoterapia y posibilidad de acceder al tratamiento en caso de necesitarlo; 4) características de la psicoterapia que estaban realizando en ese mes (tipo, modalidad, frecuencia, costo, duración de las entrevistas, duración de la psicoterapia, profesión del terapeuta, sistema de cobertura y motivo de realización). También se preguntó a los individuos que estaban realizando psicoterapia si estaban medicados con psicofármacos y quién se los indicaba.

Las características demográficas de los individuos entrevistados se encuentran en la tabla 1.

Tabla 1. Características demográficas de los encuestados

N:	899
Edad (en años)	39,4 ± 16,2 (rango: 17-85)
Sexo	42,7% Masculino 57,3% Femenino
Educación	1,7% Primaria Incompleta 19,1% Primaria Completa 54,1% Secundaria Completa 25,1% Universitaria o Terciaria completa
Estado Civil	45,3% Casado/a o Unión de hecho 39,6% Soltero/a 10% Viudo/a 5,1 % Separado/a
Clase Socioeconómica	2,3% Baja 23,6% Medio- Baja 61,8% Media 11% Medio- Alta 1,2% Alta
Cobertura Médica	33,5% Prepaga 49,7% Obra Social 16,8% Sin Cobertura

Las diferencias de grupos fueron analizadas con la prueba del Chi Cuadrado, la prueba T de Student y la prueba no paramétrica de Kruskal Wallis según correspondía. La base de datos fue confeccionada con el programa Excel (versión 2003). Los análisis estadísticos se hicieron a través del programa SPSS para Windows (versión 10.0).

Resultados

Realización de psicoterapia

El 14,2% de los entrevistados refirió haber realizado psicoterapia en el último mes; el 17,5% durante el último año, y el 37,2% hace más de un año. En total, el 42,8% de la muestra realizaba o había realizado alguna vez un tratamiento psicoterapéutico.

El 53,7% dijo que en algún momento un familiar cercano o conviviente había concurrido a tratamiento psicoterapéutico.

El 89% cree que la psicoterapia puede ayudar a las personas y el 79% de los individuos que nunca habían pasado por la experiencia psicoterapéutica afirmó que lo harían si lo necesitasen.

Las mujeres realizan psicoterapia en mayor proporción que los hombres (mujeres 16,7% vs. hombres 10,6% [$\chi^2(1) = 6,5$; $p = 0,01$]); los más jóvenes en mayor proporción que los más añosos (17 a 40 años: 16,4% vs. 41 a 64 años: 12,9% vs. mayores de 64 años: 2,6% [$\chi^2(2) = 10,7$; $p = 0,005$]).

Se halló que la realización de psicoterapia aumenta a medida que se incrementa la educación formal (primaria incompleta: 0%; primaria completa: 7,5%; secundaria completa: 11% y universitaria o terciaria completa: 26,6% [$\chi^2(3) = 41,4$; $p < 0,001$]).

También se observó una diferencia significativa de realización de psicoterapia por clase socioeconómica (baja: 4,7%, medio-baja: 9,9%, media: 14,2%, medio-alta: 20,2% y alta: 54,5% [$\chi^2(4) = 22,4$; $p < 0,001$]), y por estado civil (casados/unión de hecho: 12,5%; solteros: 15,1%; viudos: 22,2% y separados: 6,5% [$\chi^2(3) = 8,1$; $p = 0,04$]).

Características de los tratamientos

Se analizaron específicamente los tratamientos que se habían realizado en el último mes.

Tipo y modalidad de tratamiento psicoterapéutico

El 38,5% de los individuos realizaba un tratamiento de tipo psicoanalítico; el 9,8%, de tipo cognitivo-conductual; el 5%, de tipo sistémico; el 5,7%, otros tipos de psicoterapia (gestáltica, transaccional, etc.). El 41% no sabía qué estilo de tratamiento psicoterapéutico estaba realizando.

La mayoría de los individuos realizaba principalmente psicoterapia de tipo individual. Un 9,2% respondió que la terapia familiar era la más importante que estaba realizando y un 3,1% dijo lo mismo con respecto a la terapia grupal.

Frecuencia y duración del tratamiento psicoterapéutico

La mayoría de los individuos concurría a la terapia una vez por semana (72%); el 18%, una vez cada 2 semanas; el 4,9%, dos veces por semana; el 4,1% una vez por mes y el 0,8%, tres o más veces por semana.

No hubo diferencias significativas de frecuencia

según el tipo de psicoterapia realizada.

La mediana de la duración del tratamiento psicoterapéutico fue de 18 meses (rango 1 a 180 meses).

Conducción del tratamiento

El 85,2% de los encuestados afirmó que su psicoterapia estaba conducida por un psicólogo; el 9% dijo que por un médico. Un encuestado reportó que su tratamiento estaba conducido por un teólogo. El 5% desconocía la profesión de su terapeuta.

La mayoría realizaba su tratamiento en forma privada (61,2%). El resto lo hacía en un hospital o centro estatal (5,8%), o bajo la cobertura de su prepaga (17,3%) u obra social (15,7%).

Costo y duración de la entrevista psicoterapéutica

El promedio de duración de la entrevista psicoterapéutica entre los encuestados fue de $52,2 \pm 14$ minutos (rango 30 a 120 minutos). El promedio del costo fue de $\$49,2 \pm 33$ (rango: $\$0$ a 150) (aproximadamente $15,6 \pm 10,4$ U\$, rango 0 a 48 U\$).

No hubo diferencia de costo y duración según el tipo de profesión del terapeuta, o según el tipo de psicoterapia realizada.

Se observó una diferencia significativa en duración y costo según el tipo de cobertura por la cual se realizaba la psicoterapia (Kruskal Wallis Test: $\chi^2(3) = 24,5$; $p < 0,001$ y $\chi^2(3) = 59,9$; $p < 0,001$ respectivamente). El promedio de duración fue de 44 minutos para los tratamientos en centros u hospitales estatales, 45 minutos en los de O. Social, 48 minutos en los de prepaga y 56 minutos en los realizados en forma privada. El costo promedio fue de $\$2$ en los realizados en lugares estatales; $\$17,6$, en los realizados bajo la cobertura de la O. Social; $\$25,3$, en los realizados por prepaga y $\$62,9$ en los tratamientos privados.

Existe una correlación positiva entre costo y duración de la entrevista (Spearman rho = 0,388; $p < 0,001$).

Motivos de inicio

El 78,5% dijo que realizaba psicoterapia por dificultades personales o interpersonales. El porcentaje restante afirmó realizarla para conocerse mejor o para su desarrollo personal.

El 66,1% dijo que lo hacía por una decisión personal; el 15,7%, por la recomendación de un amigo, familiar o vecino; el 4,1%, por la sugerencia de un profesional de la salud mental; el 13,2% por un profesional de la salud y un 0,8% por decisión judicial.

No hubo diferencia significativa entre los asistentes a psicoterapias conducidas por psicólogos o médicos en relación al motivo de realización. Sí hubo diferencias en relación a la indicación del tratamiento ($\chi^2(3) = 8,6$; $p = 0,03$). Los que asisten a tratamientos conducidos por psicólogos fueron en mayor proporción por decisión personal, y los que concurren a tra-

tamientos conducidos por médicos fueron más referidos por profesionales de la salud.

Consumo de psicofármacos entre los pacientes de psicoterapia

El 21,7% de los que realizan psicoterapia consumen psicofármacos. En el 53,8% lo indica el mismo terapeuta; en el 30,8% de los casos, otro psiquiatra; en el 3,8% otro médico, y en el 11,5% de los casos lo hacen por cuenta propia. El 21% (n=3) de los que dijeron que se lo indica el mismo terapeuta son atendidos por psicólogos.

Mientras que el 81% de los que realizan la psicoterapia con un médico son medicados, sólo el 13,5% de los que son atendidos por psicólogos lo son ($X^2(1)=28,7\%$; $p<0,001$).

Comparación entre zonas del Conurbano

Para este análisis se dividieron los distintos partidos en tres zonas: Zona Sur (Avellaneda, Quilmes, Lanús, Lomas de Zamora) (N=244 personas), Zona Oeste (Moreno, San Miguel, La Matanza, Gral. San Martín) (N= 204 personas) y Zona Norte (San Isidro, San Fernando y Tigre) (N=451 personas).

No se hallaron diferencias de realización de psicoterapia en la actualidad o en el pasado según la zona de residencia en el conurbano. Los individuos encuestados en las tres zonas eran semejantes en edad, sexo y escolaridad, pero no en nivel socioeconómico o cobertura médica ($X^2(8)=52,7$; $p<0,001$ y $X^2(4)=13,5$; $p=0,009$).

Comparación entre el conurbano y la Ciudad de Buenos Aires

Para esta comparación se utilizaron los datos de la encuesta anteriormente presentada (4).

No hubo diferencia significativa en la proporción de los individuos que realizan psicoterapia en la actualidad entre la población del conurbano y la de la ciudad de Buenos Aires. Si se tomaba en cuenta la asistencia a tratamientos psicoterapéuticos actuales y pasados, los porteños habían asistido más (51,8%) que los residentes en el conurbano (42,9%) ($X^2(1)=18$; $p<0,001$).

No hubo diferencias significativas en el tipo de tratamiento realizado, la frecuencia, la cobertura por la cual se realizaba, el costo o la duración de la entrevista psicoterapéutica.

Las poblaciones comparadas eran diferentes en edad (Conurbano: 39,4 años vs. Ciudad de Bs. As: 42,7 años, $t(2407)=4,66$; $p<0,001$), en sexo (proporción de mujeres en Ciudad de Bs. As: 52,5% vs. Conurbano: 57,2%, $X^2(1)=5$; $p=0,02$) y en estado civil ($X^2(3)=19,2$; $p<0,001$).

Discusión

Nuestro estudio halló que casi 1 de cada 7 individuos del conurbano bonaerense realiza tratamiento psicoterapéutico en la actualidad y que casi la mitad de la población hace o hizo psicoterapia. La proporción de personas que realizó psicoterapia en el último año (17,5%) resulta superior al hallado en el trabajo americano (3,1% en 1987; 3,6% en 1997) (12,13). En un reciente estudio, Briffault y colaboradores hallaron que el 11,8% de los franceses de 20 a 60 años habían realizado psicoterapia en algún momento de su vida (4). Otro estudio realizado en 6 países europeos determinó que casi un 10 a un 30% de los individuos habían consultado a alguna persona por un trastorno mental (8). Un estudio internacional realizado en 17 países por la Organización Mundial de la Salud halló que es muy variable el porcentaje de individuos con trastorno mental que consultan a un especialista (desde un porcentaje del 8,3% en Nigeria al 53,6% en Méjico) (15).

Sin embargo, es difícil hacer comparaciones con estos trabajos debido a las disímiles metodologías empleadas, y por el hecho de que la población encuestada en nuestro estudio fue solamente urbana. En algunos trabajos se considera tratamiento psicoterapéutico cuando se constatan por lo menos 8 entrevistas (15,16). Asimismo, resulta imposible conocer la pertinencia de las psicoterapias realizadas. Un posible acercamiento a esta pregunta es que casi el cuarto de los que realizan tratamiento psicoterapéutico en nuestro estudio no lo hacen para resolver dificultades, sino como una forma de desarrollo personal o de autoconocimiento. Es posible que en otras latitudes los tratamientos psicoterapéuticos sean utilizados sólo, o en mayor proporción, ante dolencias psíquicas específicas y no como forma de autoconocimiento. En Francia, sólo el 2,6% de la población que no sufre un trastorno mental refirió haber realizado psicoterapia alguna vez en su vida (4).

La asistencia en mayor proporción a tratamientos psicoterapéuticos por parte de las mujeres está en consonancia a lo hallado en otros estudios (4,5,9,12,13). La superior asistencia a psicoterapia puede ser explicada por una prevalencia mayor de trastornos más pasibles de ser tratados por psicoterapia (como los trastornos depresivos y de ansiedad (14) o la mayor propensión por parte de las mujeres a asistir a tratamientos (8,16)).

En nuestro estudio hallamos que los individuos de la franja de edad que va de los 17 a los 40 años asistían en mayor proporción que los más añosos. Esto también fue hallado en otro estudio (12). Un estudio francés reciente observó que las mujeres nacidas en los 60 y los hombres nacidos en los 50 eran los que más habían realizado consultas psicoterapéuticas (9). La población mayor de 64 años es la que menos concurre a tratamiento psicoterapéutico (2,6%) a pesar de no tener una menor proporción de trastornos psiquiátricos que las otras franjas etarias. Podría ser que esto se deba a que la eficacia de la psicoterapia para las personas mayores es subestimada, o porque es dificultosa la implementación por motivos de movilización o de costo. Es fundamental estimular y promover el uso de estos tratamientos en los individuos ancianos que los requieran, facilitando la consecución de los mismos.

Un hallazgo común a otros estudios (4, 9) fue el

mayor nivel educativo de la población concurrente a psicoterapia. Es sabido que este mayor nivel educativo permite un mayor conocimiento de tratamientos disponibles, así como posiblemente aumenta la accesibilidad a los mismos. También se observó una mayor frecuencia de concurrencia a psicoterapia dentro de las clases económicas más acomodadas. No nos es posible saber cuánto de esta mayor frecuencia de uso está relacionada con una mayor educación o con la accesibilidad económica a este recurso. Es imperativo que se eficienten los medios para que la población menos educada y de menor nivel socioeconómico pueda acceder a este recurso adecuadamente.

En nuestro estudio observamos que una mayor proporción de personas viudas realizan psicoterapia (22%). En esto se diferencia de los otros estudios, que observaron una mayor proporción dentro de las personas separadas (12) o solteras (4). Casi el 22% de las personas que realizan psicoterapia se encuentran medicados con psicofármacos. Esto es diferente a los resultados en Francia (donde casi el 71% de los que realizan psicoterapia toman psicofármacos) (9) o en Estados Unidos (donde el 61,5% reciben psicotrónicos) (13). Es posible que esa diferencia sea debida a que en Francia y en USA una mayor proporción de médicos realizan los tratamientos psicoterapéuticos (9,13), a diferencia de lo que sucede en nuestro medio, donde hallamos que menos de un 10% de las psicoterapias era conducida por un profesional médico. Una explicación alternativa es que esta diferencia sea debida a la mayor proporción de individuos en nuestro país que asisten a psicoterapia no por una dificultad emocional sino sólo para conocerse mejor. Estos individuos no tendrían necesidad de ser medicados con psicofármacos.

Resulta sorprendente que casi 1 de cada 2 individuos que realiza psicoterapia no sepa cual es la técnica y/o escuela que su terapeuta esta empleando o siguiendo. Si bien no es indispensable para la efectividad de un tratamiento saber detalles técnicos del mismo, nos parece ético informar previamente al inicio del tratamiento sobre las condiciones de éste.

Nuestro estudio determinó que la mayoría de los tratamientos psicoterapéuticos son de tipo individual y se realizan de manera privada. Por el carácter de nuestra encuesta no pudimos acceder a la adecuación de los tratamientos: sería importante saber si el bajo porcentaje de individuos que realizan psicoterapia grupal se debe a que no es adecuada para las patologías que tienen o se debe a una falta de oferta profesional.

No es difícil comprender que el tratamiento privado sea más oneroso que el tratamiento en centros estatales o a través de obras sociales o prepagas. Lo que es menos comprensible es la diferencia de tiempo entre los tratamientos. Si bien el promedio de la diferencia entre la entrevista más corta (en hospital o centro estatal) y la más larga (en forma privada) es sólo de 12 minutos, esto representa un 25% más de tiempo de atención. ¿Es esta diferencia producto de técnicas diferentes empleadas o de la necesidad de lograr una mayor respuesta del recurso psicoterapéutico a la demanda poblacional?

Además del tipo de cobertura, el tiempo de la entrevista está vinculado con el costo de las entrevistas psicoterapéuticas. No ocurre lo mismo con el tipo de técnica empleada o la profesión del terapeuta, que parecieran no intervenir en la determinación del costo de la entrevista.

Nuestro estudio no halló diferencias en el porcentaje de utilización de psicoterapia entre la población de las distintas zonas del conurbano como así tampoco entre la población del conurbano y la de la ciudad de Buenos Aires. Seguramente, ambas poblaciones comparten ciertas pautas culturales y accesibilidad al recurso psicoterapéutico que homologan los porcentajes de la utilización del mismo. La diferencia hallada en la frecuencia de uso a lo largo de la vida podría ser debida a una menor disponibilidad previa del recurso psicoterapéutico, que fue subsanada posteriormente con la apertura de consultorios en el Gran Buenos Aires.

Nuestro estudio presenta ciertas limitaciones: la encuesta fue realizada a transeúntes en zonas de accesos públicos, lo que descartó a personas con problemas de movilidad. La falta de realización en barrios periféricos por motivos de seguridad de los encuestadores redujo también la proporción de personas con niveles socioeconómicos más bajos. Esto disminuyó seguramente la representatividad de la muestra. Por otra parte, los individuos entrevistados en la zona norte del conurbano fueron el doble que los entrevistados en la zona sur y oeste, lo que puede haber llevado a que los resultados obtenidos obedezcan más a características de la población de la zona norte. Sin embargo, la falta de hallazgo de diferencias entre zonas descartaría esta limitación.

Otra dificultad que presenta nuestro estudio por su carácter de auto encuesta es que no se pudo confirmar que aquello que los individuos encuestados consideran psicoterapia lo sea realmente. Sin embargo, el término es muy utilizado en nuestra cultura y no creemos que haya habido confusión. Por otra parte, se puso especial cuidado de explicar el término en los casos en que no se entendía adecuadamente.

En conclusión, nuestro estudio observó una tasa de uso importante de psicoterapia en el conurbano bonaerense y las características de la misma. Quedan como desafíos importantes conocer la tasa de utilización en otras áreas de nuestro país, así como conocer la adecuación de estos tratamientos psicoterapéuticos con las patologías de los usuarios.

Agradecimientos: Agradecemos al Dr. M. Nemirovsky, Lic. M. Agrest, S. Miroshnik, C. Escalante y M. Noya Schreus por la ayuda en la confección de la encuesta ■

ANEXO 1

Encuesta

- 1) ¿Vive en el partido? Sí No
- 2) Edad: _____ años
- 3) Sexo: Masculino Femenino
- 4) Nivel de escolaridad:
- Primario incompleto Primario completo
- Secundario incompleto Secundario completo
- Terciario incompleto Terciario completo
- Universitario incompleto Universitario completo
- 5) Clase social:
- Baja Media-baja Media-media Media-alta Alta
- 6) Tipo de cobertura médica:
- Prepaga Obra social Sin cobertura
- 7) Estado civil: Casado/a Concubino/a Unión de hecho Soltero/a
- Separado/divorciado Viudo/a
- 8) ¿Concurrió usted a un tratamiento psicoterapéutico en el último mes? Sí No
- 9) ¿Concurrió usted a un tratamiento psicoterapéutico en el último año? Sí No
- 10) ¿Concurrió usted a un tratamiento psicoterapéutico hace más de un año? Sí No
- 11) ¿Concurrió alguna vez algún familiar directo o conviviente a psicoterapia? Sí No
- 12) ¿Usted cree que la psicoterapia puede ayudar a las personas? Sí No
- 13) En caso de necesitarlo, ¿realizaría tratamiento psicoterapéutico? Sí No

Sólo si contestó la pregunta 8) de manera afirmativa, por favor responda las siguientes preguntas.

- 14) ¿Qué tipo de psicoterapia realiza?
- Psicoanalítica Cognitivo-Conductual
- Sistémica No sabe Otras ¿Cuál? _____
- 15) ¿Qué modalidad de psicoterapia realiza? (puede contestar más de una opción. En caso de realizar varias modalidades de psicoterapia enumerar según su criterio del más relevante al menos relevante)
- Individual Familiar o pareja Grupal

16) ¿Con qué frecuencia concurre a psicoterapia? (en caso de realizar varias modalidades de psicoterapia, conteste en relación con la psicoterapia principal)

- 3 o más veces por semana 2 veces por semana
 1 vez por semana 1 vez cada dos semanas
 1 vez por mes

17) ¿Con cuál profesional realiza tratamiento psicoterapéutico?

- Psicólogo Médico No sabe Otros ¿Cuál? _____

18) ¿A través de qué sistema de cobertura realiza usted su tratamiento psicoterapéutico?

- Hospital estatal o centro de salud estatal Obra social
 Prepaga Privada

19) ¿Cuánto tiempo dura aproximadamente la entrevista? _____ minutos

20) ¿Cuánto le cuesta la entrevista? (al paciente y/o a la familia) _____ pesos

21) ¿Por qué comenzó este tratamiento?

- Decisión personal Sugerido por un amigo/vecino/familiar/conocido
 Sugerido por un profesional de la salud mental Sugerido por un profesional de la salud
 Decisión judicial

22) ¿Cuál es el motivo principal por el que comenzó el tratamiento?

- Para conocerme mejor/ desarrollo personal Dificultades personales/ interpersonales

23) ¿Hace cuánto realiza tratamiento psicoterapéutico? _____ meses

24) ¿Toma psicofármacos? Si No

25) Si respondió que SI ¿Quién se los indica?

- El mismo terapeuta con el que hago terapia Otro psiquiatra
 Otro médico Por cuenta propia

Referencias bibliográficas

1. Abbass AA, Hancock JT, Henderson J, Kisely S Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;(4):CD004687.
2. Alonso, M.M. (2006). Los psicólogos en la Argentina. *Psicod debate 6. Psicología, Cultura y Sociedad*, 6, 7-14.
3. Bisson J, Andrew M Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;(3):CD003388.
4. Briffault X, Sapinho D, Villamaux M et al: Factors associated with use of psychotherapy. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008, 43(2): 165-171.
5. Diario Clarín: *Según una encuesta, tres de cada 10 porteños hacen terapia.* Sección Sociedad. 19/9/2006. <http://www.clarin.com/diario/2006/09/21/conexiones/t.01275201.htm>
6. Escalante C, Noya Schreus M, Leiderman EA: Prevalencia de tratamiento psicoterapéutico en los habitantes de la ciudad de Buenos Aires. Póster. XIV Congreso Internacional de Psiquiatría. Buenos Aires, 2007.
7. Hunot V, Churchill R, Silva de Lima M, Teixeira V Psychological therapies for generalised anxiety disorder *Cochrane Database Syst Rev.*2007;(1):CD001848.
8. Kovess- Masfety V, Alonso J, Brugha TS, Angermeyer MC et al: Differences in lifetime use of services for mental health problems in six european countries. *Psychiatr Serv* 2007, 58(2): 213-220.
9. Kovess V, Sapinho D, Briffault X et al: Psychotherapeutic practices in France: results of a professional-based health insurance participant survey. *Encephale* 2007, 33(1): 65-74.
10. Leichsenring F, Rabung S, Leibing E :The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: a meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61(12):1208-16.
11. Luty SE, Carter JD, McKenzie JM, Rae AM, Frampton CM, Mulder RT, Joyce PR. Randomised controlled trial of interpersonal psychotherapy and cognitive-behavioural therapy for depression *Br J Psychiatry* 2007;190:496-502.
12. Olfson M y Pincus HA: Outpatient Psychotherapy in the United States, I: volume, costs and User characteristics. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1281-1288.
13. Olfson M., Marcus SC, Druss B et al: National trends in the use of outpatient psychotherapy. *Am J Psychiatry* 2002; 159(11):1914-1920.
14. Vicente B, Kohn R, Riosesco P et al: Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R disorders in the Chile psychiatric prevalence study. *Am J Psychiatry* 2006, 163:1362-1370.
15. Wang P, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J et al: Use of mental health services for anxiety, mood and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet* 2007, 370:841-850.
16. Wang PS, Lane M, Olfson M et al: Twelve- Month Use of mental health services in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:629-640.



SIRR

Sistema Integrado de Rehabilitación y Reinserción

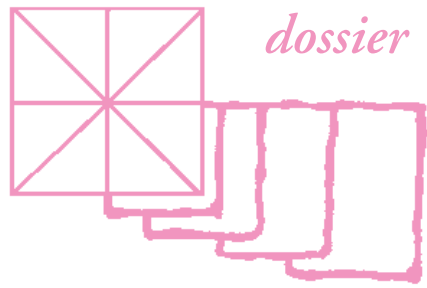
Rehabilitación, Reinserción Social y Laboral para personas que padecen trastornos mentales severos, a través de un abordaje interdisciplinario y con programas individualizados para el logro de su plena integración y adecuada evolución.

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



SALUD MENTAL Y COMUNIDAD

Coordinación
Martín Agrest
Martín Nemirovsky
Pablo M. Gabay

La definición de Psiquiatría Comunitaria admite muchas lecturas y sus competencias están en revisión y discusión permanentes. Por otro lado, los profesionales de la salud mental tendemos a pensar predominantemente en los aportes que realizamos desde nuestra práctica en los hospitales, clínicas y consultorios relegando, muchas veces, el trabajo y la conceptualización de cuanto se realiza y podría realizarse en el seno de la comunidad a favor de la calidad de vida de la población vulnerable o afectada en su salud mental. Es frecuente que reflexionemos sobre lo que sucede a nuestros consultantes cuando vienen a vernos, aunque dicho momento no signifique más que una pequeñísima fracción en su vida cotidiana.

¿Cuánto aportamos por medio de los tradicionales dispositivos asistenciales a cómo viven las poblaciones en riesgo, postergadas o dañadas, y cuánto podríamos aportar si estimulásemos el capital social, el trabajo en red en la comunidad y formas de cuidado alternativas a las internaciones psiquiátricas (especialmente en el caso de aquellas de carácter prolongado)?

El presente Dossier se encuentra en continuidad con el presentado una década atrás sobre "Rehabilitación y reinserción social en Salud Mental" que coordinara Pablo Gabay.

Norman Sartorius nos deleita con una presentación realizada en la Provincia de San Luis en abril del 2008, en la que reflexiona sobre la "Enfermedad Mental y el Capital Social", iluminando con agudeza cómo podemos au-

mentar o disminuir el capital social por medio de nuestras prácticas en salud mental.

Pablo Gabay y Mónica Fernández Bruno, con una vasta experiencia en el tema, analizan cuáles son las "Alternativas a la hospitalización crónica", los motivos para el éxito y el fracaso de políticas que no deberían centrarse únicamente en el espacio físico en donde hacer residir a las personas con trastornos severos de su salud mental.

Alejandra Barcala, Flavia Torricelli, Patricia Álvarez Zunino y Julio Marotta presentan un "Programa de Atención Comunitaria a Niños/as y Adolescentes con Trastornos Mentales Severos: una construcción que articula la experiencia clínica, la investigación académica y su transferencia al sistema sanitario", trabajo que mereció el premio de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, 2008, Dispositivos en Salud Mental. Aportes de la Psicología, en el marco de las XV Jornadas de Investigación y IV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR de la Universidad de Buenos Aires.

María Fernanda Cabello, Paula Castaldi y Andrea Cataldo presentan un análisis interdisciplinario de la "Explotación sexual comercial infantil. Algunas notas para el acompañamiento a niñas, niños y adolescentes afectados" en donde muestran su trabajo de campo y proponen una conceptualización sobre un fenómeno complejo y profundamente imbricado con fenómenos sociales, culturales, económicos y políticos.

Carmen Mercedes Cáceres, Ivana Druetta,

Marisa Hartfiel y María Rosa Riva Roure sistematizan los avatares de "El P.R.E.A., una experiencia alternativa a las lógicas manicomiales" y relatan el trabajo realizado por un importante grupo de profesionales de la salud mental, del que forman parte las autoras, para lograr la externación de pacientes del Hospital "Esteves", Temperley, Provincia de Buenos Aires.

Finalmente, Mónica Fernández Bruno, Viviana K. Seijo, Pablo M. Gabay y Marina Giuffrè presentan las características generales de un programa llevado a cabo en un hogar infantil para

niños con trastornos de conducta leves a moderados desde hace diez años.

Como se dijo, la psiquiatría comunitaria está en evolución permanente. Desde este dossier buscamos llamar la atención y aportar a la necesaria discusión sobre estos temas, que afectan al grueso de la población pero sólo son abordados por algunos profesionales y que tienen implicancias tanto en el ámbito de la atención de la salud como en el de las políticas públicas y la legislación ■

La Enfermedad Mental y el Capital Social

Norman Sartorius

M.D., p.m., Ph.D., FRC. Psych.

Introducción

*Por Jorge Luis Pellegrini**

Norman Sartorius fue director de la División de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (1977-1993), vicepresidente y presidente de la Asociación Mundial de Psiquiatría (1993-1999) y presidente de la Asociación Europea de Psiquiatras (2000-2002). Es autor de más de 300 artículos en revistas revisadas por pares y autor, coautor o editor de más de 60 libros. Posee numerosos nombramientos honoríficos y tres doctorados Honoris Causa (en Umea, Suecia; Bath, Reino Unido y en Praga, República Checa).

Es miembro del Honorable Real Colegio de Psiquiatría en el Reino Unido y Australia/Nueva Zelanda, un distinguido miembro de la *American Psychiatric Association* y miembro honorario de numerosas asociaciones profesionales. Es asesor y consejero editorial de numerosas revistas científicas y el Editor de *Current Opinion in Psychiatry*. Habla croata, inglés, francés, alemán, ruso y español.

El 28 de abril del 2008 visitó la Provincia de San Luis, invitado por la Universidad de La Punta y por la vicegobernación de la provincia.

Su presencia generó una convocatoria cuyo número sorprendió al propio invitado. El tema "Capital Social y Salud Mental" había sido previamente difundido y explicado a través de múltiples actividades públicas. Un sector de la población compuesto por profesionales, funcionarios, estudiantes, trabajadores de la salud y la educación participaron de la Conferencia con sumo interés, dado que el contenido de la exposición resultaba de vinculación inmediata con procesos sociales y políticos actuales de la provincia.

La inclusión social y el plan específico que logró erradicar la desocupación en San Luis; el proceso de transformación institucional del Hospital Escuela de Salud Mental; la Ley Provincial de Desinstitucionalización; el cierre de los depósitos de menores, han sido en estos años iniciativas sociales del estado provincial que impactaron profundamente en el campo cultural y en las ideas de los sanluiseños. La exposición del Prof. Norman Sartorius iluminó nuevos aspectos de esos planes sociales, y permitió analizarlos desde conceptos cuya operatividad fue puesta de relieve por los propios participantes.

El conferencista fue presentado por el Dr. Jorge Luis Pellegrini, orientador de los procesos de cambio institucional sanluiseños, y actual vicegobernador provincial.

La venida de tan ilustre visitante coincidió con la inauguración del Salón Azul del Palacio Legislativo, nuevo espacio institucional en el que se reconocen figuras académicas, científicas, culturales y sociales de San Luis y del mundo.

Ese mismo día el Profesor Sartorius había solicitado conocer el Hospital Escuela de Salud Mental, en el que fue recibido por profesionales, trabajadores, pacientes y familiares. Durante horas analizó con los distintos servicios, grupos terapéuticos, y trabajadores sanitarios las actividades realizadas en los quince años que lleva el Proceso de transformación. Pero, por sobre todo, indagó en torno de cómo imaginamos el futuro del plan sanitario que logró dar cuenta del manicomio por primera vez en la Argentina. Al finalizar la recorrida, Sartorius convocó a todos al salón de actos del hospital, donde dio sus opiniones respecto de lo vivenciado. En esa ocasión sostuvo que "la experiencia del Hospital Escuela de San Luis es única en el mundo" y que lo impactaba particularmente la corriente de grupalidad institucional con la que se había comunicado durante toda la mañana.

Finalmente el Prof. Sartorius fue declarado ciudadano ilustre de la Provincia de San Luis, y huésped de honor de la Legislatura.

* Médico Psiquiatra. Ex-Director del Hospital Escuela de Salud Mental de San Luis.

Norman Sartorius

Fue una sorpresa para mí porque la gente de Dinamarca dijo que, en algunos años, cuando se pidieran fondos al Fondo Monetario Internacional, iba a ser necesario demostrar que éstos eran para incrementar el Capital Social, el Capital Humano y el Capital Económico.

El Capital Económico es lo que vemos en las calles, en las rutas, en los bancos. Todo eso es el Capital Económico. El Capital Humano se mide por la cantidad de gente capaz de producir en una sociedad. El Capital Social es muy distinto de los dos anteriores, y es lo que sucede entre la gente que vive en una sociedad. Por ejemplo, cuando alguna persona ayuda a un anciano a cruzar la calle, está contribuyendo al Capital Social. Cualquier cosa que yo haga para ayudar a alguien entiendo que esto va a contribuir, es algo que incrementa, el Capital Social.

Es muy interesante lo que sucedió en Canadá hace algunos años: hubo mujeres que solicitaron que les pagaran por amamantar a sus niños. Esto se consideró un escándalo. Era un deber de las madres, un deber sagrado y las mujeres dijeron: "quizás sea un deber sagrado pero queremos que se nos paguen por ello". El Gobierno no les pagó aunque las mujeres decían que estaban produciendo excelentes ciudadanos y que por tanto estaban incrementando el Capital.

El censo del año siguiente en Canadá incluyó un ítem: qué estaban haciendo las mujeres para ayudar al resto de la gente, incluyendo a sus propios hijos. Cuando analizaron esto, vieron que las mujeres cuidan a los ancianos y cuando llegan las estadísticas vieron que el 25% del producto bruto se justificaba por trabajos que no eran pagos. Un 25% correspondía a trabajo que no era remunerado, ni siquiera reconocido, ya que nadie le daba una medalla por cuidar a un niño a un anciano, que era el trabajo de algunas de ellas. Pudo saberse que para los países en desarrollo esto puede ser tan importante como para alcanzar al 50% del producto bruto. Así como es característica del Capital Económico que cuanto más uno lo gasta, menos tiene, en el caso del Capital Social cuanto más se usa, más se produce; se multiplica en la medida en que se usa ese capital.

Hay una serie de indicadores para ver cuán desarrollado está este Capital Social. Primero, cuánta confianza hay entre la gente: si uno confía en su vecino, en su Gobierno, en los políticos, en la sociedad en general. Si alguien le propone algo, él va a un abogado y hace un contrato o la misma palabra es suficiente. Otro indicador es la tolerancia a las discapacidades, cuánta discapacidad puede tolerar la gente. Dicha medida se refiere no solo a las personas con discapacidades sino también a aquellas que son diferentes ya sea en el color de la piel o que hablen de alguna forma diferente. Cuánta tolerancia hay en la sociedad.

Los indicadores dan cuenta de la participación que hay en diferentes actividades sociales, en asociaciones,

cuánto se junta la gente para charlar de otras cosas en la sociedad.

Otro indicador es el costo de la salud. Cuanto más bajo es el costo de la salud en general es mucho mayor el Capital Social que hay. Si uno ve que un país gasta mucho en salud es por que el Capital Social es muy bajo.

Cuando la gente no está preparada para ayudar a aquellos que están enfermos, entonces todo este costo se traslada al gobierno, a las mutuales. Otro indicador es la cantidad de criminales y de hechos delictivos que hay. Cuanto más se conoce la gente, cuanto más integrados están los unos con los otros, menos crímenes se cometen. Otro indicador es la violencia y la agresión interpersonal.

Miembros del Banco Mundial dijeron que "el Capital Social es importante pero no hay forma de medirlo. Entonces, ¿por qué habría que considerarlo?" Después aparecieron varios científicos y dijeron: "nosotros no solo vamos a medirlo sino que vamos a demostrar que es fácil medirlo". Entonces crearon esta serie de indicadores. Si la gente obedece las reglas de la sociedad y éstas están hechas para mejorar la interacción entre todos, si la gente se reúne en las asociaciones civiles, todo este tipo de cosas indican cuánta confianza hay entre la gente y son indicadores que se utilizan para medir el Capital Social.

La pregunta que surge es: "¿cuál es la diferencia entre este Capital Social y otro tipo de capital como, por ejemplo, el Capital Económico?". Cuanto más Capital Económico tiene, más probable que el Capital Social descienda. Incluso, cuando se incrementa el Capital Económico esto va acompañado de un decrecimiento del Capital Social.

Y esto se ve en algunos casos: por ejemplo en Suiza, donde uno puede contratar una persona que sepa de teatro por dos horas. Si uno quiere hablar de teatro con alguien porque le gusta y no tiene un amigo para hacerlo, contrata a una persona que lo hace y hoy habla de teatro, mañana de perro, sobre cualquier tema de filosofía, o sobre lo que sea.

En otros países es más extraordinario todavía. Por ejemplo, en Japón, uno puede contratar un perro por el fin de semana, si a uno le gustan los perros entonces juega el fin de semana con estos perros y después los devuelve. Uno no tiene que preocuparse por el perro el fin de semana o por los amigos en la semana por que se pueden comprar directamente.

En los lugares donde se ha implementado esto, al principio comienza funcionando bien pero después lo que sucede es que se encarecen estos servicios y se crea lo que se llama un "Capital Pseudosocial". Entonces los precios de estos servicios comienzan a subir y llega un momento en que uno ya no puede pagarlos y el Capi-

tal Pseudosocial también comienza a subir. En relación con el Capital Humano y el Capital Social también es interesante: cuando el Capital Humano (que es la productividad) se incrementa, durante un tiempo también se incrementa el Capital Social porque la gente se siente orgullosa de su productividad y esto hace al Capital Social.

Hay que tener en cuenta un factor, y es que cuando hay crecimiento del Capital Humano y se manifiesta éste de manera distinta en un sector que crece mucho más rápido que otro, cuando esta diferencia se incrementa mucho y siempre que hay una diferencia muy grande situada dentro de la sociedad, esto puede ser un gran problema y estas diferencias pueden dividir a la sociedad en distintos grupos.

Hay algunos riesgos de los que quiero hablar ahora ya que constituyen riesgos que pueden resentir el Capital Social: el primero es el de las "limitaciones" que se dan, por ejemplo, cuando uno elige con quién quiere ser amigo. Uno es bueno con algunos y el resto de la gente no le importa nada y estas relaciones con quienes uno elige, con quien puede llevarse bien (que puede ser vertical cuando se da entre padres e hijos o de clan cuando es sólo dentro de la misma familia o ideológica cuando se da dentro del mismo partido político), al elegir, cada uno pone los límites respecto de con quién se va a llevar bien y hasta dónde, y esto puede generar también problemas en la sociedad. Otra forma en que se puede resentir el Capital Social es cuando uno alinea desde todas las acciones con respecto a una política o alguna ideología y esto puede crear separaciones y diferencias.

También hay riesgo del Capital Social cuando el cambio es grande en la estructura demográfica, por ejemplo si en una población aumenta mucho la cantidad de ancianos. En este caso, como ya son demasiados para poder ser ayudados como se hacía antes, por lo general los jóvenes tienden a rechazarlos y entonces se separan. Por eso, otro riesgo grande es la urbanización: voy a contarles una historia del gran incremento de suicidios en Singapur. En Singapur antes las calles tenían casas a los costados de no más de un piso, por lo que las casas se encontraban un poco más separadas y más abiertas, no existían tantos paredones, tantos muros. Entonces, por ejemplo, una persona anciana salía a caminar, charlaba un rato con el vecino, tomaba un café con otro, pasaba por un negocio, tardaba de un lugar a otro tres horas en ir y tres horas en volver. Entonces el gobierno decidió que debía mejorar la ciudad y lo que hicieron fue agrandar esta calle horizontal y armaron toda la estructura vertical y mudaron a esta gente anciana a algunos edificios de 40 ó 50 pisos de altura. Ahora las casas eran "mucho mejores", tenían buen servicios de agua y electricidad pero esta gente anciana que salía, miraba por las ventanas o tenía contacto con gente, ahora la única forma de contactarse con la gente era en el ascensor. Hubo un descenso muy grande en las relaciones interhumanas y esto conllevó a un aumento en las tasas de suicidio porque la

gente se sentía que estaba muy sola, que no servía para nada y que no tenía este propósito en la vida.

Existen otros riesgos, como cuando los líderes sociales utilizan su posición para propio beneficio -en oposición al Capital Social-; o como cuando, por ejemplo, cambia la posición de la mujer en la sociedad, se modifican las relaciones interpersonales y eventualmente puede suceder que esto genere una disminución en el Capital Social.

Otra cosa que es interesante mostrar son las dos dimensiones del Capital Social: la primera relación es la horizontal que puede ir desde "muy cerrado" hasta "muy abierto", y la otra es la que va desde lo individual hasta la sociedad completa. Hay muchas sociedades donde hay grupos que interactúan pero son muy cerrados como clanes y la gente se ayuda entre sí pero siempre dentro de eso. Pero la única forma del Capital Social que es válida es la que está abierta a todo el mundo, orientada a toda la sociedad. Deberían haber asociaciones voluntarias entre el gobierno y la sociedad donde se puedan hacer estas interacciones sin reglas específicas, para que se puedan emprender actividades que la gente quiera hacer y le guste hacerlas y se puedan emprender rápidamente, directamente, sin tener necesidades de algunas leyes y reglas para ello. Y la otra cosa es qué se entiende por libertad. Todo acto de libertad tiene que ser para todos; no puedo ser yo más libre que otros. Mi libertad está limitada por los demás que viven a mi alrededor. Por ejemplo, no puedo gritar a la noche porque despertaría a la otra gente. No se puede permitir que se pueda comprar más libertad. Por ejemplo, el hecho que por uno tener más dinero se me permita tener un auto más ruidoso, no es admisible. Esto es una sociedad cívica. La última cosa es que la gente tiene que aceptar es que las normas éticas están por encima de las normas morales.

En la sociedad en que vivimos hay tres tipos de normas: las normas éticas, las normas morales y las legales. Idealmente, deberían ser las mismas; pero esto nunca sucede. La norma ética, por ejemplo, no se debe bajar. A veces tenemos algunas sociedades donde se puede hacer algo que no respeta las normas morales, por ejemplo, con la pena de muerte. En muchas sociedades estos tres tipos de normas están muy separadas entre sí y la gente por lo general vive de acuerdo a las normas morales. En muchas sociedades a lo largo de los años pudimos ver que estas normas morales no eran tan buenas y por ahí se estaban haciendo muchas cosas por costumbre. Éstas podían no ser éticas; sin embargo, todo el mundo las seguía haciendo. Esto puede verse en líneas generales, por ejemplo, en la guerra.

En China le ataban los pies a las mujeres para que no pudieran caminar. Entonces los maridos estaban contentos porque no podían ir a otros lados. Desgraciadamente era aceptado, en general, por esa sociedad; y fue difícil de erradicar.

En una sociedad cívica las normas éticas deberían ser más importantes que las normas morales, pero en general esto no se cumple.

Existen tres o quizás cuatro definiciones acerca de lo que significa la salud. La más aceptada y la más común es que uno está en buen estado de salud cuando no está enfermo, pero el estado de salud de uno puede no estar bien aunque no se esté enfermo y uno puede estar en mal estado aunque no esté enfermo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso que la salud es un estado de bienestar físico, social y mental. Es un poco difícil aceptar esta definición porque la palabra "bienestar" no está suficientemente bien definida. La tercera definición indica que la salud es la capacidad de enfrentarse a los diferentes desafíos. Y mi última definición, que es un poco filosófica tal vez, es que la salud es un estado de equilibrio de bienestar con uno mismo y con el medio que lo rodea.

Le pregunté a un amigo mío chino, que pasaba mucho tiempo con su hijo y muy poco tiempo con sus hijas, qué le enseñaba en ese tiempo, qué le decía. Y me dijo: "le estoy enseñando dos cosas: primero, cómo estar consigo mismo y, la segunda, cómo estar con las demás personas."

Cómo puede hacer uno para estar en paz consigo mismo, saber hasta dónde puede llegar y mantener un equilibrio con uno y con los demás y a veces participar de relaciones que sean constructivas y útiles con otras personas. Estas definiciones de salud son como un espejo de las definiciones de salud mental. Hay límites entre la salud y la enfermedad que no son tan claros cuando se trata de salud mental, y hay síntomas que pueden estar presentes en personas que no son considerados enfermos mentales, e incluso pueden ser síntomas bastante avanzados. A manera de ejemplo, en Inglaterra, se demostró que el 50% de los viudos y viudas tiene al año siguiente alucinaciones con su esposo o con su marido, los escuchan hablar, los ven sentados en la silla aunque no están presentes.

Otra definición es que es que la salud mental es un estado del organismo que permite al individuo utilizar sus capacidades innatas y adquiridas en su totalidad. También se puede definir como el estado de equilibrio con uno mismo y con los demás.

Se hicieron varios estudios y se demostró que para quienes padecen de una enfermedad mental lo primero, lo más importante, no dijeron que fuera deshacerse de sus síntomas. Eso no fue lo primero que pidieron. Primero, dijeron, queremos ser reconocidos como seres humanos, queremos ser reconocidos como alguien. Otra cosa que querían tener, por supuesto, era un tratamiento y recibir ayuda y también que la sociedad aceptara que hay algunas anormalidades que tiene alguna gente y que no se pueden cambiar. Asimismo, quieren tener también la oportunidad de utilizar sus riquezas, sus valores, lo que ellos saben hacer, de poder hacer algo útil y también otra cosa que me decían que querían volver a tener, era recobrar el respeto por sí mismo que es algo que habían perdido y darse cuenta de que algunos síntomas que tenían no iban a desaparecer; el asunto era ver cómo se

los ayudaba para poder sobrevivir y convivir con estas cosas.

No existen muchas cosas que se puedan solucionar con medicación, muchas de estas cosas necesitan tratamiento.

Hay algo que la gente no quiere aceptar y es que el 50% de las enfermedades mentales se pueden evitar con prevención primaria. Las intervenciones en la salud mental pueden prevenir impedimentos y reducir la prevalencia de discapacidades debidas a desórdenes mentales.

Los programas de salud mental dependen de servicios de otros sectores para convertir en participación productiva el potencial de trabajo de los enfermos mentales. Es bueno saber que la mayoría de las actividades de prevención no están llevadas a cabo por psiquiatras, sino por otras personas, por ejemplo, las obstetras.

Si uno ve las medidas de prevención, todas tienen que ser llevadas a cabo por otras personas. Los psiquiatras pueden opinar, pueden decir que sería mejor hacer esto o lo otro, pero las actividades deben ser llevadas a cabo por otras personas.

La salud mental puede contribuir al Capital Humano. Cuanta mayor sea la gente que trabaja más se incrementa la cantidad de individuos en la sociedad, pero nuevamente lo que pueden hacer los especialistas aquí es sacar esta gente del estado más grave de la enfermedad y los que están menos graves donde después el resto de la sociedad los tiene que ayudar. Se trata de permitir que participen las redes sociales de apoyo mutuo. Una cosa interesante es ver cómo los esfuerzos del Capital Social y la salud mental pueden unirse. Por ejemplo, los programas de salud mental pueden disminuir la cantidad de enfermedades y pueden mejorar el nivel de la sociedad. También se pueden ver otras formas de interactuar entre programas de Capital Social y de programas de Salud Mental.

Existen una serie de contribuciones que los programas de salud mental podrían hacer sobre el Capital Social: proveer de conocimiento acerca del funcionamiento social; prevenir del desabastecimiento en los servicios del sector social; brindar oportunidades de beneficios morales y el consecuente mejoramiento del respeto por sí mismos; reducir las pérdidas en el capital social capacitando a los cuidadores y a los pacientes.

"Burn out" es un síntoma que se ha declarado como una epidemia en muchos países del mundo. Tomemos como ejemplo el caso de una persona que trabaja, tiene un salario muy bajo y nadie le reconoce cuando hace su trabajo bien y nadie lo castiga de alguna manera cuando hace su trabajo mal; a esta persona no se le deja progresar, no se le deja ascender. A medida que pasa el tiempo esa persona está cada vez menos satisfecha con su propia vida y con las cosas que puede hacer y ya no trabaja tan bien, no le preocupa si terminó su trabajo o no, porque no significa nada para él.

También aparecen otros tipos de síntomas como el insomnio, violencia en la familia, entonces se transfor-

man en problemas de alcoholismo, y por ejemplo mucha gente que trabaja en la periferia escapa a otros lugares para desarrollar otras actividades que no tienen nada que ver con su profesión. Y se cambian de trabajos, buscan nuevos trabajos para tener la oportunidad de ser reconocidos o sentirse útiles. El burn out disminuye la productividad y también se manifiesta en otro tipo de síntomas. La gente dice que hoy en día es el problema más serio que hay en salud y ahora vamos a ver de qué manera puede llegar a actuar la sociedad para aumentar este Capital Social y de qué manera se pueden desarrollar actividades en conjunto entre el Capital Social y la Salud Mental.

El primer punto es un apoyo legal a la cohesión social. Mi hija es médica y se casó con un médico pero ellos se mudaron porque cuando uno se casa con alguien, en el momento de casarse, como hay dos sueldos dentro del núcleo familiar aumentan los impuestos. Entonces pierden dinero cada mes por el hecho de casarse y si bien se dice “queremos promover la familia”, sin embargo se le quita dinero a la gente cuando forma la familia. Existen muchas acciones incongruentes entre las leyes y las políticas que se quieren promover en la sociedad. Dentro de las cosas que aumentarían el Capital Social una sería incrementar la tolerancia, tener una tolerancia activa, no ser indiferente con otro tipo de gente sino tener una tolerancia activa.

Un psiquiatra inglés escribió un libro que se llama “Las diez mil horas”, y se refiere a la cantidad de horas que un niño pasa en la escuela. Se preguntaba cuántas de estas diez mil horas se utilizaban para aprender a ser tolerantes. De niño aprendí una cantidad impresionante de obras, de reyes, sus hijos, qué hacían sus hijas, por qué lo hacían. Yo sabía todo esto. Nadie en la escuela me hizo aprender a comprender a alguien que tuviera un problema de adicción, nadie me enseñó cómo hablar con una persona anciana. Hay muchas cosas que podríamos

incluir dentro estas diez mil horas y quizás los chicos sabrían algunos nombres menos de reyes pero sabrían convivir con otras personas. Me asombró mucho ver que en Costa Rica muchos niños de 12 años participan en las elecciones. Los niños en las escuelas hacen cada uno sus votos, los ponen en las urnas y después los maestros abren esas urnas y discuten con los chicos. Este ejercicio lo realizan durante seis años, porque uno no puede ir y votar directamente, tiene que estar preparado y entonces durante seis años se van preparando para la actividad.

Otra de las cuestiones que podemos ver es el reconocimiento de los beneficios morales, hacer un reconocimiento a la persona que ayuda a un familiar que se enferma, reconocérselo de alguna manera.

En muchos países uno obtiene una medalla si uno mata a una persona, pero no le dan una medalla si uno salva la gente del medio y el tema no es la medalla en sí, sino el reconocimiento que se obtiene por ayudar a los demás. Es una actividad que se hace todos los días, todos los días de su vida y no se obtiene ningún reconocimiento, ninguna pensión, ningún salario, nada. No tiene que ser necesariamente una medalla, podría ser un libro u otro tipo de reconocimiento del trabajo que cada persona hace por su sociedad. También se podrían ampliar los Programas de Salud Mental en un espectro más alto para que pudieran contribuir en las relaciones del Capital Social.

Vamos llegando a las conclusiones: también es importante que veamos que el crecimiento del Capital Social fomenta el mejoramiento de la Salud Mental en un proceso mutuo, recíproco. Y es importante ver esto no como dos cosas separadas. No se trata de ver al Capital Social por un lado y a la Salud Mental por otro, sino que la interacción refuerza el incremento que sería fundamental para la supervivencia de las sociedades, para el crecimiento de las instituciones ■

Alternativas a la hospitalización crónica

Pablo Miguel Gabay
Mónica D. Fernández Bruno

*Médicos Psiquiatras (UBA)
Docentes Adscriptos de Salud Mental, Facultad de Medicina (UBA)
Docentes Titulares de "Rehabilitación Psiquiátrica y Reinserción Social",
Carrera de Médicos Especialistas en Psiquiatría, Facultad de Medicina (UBA)
Directores del Centro Psicopatológico Aranguren, Casa de Medio Camino y Hostal
E-mail: pgabay@centroaranguren.com.ar*

Introducción

Referirse a las alternativas a la hospitalización implica considerar una reforma global de la atención psiquiátrica que ha sido la tradicional hasta hace no muchos años, favoreciendo la atención comunitaria, la rehabilitación psiquiátrica y la reinserción social de los individuos afectados. El curso y el resultado de la enfermedad mental son afectados por factores biológicos, psicológicos y sociales. A su vez, las discapacidades resultantes derivan

de tres fuentes: los síntomas primarios de la enfermedad, las respuestas individuales a la enfermedad y las restricciones sociales externas, existiendo grandes variaciones entre los pacientes (7).

Los principales factores sociales que influyen sobre la rehabilitación psiquiátrica y la reinserción social de quienes padecen enfermedades mentales crónicas graves, principalmente psicosis, incluyen: una vivienda

Resumen

No es posible ocuparse de alternativas a la hospitalización crónica sin tomar en cuenta una reforma del sistema de atención en salud mental. Desde el inicio del proceso de deshospitalización en la década de 1960, en los EE.UU. y en los países europeos, se ha acumulado mucha experiencia y se han hallado muchos problemas que aún no se han resuelto. Buscando el cierre de los hospitales psiquiátricos monovalentes se puso el énfasis en el sitio físico de tratamiento y no siempre en la calidad de la atención brindada ni en las necesidades reales de los individuos afectados. Se hace un repaso de la experiencia acumulada y se señalan pautas para evitar algunos de los principales errores y problemas que se presentaron. Para una reforma de la atención psiquiátrica exitosa son fundamentales la decisión política, la consulta a profesionales con experiencia, un presupuesto adecuado y estable, la modificación de las leyes, la creación de las instituciones necesarias acordes con las necesidades de los pacientes antes de mudarlos, la formación de postgrado en rehabilitación, flexibilidad y creatividad con bases empíricas y científicas sólidas.

Palabras clave: Deshospitalización - Desmanicomialización - Psiquiatría comunitaria - Rehabilitación psiquiátrica - Reinserción social - Psicosis crónica - Reforma psiquiátrica.

ALTERNATIVES TO CHRONIC HOSPITALIZATION IN MENTAL HEALTH

Summary

It is not possible to work on alternatives to chronic institutionalization without taking into account a reform of the mental health care system. A great deal of experience has been accumulated and a lot of unsolved problems have arisen since the beginning of the deinstitutionalization in USA and Europe in the 60s. The aim was the closing of psychiatric hospitals, and so the accent was put on the physical place of treatment instead on the quality of the treatment or on the actual needs of the people involved. A review of the experiences is made and some clues are given to avoid the major problems and errors that have presented. Political decisions, experienced professionals, a stable and sufficient budget, modification of some laws, the creation of community institutions that fulfill the patient's needs before moving them, postgraduate training in rehabilitation, flexibility and creativity with empirical and scientific grounds are needed for a successful reform of the mental health care system.

Key words: Dehospitalization - Community psychiatry - Psychiatric rehabilitation - Chronic psychosis - Psychiatric reform - Mental health care system.

digna, el mayor o menor estigma hacia la enfermedad mental en la comunidad en la que viven las personas afectadas, la eficacia del trabajo social que reciben y la calidad de vida que tienen (influenciada, a su vez, por los otros aspectos mencionados).

De hecho, los sentimientos de vergüenza y la estigmatización son la causa de que muchos enfermos no estén diagnosticados ni tratados. El aislamiento social se asocia con un pronóstico desfavorable y, en consecuencia, las personas con relaciones sociales más amplias y más complejas tienen menos probabilidades de ingresar en el hospital (69). Uno de los aspectos más afectados por la estigmatización, ocupando el tercer lugar en importancia, fue la posibilidad de conseguir una vivienda (48%) (12).

La Asociación Mundial de Psiquiatría (69) señala que:

“Las personas con una enfermedad psiquiátrica severa no tienen hogar o viven en condiciones muy inferiores al nivel medio, los propietarios suelen negarse a alquilarles (más del 40% los rechazaba de forma inmediata), los vecinos suelen oponerse al establecimiento de residencias psiquiátricas (Fenómeno de “no en mi patio”). (...) “La categoría que se otorga a los enfermos mentales es de las más bajas, peor que la de los ex convictos o minusválidos”.

La población considera que los enfermos mentales son per se violentos y peligrosos, lo que, en líneas generales, no se corresponde con la realidad, pues *“no todos los insanos son delincuentes, ni todos los delincuentes son insanos”*. En la Justicia Federal, en Buenos Aires, en un trienio, sólo el 3,38% de los delitos fueron cometidos por enfermos mentales. La conclusión obvia es que *“pocos enfermos mentales delinquen”* (51).

El estigma lleva también a la falta de oportunidades laborales, observándose que sólo un pequeño porcentaje está empleado (del 10% al 20% en EE.UU.) (49). En un trabajo ya clásico, Cournos mostró que las variables ambientales fueron mejores predictores de resultados que las variables de los pacientes (20). La situación laboral y las habilidades para las actividades de la vida diaria son los principales predictores para la vida independiente (27).

“Thornicroft demostró de forma rigurosa que existe una correlación precisa entre las tasas de morbilidad y de internación psiquiátrica en una población dada y la importancia de las dificultades sociales en esa población. (...) Utilizando el índice de dificultades sociales de Jarman demostró que la tasa de acumulación de nuevos crónicos (new long stay²) se correlaciona especialmente con la tasa de desempleo y de vivienda inadecuada” (50).

Muchas reinternaciones obedecen más a las discapacidades sociales y laborales y a la falta de motivación de los individuos, lo que les genera dificultades para obtener y mantener un empleo (30). Ante situaciones legales

de riesgo para los profesionales, también podrían ser el resultado de la práctica de una *“psiquiatría defensiva”* por parte de estos, situación altamente indeseable (3).

El estigma también influye en los recursos que se asignan a la salud mental:

“Los programas de salud mental cuentan con muy pocos recursos económicos, incluso en los países muy desarrollados. Existe una gran desproporción entre la gravedad de los problemas causados por los trastornos mentales y los recursos asignados para su tratamiento. Es muy probable que, al menos en una parte, pueda estar relacionado con el estigma inherente a la enfermedad mental” (69).

Ya en la Conferencia de Investigación sobre la Rehabilitación y el Manejo de los Trastornos Mentales, en Nueva York, en 1959, se señalaba la existencia de problemas legales y financieros para la rehabilitación: dificultades para obtener seguros contra mala praxis cuando se aplicaban nuevos métodos terapéuticos; dificultades financieras; elevados costos de los servicios y de las escalas salariales, que impedían contratar personal; demora en la entrega de fondos y subsidios y falta de flexibilidad para el uso de fondos estatales (41).

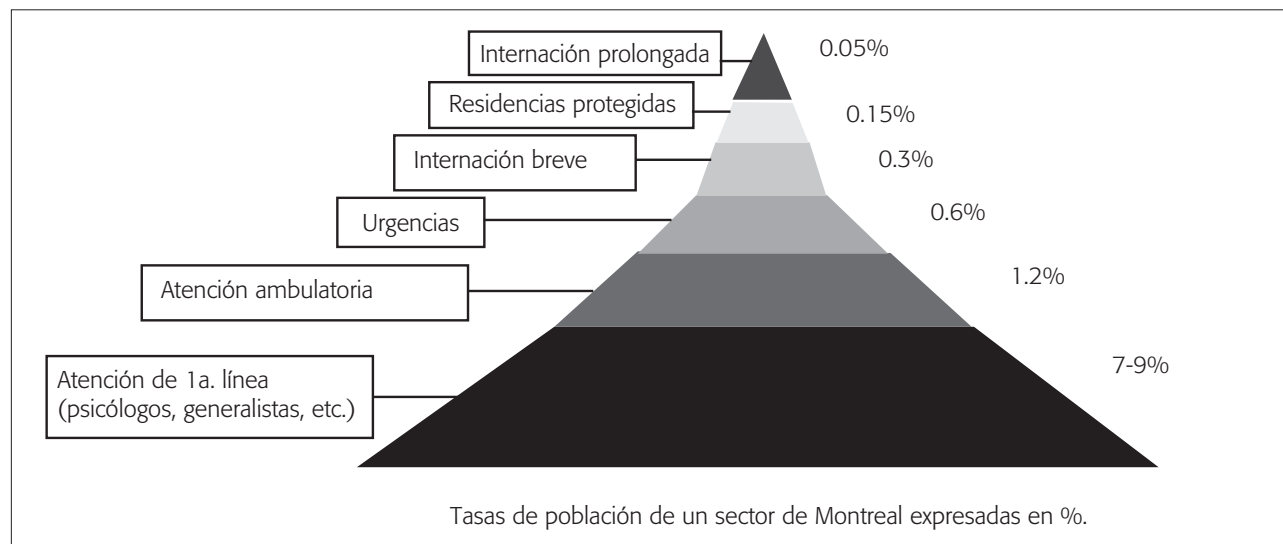
Como bien señalan Gittelman y Freedman (36), la rehabilitación de los enfermos mentales tiene bajo *status*. Aunque permanecen en la comunidad y están considerablemente discapacitados (presentan diversas disfunciones, no tienen empleo, muchos no pueden cuidarse solos ni procurarse una vivienda), no obstante el avance logrado en el conocimiento de sus dificultades neurocognitivas (15, 22, 39), no se los percibe como discapacitados que requieren rehabilitación. La mayoría vive en la pobreza y un tercio de los individuos sin hogar (*homeless*) son enfermos mentales (52).

Diferentes autores señalan la importancia de buenos estudios epidemiológicos como base para la planificación y la acción en salud mental, definiendo cuidadosamente la población y con bases realistas y contando con los recursos, personal y equipamientos necesarios. Es un error suponer que todas las comunidades son iguales o están igualmente preparadas en un momento dado (5, 42). A partir de un *modelo epidemiológico de necesidades de servicios de salud mental*, en Montreal, Canadá, A. Lesage y cols. (44), concluyeron que sólo el 0,05% de los pacientes requería una internación prolongada y un 0,15% necesitaba un recurso residencial protegido (Figura 1). El Colegio Real de Psiquiatras Británicos recomendaba, en 1992, una tasa de recursos residenciales de entre 58 y 126 plazas cada 100.000 habitantes (68).

Este conocimiento, si bien no es nuevo y ha ido desarrollándose durante décadas, ha tomado ímpetu en nuestra sociedad, especialmente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en los últimos tiempos. Ello ha llevado a que se haya propuesto el cierre de los hospitales psiquiá-

¹ NIMBY: *not in my backyard*. En 2008 hubo en la Ciudad de Buenos Aires manifestaciones de vecinos que se oponían a la construcción de centros de internación barriales, propuesta por el gobierno como opción para cerrar los hospitales Borda y Moyano. Además del miedo hacia los pacientes, temen que su presencia acarreará una desvalorización de sus propiedades. Esta actitud es muy dañina para los pacientes e incluye prejuicios, exclusión de las actividades de la comunidad y acoso físico y verbal.

² *New long stay patients*: nuevos pacientes de larga estadía o crónicos, admitidos luego del inicio del movimiento deshospitalización y que difícilmente regresarán a vivir en la comunidad. La apelación de ‘paciente crónico’, con su fuerte impronta negativa, ha sido reemplazado en EE.UU. por ‘individuo con enfermedad severa y persistente’. Para ampliar estas ideas consultar Espinosa J; Bachrach LL 1992, 1993b, 1996; Taube CA et al.

Figura 1. Modelo epidemiológico de necesidad de servicios de Salud Mental (tomado de Lesage A. y Cols. (44)).

tricos y la reintegración de los pacientes a la comunidad. Esta reintegración, un ideal deseable pero aún no realista para todos, no es factible sin crear previamente las instituciones que les permitan a los individuos afectados rehabilitarse y, muy especialmente, sin estrategias y planes de acción, sin entrenamiento del personal, sin reglamentar las leyes necesarias y sin disponer de los recursos para ello (16, 18, 41). Por otro lado, se niega el papel fundamental que el hospital psiquiátrico desempeña actualmente como sitio de tratamiento y de protección para muchos individuos con afecciones crónicas graves y como integrante de una red de servicios (5, 43).

Breve recorrido histórico

La posibilidad de integrarse en la comunidad no es una creación de la segunda mitad del siglo XX. Desde la antigüedad, los enfermos mentales eran cuidados por sus familias (el primer hospital para enfermos mentales se creó en Bagdad recién en el año 792 de nuestra era), las que -al igual que hoy- también sufrían el estigma que la enfermedad mental conlleva.

En la edad *moderna* se separó a los enfermos físicos de los mentales y también hubo un desplazamiento del trato que recibían los delincuentes a los enfermos mentales. Éstos eran internados en instituciones que eran una mezcla de asilo, hospital y penitenciaría (en el sentido de lugar en el que se cumple una penitencia. Obsérvese la influencia de la religión en la concepción etiológica). Las primeras instituciones exclusivas para insanos de Occidente aparecieron en España a cargo de órdenes religiosas, las que iniciaron la rehabilitación laboral de los enfermos mentales. En el pueblo de Ghell (Bélgica), centro de peregrinaje, se comenzó a dejar a los enfermos como pupilos en el seno de familias de agricultores.

La costumbre de internar a los *locos* apareció extendida recién en el siglo XVII, inicio de la exclusión del loco de la comunidad, que se acentuó en los dos siglos siguientes (la "era del gran confinamiento", según M. Foucault) (53). En un comienzo, en estas instituciones asilares, los enfer-

mos psicóticos (y el resto de la población internada, que incluía también a epilépticos, retrasados mentales, delincuentes, prostitutas, pobres y vagabundos) estuvieron al cuidado de guardianes y, posiblemente, fueron víctimas de malos tratos. Sin embargo, no está tan claro cómo era la situación real, ya que fueron "establecimientos creados desde hace dos siglos por el humanismo y el orden público" (54) y la segregación no era tanto una actitud punitiva o represiva, sino que se llevaba a cabo para bienestar del loco y la seguridad de la sociedad, ya que no se conocían otros tratamientos. Por ello, "no puede afirmarse que aquellos que vagaban por el campo o que eran encadenados en el granero o encerrados bajo llave en la buhardilla estuvieran mejor" [que quienes eran internados (54)].

La concentración de individuos afectados en pocos lugares condujo a la aparición de una nueva especialidad médica para que se ocupara de estas personas, el médico psiquiatra o alienista, y a la aparición de nuevas técnicas de tratamiento (54). Históricamente, se considera a la aparición en escena de Ph. Pinel aplicando las ideas de la Revolución Francesa, comienzo de la *edad contemporánea*, como el nacimiento de la psiquiatría moderna. Éste instauró el *tratamiento moral* en dos asilos, Bicêtre y La Salpêtrière. Uno de sus discípulos y continuador de su obra, Esquirol, consideraba al hospital sitio de cuidados y medio terapéutico, sentando las bases del tratamiento institucional (43). Otro, J. Itard (quien trató al famoso *niño salvaje de Aveyron*), inició la *reeducación diferencial* de los minusválidos.

En 1839, en Gran Bretaña, John Conolly impulsó el *non restraint system*, abogando por el buen trato y el empleo racional de la actividad y del trabajo. En Escocia, en 1870, se creó el *open door system*. En Alemania, a mediados del siglo XIX, W. Griesinger propiciaba el apoyo familiar al enfermo incurable, su reintegración a la familia y el cuidado en la comunidad. Dividía a los pacientes incurables en dos tipos: los que no podían vivir sino en asilos y los que podían vivir en la comunidad con internaciones breves durante las crisis. En Buenos Aires, siguiendo el modelo de las colonias alemanas,

Domingo Cabred creó el Asilo Colonia de Open Door, aplicando el tratamiento moral, el *non-restraint system* y la laborterapia. También implementó el peculio (1899-1901) (64). En 1910, en la Universidad Johns Hopkins, Adolph Meyer creó la psiquiatría social.

Para comprender la evolución de la atención es importante ubicarse temporal y geográficamente: en esa época la mayoría de los asilos, que era en donde estaban los médicos psiquiatras, estaba lejos de las ciudades, por lo que no era posible un tratamiento ambulatorio. La aparición y el avance del psicoanálisis contribuyeron de manera importante al inicio de la atención en consultorios y fuera del hospital (43, 66).

Todos los avances en la rehabilitación psiquiátrica se vincularon, luego de la Primera Guerra Mundial, con los avances en la rehabilitación física (66), aunque todavía se trabajaba, principalmente, con los pacientes internados. En 1924, en Toulouse, Francia, se crearon servicios de psiquiatría abiertos con internación y, en 1937, dispensarios de higiene mental sobre el modelo los de la lucha antituberculosa. En Gran Bretaña se crearon consultorios externos en aquellas instituciones que daban posibilidad de salida a sus internados (1929). También aparecieron tratamientos biológicos efectivos para controlar a los pacientes más excitados (los tratamientos convulsivos: cardiazol, electroshock de Cerletti y Bini, shock insulínico de Sakel) y, así, fue posible brindar tratamientos psiquiátricos ambulatorios a los enfermos más graves.

Con la Segunda Guerra Mundial se puso en marcha un plan general de rehabilitación, tanto de la discapacidad física como de la mental (1941), para entrenamiento y reubicación de los discapacitados, y los programas de rehabilitación para los soldados neuróticos de Maxwell Jones. El fin de la guerra marcó también el fin de la hegemonía de la escuela psiquiátrica alemana (64).

Con la aparición del primer neuroléptico en Francia, la clorpromacina, descubierta por Delay y Deniker (1952), fue posible un mayor avance de la psicoterapia institucional y del *movimiento desalienista* (Mignot, Bonnafé, Balvet, Tosquelles y Paumelle), que ponía el énfasis en la continuidad de los cuidados comunitarios. En EE.UU., por su lado, se crearon *clubes de autoayuda*, en los que interactuaban pacientes y no profesionales (*Fountain House*, en Nueva York, y *Horizon House*, en Filadelfia), que luego dieron origen a los centros de rehabilitación psicosocial.

Los neurolépticos también dieron un gran impulso al desarrollo de la psiquiatría comunitaria y al *movimiento de desmanicomialización*, es decir, a la transferencia de los pacientes internados en los hospitales psiquiátricos estatales de EE.UU. -que llegaron a ser casi 560.000 personas cuando comenzó el movimiento (Tabla 1)-, a la comunidad. La Ley de Salud Mental Comunitaria (CMHA), promulgada bajo la presidencia de J. F. Kennedy, en 1963, creó el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) y centros de atención en las comunidades (43, 66). También se dio importancia a los aspectos epidemiológicos y sanitarios y al hecho de tratar a los pacientes cerca de sus familias y de sus trabajos (13).

Otros hitos históricos que deben considerarse son: la distinción entre síntomas positivos (productivos) y síntomas negativos (deficitarios), hecha por Crow y Andreasen (1980); la consideración del eje clínico de la desventaja social desde el DSM-III (1980) y la consideración de la alteración de la autonomía del individuo en la CIE-10 (OMS, 1994). Pese a que hoy en día nadie pondría en duda la importancia de estos aspectos en la psicosis crónica, resulta interesante ver que, prácticamente, no se tomaron en cuenta en toda su dimensión hasta casi finales del siglo XX.

Es fundamental diferenciar la *rehabilitación* de la *reubicación*. Si bien casi todos los pacientes son rehabilitables en mayor o menor grado, actualmente no todas las personas son reubicables en forma autónoma en la comunidad. Es conocido el problema de los enfermos mentales en los EE.UU., en donde muchos de ellos integran el ejército de *homeless* ("sin hogar") que deambula por las grandes ciudades o permanece en las cárceles sin un tratamiento adecuado (17).

En 1978 se implementó de manera radical la desmanicomialización en Italia (Ley 180), cerrándose los hospitales psiquiátricos y creándose servicios comunitarios y servicios de salud mental en los hospitales generales por decisión política del parlamento. Pese a ello, a fines de 1996, casi 25.000 personas continuaban internadas en hospitales monovalentes (43). En Venecia, por ejemplo, un 62% de los pacientes pasó a vivir exitosamente solo, con otros pacientes o con familiares, y sólo un 4% fue a alguna institución (28). Pero el restante 34% no pudo ser reintegrado a la comunidad. Algo similar ocurrió con el 10% de los pacientes internados en Carolina del Sur, EE.UU., cuando se llevó a cabo la reforma de la atención psiquiátrica (*ver luego*).

Talbott remarcó este aspecto primordial (61):

"La desinstitucionalización no fue un desastre universal -para muchos fue humano y exitoso. Pero cualquier programa que perjudica a una cantidad significativa (de individuos), aún ayudando a otros, debe proveer una red de seguridad para aquellos para los cuales no es exitoso. (...) No será una tarea fácil, pero es una tarea esencial" (el destacado es nuestro).

El cierre de los hospitales psiquiátricos en Gran Bretaña llevó a que los pacientes crónicos descompensados ocuparan las camas preparadas para los pacientes agudos, a que hubiera largas esperas para la atención de las personas con problemas agudos o menos graves y a que fuera necesario, finalmente, conseguir fondos para abrir varios cientos de camas psiquiátricas en edificios a construir junto a los hospitales de agudos y establecer una nueva estrategia en salud mental a fin de supervisar a los pacientes, tanto en hospitales como en unidades de seguridad y clínicas, para poder atender a la población con padecimientos crónicos (24, 25, 65).

También se ensayaron *hostales de alta dependencia asociados con un hospital*, para aquellos pacientes muy discapacitados que no podían ser reubicados en la comunidad. Los resultados, luego de cuatro años de funcionamiento, fueron alentadores (70).

Lógicamente, el reingreso o el mantenimiento en la comunidad de una persona que padece una enfermedad mental grave no se limita a proporcionarle un sitio digno en donde vivir, si bien esto es condición *sine qua non*. Por ello, al considerar las posibilidades de crear estas residencias intermedias se debe incluir, también, al resto de mecanismos y apoyos para permitir a los individuos el manejo total de su enfermedad y su inclusión real en la comunidad. Diferentes países han establecido distintas modalidades que tienen aspectos en común o que resuelven las situaciones de diferentes maneras. Es aconsejable que el sistema a implementar esté adaptado a las características culturales del lugar. Es útil ver cómo se ha resuelto (sería más correcto decir “*se va resolviendo*”, pues es un proceso dinámico con adaptación constante y sin respuestas simples) la atención comunitaria en diferentes países.

Deshospitalización en EE.UU.

Según el diccionario, el prefijo DES- se refiere no sólo a estar “*fuera de*” sino también “*negación, privación*” (58). El término *desinstitucionalización* se refiere, principalmente, al movimiento que se produjo en los EE.UU. entre mediados de la década de 1950 y la de 1990, por el cual hubo una transferencia de personas con enfermedades mentales crónicas desde su sitio de internación a la comunidad. El objetivo era proveer a estas personas de un medio menos restrictivo para su vida y, para el Estado, lograr una disminución de los costos. Sus resultados fueron diferentes entre los distintos Estados de la Unión.

La *desinstitucionalización* fue un movimiento de protesta que constó de una *filosofía*, un *proceso* y un *hecho* (5). Como *filosofía* puso un fuerte énfasis civil-libertario en los *derechos de los individuos* y en extender la *modificación del medio ambiente* para el cambio social a los enfermos mentales. Buscaba la humanización del cuidado en salud mental partiendo de tres hipótesis³ fundamentales: 1) el cuidado comunitario es preferible al institucional para todos o casi todos los pacientes, siendo la alternativa más terapéutica y de elección en la mayoría de los casos; 2) las comunidades pueden y quieren asumir las responsabilidades y el liderazgo en el cuidado de los enfermos mentales; 3) las funciones del hospital psiquiátrico pueden llevarse a cabo igual -si no mejor- en los medios comunitarios, proveyendo de todos los servicios disponibles en el hospital. No todas las expectativas de estas hipótesis se cumplieron en la realidad, por la presencia del estigma y por las múltiples funciones del hospital que no pudieron ser reemplazadas.

Como *proceso* constaba de dos elementos básicos: 1) evitar los espacios institucionales tradicionales en el cuidado de los enfermos mentales, en especial el hospital estatal, y 2) expandir los medios comunitarios para brindar este cuidado. Desde el punto de vista operativo

estaba focalizado en las propiedades físicas: el cambio de lugar de tratamiento. Este proceso sufrió ajustes dinámicos y continuos.

Para Bachrach, el *hecho* en sí fue la transferencia de los pacientes del hospital estatal (en el caso de EE.UU.), a la comunidad (Tabla 1). Esta política se llevó a cabo gradualmente y tuvo su momento más fuerte a fines de la década de 1960 y comienzos de la de 1970 (40). Como resultado, en el período de 20 años que medió entre 1955 y 1975 se pasó de 559.000 a 191.000 internados; de brindar el 50% de los cuidados en el hospital a hacerlo sólo en el 9% de los casos; de prestar el 23% de los cuidados en forma ambulatoria a brindar el 70%.

Tabla 1. Cantidad de individuos internados en hospitales estatales de los EE. UU. en diferentes años durante el proceso de deshospitalización

Pico máximo	559.000 internados
1965	475.000
1975	193.000
1983	100.000
1994	70.000

Fue primordial el *concepto de continuidad del cuidado* y fueron elementos críticos contar con un rango de alternativas de tratamiento y dar libertad de elección a los usuarios. Asimismo, la utilización de los medios debería estar determinada por las necesidades de cada paciente en cada momento de su evolución y cambiar con éstas.

A partir de esta situación, en lugar de un solo grupo de pacientes, estático, residente en los hospitales, se pasó a tener cinco subgrupos, dinámicos: *en la comunidad* vivían: (1) pacientes dados de alta del hospital y (2) personas con patología mental que nunca fueron internadas. *En el hospital* quedaron: (3) pacientes de larga estadía remanentes del proceso, (4) pacientes recientemente ingresados para corta estadía y (5) nuevos pacientes de larga estadía (“nuevos crónicos”) (5). El llamado fenómeno de puerta giratoria⁴ se presentó en el 65% de los casos.

Desde el inicio hubo *problemas* difíciles de resolver. Se puso un énfasis injustificado en los usuarios de única vez (casos agudos), observándose una falta de interés en aquellas personas con trastornos de toda la vida, los pacientes crónicos. También existieron expectativas injustificadas sobre los efectos que los programas de mejoría social tendrían sobre las enfermedades mentales graves y en la idea de que todas las funciones del hospital psiquiátrico podrían cumplirse en la comunidad.

La *desinstitucionalización* falló, en la práctica, en cubrir las necesidades de estos cinco subgrupos poblacionales,

³ **Hipótesis:** Suposición de algo posible o imposible para sacar de ello una consecuencia. ~ **de trabajo.** 1. f. La que se establece provisionalmente como base de una investigación que puede confirmar o negar la validez de aquella (56, destacado nuestro).

⁴ Dícese de la situación por la cual un paciente es dado de alta y reinternado reiteradamente en un corto lapso. Entre sus causas se hallan las altas prematuras y la salida a medios no continentes o inadecuados para el individuo.

dando por resultado la exclusión de grupos enteros. Por ejemplo, los “nuevos crónicos” encontraron difícil mantenerse en la comunidad, especialmente al tener fácil acceso a las drogas y el alcohol. Así, los pacientes más afectados y disfuncionales “quedaron en el camino” sin acceso al sistema de cuidados. Así, luego del proceso también apareció una nueva categoría de sujetos que padecen la “no institucionalización” (43).

Se hizo un gran esfuerzo para eliminar al hospital psiquiátrico y se puso el énfasis en su función de tratamiento, descuidando la necesidad de ofrecer alternativas para las otras funciones del hospital. También -y contra lo previsto- se generó oposición en la comunidad, que no recibió con los brazos abiertos a los pacientes como se esperaba. Como señaló el *New York Times* (10):

“Si están mejor afuera, en las calles, es una cuestión de juicio personal, pese a que es justo decir que, como mínimo, sus necesidades básicas de alimento, refugio, vestimenta y cuidado médico serían satisfechas fácilmente en el medio hospitalario”.

¿Cuáles son esas funciones del hospital psiquiátrico? En principio, es necesario no confundir al hospital psiquiátrico con el asilo o manicomio, hecho muy común. Como señala Gralnick (38), “*el asilo no es un hospital*” y su objetivo es más custodial que de tratamiento del proceso de la enfermedad.

Algunas de las funciones del hospital, en cambio, son irremplazables en muchas comunidades. Son más amplias que las del asilo y se dan en dos formas: sobre el *paciente* y sobre la *comunidad*. Consisten en el tratamiento de largo plazo (físico y mental), pero también en el asilo, la custodia, el alivio a la familia y la provisión de una base económica para la comunidad hospitalaria. El hospital constituye una alternativa razonable a no dar ningún tratamiento y es una opción humana al sufrimiento experimentado en la comunidad por los sujetos más gravemente enfermos, incapaces de cuidar de sí mismos (5).

Además constituye el sitio de tratamiento para los individuos violentos, peligrosos para sí o para terceros (en EE.UU., muchos con antecedentes de encarcelamiento) y para los individuos de difícil tratamiento. También puede ser el sitio en que se manifiestan la intolerancia y la discriminación comunitarias, actuando como un escondite para los miembros menos atractivos de la sociedad (5).

El hospital puede ser conceptualizado como la existencia de varias instituciones bajo la misma administración (19). Es imprescindible estudiar el papel potencial y la posible contribución del hospital psiquiátrico como parte de un proceso unificado de atención en salud mental, intensificando su participación con programas innovadores (9). Las internaciones esporádicas y recurrentes son inevitables para algunos pacientes de alto riesgo, más allá de sus condiciones de vivienda (63). Leona L. Bachrach, una socióloga estadounidense que participó y estudió el proceso desde sus comienzos, lo resumió en 1996 (9):

“Los hospitales psiquiátricos del estado (...) continúan, en general, ocupando un lugar crítico en los sistemas de cuidados

debido a su carácter multifuncional. Deben llevarse a cabo esfuerzos renovados para integrarlos como socios completos dentro de esos sistemas. (...) Los cuidados en el hospital psiquiátrico público deben ser vistos todavía como un elemento esencial en no importa qué continuum de servicios”.

El uso del término *desinstitucionalización* es criticado porque no es preciso, ya que muchos pacientes cambiaron, simplemente, de tipo de institución de la que dependían. Como señalan Curlee y cols. (21), la disminución de la cantidad de internados no significó, en los comienzos del proceso de desinstitucionalización, que se hubiera producido una reinserción exitosa de estas personas en la comunidad. Hubo, esencialmente, una *transinstitucionalización* de las personas desde los hospitales de larga estada a varios tipos de instituciones con cuidado de enfermería (40, 48). Estas instituciones no siempre brindaron una vivienda digna, como afirmó J. A. Talbott, ex-presidente de la Asociación Americana de Psiquiatría, en 1979 (60):

“El paciente mental crónico ha visto su lugar de vivienda y cuidados transferido de una única institución despreciable a múltiples instituciones miserables”.

La *transinstitucionalización*, en definitiva, marcaría para algunos el fracaso en la migración al tratamiento efectivo en la comunidad y sería el resultado de la transferencia de los residentes de los hospitales a otras instancias institucionales como prisiones, refugios, geriátricos y hospitales generales (1, 11, 17). Esto se observa claramente comparando la proporción que existe hoy en día en Maryland, EE.UU., entre la población encarcelada y la población que recibe un tratamiento más estructurado y lo que ocurría antes del proceso de deshospitización. En 2008, un 16% de los detenidos padecía una enfermedad mental. El 75% de ese 16% también presentaba adicciones graves. En el centro de detenciones de la ciudad de Baltimore había, cada día, 4.000 individuos detenidos, para una población menor a 700.000 habitantes. En todo el estado de Maryland 30.000 individuos que habían transgredido las leyes se hallaban en *probation* por abuso de sustancias o por padecer una enfermedad mental y 22.000 estaban sentenciados y en prisión, sin recibir un tratamiento adecuado. Esto contrasta con lo que ocurría cuando todavía se internaba a los pacientes: había 5.000 individuos presos y 10.000 residiendo en instituciones mentales. (17, 46).

Geller, en 1991, prefirió hablar de *deshospitización*, opinando que este es un término “*más preciso para describir el fenómeno (...) porque no abre juicio acerca de si el sitio al que van [los pacientes] puede ser considerado una institución*” (33).

Al comienzo se pensaba que, con ayuda del avance farmacológico, sólo era necesario sacar a los pacientes de los hospitales y colocarlos en la comunidad para que se reintegraran a ésta. La experiencia mostró, al decir de Marianne Kastrup en 1991 que, si bien “no existe una manera ‘correcta’ de tratar a los enfermos crónicos, hay muchas formas equivocadas de hacerlo”. Se pudo comprobar que una intervención psicosocial mal ejecutada

puede provocar el mismo tipo de trastornos y consecuencias que una internación prolongada innecesariamente (dependencia excesiva), afectando el pronóstico de la misma forma (23).

Muchos de los fracasos y resultados negativos se produjeron porque no se crearon los sistemas comunitarios antes de sacar a los individuos de los hospitales (37). En cambio, si se crean los dispositivos comunitarios y luego se externa a los pacientes, el cambio de sistema es factible (29).

También se hizo un hincapié excesivo en cambiar el sitio de tratamiento, muchas veces por diferencias ideológicas, sin bases científicas, en lugar de poner el énfasis en los pacientes:

“El sitio de tratamiento ha sido el campo de batalla de la ideología del cuidado y el tratamiento (...) El debate ha sido acerca del tratamiento y cuidado institucional versus el tratamiento y cuidado comunitario. Esta focalización ha sido criticada profundamente y con toda razón. Nos distrajo de examinar apropiadamente la suficiencia, calidad, individualización y respetuosidad del tratamiento y el cuidado psiquiátricos” (5).

“Aquellos que diseñan las políticas de salud mental están enfocados con miopía en el sitio de cuidados y tratamiento en lugar de en la humanidad, efectividad y calidad del cuidado” (34).

El cuidado en la comunidad

Instituciones en la comunidad

La Asociación Americana de Psiquiatría contabilizó más de cien denominaciones para las *instituciones en la comunidad*. Ante este panorama, creó en 1982 un equipo

de trabajo para estudiar el problema. Sus conclusiones buscaron resumir los diferentes tipos de instituciones existentes en la comunidad (2).

Consideraron el *Geriátrico* o *Gerontopsiquiátrico* (*Nursing facility*), para los pacientes añosos con trastornos mentales; las *Casas de Medio Camino* (*Group homes*), en donde viven pacientes en proceso de rehabilitación; los *Hostales y Residencias* (*Personal care homes*) y las *Familias Sustitutas* (*Boarding homes*), para aquellos individuos que pueden manejarse en la comunidad pero no pueden vivir solos; las *Residencias Satélite* y *Casas de Tres Cuartos de Camino* (*Satellite housing*), para aquellos que requieren menor supervisión, y la *Reubicación Familiar* (*Natural family placement*), en aquellos casos de personas con familias continentales y dispuestas a recibirlos nuevamente.

Las *pensiones* y las habitaciones de alquiler para individuos solos (*SRO: single occupancy room*), que brindan alojamiento, comida, lavadero y servicios de mucama por un pago semanal o mensual, ya eran muy utilizadas en los niveles más bajos de la escala socioeconómica o como estilo de vida transitorio. Algunas personas alquilan cuartos en su propia casa; otras compran viejos hoteles o edificios de departamentos en zonas desfavorables y alojan a 100 pacientes o más. En los EE.UU. llegaron a existir entre 300 y 400 mil camas en esta modalidad. Así, se formaron “guetos psiquiátricos” para los pacientes más pobres quienes, al no tener antecedentes laborales, no son elegibles para recibir dinero del SSD (*Social Security Disability*: seguro social por discapacidad) y reciben, en cambio, un cheque mensual en concepto de ATD (*Aid to the Disabled*: ayuda para el discapacitado). El acceso al tratamiento varía desde servicios en la misma casa, convirtiéndola en una mini-institución, al uso de programas



externos en forma regular o al simple hecho de obligar al paciente a abandonar el sitio durante el día (55).

El *cuidado en familia sustituta* aloja a uno o más pacientes. La Administración de Veteranos tenía, en 1980, más de 11.000 sujetos en esta modalidad. Se utiliza de manera transicional, del hospital a la vida independiente, o para el largo plazo. La familia receptora recibe dinero y un mínimo apoyo profesional. Algunos autores opinan que no se produce una verdadera integración comunitaria (55).

Las *Posadas Fairweather* nacieron como un programa experimental creado por George Fairweather, en California, en la década de 1960, para dar apoyo residencial de largo plazo y trabajo y cubrir necesidades sociales. Los pacientes viven y trabajan en la posada, que recibe a viajeros de todo tipo. El personal actúa sólo como consultor y apoyo y el tratamiento se da en otro sitio. Como críticas, se piensa que se crean sub-sociedades, pues la socialización se produce entre los pacientes únicamente, y resultaría estigmatizante. Actualmente hay versiones adaptadas en Michigan y Texas, existiendo posadas de entrenamiento y otras que ya no requieren que los sujetos vivan y trabajen en la posada o que contratan empleados sin discapacidades psiquiátricas (55).

Los *servicios de tratamiento residencial* presentan gran variedad de modalidades, todas dirigidas por profesionales de salud mental. Emergieron en las décadas de 1960 y 1970 y reciben varios nombres: casas de medio camino, hogares grupales, etc. Constituyen un medio terapéutico para alentar la mejoría clínica y funcional. Sus objetivos son la rehabilitación y/o el cuidado de largo plazo. El ambiente es similar al de un hogar y aloja variable cantidad de individuos, estando el personal presente o disponible rápidamente durante las 24 horas del día. El

tratamiento se provee en el lugar junto con grupos de rehabilitación (55, 57).

Modelos y sistemas de cuidados

Se describieron varios *modelos de cuidados*. La *relación de satelización* se caracteriza por una semi-asistencia en la comunidad, con un desprendimiento progresivo y una relación de dependencia según las necesidades de la persona (*a la carta*). Este modelo utiliza internaciones secuenciales, breves, programadas periódicamente, para evitar las rupturas de investiduras masivas, y busca una disolución de la función totalizadora del hospital. Los individuos tienen una autonomía restringida y son apoyados con acompañamiento psicosocial: un acompañante cumple la función de "*embajador de la realidad*", entre el paciente y la realidad social, y también se crean redes de ayuda entre los pacientes.

El paradigma del *continuum linear* o *continuum residencial* (14) surgió en la década de 1970. Consiste en una estructuración de tipo linear compuesta por varios establecimientos residenciales con diferentes niveles de provisión de servicios, de supervisión y de restricciones de acuerdo con la autonomía de cada persona. El objetivo final es lograr la máxima independencia y reinserción comunitarias posibles. Se organizan diferentes grupos según estado clínico y niveles de discapacidad, funcionalidad y necesidades similares. Se busca así proporcionar a cada uno lo que requiere en cada momento de su evolución. En este modelo siempre son posibles tanto el avance como el retroceso dentro del *continuum*. En el caso de una descompensación son internados y al alta vuelven a comenzar el proceso. Al final del mismo alcanzarían una vida independiente y no requerirían (ni reciben) más apoyo.



Entre las críticas que se hacen a este modelo se señala que sólo sirve para un pequeño porcentaje de individuos (menos del 5%), pues el dinero disponible tampoco alcanza para proveer el servicio a la mayoría de los pacientes. Además, pese a estar en uso desde hace más de 30 años, no existen estudios de investigación importantes que lo respalden, por lo que muchos opinan que no sería exitoso.

También se señala que los cambios de ambientes no dejan de ser una forma de transinstitucionalización y que pueden ser desastrosos para los pacientes, quienes al estrés del cambio deben sumar la disminución del apoyo. Pueden tener problemas con los compañeros de habitación y no eligen dónde ni cómo vivir. Esto los desvaloriza en una sociedad que da alto valor a la posibilidad de elección personal. Además, las habilidades se aprenden mejor en el sitio en donde serán utilizadas, siendo difícil generalizarlas de un ambiente al otro (55).

Un tercer modelo, en uso desde fines de la década de 1980, es el de *vivienda normal con apoyo* especializado (*supported housing*). Este modelo sigue la filosofía de la normalización⁵ (distinto a normalidad). Considera que los individuos tienen el derecho de vivir integrados en la sociedad y participar en la vida comunitaria, habitando una vivienda normal, digna y estable. Utiliza el apoyo comunitario y la metodología de la rehabilitación psicosocial. Los tratamientos se brindan fuera de la vivienda.

Para aplicar este modelo se requiere que el sujeto posea bajos niveles de discapacidad y altos niveles de autosuficiencia, pues da una mayor posibilidad de elección, de participación y de control sobre su propia vida a los individuos.

El cambio en los servicios que se brindan se da no sólo en lo que se provee sino en cómo se lo provee. Los servicios son flexibles e individualizados y dan gran valor a la autodeterminación. Consisten en facilitar el acceso a la vivienda y la asistencia en el alquiler o el pago de hipotecas. El modelo separa la evaluación de objetivos del tratamiento de los objetivos de la vivienda, solicitando la opinión del paciente tanto en la elección de los objetivos como en la de los resultados a evaluar. El apoyo se brinda según necesidad, en forma normalizada e individualizada. No se brindan ni tratamiento ni supervisión.

Los estudios realizados mostraron que las personas quieren contar con la posibilidad de tener ayuda del equipo tratante disponible telefónicamente durante las 24 hs., recursos financieros y ayuda en su presupuesto y el amoblamiento y el equipamiento del hogar. Esta metodología mostró un alto nivel de satisfacción de los usuarios, con disminución del uso del hospital y un aumento de estabilidad en la vivienda y en el nivel de funcionamiento y en la calidad de vida. Dos factores resultaron ser predictores críticos del resultado: los síntomas y cuánto participó el sujeto en la elección de su vivienda.

Como negativo se señala que este sistema es muy cos-

toso al comienzo, porque es menos eficiente y porque el dinero que reciben habitualmente los pacientes no alcanza para financiarlo; sin embargo, se deben considerar los costos a largo plazo. Además, demanda un gran gasto de tiempo y energía y requiere un gran compromiso, siendo difícil conseguir ayuda entrenada y confiable durante las 24 hs. Tampoco es aplicable en el caso de pacientes muy dependientes luego de muchos años de internación, en pacientes con más de una discapacidad que requieren apoyo permanente, ni en pacientes con discapacidades severas y que requieren un alto nivel de asistencia personal en las actividades de la vida diaria (AVD).

Otros autores proponen que es más útil examinar *sistemas de programas* y no modelos de servicios. En el trabajo de Wherley y cols. (67), en Minnesota, se establecieron tres niveles diferentes de cuidado: intensivo, transicional y de apoyo. Cada nivel atendía a una de tres sub-poblaciones de pacientes que diferían en recidivismo, *status* vocacional y medio al que fueron derivados. Los costos también eran diferentes según el tipo de programa. Todos los pacientes presentaron avances significativos y los programas fueron costo-efectivos.

Estados Unidos

En EE.UU. se utilizan el modelo de *manejo de caso* (*case management*) para la evaluación, coordinación y provisión de los servicios y el *tratamiento comunitario asertivo* (TCA) para el seguimiento y para evitar las interrupciones en la provisión de los servicios. Cada paciente cuenta con una persona (*case manager*) a la que puede recurrir para que lo ayude a manejarse dentro del sistema y que lo oriente para cubrir sus necesidades (vivienda, medicación, consultas, movilidad, trabajo, etc.). Tiene inconvenientes para muchos individuos que no están en condiciones de solicitar ayuda por diferentes razones y que se pierden dentro de las múltiples posibilidades del sistema.

Se utiliza también la *intervención familiar*, con diferentes enfoques según la orientación teórica, el lugar de tratamiento y el formato y la duración de la intervención, que dura un mínimo de 9 meses y en la que se proporciona al paciente y a su familia información sobre la enfermedad y su manejo (*psicoeducación familiar*).

Se proveen *empleo* y *vivienda protegidos*, en general a partir de grupos de autoayuda de casas-club (por ejemplo, *Fountain House*, en Nueva York). También se utiliza el *empleo competitivo asistido*, en el cual un entrenador aprende un trabajo y luego lo enseña a un paciente. Se le asegura al empleador que el puesto no quedará vacante, de modo que el entrenador lo cubre cuando el paciente no asiste. Esto permite al individuo afectado tener una dedicación laboral parcial cuando su estado no le permite trabajar y mantener la continuidad de los beneficios de la seguridad social. Se toma la experiencia laboral previa como un factor predictor de los resultados.

El *entrenamiento en habilidades sociales* y en áreas espe-

⁵ **Normalización:** adquisición de roles sociales valiosos para los consumidores; la normalización a paso lento y firme es el objetivo y principio guía de la rehabilitación psiquiátrica. **Normalizado:** término utilizado para describir un ambiente (p. ej., un programa diurno) congruente con el principio de normalización de la rehabilitación psiquiátrica (55, 57).

cíficas mostró ser efectivo, con resultados de larga duración. La *terapia cognitiva de síntomas psicóticos* (distinta a la rehabilitación cognitiva), llevada a cabo por personal muy entrenado, dio resultados promisorios. En el caso de pacientes con patología dual (psicosis más adicción) se utilizan *tratamientos integrados*, con mejores resultados que cuando se tratan las patologías por separado.

En Carolina del Sur, EE.UU., en 1989, se planeó un Programa de Reforma Psiquiátrica a cuatro años. Para ello se convocó a una conferencia de expertos de todo el estado. En 1991 se formó un consejo para liderar la transición, integrado por especialistas. Evaluaron exhaustivamente a los 653 individuos que permanecían en internaciones de larga estadía y hallaron que un 10% debía continuar internado pues no podría ser incorporado en la comunidad con seguridad para ellos y para terceros.

Concluyeron que existía la necesidad de desarrollar los servicios de rehabilitación en las comunidades y de idear opciones residenciales para aquellas personas que participaran de esos servicios. El Programa instaurado se llamó TCL (*Towards Local Care: "hacia el cuidado local"*) (21). Los *modelos de vivienda* propuestos incluyeron:

- *Hogares adoptivos compartidos*, para adultos, en donde conviven con un casero residente y se llevan a cabo el seguimiento, la rehabilitación y el entrenamiento. Se hacen reuniones mensuales de apoyo y se organizan servicios de descanso temporal para el casero.

- *Complejo de departamentos comunitarios supervisados*. Estos cuentan con personal del Centro de Salud Mental en el edificio. Pueden ser simples o compartidos por dos personas.

- *Viviendas grupales*. En estas conviven hasta seis residentes; son supervisados por personal del Centro de Salud Mental Comunitario local. Las hay de dos tipos: un *programa residencial intensivo*, con un equipo profesional permanente en el lugar, a razón de un integrante cada tres pacientes, y *viviendas de grupo con supervisión cercana*, en las que el equipo profesional está en el lugar a tiempo parcial. También se crearon *viviendas grupales transicionales*, para el caso de individuos en crisis o con necesidad de asistencia en la transición del hospital a la comunidad.

- Para la población que no pudo ser externada se mantienen servicios psiquiátricos tradicionales, con dos *hospitales de larga estadía* con 1100 camas.

Los *servicios* son brindados por un equipo para el manejo del caso, compuesto por un psiquiatra, el encargado del caso, una enfermera diplomada, consejeros en salud mental y personal de apoyo. Los tratamientos incluyen terapia individual y grupal, rehabilitación en habilidades de la vida diaria, actividades recreacionales, un programa educacional y entrenamiento vocacional. También se brindan servicios médicos y odontológicos y otros servicios comunitarios, según la necesidad.

La *evaluación* de la reforma fue llevada a cabo por la Facultad de Medicina, Universidad de Carolina del Sur, por medio de un estudio prospectivo no controlado, longitudinal, que evaluó los costos y los resultados y la satisfacción de los usuarios. Se evaluaron 550 sujetos hasta julio 2000 (9 años de funcionamiento).

Hubo un 86% de reducción en las internaciones, un 89% de reducción de días de estadía y un 68% de usuarios satisfechos. También se registró que no hubo un deterioro del nivel de funcionamiento ni mayor severidad de sintomatología en los pacientes, constatándose en algunos, en cambio, una importante mejoría. No había ningún paciente sin hogar (*homeless*), ocho fueron arrestados por ofensas menores y liberados; un paciente fue preso por robo de auto. Hubo entre la población estudiada un mínimo uso y de poca variedad de sustancias y de alcohol. Desde el punto de vista económico, el costo anual por paciente fue de u\$s25.685.-, equivalente a un tercio del costo de anual de la internación de largo plazo. El 60% del presupuesto del Departamento de Salud Mental se volcó a programas comunitarios, aumentando en más de un 100% desde el inicio del programa TCL.

Las principales *dificultades* que se observaron en el transcurso del proyecto fueron las actitudes de competencia entre los equipos hospitalarios y los equipos comunitarios (mentalidad "nosotros *versus* ellos") y que la falta de un control total sobre los ahorros obtenidos llevó a una disminución de los fondos provistos por el Estado en lugar de a un aumento de disponibilidad para el programa.

Entre los *riesgos* el informe destaca las internaciones por falta de disponibilidad de sitios en la comunidad y el manejo de síntomas y conductas de ciertos pacientes que requieren un medio más estructurado y mayor sostén y que, por lo tanto, no pueden vivir con seguridad en la comunidad.

Se señalan, como *aspectos claves*, que el dinero no siguió a los pacientes, los precedió. También, que se desarrolló el sistema de cuidado antes de sacar al paciente a la comunidad. El Programa estuvo dirigido a cada paciente, siendo flexible y personalizado, respetando los aspectos culturales de cada uno. Fue posible gracias a la acción de equipos entrenados, producto de cambios curriculares y de la existencia de un programa de postgrado en rehabilitación.

El estudio concluyó que las personas con deterioros severos pueden vivir exitosamente fuera del ambiente hospitalario sin deteriorarse si existen apoyos comunitarios suficientes. También que la importancia de un programa no debe medirse según si el hospital es eventualmente cerrado o no, sino por la cantidad de individuos que regresaron a la comunidad seguros y por la calidad de vida de que disfrutaban.

Esto confirma la afirmación de Curlee y cols. (20) de que "*para ser exitosos los programas requerían ser construidos alrededor de proyectos de vivienda con apoyo que proveyeran a los individuos del apoyo y de la supervisión necesarios para mantenerse en la comunidad*".

Francia

En Francia se estableció, en 1960, la llamada "política del sector" (4, 43). El sector es una unidad geográfica que abarca una cantidad preestablecida de población. En él un equipo multidisciplinario dirigido por un psiquiatra brinda la totalidad de los servicios requeridos por una

población de aproximadamente 70.000 habitantes (43). Cada sector tiene *unidades de internación y centros de crisis* para la internación de urgencia por períodos breves, en los que se brindan cuidados intensivos. También hay *hospitales de noche* que dan alojamiento y cuidados nocturnos y de fin de semana.

El sistema también cuenta con *departamentos terapéuticos*, en los que la permanencia es limitada y donde se llevan a cabo tareas de rehabilitación y reinserción social, de manera intensiva.

En los centros de *post-cura* la duración de la estadía es más prolongada; su finalidad es la continuidad de los cuidados activos luego de una fase aguda y sus objetivos son la readaptación y la autonomía.

También existen los llamados *servicios de ubicación familiar terapéutica*, en los que se da tratamiento y se ubica a los individuos en familias sustitutas (59). Para algunos autores esta forma, si bien es parte de una moda, debe ser mejorada ante el riesgo de convertirse en el uso de "micro-asilos familiares" y en una forma en la que la administración se desentiende de los pacientes crónicos presionando con la falta de presupuesto (59).

Por fuera de los sectores y dando servicio a varios de ellos hay instituciones para niños y centros de psiquiatría penitenciaria.

En 1992 se hizo un relevamiento de la situación de la atención psiquiátrica en Francia (Informe Massé) (47). Se concluyó que había en ese momento tres tipos de estructuras:

1. *Estructuras neo-asilares*: replegadas sobre sí mismas, con servicios intrahospitalarios llenos, en los que predominaba el acompañamiento a largo plazo por sobre el cuidado.

2. *Estructuras semi-abiertas*: más modernas, constituyendo una solución alternativa para aquellos pacientes que requerían un seguimiento prolongado.

3. *Estructuras abiertas*, implantadas en el hospital general, vinculadas con los servicios médico-quirúrgicos, que resolvían las urgencias.

Suecia

Se llevó a cabo el cierre progresivo de los hospitales, habilitando simultáneamente camas para salud mental en los servicios generales. Se organizó la atención por sectores, como en Francia, con *equipos comunitarios* para la atención de la salud mental. En el Distrito de Skelleftea (98.000 habitantes) hay un *hospital general con servicios de internación de salud mental* en dos salas de 18 camas cada una, para pacientes de corta estadía, y un equipo de salud mental que trabaja directamente en la comunidad. Los pacientes con problemas crónicos son atendidos por dos *equipos de rehabilitación* dirigidos por un médico psiquiatra, en colaboración con los servicios sociales, las enfermeras de distrito y diversos voluntarios. Son alojados en cuatro *casas colectivas* de 6 residentes cada una (42).

Como resultados negativos, Kullgren y Pelayo (42) señalan la psicologización de los problemas sociales y

la postergación de los pacientes más graves, ya que los recursos para la atención en los hospitales han disminuido drásticamente y aquellas personas con afecciones psicóticas graves quedan relativamente relegadas. La gran reducción de plazas sin que se establezca otras formas de asistencia desamparó a muchos individuos, que habitan en las calles de las grandes ciudades.

España

La Comunidad de Madrid inició, en 1984, un proceso de reforma psiquiátrica. Se organizó la atención en la comunidad en tres tipos de instituciones (49):

- *Mini-residencias*. Edificios con una capacidad de 20 a 30 camas, que brindan atención durante las 24 horas. El ambiente es de tipo hogareño, con participación de los residentes en la organización y en el funcionamiento del lugar; la duración de la permanencia es flexible. El equipo asistente está integrado por monitores, quienes propician la autonomía personal y la reinserción comunitaria progresiva de los residentes.

- *Pisos supervisados*. En estos departamentos conviven 3 ó 4 personas, quienes viven solas. El apoyo y la supervisión son periódicos y flexibles, efectuados por un equipo de monitores y profesionales de los servicios de salud mental.

- *Pensiones supervisadas*. Instituciones para pacientes estables en las que se brindan apoyo y supervisión periódicos.

En Andalucía (35) se utilizan para la atención comunitaria:

- *Programa residencial*: brinda cobertura de las necesidades básicas de la vida cotidiana (vivienda, manutención, cuidados básicos: aseo, autocuidados, medicación, organización cotidiana, etc.) y apoyo en las relaciones interpersonales significativas.

- *Recursos supervisados*: departamentos para menos de 10 pacientes, sin presencia permanente del equipo de apoyo.

- *Pisos autónomos*: departamentos en donde reciben una visita de control periódico, mensual o a demanda.

- *Recursos asistidos*: casa-hogar para 10 a 20 pacientes, con presencia del equipo asistente durante las 24 horas.

Utilizan, además, un programa de apoyo domiciliario, un programa de ayuda a las familias, visitas periódicas, centros de día y pensiones; además se brinda asistencia en la propia vivienda del paciente. Los apoyos también pueden ser puntuales o parciales. El sistema cuenta con dispositivos no específicos: residencias de tercera edad y centros para deficientes.

Conclusiones

El proceso de reforma de la atención psiquiátrica moderna comenzó en el hemisferio norte del globo en la década de 1950 y por diversos motivos. Desde entonces se ha acumulado una creciente experiencia, reflejada en

toneladas de papel y ríos de tinta que conforman una vasta bibliografía al alcance de quien quiera consultarla. La rehabilitación psiquiátrica y la reinserción social de quienes padecen enfermedades mentales graves tienen bases científicas que no deben ser ignoradas.

Si bien no existe un modelo universal y deben considerarse los aspectos culturales de cada comunidad (5, 43), tampoco debe ser desconocida la experiencia acumulada en el mundo y, más recientemente, en nuestro país. No deberían intentarse proyectos que ya demostraron su fracaso; hay que aprovechar las experiencias aprendidas durante más de 50 años. Si bien la decisión de implementar estos sistemas es política, su diseño y gestión deben quedar en manos de especialistas en salud mental entrenados en estos asuntos. La transferencia de recursos a la comunidad no debería generar expectativas irreales; pese a que el acompañamiento social tampoco cura las psicosis, se debe mantener algún tipo de ambición terapéutica y evitar el nihilismo. El objetivo de la curación no es realista en las psicosis, debiendo ser reemplazado por cuidados o sostén permanentes y sin plazos (43, 59).

Muchas veces, los hospitales demoran las altas de los pacientes que no tienen a dónde ir a vivir por falta de recursos comunitarios. Otras veces, las familias los alojan sin estar preparadas ni económica y psíquicamente (55).

“Considerando los altos costos del tratamiento en internación, esto constituye una pérdida enorme de recursos que podrían utilizarse para apoyar a las personas de maneras más productivas” (55, p. 217).

“La experiencia nos ha enseñado que la enfermedad mental no es un mito. Algunos individuos mentalmente enfermos deben ser hospitalizados igual que alguien que padece una enfermedad somática. (...) Quién deberá ser internado dependerá en parte del curso clínico del paciente, en parte de la fortaleza y permanencia de sus redes sociales y en parte del abanico de servicios alternativos disponibles en la comunidad del paciente. (...) El cuidado basado en la comunidad no es necesariamente la alternativa más benigna para todos los enfermos mentales en todo momento. El acceso al cuida-

do hospitalario para los individuos que lo necesitan, durante todo el tiempo que lo necesiten, es absolutamente esencial” (7).

“El reconocimiento y la integración -más que la segregación- de los hospitales psiquiátricos y las funciones que ellos han cumplido y continuarán cumpliendo por defecto, son la clave de una transformación exitosa de los servicios de salud mental, tanto en Quebec como en otros sitios” (45).

El énfasis debe sacarse de los lugares y los programas de tratamiento y ponerse en los pacientes. Se debe evitar confundir el sitio del cuidado con la calidad del mismo y tener muy claro que el cambio del sitio *per se* no asegura que se cumplirán los objetivos (5, 43).

La rehabilitación y la reinserción social de los pacientes deben llevarse a cabo sobre bases firmes, lo que incluye asegurar que se cubrirán las necesidades personales y materiales insatisfechas de cada paciente individual. El foco de la rehabilitación debe estar en el desarrollo de las habilidades y capacidades remanentes más que en la remisión de síntomas, sin proveer de más para no alentar la dependencia. Debe existir un amplio abanico de propuestas, de manera de hacer corresponder a los pacientes y los ambientes según su nivel *potencial* de funcionamiento y no según su nivel actual (5, 43).

Son hechos sobresalientes a considerar ofrecer una vivienda digna, la toma regular de la medicación, el lugar de la internación como un elemento importante de cualquier sistema, la psicoeducación de las familias y la continuidad de los cuidados, entre otros aspectos ineludibles (43). No es posible la “desinstitucionalización” sin la “desestigmatización” (43).

“Un programa de desinstitucionalización exitoso es aquel en el que se hizo una cuidadosa evaluación de necesidades y recursos (...), uno que procura un equipo profesional adecuadamente entrenado para reconocer y asistir las necesidades especiales de los pacientes mentales crónicamente enfermos que viven en la comunidad (...). Y es uno que provee evaluación continua y modificaciones para cubrir las necesidades del dinámico proceso de desinstitucionalización” (7) ■

Referencias bibliográficas

1. American Psychiatric Press. American Psychiatric Glossary, 7th ed., Washington DC, 1994.
2. American Psychiatric Association Task Force on Community Services, Task Force Report. A typology of community residential service, 1982.
3. Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA), Comunicado a los socios, enero de 2009.
4. Auvergnon T, Brini L, Fieschi MD, et al. L'analyse des secteurs psychiatriques français: quels enseignements. Disponible en: http://ressources.ensp.fr/memoires/2006/mip/groupe_30.pdf
5. Bachrach LL. A conceptual approach to deinstitutionaliza-
- tion. *Hosp Community Psychiatry* 1978; 29 (9): 573-578.
6. Bachrach LL. “The chronic patient”: in search of a title. *Hosp Community Psychiatry* 1992; 43 (9): 867-868.
7. Bachrach LL. The biopsychosocial legacy of deinstitutionalization. *Hosp Community Psychiatry* 1993; 44 (6): 523-524.
8. Bachrach LL. Should “The chronic patient” be replaced? Reader responses. *Hosp Community Psychiatry* 1993; 44 (9): 817-818.
9. Bachrach LL. The State mental hospital in 1996. *Psychiatr Serv* 1996; 47 (10): 1071-1078.
10. Belkin L. Treating the sick can mean clothing them too. *The New York Times*, 24/11/1992.

11. Burroughs TM. The beginning and the end of transinstitutionalization, Workshop, APA Meeting, Washington, 2008.
12. Canadian Association for Mental Health – Ontario Division. Final Report: Mental Health Anti-Stigma Campaign Public Education Strategy, 1994.
13. Caplan G. Principles of preventive psychiatry. New York, Basic Books, 1964.
14. Carling PJ & Ridgway P. A psychiatric rehabilitation approach to housing. En: Farkas MD & Anthony WA (Eds.). Psychiatric Rehabilitation Programs: putting theory into practice. Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 1991.
15. Castilla del Pino C, Ruiz-Vargas JM. Aspectos cognitivos de la esquizofrenia. Madrid, Editorial Trotta, 1991.
16. CELS-MDRI. Vidas arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Buenos Aires, Siglo XXI Editores, 2008. p. 41-48.
17. Clarín. La situación social estadounidense. EE.UU. La cárcel, nuevo destino para los enfermos psiquiátricos. 7/3/1998, p. 44-45.
18. Clarín. Leyes pendientes de reglamentación. 12/1/2009, p. 14.
19. Craig TJ & Laska EM. Deinstitutionalization and the survival of the State Hospital. *Hosp Community Psychiatry* 1983; 34 (7): 616-622.
20. Cournos F. The impact of environmental factors on outcome in residential programs. *Hosp Community Psychiatry* 1987; 38: 848-852.
21. Curlee M, Connery J & Soltys S. Towards local care: a statewide model for deinstitutionalization and psychosocial rehabilitation. *Psychiatr Rehabil Skills* 2001; 5 (2): 357-373.
22. David AS & Cutting JC (Eds.). The neuropsychology of schizophrenia. East Sussex, Lawrence Erlbaum Associates Ltd., 1994.
23. Desjarlais, R., Eisenberg L, Good B y Kleinman A. Salud mental en el mundo: problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos. Washington, Organización Panamericana de la Salud, 1997.
24. Dratcu L. Cuidado comunitario y tratamiento hospitalario en psiquiatría: lecciones de la experiencia británica. En: Fernández Bruno MD, Gabay PM. Rehabilitación psiquiátrica y reinserción social de las personas con trastornos mentales crónicos. Buenos Aires: Ed. Polemos; 2003. p. 191-204.
25. Dratcu L. Psiquiatría metropolitana: la ascensión de la psiquiatría aguda hospitalaria como una nueva especialidad. *Vertex, Rev Arg Psiquiat* 2007; 18 (Supl. Esp.): 21-26.
26. Espinosa J (coord.). Cronicidad en psiquiatría. Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1986.
27. Farkas M, Rogers ES, Thurer S. Rehabilitation outcome of long-term hospital patients left behind by deinstitutionalization. *Hosp Community Psychiatry* 1987; 38: 864-870.
28. Fiore M, Galante S, Härter M, Inghilleri G. Die Dehospitalisierung von psychiatrischen Krankenhauses San Clemente in Venedig. *Psychiatr Prax* 1991; 18: 30-35.
29. Fioritti A, Lo Russo L, Melega V. Reform said or done? The case of Emilia-Romagna within the Italian psychiatric context. *Am J Psych* 1997; 154: 94-98.
30. Freedman A, Kaplan H, Sadock B. Tratado de Psiquiatría. Barcelona, Ed. Salvat, 1982. Cap. 32-2, p. 2198-2206.
31. Freeman H, Henderson J. Evaluation of comprehensive care of the mentally ill. Gaskell, London, Royal College of Psychiatrists, 1991.
32. Geller JL, Fisher WH. The linear continuum of transitional residences: debunking the myth. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 1070-1076.
33. Geller JL. Anyplace but the state hospital. *Hosp Community Psychiatry* 1991; 42: 145-152.
34. Geller JL. The Last Half-Century of Psychiatric Services as Reflected in Psychiatric Services. *Psychiatr Serv* 2000; 51: 41-67.
35. Gisbert Aguilar C (Coord.). Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo. Madrid, Asoc. Española de Neuropsiquiatría, Estudios /28, 2003. p. 209-211.
36. Gittelman M, Freedman MD. Treating half of the illness. *Hosp Community Psychiatry* 1988; 39 (4): 347.
37. Goldfinger SM, Schutt RK, Tolomiczenko GS, Seidman LJ, et al. Predicting Homelessness After Rehousing: A Longitudinal Study of Mentally Ill Adults. *Psychiatric Serv* 1999; 50: 674-679.
38. Gralnick A. The asylum snare. *Hosp Community Psychiatry* 1986; 37 (5): 433.
39. Green MF. Schizophrenia from a neurocognitive perspective. Probing the impenetrable darkness. Boston, Allyn and Bacon, 1998.
40. Gronfein W. Incentives and intentions in mental health policy: a comparison of the Medicaid and community mental health programs. *J Health Soc Behav* 1985; 26:192-206.
41. Kandel DB, Williams RH. Métodos de rehabilitación psiquiátrica. Buenos Aires, Ed. Troquel, 1968. p.123.
42. Kullgren G, Pelayo U. Cambios en la asistencia psiquiátrica. ¿Reforma o revolución? La experiencia del modelo sueco. *Acta Psiquiat Psicol. Am Lat* 1992; 38 (1): 41-46.
43. Léouffre P, Tempier R. Le virage ambulatoire en psychiatrie : réactualiser nos principes de psychiatrie communautaire ou rater le virage! *Rev can psychiatrie* 1998 ; 43 (4): 403-410.
44. Lesage A, Clerc D, Charron M, et al. L'utilisation des lits de courte durée – alternatives a l'hospitalisation. Un étude du département de psychiatrie. Rapport de recherche. Hôpital Luis-H. Lafontaine, Montréal, Québec, 31/7/1997.
45. Lesage A. Le rôle des hôpitaux psychiatriques. *Sante Ment Que* 1997; 22 (2): 25-32.
46. Lipman G. The beginning and the end of transinstitutionalization. Workshop, APA Meeting, Washington, 2008.
47. Massé G. La psychiatrie ouverte. Une dynamique nouvelle en santé mentale. Rapport au ministre de la Santé et de l'Action humanitaire. Rennes: ENSP; 1992, en Barbier D. Secteur de psychiatrie générale, *Encycl Méd Chir Éditions Techniques*, Paris 37-915-A-10, 1995.
48. Mechanic D & Rochefort DA. A policy of inclusion for the mentally ill. *Health Aff* 1992; 11 (1): 128-150. Disponible en: <http://www.content.healthaffairs.org/cgi/reprint/11/1/128.pdf>
49. Pérez F. La reinserción social como objetivo de la rehabilitación. En: Gisbert Aguilar C (coord.). Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo. Madrid, Asoc. Española de Neuropsiquiatría, Estudios /28, 2003. Cap. 5, p. 195-227.
50. Petitjean F, Chériaux-Fallourd C, Arene M. Soins et réinsertion. *Nervure* 1993; 6 (5): 35-38.
51. Poggi VL. Conferencia en Buenos Aires, 2000.
52. Polak P, Warner R. The economic life of seriously mentally ill people in the community. *Psych Serv* 1996; 47: 270-274.
53. Porter R. Historia social de la locura. Barcelona, Editorial Crítica, 1989. Cap. 2.
54. Postel J, Quérel C (comp.). Historia de la psiquiatría. México, Fondo de Cultura Económica, 1987. p. 322.
55. Pratt CW, Gill KJ, Barrett NM & Roberts MM. Psychiatric rehabilitation. Orlando, Academic Press, 1999. p. 215-240.
56. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española - Vigésima segunda edición. Disponible en: <http://buscon.rae.es/drae/SrvltConsulta>.
57. Rothwell ND, Doniger JD. The Psychiatric halfway house. Springfield, IL. Charles C. Thomas, 1966.
58. Salvat Editores. Gran Diccionario Salvat. Barcelona, 1992.
59. Sans P. Perspectives actuelles du placement familial thérapeutique. *La lettre de la psychiatrie française* 1992 ; 15: 9.
60. Talbott JA. Care of the chronically mentally ill-Still a national disgrace. *Am J Psychiatry* 1979; 136 (5): 688-689.
61. Talbott JA. Foreword. En: Lamb HR (ed.). The homeless mentally ill. A Task Force Report of the American Psychiatric Association. Washington, American Psychiatric Press, 1984.
62. Taube CA, Thompson JW, Rosenstein MJ, Rosen BM & Gold-

- man HH. The "chronic" mental hospital patient. *Hosp Community Psychiatry* 1983; 34 (7): 611-615.
63. Trieman N, Leff J, Glover G. Outcome of long stay psychiatric patients resettled in the community: prospective cohort study. *BMJ* 1999; 319: 13-16.
64. Vezzetti H. Domingo Cabred y el asilo de puertas abiertas. *Vertex* 1991; 2 (3): 59-61.
65. Warden J. England abandons care in the community for the mentally ill. *BMJ* 1998; 317: 1611.
66. Watts FN & Bennett DH (comp.). Rehabilitación psiquiátrica. Teoría y práctica. México, Ediciones Noriega-Limusa, 1990.
67. Wherley M, Bisgaard S. Beyond model programs: evaluation of a countrywide system of residential treatment programs. *Hosp Community Psychiatry* 1987; 38: 852-857.
68. Wing JK. Epidemiologically based mental health needs assessments: review of research on psychiatric disorders. London, Royal College of Psychiatrists, 1992.
69. World Psychiatric Association (WPA) - Global Program to Fight Stigma and Discrimination Because of Schizophrenia. Disponible en: http://www.openthedoors.com/english/media/Training_8.15.05.pdf
70. Wykes T, Wing JK. A ward in a house: Accommodation for 'new' long-stay patients. *Acta Psychiatr Scand* 1982; 65 (5): 315-330.

Programa de atención comunitaria a niños/as y adolescentes con trastornos mentales severos: una construcción que articula la experiencia clínica, la investigación académica y su transferencia al sistema sanitario¹

Alejandra Barcala

*Lic. en Psicología. Magíster en Salud pública, Universidad de Buenos Aires
Coordinadora del Programa de Atención Comunitaria a Niños, Niñas y Adolescentes con Trastornos Mentales Severos;
Dirección Adjunta de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires
E-mail: abarcala@psi.uba.ar*

Flavia Torricelli

*Lic. en Psicología. Dra. en Psicología, Universidad de Buenos Aires
Investigadora y Docente de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires*

Patricia Álvarez Zunino

*Lic. en Psicología, Universidad de Buenos Aires
Docente Universidad de Buenos Aires. Coordinadora del Programa de Atención Comunitaria a Niños, Niñas y Adolescentes con Trastornos Mentales Severos. Dirección Adjunta de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires*

Julio Marotta

Médico Psicoanalista, Universidad de Buenos Aires. Asesor del Programa de Atención Comunitaria a Niños, Niñas y Adolescentes con Trastornos Mentales Severos. Dirección Adjunta de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

Resumen

El siguiente trabajo tiene como propósito dar a conocer una experiencia de articulación entre la producción de conocimientos -resultado de la investigación académica- y la transferencia de los mismos al sistema de salud -en particular salud mental- mediante la implementación del Programa de Atención Comunitaria de Niños/as y Adolescentes en la Ciudad de Buenos Aires. Dicho Programa está destinado a niños/as y adolescentes que padecen sufrimiento psíquico severo y consultan a los Servicios de Salud Mental del subsector público de la Ciudad y ha sido el producto de la experiencia clínica institucional y de diversas investigaciones en sistemas y servicios de salud. A partir del análisis y evaluación de las dificultades y obstáculos en el funcionamiento del sistema, se diseñó e implementó un dispositivo que se propuso -desde su concepción- favorecer las posibilidades de constitución subjetiva y la integración en la comunidad de los niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales severos. A través de un trabajo interdisciplinario, de capacitación permanente de recursos humanos y de configuración de redes intra e intersectoriales, pretende facilitar la accesibilidad y mejorar la equidad, intentando garantizar el derecho a la protección integral de la salud a los niños/as y adolescentes.

Palabras clave: Atención comunitaria - Niños/as y adolescentes - Trastornos mentales severos.

COMMUNITY ASSISTANCE PROGRAMME FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH SEVERE MENTAL ILLNESS

Summary

The purpose of the following paper is to present an experience which links the production of knowledge resulting from academic research, with the transmission of said knowledge to the health system -with specific reference to mental health- by means of the implementation of the Community Assistance Programme for Children and/or Adolescents within the City of Buenos Aires. This programme is aimed at children and adolescents afflicted with severe psychological suffering, who consult the Mental Health Services in the public subsector of the City of Buenos Aires. It is the product of clinical institutional experience and of diverse investigations in health systems and services which showed a significant increase in the amount of consultations of children with severe and or complex mental health problems and which brought to light the lack of adequate sanitary response for these children by said sector. Based on the analysis and evaluation of the difficulties and obstacles in the functioning of the system a scheme was devised and implemented which aimed -from its beginning- to favour the possibilities of subjective constitution and integration into the community of these children and adolescents with severe mental deficiencies. By means of an interdisciplinary work consisting in the permanent training of human resources and the setup of intra and intersectional networks, it aims at facilitating accessibility and improving equality of opportunity, thus attempting to guarantee the right to a full protection of the health of children and adolescents.

Key words: Community assistance - Children and adolescents - Severe mental illness.

¹ El presente trabajo recibió el Premio Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires 2008; Dispositivos en Salud Mental. Aportes de la Psicología, en el marco de las XV Jornadas de Investigación y IV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR de la Universidad de Buenos Aires.

Introducción: un punto de partida para la articulación entre los servicios de salud y la producción académica

Para todo investigador la transferencia de conocimientos continúa siendo una de las preocupaciones cruciales y constantes de la tarea a desarrollar; para que el mundo de las ideas no quede en el atilillo de los pensamientos y la realidad logre articularse con la producción teórica reubicando al hombre, sus necesidades y sus derechos como el horizonte inalienable de toda práctica.

Desde esta perspectiva sólo se puede concebir una praxis en el marco de un proceso dialéctico donde no exista una brecha y una disociación hechos/pensamientos sino un *continuum* de experiencia que se repiensa y se construye a la vez que se expande y se corporiza en múltiples dimensiones.

Este ha sido el punto de partida de un equipo de profesionales con una vasta experiencia institucional clínica en el campo del padecimiento psíquico severo infantil en la Ciudad de Buenos Aires. El estudio -a lo largo de 15 años- de las respuestas institucionales existentes generó en el propio equipo de salud inquietudes, puestas en cuestión de ciertas certezas y nuevas hipótesis acerca de las respuestas sanitarias necesarias para beneficiar los procesos de subjetivación de esos niños/as y adolescentes.

Las transformaciones económico-sociales que se fueron produciendo en la Ciudad de Buenos Aires en las últimas décadas -en especial en los 90- tuvieron sobre el proceso de salud/enfermedad/y de atención un notable impacto que modificó de manera paulatina tanto las prácticas sociales como la vida cotidiana de las familias. Este impacto no ha sido ajeno al ámbito de la Salud Mental.

En un contexto de crecientes desigualdades e inequidades, la subjetividad de cada vez más individuos se encontraba en situaciones de vulnerabilidad. De este modo, los niños/as que continuaban llegando a la consulta presentaban cada vez problemáticas más complejas, y los dispositivos para albergarlos mostraban sus limitaciones.

En el año 1989 se crea un Hospital de Día Infantil organizado como un dispositivo interdisciplinario de tiempo parcial en el Centro de Salud Mental N° 1 (CSM N° 1) con el propósito de construir una herramienta terapéutica eficaz para el abordaje de las patologías graves de la infancia. Las distintas disciplinas se articulaban alrededor de una concepción teórica en común en una doble dimensión, por un lado un modo particular de concebir tanto al sujeto psíquico y sus condiciones de estructuración (8, 9) y por el otro un modelo institucional para el abordaje de las patologías graves de la infancia.

El marco teórico-clínico psicoanalítico dio lugar a un dispositivo que permitiendo el advenimiento de un sujeto, evitaba que los/as niños/as quedaran tomados en su subjetividad, objetalizados, atrapados en un circuito repetitivo y de pulsión de muerte. Por ese motivo, se eligió como uno de los ejes descentradores dentro de este nuevo proceso el hecho de no pensar en "la patología

del sujeto" -tendencia en la que se ha insistido históricamente- sino en las "situaciones complejas" en las que los/as niños/as y adolescentes estaban comprometidos. Los niveles de intervención fueron entonces múltiples: subjetivo, familiar, escolar y político-social. Desde esta perspectiva, un dispositivo debía entonces alojar al niño, a su padecimiento, a su familia y a sus circunstancias económico-sociales.

Dentro de esta concepción la idea tradicional de "cura" se relativizó y el objetivo principal de toda acción consistió aquí en "hacer entrar en curso" una realidad/situación compleja que de otro modo hubiera estado destinada al "desauxilio", a la marginalidad, a la manicomialización y a una adultez lesionada.

Se combinaron así premisas del campo psicoanalítico, con postulados del campo de la salud comunitaria, y la investigación en sistemas y servicios de salud, con conceptos provenientes del campo sociológico ligados a la idea de "redes". De modo tal que este nuevo saber se convirtió en superador y estimulante de nuevas producciones, en el cual los aportes de los distintos marcos teórico-clínicos lejos de ser un obstáculo han constituido un plus para el funcionamiento en red. Evitando ser una sumatoria de miradas disciplinares relativizadas, se propuso una puesta en diálogo entre los diversos actores intervinientes.

La idea y el funcionamiento en red permitió diluir la carga que puede implicar el peso del sufrimiento y del desamparo en el que estos niños/as y adolescentes se encontraban siendo entonces esta trama/sostén mucho más fecunda que una sola persona como soporte. Al mismo tiempo el trabajo en red favoreció "el encuentro" con otros y la posibilidad de vivenciar satisfacción y creatividad en este pensar y construir colectivamente.

Desde esta plataforma de pensamiento resultó fundamental haber inscripto este trabajo sistemático de articulación "praxis-producción de conocimientos" en una línea de desarrollo teórico en Investigación en Sistemas y Servicios de Salud (26, 28) a cargo de un equipo interdisciplinario de investigación que desde 1995 había estado trabajando en el área de salud mental infantil. Esta perspectiva metodológica fue elegida ya que favorece la cooperación entre investigadores de las unidades académicas, los trabajadores de los Servicios y los programas del Gobierno, a la vez que permite la interlocución directa con los *policy makers*.

Se trabajó en conjunto entre investigadores de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires y un equipo interdisciplinario perteneciente al Hospital de Día Infantil para niños psicóticos y autistas del Centro de Salud Mental N° 1, perteneciente al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

El modelo de investigación en Sistemas y Servicios de salud se centra en el análisis de la accesibilidad a los servicios de salud, sus barreras y desigualdades, orientando la reorganización del sistema para favorecer la equidad, poniendo especial énfasis en el derecho a la salud. Para ello considera ineludible la inclusión de la perspectiva de los actores involucrados en esos procesos transformadores. Este marco teórico-metodológico contribuye

a favorecer la transformación de la realidad en la que los trabajadores de los Servicios de Salud se desempeñan dado que se produce una transferencia inmediata de los conocimientos que se van construyendo sobre las prácticas (17, 35).

Este proceso dialéctico praxis-producción de conocimientos permitió al equipo interdisciplinario -partiendo de la experiencia- construir nuevas preguntas e hipótesis de mayor complejidad que a su vez fueron retroalimentándose de nuevos conocimientos que actuaron transformando tanto la realidad sobre la cual intervenían como su práctica. Este movimiento fue el que dio origen a un nuevo dispositivo llamado: Programa de Atención Comunitaria a Niños/as y Adolescentes con trastornos mentales severos.

Planteamiento del problema: la desigualdad e inequidad en el acceso a los servicios de Salud Mental

Como en la mayor parte de los países del mundo, en la Argentina no hay políticas de salud mental referidas a la infancia, y las acciones y las prácticas institucionales se orientan mediante la percepción de las necesidades de una población y no de precisiones epidemiológicas.

En la Ciudad de Buenos Aires muchos niños/as con padecimientos mentales son excluidos y desalojados de espacios sociales, incrementándose de este modo su sufrimiento. El Hospital Neuropsiquiátrico Infanto-Juvenil "Dra. Carolina Tobar García", junto con el Hospital de Día Infantil "La Cigarra" del Centro de Salud Mental N° 1 constituyen las dos únicas instituciones de referencia y especializadas para la derivación dentro del sector público en la atención de niños/as que presentan trastornos mentales severos.

A partir del aumento significativo -desde la década del 90- de consultas institucionales de niños/as con padecimiento psíquico severo se observó que en ambas instituciones la demanda excedía la capacidad de respuesta, viéndose desbordadas y con largas listas de espera.

Fue así que se llevó a cabo un estudio² cuyo propósito fue explorar a) el perfil de la población atendida en el Hospital de Día Infantil y b) conocer el recorrido institucional al que están expuestos estos niños tanto en el ámbito educativo como sanitario. A partir del análisis de 124 historias clínicas (entre los años 1995-1997) se llegó a la conclusión que los niños/as llegaban a la consulta de Admisión habiendo transitado ya por diversos servicios de Salud del sector público, privado y obras sociales desde edades muy precoces.

En una gran parte de los casos, estas "derivas" asistenciales eran el resultado de problemas existentes tanto

en el diagnóstico, como en la intervención y/o derivación de estos pacientes a otras instituciones que referían carecer de dispositivos de tratamiento adecuados a dichas problemáticas. Esto evidenciaba la fragmentación del sistema de salud y la expulsión del niño del mismo, incrementándose así su nivel de sufrimiento y aislamiento (4).

Entre los resultados más relevantes se constataron: importantes barreras de accesibilidad a los servicios, múltiples y diferentes diagnósticos de distintos profesionales que favorecía un estado de confusión por parte de los padres con respecto a lo que les sucedía a sus hijos. Los niños llegaban a consulta -en su mayoría- entre los 6 y 7 años, a partir de la intervención del ámbito escolar, frente al fracaso en el mismo, observándose así, ya el primer paso en un futuro trayecto de dificultades en la integración social.

Para continuar profundizando este primer diagnóstico y contar con datos más confiables, dado que los relevamientos institucionales oficiales eran escasos e insuficientes se llevó a cabo una nueva investigación³, un estudio de prevalencia institucional en niños con psicosis y autismo infantil que incluyó a la totalidad de los Servicios de Salud Mental de los hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires con el objeto de obtener una información más precisa acerca de esta problemática.

El objetivo de la investigación fue determinar la prevalencia institucional de niños/as con patología psíquica severa, conocer la modalidad de atención ofrecida, las edades de consulta, el perfil socioeconómico de las familias consultantes, además de la conformación de los equipos profesionales, el empleo de categorías diagnósticas y las derivaciones institucionales que llevaban a cabo. Para ello se entrevistaron a 21 profesionales Jefes de Servicios de Psicopatología y Salud Mental del subsector estatal. En ellos fue unánime la afirmación acerca de la insuficiencia de respuestas sanitarias en materia de patología mental grave en la infancia. Consideraban fundamental y remarcaban la necesidad de trabajo en equipos interdisciplinarios, la capacitación en la temática de la detección temprana, la incorporación de conocimientos teórico-técnicos precisos y la implementación de estrategias de integración en la comunidad de estos niños/as.

Dicho estudio arrojó datos que confirmaron la escasez de respuestas sanitarias públicas a la totalidad de la demanda que se presentaba. Si bien la ausencia de datos epidemiológicos confiables había estado invisibilizando la contundente problemática que planteaban los niños con padecimiento psíquico severo, la demanda tomó una dimensión significativa que afectó a todas las instituciones sanitarias del sector.

Al momento del relevamiento, de 33 instituciones sanitarias, apenas 9 atendían niños con patología men-

² "Evaluación de las intervenciones sanitarias y educativas en instituciones que atienden niños con trastornos graves en la infancia. Un estudio de caso." Programa Especial de Capacitación y Atención de Niños Psíquicos del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Centro de Salud Mental y Acción Comunitaria N° 1 - CODEL, Hospital Pirovano. Años 1995-2001. Barcala A, Brió M, Vila N, Gotlieb M, Oliva M, Baumann N, Bravo F, Ciolfi L, Etcheverry L, Lefebvre T.

³ "Prevalencia institucional en psicosis y autismo infantil en la Ciudad de Buenos Aires." Proyecto de Investigación seleccionado por Concurso y financiado por la Fundación Roemmers con sede en Centro de Salud Mental y Acción comunitaria N° 1, Hospital Pirovano, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Septiembre de 2002 hasta Septiembre de 2003. Directora: Lic. Alejandra Barcala. Co-Directora: Lic. Flavia Torricelli. Investigadoras principales: Dra. María Cristina Brió, Dra. N. Vila Asesores, Dr. Julio Marotta, Dra. Roxana Ynoub. Equipo de Investigación: Lic. Mirta Gotlieb, Lic. Matilde Oliva, Lic. Lila Ciolfi, Lic. Silvina Czernieki, Lic. Lorena Etcheverry, Lic. Teresa Lefebvre.

tal severa y sólo en casos excepcionales. En todos estos hospitales, la oferta del servicio de Salud Mental y Psicopatología infantil era la psicoterapia individual de una vez por semana o dos, y/o el trabajo de orientación a padres, careciendo de otro tipo de instancia terapéutica o de abordajes interdisciplinarios. Los equipos se encontraban conformados -en su mayor parte- por psicólogos y existía una escasez de médicos psiquiatras infanto-juveniles en el sector. Los mismos profesionales referían carecer de la capacitación específica para la atención de estos niños/as, además de la imposibilidad de realizar interconsultas con celeridad (4, 7).

Por fuera del sector público, las obras sociales y los prepagos no brindaban atención a niños/as con este tipo de sufrimiento. Razón por la cual los afiliados terminaban recurriendo a dispositivos del sector público.

Cabe señalar además, que todas las instituciones relevadas (durante el período 2002-2004) advertían que los niños de hogares más pobres se estaban retrayendo y no accedían al sistema de salud, mientras que se incrementaba la consulta de familias de clase media que se habían ido empobreciendo y perdiendo la cobertura en Salud (7, 37).

La crisis socioeconómica vivida en la Ciudad de Buenos Aires a fines del 2001 y los procesos de ajuste económico experimentados en las últimas décadas, tuvieron un impacto diferencial en los niños, convirtiéndolos en un grupo de alta vulnerabilidad. Estas desfavorables condiciones socioeconómicas y políticas se agravaron aún más cuando al tratarse de niños que requieren de cuidados especiales, que además sufren la exclusión de los ámbitos escolares, sanitarios y de los espacios sociales y comunitarios. Por otra parte, aún en aquellos niños/as que estaban realizando tratamientos psicoterapéuticos, éstos no se habían acompañado de otros lugares de inserción social. En una encuesta realizada a los padres de pacientes de Hospital de Día Infantil del CSM N° 1 (2002) se encontró que el 80% de los niños que concurrían al tratamiento en dicha institución carecían de otros espacios de integración social. No se integraban ni a talleres, y/o actividades extraescolares, ni participaban de actividades sociales (1).

Ante la falta de una respuesta -por parte de los efectores del sector público- más adecuada para estos niños/as cada vez más aislados y con una perspectiva futura incierta, se consideró necesario ahondar en la comprensión de las dificultades ligadas a implementación de prácticas destinadas a ellos.

Se llevó a cabo una nueva investigación de tipo cualitativo⁴ con el objetivo de: a) indagar las representaciones que los profesionales que trabajaban con niños en los Servicios Psicopatología y Salud Mental tenían acerca de la psicopatología grave en la infancia y acerca de sus propias prácticas al respecto; b) analizar las vinculaciones entre las representaciones y las prácticas que realizaban; c) explorar cuáles eran los obstáculos institucionales que podían estar interfiriendo en el abordaje de estos pacientes.

Se observó que la estrategia institucional implementada más frecuente con los niños/as con patología mental severa era la derivación al Hospital Neuropsiquiátrico Infanto-Juvenil "Tobar García". Ligada ella a la representación de un "no lugar" para estos niños/as, insistiendo así "la tendencia asilar" de confinamiento de los niños/as graves en una institución totalizante. Esta situación contribuía a aumentar la exclusión de los niños de sus espacios de pertenencia.

Las prácticas terapéuticas con niños/as psicóticos y autistas daban cuenta de ciertas representaciones que poseían los profesionales entrevistados acerca de su identidad profesional. La misma quedaba cuestionada especialmente por aquellos pacientes que no entraban dentro de ciertos parámetros conocidos, en los que se gozaba de comodidad para teorizar e intervenir. La adscripción dogmática a las teorías ofrecía -a los terapeutas- seguridad, aunque ciertas prácticas no parecían estar ayudando a esos niños/as a disminuir sus padecimientos. En otras ocasiones, surgían sentimientos de impotencia y frustración suscitada por la complejidad inherente que planteaban las patologías severas en un contexto de pauperización económica creciente y de un sistema sanitario fragmentado, hecho que podía terminar siendo funcional a la exclusión (5).

A partir de los resultados hallados en todas estas investigaciones se evidenció la necesidad de desarrollar prácticas de salud que dieran respuestas adecuadas para aquellos niños/as. Estas debían ser superadoras de la dimensión clínica e incorporar un trabajo interdisciplinario de integración social de los niños/as en la comunidad a través de la configuración de redes con las escuelas, juzgados y otras instituciones/espacios sociales que tendieran a disminuir su nivel de sufrimiento y exclusión, y se propusieran garantizar su derecho a la salud y a la igualdad.

El Programa de Atención Comunitaria a Niños/as y Adolescentes con Trastornos Mentales Severos se constituyó así en una herramienta terapéutica, un dispositivo y un programa creados -a partir de preguntas e investigaciones- para dar respuesta a una infancia que mostraba ostensibles signos de sufrimiento psíquico, desolación y pauperización. Hizo falta conocer más a esos niños y sus familias, explorar las ineficiencias del propio sistema de salud e indagar en las representaciones que poseían los efectores sobre sus prácticas para diseñar una respuesta más acertada y eficaz.

Marco teórico: ampliando la clínica en Salud Mental en la Infancia

Un largo recorrido en el campo de la clínica y las intervenciones institucionales conjuntamente con la reflexión continua sobre las prácticas, condujeron a posicionar la tarea en un trabajo de permanente articulación entre la experiencia y la indagación científica, con el objetivo de profundizar los conocimientos fren-

⁴ "Servicios de Psicopatología y Salud Mental del Sector Público de la Ciudad de Buenos Aires: respuesta institucional y evaluación de la capacidad de atención de pacientes con trastornos psicopatológicos graves en la infancia". Proyecto Joven P401, UBACyT (2003). Directora: Lic. Alejandra Barcala. Co-Director, Dr. Julio Marotta.

te al padecimiento subjetivo de niños/as con trastornos mentales severos. Abordaban una realidad compleja en la que ambos tanto niños/as como el equipo terapéutico se veían inmersos y afectados.

Desde el inicio del trabajo resultó indispensable recibir a los niños/as, crearles un lugar como sujeto y asumir una posición ética que estimulara la reflexión tendiendo a un abordaje en el campo de la salud mental que incluye no sólo las consideraciones clínicas sobre el padecimiento de niños/as, sino también el sufrimiento mental conjuntamente con los problemas y las dinámicas de integración-exclusión social (16).

Acudían a la consulta niños/as cuyas dificultades estribaban en el orden de lo "no constituido", caracterizados por ciertos déficit en la estructuración del psiquismo. Niños con severas alteraciones en el lenguaje, la motricidad, el pensamiento y las relaciones con el entorno, que en muchos casos imposibilitaban cualquier lazo social. Este grupo presentaba una patología mental grave, considerada según la clasificación CIE-10 (1992) como "Psicosis y Autismo infantil". Dada la connotación restrictiva de estos términos y teniendo en cuenta que en la infancia se presentan una infinidad de padecimientos que exceden las clasificaciones psicopatológicas clásicas, se ha optado por la denominación de "Trastornos Mentales Severos de la Infancia", nominación que ha sido adoptada por varios países de Europa (16, 27).

La designación "Programa de Atención a Niños/as y Adolescentes con Trastornos Mentales Severos" ha sido una opción que reconoce lo controversial que puede resultar el término, pero cuya elección intenta evitar caer en criterios psicopatológicos que desconozcan la subjetividad de los niños/as al mismo tiempo que encontrar un modo de nominación que permita la incorporación del programa en el ámbito de la salud pública.

Una serie de hipótesis teóricas se entrelazan y determinan el modo de conceputar los modos de constitución subjetiva y las prácticas en la infancia. Éstas podrían sintetizarse en tres puntos principales (9, 10, 11):

- La infancia es un tiempo de constitución del psiquismo en que se produce la humanización. En ella se definen tanto las constelaciones sexuadas del sujeto como sus potencialidades simbólicas.

- Se conciben dominancias estructurales, más que estructuras psíquicas fijas. Estructura del Edipo y acontecimientos históricos interjuegan en la constitución subjetiva.

- Considerada como tiempo fundante de la subjetividad plantea -desde el punto de vista ético- la urgencia de la construcción de un saber-hacer.

A partir de esta concepción del niño como un sujeto en vías de constitución, las intervenciones terapéuticas se convierten en posibilitadoras de transformaciones y pueden incidir en los procesos de estructuración psíquica en momentos tempranos de la vida, generando movimientos tendientes a lograr mejores niveles de organización psíquica. Por esta razón, favorecer condiciones de abordajes del sufrimiento en la infancia establece un continuo que va desde la técnica a la ética y del conocimiento a la obligación moral hacia el otro humano (10, 11).

Por otra parte, concebir la infancia como una producción sociocultural de cada época (2) nos permite ubicar las condiciones socioculturales y el modo en que éstas inciden en el lazo social, determinando límites y posibilidades. En este sentido, el sujeto infantil es fabricado por los discursos institucionales, por las formulaciones científicas, por los medios de comunicación de masas producido en el interior de las articulaciones de poder/saber. La constitución de la infancia está asociada a un cuerpo de saberes sobre el sujeto infantil y a un conjunto de dispositivos que van a dar lugar a esta construcción social. Tanto las intervenciones sobre los niños como su permanencia están determinadas por una voluntad de poder sobre los sujetos infantiles, que engendra el cuadro moderno de saberes sobre el niño (13).

La articulación propuesta entre la concepción del niño como un sujeto en estructuración y la producción socio-cultural de la subjetividad, ubica un modo particular de situar al psicoanálisis, como un campo que no es ajeno a las condiciones histórico-sociales, sino que está en diálogo permanente con los movimientos científicos, culturales y sociales de cada época y cada comunidad.

En cada momento, el pensamiento social o sea el conjunto de contenidos, de declaraciones que concierne a ciertos aspectos del mundo (los que tienen una dimensión histórica y variaciones locales) y de los que el hombre se apropia, inciden en cada una de las prácticas (18, 19). En este caso, en el modo de comprender las formas de subjetivación de los niños y los modos de intervenir con ellos.

Esto lleva necesariamente a pensar en el entrecruzamiento entre salud mental y prácticas sociales.

En un contexto de constante exclusión social, marginalidad y ruptura de lazos sociales parecen generarse respuestas, en este caso en el ámbito sanitario, que refuerzan los mismos síntomas, acentuando aún más el aislamiento y los sentimientos de exclusión y contribuyendo al desmantelamiento del sujeto que las nuevas condiciones sociales han estado generando.

La realidad muestra a niños que quedan desafiados, al haber sido desalojados de la escuela y de las instituciones de salud, anclajes articuladores de lo subjetivo; sufriendo así una marginalización que aumenta aún más su fragilidad subjetiva. Un niño que no ha tenido espacios de juego, socialización y de pertenencia, será un joven sin capacidad de crear y trabajar integrado a su comunidad. Sin estrategias de integración diseñadas y sostenidas -desde la temprana infancia- se va hacia la cronificación y a la profundización de las discapacidades; y se priva a los niños de soñar con un futuro siendo éste probablemente la internación psiquiátrica. Pensar el problema de la integración en la infancia previene el traslado irremediable de esta problemática a la juventud y la adultez (24).

Partiendo de lo expuesto resulta imprescindible construir dispositivos tendientes a dar respuestas terapéuticas y de integración social para los niños/as que padecen este nivel de sufrimiento psíquico. La definición etimológica de dispositivo -del latín *dispositus*, dispuesto, que se define como aquello que dispone- a la luz de las ideas

principales del Programa se ha reinterpretado como “estar dispuesto o estar disponible para” alojar y recibir a los niños, a sus sufrimientos y a sus potencialidades y deseos (25).

Foucault definió “dispositivo” como un conjunto heterogéneo que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales y filantrópicas. Sus elementos pertenecen tanto a lo dicho como a lo no dicho. Se trata de una formación que en un momento histórico dado, tuvo como función mayor responder a una urgencia, tratándose de este modo de una posición estratégica dominante (18).

El dispositivo se halla siempre inscripto en un juego de poder, pero ligado también a los bordes del saber, que nacen de él y lo condicionan; donde hay estrategias de relaciones de fuerzas soportando cierto tipo de saberes y a la vez siendo soportadas por ellos. En este sentido, el proceso general de normalización del siglo XVIII descrito por Foucault multiplicó sus efectos en la infancia, y aún hoy muchas veces sigue operando. El niño fue y sigue siendo producido en el interior de articulaciones y de un dispositivo de poder/saber, donde se psiquiatrizan sus conductas y se incluyen dentro de sintomatologías y diagnósticos definibles (19).

A partir de estas categorías, es posible interrogar en la actualidad cómo se producen los saberes sobre la infancia y las nuevas tecnologías de normalización a través del control de los cuerpos, y cuál es la relación entre el poder disciplinar y la reorganización de los campos del saber que determinan las intervenciones, respuestas institucionales y las políticas específicas en relación a los niños/as y adolescentes.

La incorporación de la Convención Internacional de los Derechos del Niño (CIDN) al derecho interno en nuestro país constituye un marco general y una perspectiva que introduce la concepción de los niños como sujetos titulares de derechos civiles, sociales, políticos, económicos y culturales que el Estado está obligado a respetar, cumplir y proteger, apoyándose en los principios de protección integral y de interés superior del niño (39).

En relación a la salud mental infantil, dos de los artículos de la CIDN hacen referencia a la responsabilidad del Estado en relación con las necesidades especiales de los “niños mentalmente impedidos”. Garantizan la asistencia gratuita y aseguran el derecho al disfrute de los servicios sanitarios, para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud.

A partir de las consideraciones de la Convención y en conformidad con los lineamientos constitucionales de la Ciudad, el Programa aporta al objetivo de garantizar el derecho a la salud mental de todas los niños/as y adolescentes en el ámbito de la Ciudad reconociendo según lo plantea la Ley de Salud N° 153, la singularidad de los asistidos por su malestar psíquico y su condición de sujetos de derecho, asegurando espacios adecuados que posibiliten la emergencia de la palabra en todas sus formas, garantizando su atención en los establecimientos estata-

les, no teniendo como fin el control social, evitando las modalidades terapéuticas segregacionistas o masificantes que impongan al sujeto ideales sociales y culturales que no le fueran propios.

Enmarcado en la Ley de Salud Mental 448 de Salud Mental y Ley 114 de Protección Integral de los Derechos del Niño, Niña y Adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires, el Programa se organiza y desarrolla conforme a la estrategia de atención primaria, el enfoque de redes, jerarquizando el primer nivel de atención y promoviendo la intersectorialidad y el abordaje interdisciplinario, a fin de multiplicar las acciones de salud y facilitar la resolución de los problemas en el ámbito comunitario.

Un dispositivo en construcción: el Programa de Atención Comunitaria a Niños/as y Adolescentes con Trastornos Mentales Severos

El Programa de Atención Comunitaria a Niños/as y Adolescentes con Trastornos Mentales Severos ha sido el resultado entonces, de la articulación entre la experiencia clínica, la investigación académica y su transferencia al sistema sanitario.

Las conclusiones de las investigaciones realizadas en el marco de la investigación en Sistemas y Servicios de Salud se convirtieron en insumos técnicos fundamentales que fueron elevados a las autoridades sanitarias, detallándose recomendaciones para la atención de niños/as que presentaban problemáticas de salud mental graves y/o complejas.

El problema formulado evidenciaba la necesidad de desarrollar prácticas de salud que dieran respuestas adecuadas frente a la complejidad que presentan estos los niños/as. La estrategia de intervención dio origen al diseño del Programa de Atención Comunitaria a Niños/as y Adolescentes con Trastornos Mentales Severos cuyo diseño y formulación tomó como referencia el Programa Comunitario de Atención a Personas con Trastornos Psicóticos (P.C.T.P.) de la OMS/OPS, el Programa Especial para la Atención Comunitaria del Trastorno Mental Severo (P.E.A.C.) en la Ciudad de Buenos Aires (16), el Proyecto Integración Social de Personas con padecimientos mentales: creando redes de integración infantil (1) y el Manual de Formulación, Evaluación y Monitoreo de Programas Sociales (12).

El Proyecto fue elevado a la Dirección de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires en abril del 2005. Su elaboración se enmarcó en un curso de formación organizado por la Dirección de capacitación del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA), en conjunto con la Maestría de Salud Pública de la UBA: “Gestión de Calidad en Salud Mental en el Primer Nivel de Atención”, y posteriormente fue consensuado en la Red de Infancia y Adolescencia de la Dirección de Salud Mental del GCBA.

En el año 2006 se implementa como prueba piloto y en el 2007 según la resolución del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad N° 1.175 se crea el Programa de Atención Comunitaria de Niños/as y Adolescentes de hasta Quince (15) años con Trastornos Mentales Seve-

ros con sede funcional en el Centro de Salud Mental y Acción Comunitaria N° 1. Forma parte de los Programas que integran el Plan de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires (2002-2006).

Su objetivo general consistió en crear un sistema de atención altamente especializado en la atención comunitaria del trastorno mental severo en la infancia, integrado a la Red de Servicios de Salud Mental de los Hospitales Generales y Pediátricos y los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CESAC).

Sus objetivos específicos son:

1. Ofrecer los cuidados integrales adecuados a niños/as con trastornos mentales severos.
2. Construir y organizar una red comunitaria para la atención e integración social de niños/as con trastornos mentales severos que favorezcan la integración, la autonomía y la calidad de vida de los niños/as y sus familias.
3. Promover el funcionamiento e integración intersectorial para el abordaje de estas problemáticas.
4. Detectar tempranamente los trastornos graves en la infancia e intervenir en forma precoz de manera tal de evitar mayores niveles de sufrimiento y la posterior internación de niños/as.
5. Realizar acciones de capacitación a los profesionales y sensibilización a familiares y a la comunidad para la aceptación y el respeto de las diferencias estimulando la creación de lazos solidarios.
6. Desarrollar acciones de apoyo tendientes a orientar la mejora de las condiciones de vida de las familias de niños/as con trastornos mentales severos.

El Cuadro 1 detalla las estrategias y objetivos operacionales.

Para lograr dichos objetivos, las acciones se articularon alrededor de tres ejes fundamentales: a) la atención interdisciplinaria, b) la conformación de redes y c) la capacitación de recursos humanos.

La complejidad del padecimiento subjetivo de los niños/as con trastornos mentales severos plantea la necesidad de diseñar dispositivos conformados por equipos interdisciplinarios. El *abordaje interdisciplinario* se basa en la complejidad que suponen los problemas de padecimiento subjetivo que no son abordables desde un campo disciplinario específico, dado que se presentan como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos (34, 36). Permite comprender mejor la complejidad de actuar en salud y su necesaria expresión multidisciplinaria, es decir la articulación de distintos saberes y prácticas en un conjunto de actos de cuidado, que incluye tanto acciones individuales y colectivas (25).

Poniendo a trabajar este marco conceptual, la prime-

ra acción del Programa consistió en formar un equipo de trabajo conformado por las siguientes disciplinas: psicología, psicopedagogía, psiquiatría, fonoaudiología y trabajo social. A partir de la demanda de los diferentes Servicios de Salud, este equipo desarrolla junto con los profesionales de cada institución, un diagnóstico inicial y el diseño e implementación de estrategias, con el objeto de dar respuesta a las necesidades de atención clínica, escolarización e integración social. Posteriormente se realizan supervisiones clínico-institucionales de las mismas y un seguimiento periódico.

En esta primera etapa, el equipo tiene sede en el Centro de Salud Mental N° 1, y está proyectado a futuro en el diseño del Programa la formación de cuatro equipos interdisciplinarios en cada una de las zonas sanitarias, para favorecer la organización de los dispositivos y abordajes de atención regionalizada, que faciliten la accesibilidad geográfica de las familias, evitando desigualdades sociales y zonales dentro de la Ciudad.

Desde su implementación, se encuentran bajo programa 77 niños/as, adolescentes y sus familias, respondiendo cada estrategia desarrollada a la singularidad y necesidades de cada niño/a.

Junto con el abordaje interdisciplinario el *abordaje en red* constituye una modalidad de intervención que permite dar mejor respuesta frente a la complejidad, ya que supone tomar en cuenta no solo toda la trama de relaciones que se han establecido en una situación, sino también la necesaria articulación entre los actores que intervienen. En tanto aborda al sujeto y su contexto, permite una respuesta más abarcativa e integral, evitando que los niños/as y las familias que consultan transiten por un "laberinto de servicios" (29) aumentando así su padecimiento subjetivo.

Con el propósito de articular acciones en un marco de cooperación, compartir las dificultades comunes y optimizar los recursos y esfuerzos, se organizó una red entre las instituciones sanitarias y educativas que trabajan con niños/as con trastornos mentales severos, favoreciendo la consolidación de nodos que, respetando las diferencias, compartieran paradigmas que estimularan prácticas subjetivantes, alternativas a la internación psiquiátrica⁵. Esta red está incluida también en un programa más amplio de redes de la Dirección de Salud Mental articulada a la Red de Infancia⁶.

En pleno proceso de construcción de vínculos entre los miembros a través de acciones y recursos compartidos, y a partir del reconocimiento, la identificación de los intereses, la colaboración, la co-problematización y la cooperación, se han profundizado los acuerdos que permiten proyectos comunes y respuestas a los niños/as y sus familias que ninguna de las instituciones podría encarar por sí sola. La organización en red por lo tanto encierra una enorme potencia para dar respuesta a problemas complejos,

⁵ Participan hasta la actualidad, profesionales de distintas disciplinas provenientes del Hospital Tobar García, los Hospitales pediátricos Elizalde y Gutiérrez, el Programa Cuidar Cuidando del Zoológico, el dispositivo de Rehabilitación Comunicacional y el Dispositivo de Empresas Sociales el Hospital Tobar García, el Programa de Atención Domiciliaria Infanto-Juvenil (ADOPI), los CENTES I y II (Centros de Educación Especial del GCBA). En el 2008 se incluyeron CESACS.

⁶ Otro eslabón más del trabajo en red ha sido la cooperación internacional a través de la participación en la Red de Intercambio de Buenas Prácticas en el Campo de los Servicios Sociales, de la salud de base y de la salud mental; iniciativa que cuenta con el apoyo de la Agencia de Salud de Trieste (AAS1) - Centro de colaboración de OPS para la Salud Mental y la región Friuli Venecia Giulia.

Cuadro I. Objetivos y estrategias del Programa de Atención Comunitaria de Niños/as y Adolescentes con Trastornos Mentales Severos.

Objetivos	Estrategias	Objetivos operacionales
1. Realizar intervenciones efectivas y ofrecer la atención y los cuidados integrales adecuados	Optimizar el funcionamiento de los servicios sanitarios mediante el desarrollo del Programa.	<ul style="list-style-type: none"> - Diseñar estrategias de intervención para la asistencia e integración social con cada servicio respetando la singularidad de cada niño y su familia. - Implementación conjunta de las estrategias de tratamiento e integración social. - Seguimiento de la estrategia con cada niño/a y su familia.
	Formación y capacitación de recursos humanos.	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitar recursos humanos del sistema sanitario en la atención comunitaria de niños/as con trastornos mentales severos. - Capacitar a estudiantes de universidades públicas y privadas a través de convenios institucionales. - Ofrecer soporte técnico a las escuelas a las que asistan los niños/as. - Capacitar a personal voluntario que opere como facilitador comunitario.
2. Construir y organizar una red para la atención e integración social de niños con trastornos mentales severos.	Optimizar la cooperación y coordinación intrasectorial.	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar la coordinación con todos los Hospitales y los Centros de Salud y Acción comunitaria y las redes existentes.
	Desarrollar y consolidar la red de servicios de salud mental para estos niños/as.	<ul style="list-style-type: none"> - Favorecer la formación y consolidar equipos interdisciplinarios para la atención de niños/as en los servicios de salud mental. - Completar las redes de salud mental de niños.
3. Promover el funcionamiento e integración intersectorial para el abordaje de estas problemáticas	Optimizar la cooperación y coordinación con los diversos sectores y la comunidad.	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinación con Salud el sector educativo: Salud Escolar y Gabinetes de Orientación Escolar. - Coordinación y acciones conjuntas con el Consejo de los Derechos del Niño: Defensorías Barriales, Línea telefónica 102. - Coordinación con ONGs que se ocupen de la infancia en cada CGP (Centro de Gestión y Participación).
4. Detectar precozmente los trastornos graves en la infancia e intervenir en forma temprana	Formación de recursos Humanos.	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitación a través de talleres a docentes de jardines de infantes y escolaridad inicial. - Construcción y adecuación de indicadores existentes de trastornos mentales severos en la primera infancia. - Capacitación a pediatras en la derivación oportuna. - Información acerca de los servicios de salud existentes para el abordaje de estos trastornos.
5. Sensibilizar a la comunidad	Desarrollar estrategias de vinculación con los medios	<ul style="list-style-type: none"> - Selección y contacto con medios de difusión. - Participación en programas radiales y medios periodísticos. - Difusión de actividades del Programa. - Impulsar formas de difusión acerca de derechos. - Actividades grupales comunitarias y talleres de sensibilización y difusión de las necesidades y derechos de los niños.
6. Desarrollar acciones de apoyo tendientes a orientar a la mejora de las condiciones de vida de las familias de niños/as	Fortalecimiento, potenciación, capacitación y empoderamiento de las familias.	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitar a los padres en temas específicos de la problemática del hijo(a) y sobre aspectos pertinentes a cada etapa del desarrollo que favorezca la proyección del individuo. - Favorecer las posibilidades de identificar, ubicar y generar su tejido social de red de apoyo con el que cuenta. - Desarrollar habilidades y competencias necesarias en la interacción con el hijo(a) y con los sistemas con los que va a tener relación. - Favorecer la habilitación y potenciación de cada familia como agentes activos en los procesos de integración. -Facilitar el conocimiento de sus derechos
7. Disponer de bases epidemiológicas en la Ciudad y en cada CGP.	Promover la sistematización de datos y la investigación en salud mental infantil.	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollar investigaciones epidemiológicas. - Conocer la tasa de prevalencia. - Conocer los modos de utilización de los Servicios. - Desarrollar instancias de evaluación.

favoreciendo los procesos de cuidados de los niños/as (33).

Para el desarrollo de prácticas sanitarias innovadoras resultaba imprescindible la *formación de recursos humanos* que, basándose en la educación permanente, estimulara la reflexión sobre las propias prácticas y se constituyera en una herramienta para la transformación de las mismas.

Las actividades de capacitación desarrolladas propiciaron un posicionamiento activo, acorde al contexto social e histórico y a la complejidad de las demandas, ampliando los niveles de cuestionamiento, flexibilidad y creatividad dentro de un equipo de trabajo. Los objetivos fueron los siguientes: a) favorecer la construcción de un marco referencial interdisciplinario para el abordaje clínico y comunitario de niños/as con trastornos mentales severos; b) profundizar el desarrollo conceptual acerca de los modos de abordar las problemáticas de los trastornos mentales severos en la infancia; c) contribuir a la adquisición de herramientas teóricas y prácticas para el abordaje de problemáticas complejas; d) brindar conocimientos acerca de nuevos abordajes terapéuticos e intervenciones comunitarias interdisciplinarias; e) fortalecer y consolidar el trabajo en red entre los diferentes servicios a través del trabajo en común.

Durante el año 2007 se realizó un curso de capacitación interdisciplinario -*“Concepciones e intervenciones en salud mental en la infancia ante problemáticas graves o complejas”*- dirigido a efectores del sector público que trabajaban o recibían consultas de niños/as y adolescentes con trastornos mentales severos. Intentando interesar y sensibilizar a los recursos humanos del Gobierno de la Ciudad se convocó a todos aquellos actores que estuvieran comprometidos con estas problemáticas para compartir el desafío de encontrar caminos para la resolución de situaciones complejas. En cada encuentro se presentaron experiencias y prácticas concretas desarrolladas por los diferentes servicios.

Otras actividades de capacitación realizadas fueron: el apoyo técnico profesional y la orientación a los distintos actores sociales e instituciones educativas y hogares; la capacitación a residentes de Salud Mental del G.C.B.A. y de la Provincia de Buenos Aires; a estudiantes de grado y postgrado de universidades públicas y privadas; capacitación de recursos humanos en el interior del país (Santa Cruz y La Rioja).

Conclusiones

“Todo trabajo intelectual debería proponerse interrogar las evidencias y los postulados, cuestionar los hábitos, las maneras de hacer y de pensar, disipar familiaridades admitidas, retomar la medida de las reglas y las instituciones. A partir de esta re-problematización en la que juega un papel específico el intelectual a través de los análisis que lleva a cabo en los terrenos que le son propios, participar en la formación de la voluntad política (desempeñando su papel de ciudadano)”

Foucault, 1985

Pensar un dispositivo en salud mental que permita devolverle la palabra al niño y dé lugar a una pluralización de encuentros donde se los escuche y acompa-

ñe en su singular modo de lógica subjetiva. Este fue el desafío de la implementación del Programa de Atención Comunitaria a Niños/as y Adolescentes con Trastornos Mentales Severos.

Resultante de una construcción que articula la experiencia clínica, la investigación académica y su transferencia al sistema sanitario, se trata entonces, de buscar una consistencia que sea producto de la dialéctica de la verdad y el error, en los campos definidos de la práctica social y sanitaria, específicamente en la reconstrucción del rol del intelectual dentro de un programa de subjetivación política (30).

Partiendo de una hipótesis teórico-clínica que dio origen a un dispositivo clínico institucional de asistencia a niños/as con severo sufrimiento psíquico, se desarrollaron líneas de investigación que concluyeron en aportes a las políticas sanitarias de la Ciudad de Buenos Aires que estaban vigentes.

Estos aportes basados en una praxis que integraba junto con la investigación académica y lo clínico, la dimensión político-social, aspiraba a favorecer la transferencia de tecnología de nuevos conocimientos y avances terapéuticos, produciendo un proceso dinámico de construcción social que modificara representaciones y prácticas en el mismo proceso de su desarrollo e implementación.

El abordaje de situaciones complejas confronta a los profesionales a profundas contradicciones cuyo análisis y reflexión deben guiar sus prácticas. En los diferentes momentos históricos, el modo de reflexionar, de escribir, juzgar, hablar y hasta la forma en que se experimentan las cosas, las reacciones de sensibilidad y la conducta están regidas por una estructura teórica. Dicha estructura -pensada en el interior de un pensamiento anónimo y constrictor- obedece a una época, a un lenguaje y a un sistema que cambia con los tiempos y en cada sociedad (15). Sin embargo, reconociendo esa sujeción, resulta un desafío repensar y problematizar las prácticas que en ella se llevan a cabo, a partir de la comprensión del modo en que se desarrollan y operan los dispositivos tecnológicos de saber/poder, para evitar caer en el riesgo de reproducir procesos de disciplinamiento-normalización que también desde las organizaciones hospitalarias controlan la existencia de los niños/as.

El Programa de Atención Comunitaria constituye un esfuerzo en situar a un niño en las mejores condiciones de subjetivación posibles, donde prácticas específicas o puntuales tiendan a actuar potenciando las capacidades de los niños/as, sin reducirlos a un objeto de un saber de la medicina y la psicología. Sólo en condiciones sociales de inclusión se producen tratamientos singulares beneficiosos. Sin esta condición los mismos pueden convertirse inadvertidamente en “manicomializantes” y cualquier práctica puede serlo cuando despoja al sujeto de sus lazos sociales.

Intentando constituir un dispositivo maleable que se adecue a las circunstancias singulares de cada sujeto y no a una articulación teórico-técnica predeterminada que designa lugares fijos para los sujetos, y consecuentemen-

te prácticas definidas que operan segregatoriamente, el Programa reclama en el seno de operaciones colectivas de salud mental, el derecho a la singularidad de los espacios personales. A partir del abordaje en red y la concepción interdisciplinaria pretende articular, mediante el trabajo en conjunto, las múltiples miradas sin producir una fragmentación de la respuesta lo que implica, sin anular la singularidad de cada integrante del equipo, la confluencia en un nuevo "evento de experiencia" (31).

Este dispositivo parte de una concepción que tiene como principio fundamental la Convención de los Derechos del Niño. En el marco de las transformaciones socioeconómicas que han venido evidenciándose desde la década del 90, cada vez más niños/as han sido privados de sus derechos fundamentales, exigiendo a quienes trabajan en sectores sociales empobrecidos operar sobre el tríptico salud mental/ética/derechos humanos, como ruedas-engranajes del abordaje clínico. El atascamiento de uno de estos engranajes altera los otros y la dinamización de uno cualquiera de ellos dinamiza a los demás (38). Si alguno no se cumple el daño afecta tanto a los niños/as como a quienes trabajan con ellos, precarizándose de este modo el pensamiento y las prácticas.

Trabajar y reflexionar acerca de la complejidad de las problemáticas entraña de este modo, un posicionamiento ético, entendido en el marco de las obligaciones con el otro humano y el reconocimiento de la alteridad. Este compromiso implicó la profundización de dos ejes fundamentales: por un lado pensar las prácticas en el ámbi-

to sanitario rescatando una perspectiva psicoanalítica; y por el otro plantear una articulación posible entre la dimensión subjetiva, las prácticas institucionales y los niveles macro-conceptuales y sociopolíticos en los que aquellas se hallaban insertas.

El sufrimiento psíquico de los niños/as y sus familias exige del sector salud respuestas adecuadas que garanticen la equidad y mejoren la calidad, teniendo en cuenta el momento de vulnerabilidad que supone la infancia en general y en particular de los niños con fallas en su constitución subjetiva.

Consideradas doblemente prioritarias las políticas de salud para la infancia y la adolescencia no sólo promueven el desarrollo del niño favoreciendo los procesos de subjetivación social e individual, sino que contribuyen a preservar la salud en etapas futuras de la vida (3).

La implementación de las acciones del Programa que articulan un abordaje clínico, una estrategia comunitaria tendiente a favorecer el lazo social de los niños/as y sus familias y un permanente dispositivo de investigación en sistemas y servicios de salud pretende la construcción de una praxis que apueste a la subjetividad en un horizonte de potencialidad y neogénesis. Además, contribuye desde el campo de la salud mental comunitaria al acceso y utilización equitativa de los servicios, adecuando la respuesta sanitaria a las diversas necesidades, que garantice el derecho a la protección integral de la salud de niños/as y adolescentes con sufrimiento psíquico ■

Referencias bibliográficas

1. Álvarez Zunino P, Barcala A, Marotta J. Proyecto Integración social de personas con padecimientos mentales: creando redes para la integración infantil. Buenos Aires, Centro de Salud Mental y Acción Comunitaria N°1, Dirección Adjunta de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2002.
2. Aries P, Duby G. Historia de la Vida Privada. Madrid, Ed. Taurus, 1984.
3. Arroyo Sucre J. Programas de Salud Mental del niño en el nivel comunitario. En: *Temas de Salud Mental en la Comunidad*. Ed. I. Levav, Organización Panamericana de la Salud, 1992.
4. Barcala A, Torricelli F, Vila N, Antonioli C, Czernieki S, Ciolfi L, et al. Servicios de Psicopatología y Salud Mental del sector público de la Ciudad de Buenos Aires: Prevalencia Institucional y respuesta asistencial a niños con trastornos psicopatológicos graves. En: *Memorias de las X Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires*, 2003. Tomo II, p. 21 a 23.
5. Barcala A, Álvarez Zunino P, Bianchi V, Ynoub R. Representaciones sociales acerca de niños con psicopatología grave en la infancia. En: *Memorias de las XI Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires*, 2004. Tomo II. p. 175-178.

6. Barcala A, Brio M, Vila N, Gotlieb M, Oliva M, Baumann N, et al. Caracterización de la consulta institucional en psicosis y autismo infantil en la ciudad de Buenos Aires. Estudio de caso. *Revista Investigaciones en Psicología* 2004; Año 9, N° 2: 7-25.
7. Barcala A, Torricelli F, Brio C, Vila N, Marotta J. Características de los Servicios asistenciales para niños/as con trastornos mentales graves en la Ciudad de Buenos Aires- Argentina. *Revista de Investigaciones en Psicología* 2007; Año 12 (3): 7-24.
8. Bleichmar S. En los orígenes del sujeto psíquico. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1986.
9. Bleichmar S. La fundación del inconciente. Destinos de pulsión, destinos del sujeto. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1993.
10. Bleichmar S. Clínica psicoanalítica y neogénesis. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1999.
11. Bleichmar S. La subjetividad en riesgo. Buenos Aires, Topía Editorial, 2005.
12. Cohen V. Manual de Formulación, Evaluación y Monitoreo de Programas Sociales. Santiago de Chile, CEPAL, 2004.
13. Foucault M. Saber y Verdad. Madrid, Editorial La Piqueta, 1985.
14. Foucault M. Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión. México, Siglo XXI Editores, 1998.
15. Foucault, M. Los anormales. Curso en el college de France 1974-1975. Buenos Aires, Fondo de cultura económica, 1999.
16. Galende E. Programa Especial para a Atención Comunitaria del trastorno mental Severo (PEAC) en la Ciudad de Buenos Aires, 2002.
17. IDRC. Programa de apoyo a la investigación sobre Sistemas y Servicios de salud en el cono sur. Iniciativa conjunta de la Escuela Nacional de Saúde Pública de la Fundação Osvaldo Cruz y el Instituto de Saúde de la Secretaría de Saúde de Sao Paulo, con el apoyo del International Research Center, 1998.
18. Jodelet D. Fou et Folie dans au milieu rural francaise. Une approche monographiques. En: Doise W, et al. Palmonari (eds). *L' étude des représentations sociales*. Paris: Neuchatel: Delachaux et Nielstlé ; 1986. p. 171-192.
19. Jodelet D. Représentations Sociales: un domaine en expansion. En : Jodelet D (ed). *Les représentations sociales*. Paris : PUF ; 1989.
20. Ley 114. Protección integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires. Publicación: Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires N° 624 del 03-02-1999.
21. Ley 24.901. Sistema de prestaciones básicas de atención integral a favor de las personas con discapacidad. Boletín Oficial 05/12/1997. Poder Legislativo Nacional.
22. Ley 448 de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires. Boletín Oficial 26/04/2004. Poder Ejecutivo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
23. Marotta J. Comunicación oral. Clase de la Materia Infancia y Adolescencia. Maestría de Salud Mental Comunitaria. Universidad de Lanús, 2002.
24. Marotta J. Comunicación oral. Clase del Curso: Concepciones e Intervenciones en salud mental en la infancia ante problemáticas graves o complejas. Buenos Aires. 9/9/07.
25. Merhy E. Actos de cuidar: alma de los servicios de salud. En: *Salud: Cartografía del trabajo Vivo*. Buenos Aires, Editorial Lugar. Apéndice 1, 2006.
26. OPS/OMS. Investigaciones sobre Servicios de Salud: una antología, Publicación Científica, Washington. No 554, 1993.
27. Organización Panamericana de la Salud. Atención Comunitaria a personas con trastornos psicóticos, 2005.
28. Paim J. Redefiniciones posibles en la investigación en sistemas y servicios de salud. En: Investigación en Sistemas y Servicios de Salud. Cuadernos para discusión No 1. Celia Almeida (Editora); 2000.
29. Pasos Noguera R. Perspectivas de la gestión de calidad total en los servicios de salud. OPS, Serie Paltex, 1996.
30. Paz R. Subjetividad: Dialécticas e Inercias. *Revista comunista para el debate cultural. Cuadernos de Cultura* 2. Buenos Aires, 2006. p. 97-108.
31. Paz R. Comunicación oral. Clase del Curso: Concepciones e Intervenciones en salud mental en la infancia ante problemáticas graves o complejas. Buenos Aires, 9/9/07.
32. Plan Nacional de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires. Años 2002-2006. Dirección de salud Mental del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2002.
33. Rovere M. Algunas sugerencias para el desarrollo futuro de la Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud en el Cono Sur de América Latina. Red de Investigación en Sistemas y Sistemas de Salud del Cono Sur, 2004.
34. Stolkiner A. De interdisciplinas e indisciplina. En: Elichiry (comp.). *El Niño y la Escuela- Reflexiones sobre lo obvio*. Buenos Aires: Nueva Visión; 1987.
35. Stolkiner A. Asesoría en Servicios de Salud Mental. Material de la Cátedra de Salud Pública y Salud Mental II. Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 1995.
36. Stolkiner A. Salud Mental y Globalización: estrategias posibles en la Argentina hoy. En: IX Jornadas Nacionales de Salud Mental. I Jornadas Provinciales de Psicología. Posadas. Misiones, Argentina, 2005.
37. Torricelli F, Barcala A. Epidemiología y Salud Mental: una tarea imposible en la Ciudad de Buenos Aires. *Rev Arg de Psiquiat* 2004; 15 (55): 10-19.
38. Ulloa F. Novela Clínica Psicoanalítica. Buenos Aires, Paidós, 1995.
39. UNICEF. Convención Internacional de los Derechos del Niño.
40. World Health Organization. The tenth revision of the International Classification of Diseases and related Health Problems (ICD 10), 1992.

Explotación sexual comercial infantil. Algunas notas para el acompañamiento a niñas, niños y adolescentes afectados

María Fernanda Cabello

*Licenciada en Trabajo Social (UBA). Especialista en problemáticas infanto-juveniles
Miembro de la Unidad Coordinadora de Prevención y Atención a Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Explotación Sexual Comercial,
Dirección General de Niñez y Adolescencia, Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Integrante del Equipo Técnico del "Hogar Descanso Miquelina"*

Paula D. Castaldi

*Licenciada en Psicología (UBA)
Miembro del "Programa Contra toda Forma de Explotación", Consejo de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, Ciudad Aut. de Bs. As.
Integrante del Equipo Técnico del "Hogar Descanso Miquelina"*

Andrea M. Cataldo

*Licenciada en Ciencias Políticas (UBA). Especialista en Educación Popular en contextos desfavorables
Miembro del Programa "Reconstruyendo Lazos",
Dirección General de Niñez y Adolescencia, Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Integrante del Equipo Técnico del "Hogar Descanso Miquelina"*

Introducción

Los/as niños, niñas y adolescentes están hoy, usando las palabras que alguna vez usara Galeano (4), en el centro de la tormenta.

Finalizando ya casi el primer decenio del nuevo siglo, Latinoamérica sufre todavía las consecuencias de nefastos periodos de aplicación de políticas neoliberales. Aún con vientos de cambio en lo político, y con diferencias entre países, podemos afirmar que los reiterados procesos de ajuste económico dejaron huella profunda en los sectores medios y populares de nuestro continente. A grandes rasgos -ya que las ciencias sociales han escrito abundantemente al respecto- quedan los rastros de una pauperización creciente, con familias dejadas a su suerte

frente a un mercado de empleo flexibilizado y expulsivo. Deuda externa, déficit fiscal, alta dependencia de los organismos financieros internacionales, recesión, evasión fiscal, inequitativa distribución de la riqueza, grandes brechas sociales, altos índices de pobreza, altísimos niveles de desempleo, crisis de representatividad y gobernabilidad, crisis social... son sólo algunas características que se van encadenando como causa y consecuencia de los sucesivos procesos de reforma.

Ante esto, hoy el Estado recupera centralidad, aunque debiendo remontar décadas de retracción y desmantelamiento feroz. Siempre con matices regionales, podemos afirmar que están en reconstrucción las redes de protec-

Resumen

La Explotación Sexual Comercial Infantil es un fenómeno complejo de antigua data en nuestro país y en el mundo pero de relativamente reciente conceptualización y abordaje específico. En este artículo se propone un recorrido a través de este proceso, así como también algunos aportes para su caracterización, la atención de las personas afectadas por el mismo y el diseño de políticas públicas, desde una experiencia institucional concreta.

Palabras clave: Explotación sexual comercial infantil - Trabajo en red - Violencia y niñez.

CHILD SEXUAL EXPLOITATION

Summary

Child Sexual Exploitation is a complex phenomenon in our country and the world; it dates back to an ancient past but it has a very recent conceptualization and specific approach. This article proposes a tour through this process as well as some inputs for its categorization, the attention to the affected subjects by the very design of public policies taken from a concrete institutional experience.

Key words: Child Sexual Exploitation - Networking - Violence and childhood.

ción social, y tratando de recuperarse de los embates los sistemas de salud y de educación pública.

Sin embargo, la tormenta continúa y si algo trajo con el agua, es hambre. Aunque hoy en baja, los índices de pobreza llegaron a superar en la Argentina el 50%, y los números entre los chicos alcanzaron cifras aún más alarmantes, con millones de familias viviendo en la más terrible exclusión. Los/as chicos/as, los/as más afectados por la violencia de la pobreza y que obstinadamente se resisten y, pese a todo, continúan naciendo, se vuelven en este marco chivo expiatorio y son mostrados/as como los principales causantes de olas de inseguridad cuyo dique no pareciera encontrarse en bajar los niveles de miseria y desigualdad, sino en aumentar los espacios de encierro y la penalización.

Lo que hasta aquí parece ser un largo rodeo, no es más que un intento de enmarcar la violencia sexual contra los/as chicos/as dentro de una larga cadena de violencias, de una sociedad que se caracteriza por la predominancia de relaciones asimétricas y agresivas: en el ámbito doméstico, el mundo de la producción, y en el espacio público.

Jorge Garaventa explica con mucha claridad cómo la naturalización de la hegemonía masculina en una cultura marcadamente patriarcal presupone algunos roles como primarios y activos, y otros -el de la mujer, y por extensión los niños y las niñas- como secundarios y sumisos (5). Así, los cuerpos de las mujeres y de los/as chicos/as puestos a disposición de la satisfacción masculina, junto a los procesos de empobrecimiento, marginalidad y exclusión, son factores que juntos contribuyen a aumentar la vulnerabilidad de los/as chicos/as ante las redes de explotación sexual y trata de personas.

Una experiencia concreta de abordaje

Con las niñas y jóvenes afectadas por esta realidad tan extendida en nuestro país y el mundo, es que trabajamos, como equipo interdisciplinario en un Hogar de la Congregación de Hermanas Adoradoras Esclavas del Santísimo Sacramento y de la Caridad. Fundada por Santa María Micaela en el año 1856, la Congregación tiene su origen en España, más exactamente Madrid, y su presencia en la Argentina data del año 1910.

Específicamente, desde el Hogar acompañamos a niñas y adolescentes en situación de vulneración de derechos: en situación de calle y/o víctimas de abuso y explotación sexual comercial y trata de personas. Con una capacidad para doce chicas, el Hogar es un "centro de acogida", de puertas abiertas, en donde se brinda atención y acompañamiento integral, abarcando las áreas psico-física y social, elaborando estrategias de revinculación familiar -siempre y cuando ésta sea posible y conveniente-, egresos, formación y capacitación laboral. Durante el tiempo de permanencia de las niñas y adolescentes en la institución se trabaja en la problematización, a fin de que logren desnaturalizar tanto las situaciones como los vínculos abusivos (2).

Las niñas y jóvenes llegan a la institución en su gran mayoría derivadas desde distintos organismos gubernamentales

(en este caso, la Dirección General de Niñez y Adolescencia del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y el Consejo de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (CDNNYA) de la Ciudad de Buenos Aires) o instituciones de la sociedad civil (otras congregaciones religiosas, fundaciones comprometidas en la lucha contra la trata de personas y la explotación sexual de niños, niñas y adolescentes -ESCNNA-, parroquias), aunque también existen casos en los que las jóvenes se acercan de forma espontánea, ya sea por haber tenido alguna vez vínculo con la obra de la Congregación o bien con otras jóvenes que pasaron por la institución.

En la Ciudad de Buenos Aires, desde la entrada en vigencia de la Ley 114 de la CABA (de protección integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes), pero más particularmente a partir de la sanción de la Ley Nacional 26.061 (de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes), se articula fundamentalmente con el Consejo de Derechos, organismo especializado que tiene a su cargo las funciones que le incumben a la Ciudad en materia de promoción y protección integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes. No obstante, todavía se trabaja con algunos Juzgados Nacionales en lo Civil y de Juzgados de Menores de la Provincia de Buenos Aires, cuya intervención responde al marco legal vigente en años anteriores a las leyes mencionadas (como la Ley de Patronato, 10.903).

En relación a la intervención del Consejo de los Derechos, cabe destacar que es el organismo local encargado de realizar tanto las medidas especiales (cuando existe acuerdo de ambas partes, es decir del niño o niña y sus familias) como las excepcionales (cuando no existe el acuerdo del niño o niña, o de sus familiares, o de ambos, pero se solicita una intervención judicial que legalice la medida tomada por la defensoría por evaluársela necesaria en pos del interés superior del niño o niña), medidas ambas que disponen la separación de un niño o niña de su núcleo familiar y su ingreso a una institución determinada.

Es también el mismo CDNNYA quien se ocupa de monitorear que la permanencia de las jóvenes en las instituciones sea lo más acotada posible, siendo responsabilidad de éste así como también de la institución trabajar en función de que estén dadas las condiciones necesarias para que esto se cumpla.

Definición y caracterización de la Explotación Sexual de Niños, Niñas y Adolescentes (ESCNNA)

Consideramos de suma importancia poder definir a qué nos referimos cuando hablamos de explotación sexual comercial de niñas, niños y adolescentes, para luego poder adentrarnos en el análisis sobre las distintas posibilidades de abordaje y trabajo con las/os mismos/as.

Lourdes Molina (8) define a la explotación sexual como la victimización de una persona ligada a una remuneración económica o de otro tipo de beneficio y regalías entre la víctima, el explotador y los intermediarios. El cuerpo de la persona explotada se utiliza como

mercancía para provecho económico del explotador y placer del usuario.

Como destaca el informe mexicano "Infancias Robadas", siguiendo a Ireland, la ESCNNA es una problemática antigua con rostro moderno, cuyos rasgos actuales van de la mano de los cambios impuestos por el fenómeno de la globalización (6).

Específicamente, existe un acuerdo mayoritario de entender por explotación sexual comercial "infantil" -comprendiendo el adjetivo, infantil, como equivalente a menor de 18 años de edad- a la utilización de niños, niñas y adolescentes en actividades sexuales a cambio de remuneración o de cualquier otra retribución. De este modo entendemos que constituye una forma de violencia extrema donde un adulto hace uso de niños/as o adolescentes, para su satisfacción sexual y/o para obtener un rédito económico, apoyándose en relaciones asimétricas de poder.

Por otro lado, siguiendo una conceptualización más integral -en el sentido de que refiere no sólo a cuando los afectados son niños/as- planteada por las integrantes del Movimiento de Mujeres Creando y AMMAR Capital¹, consideramos que no existe una prostitución "elegida libremente" sino una práctica impuesta por métodos más abiertamente coercitivos, o de manera más encubierta, apoyadas sobre las marcas que dejaron abiertos episodios tempranos de abuso sexual, y emocional, carencias de todo tipo que se inscriben como fenómenos traumáticos, ataques narcisísticos responsables de una identidad devaluada y vulnerable. En esto coincidimos entonces con muchas de las críticas realizadas a la recientemente sancionada "Ley de anti-trata" (Ley Nacional 26.364, Sancionada en abril 9 de 2008), en tanto ésta establece a las personas mayores de 18 años el requisito de demostrar que no existió un consentimiento para la explotación (10).

Es desde este lugar desde nos paramos en nuestra práctica cotidiana, siendo el mismo fundamental a la hora de pensar las intervenciones.

En otras palabras, y al decir de Sonia Sánchez: "*Entonces, no hay consentimiento cuando el "contrato" se firma en condiciones de extrema asimetría de poder*" (9).

O como bien se plantea en la descripción programática del área de específica atención a esta realidad en la ciudad de Buenos Aires: "*Al aducir que hay consentimiento para la "libre" elección de la prostitución se imponen categorías sin contexto y distinciones, sin significado. Se impone una ilusión del individualismo, de la libertad individual de una mujer que elige al margen de la industria del sexo, al margen de una red mundial que empuja, por las buenas o por las malas, a multitudes de mujeres, niñas/os a situaciones de prostitución. Así quedan ocultos los hombres "que los compran", la industria que los recluta y los explota y la sociedad que lo tolera...*".

En relación con las respuestas institucionales a este fenómeno, podemos decir que a pesar de que ésta no es una realidad nueva entre nosotros, en el país existen

pocos dispositivos específicos de atención integral a la problemática. Y la gran mayoría de los mismos son de creación reciente.

Pero entonces: ¿qué se hacía con esta realidad? No es que la misma no se abordara, sino que simplemente en la mayoría de los casos lo que se perdía de vista era su especificidad.

Lo que hoy entendemos como el fenómeno complejo de la ESCNNA quedaba velado -y aún algunas veces sigue sucediendo- detrás de una situación de abuso sexual simple.

Sin embargo, debemos destacar que existen en nuestro país experiencias precursoras al respecto, entre ellas el trabajo de Silvia Chejter (3) -en el campo de la investigación- y el de las Religiosas Adoratrices y Oblatas -entre otras organizaciones de la sociedad civil- en el campo del abordaje directo. La creciente sistematización de información y de experiencias de abordaje y el desarrollo normativo sobre todo en el campo internacional, fue poco a poco instalando la temática también en la agenda política argentina, tanto nacional como local y generando respuestas institucionales desde el poder público. Así, se fueron creando equipos especializados destinados a la "erradicación" de esta forma extrema de violencia contra los niños y niñas en diversos organismos a lo largo del país, contemplando ya la complejidad que comporta esta problemática.

Algunos ejes a considerar en las intervenciones

Como bien detalla el informe sobre la situación en México previamente mencionado, la problemática es de gran complejidad y existe una importante diversidad de realidades entre los niños y niñas afectados. Así, son diversos los tipos de explotación sexual que pueden sufrir, como a su vez son diversos los lugares donde ésta sucede, las formas de reclutamiento y los procedimientos de retención.

En este artículo analizaremos aquellas situaciones en las que los niños/as y adolescentes ya han sido contactados y existe la posibilidad de realizar un acompañamiento en forma directa con los/as mismos/as. No trabajaremos sobre aquellas situaciones en las que los niñas y niños se encuentran en lugares cerrados, ni en redes de trata (entendiendo por trata de menores el ofrecimiento, la captación, el transporte y/o traslado -ya sea dentro del país, desde o hacia el exterior- la acogida o la recepción de personas menores de dieciocho años de edad, con fines de explotación, según el Art. 3 de la Ley Nacional antes mencionada) con los/as cuales no se ha logrado tener acceso.

Para trabajar con esta temática no existen recetas armadas de intervención concretas o protocolos fijos de acción. Las distintas estrategias de abordaje deben ser pensadas de forma particular y personalizadas para cada una/uno de los/as niños, niñas y adolescentes, incorporando como eje ineludible de la problemática la perspec-

¹ Movimiento de Mujeres Argentinas por los Derechos Humanos. Este es un grupo de mujeres que se encuentran o se han encontrado en Situación de Prostitución que se unieron en la lucha por reivindicar sus derechos.

tiva de género y derechos humanos. Y, como mencionábamos, dada la complejidad de la problemática y los diversos factores que atraviesan la misma, el trabajo con los niños, niñas y adolescentes en situación de ESCNNA requiere de un abordaje desde una perspectiva integral e interdisciplinaria que incluya distintas miradas e intervenciones articuladas entre diversos actores e instituciones.

Este abordaje integral suele requerir de un acompañamiento a mediano o largo plazo. No alcanza con garantizar que la situación de explotación sexual deje de producirse sino que requiere un trabajo con los/as niños, niñas y adolescentes durante y después de las mismas. En este sentido, y a pesar de no existir modalidades prefijadas, existen distintos aspectos comunes a considerar en estas estrategias de intervención:

- En primer lugar, ante una situación de ESCNNA es imprescindible la realización de una evaluación en profundidad por equipos de trabajo especializados en la temática. En esta evaluación se debe analizar el nivel de exposición y de riesgo en el que se encuentran los/as niños, niñas y adolescentes, para así brindarles protección y resguardo, particularmente en aquellos casos en que la explotación se da dentro de pequeñas o grandes redes con presencia de proxenetas. En aquellas situaciones en que exista un alto nivel de exposición y vulneración del niño, niña o adolescente se debe posibilitar el ingreso de ellos/as a hogares o refugios que trabajen específicamente con esta problemática.

- Paralelamente, en cuanto al trabajo directo, se trabaja en la generación de un vínculo de confianza con el niño, niña o adolescente, siendo que este es un eje fundamental en el proceso de acompañamiento de los/as mismos/as. En el trabajo directo se deben evitar estigmatizaciones y culpabilizaciones.

- Una vez garantizada la seguridad y protección del niño, niña o adolescente, se deben buscar recursos que permitan asegurar el cumplimiento de sus necesidades básicas (vivienda, alimentación, vestimenta, entre otras). Este aspecto es de suma importancia dado que en algunas situaciones la ESCNNA se da asociada a mecanismos de subsistencia de los niños y niñas como de sus grupos familiares.

- También durante los primeros momentos de la intervención como a lo largo de ella se debe priorizar el acompañamiento de salud del niño, niña o adolescente, articulando con las distintas instituciones del sistema de salud que se consideren pertinentes. Debe garantizarse la realización del análisis de enfermedades de transmisión sexual y en caso de que los mismos resulten positivos, el acceso al tratamiento adecuado.

- Por otro lado, en relación al área de salud, creemos fundamental la inclusión de los/as mismos/as en espacios de atención psicológica especializada.

Algunos aspectos psicológicos

En lo referente al abordaje más estrictamente psicológico de las jóvenes afectadas/os por situaciones de

explotación sexual nuestro trabajo consiste en el acompañamiento diario, la contención y la asistencia en situaciones de crisis, así como la evaluación, diagnóstico, derivación y seguimiento de cada tratamiento individual (comunicación con terapeutas, comodidad de las niñas/os, etc).

Adicionalmente, se agrega muchas veces la construcción conjunta con las/os niñas/os de un espacio previo de confianza a través del cual se habilite la posibilidad de al menos comenzar a pensar en un posible espacio terapéutico, algo así como la construcción de un mínimo orden de demanda del mismo como medio de acceso al tratamiento individual, ya que muchas veces a las resistencias al análisis se suman historias de abandono y complicidad siniestras que destruyen las posibilidades de confiar en un otro.

La selección del terapeuta más apropiado se verá marcada por la singularidad de cada joven. En función de esto se articula con profesionales de distintas escuelas, técnicas, etc. (cognitivas, EMDR, psicoanálisis, entre otras).

Ante la variedad de estructuras y sintomatologías que estas jóvenes suelen presentar aparecen como las más frecuentes aquellas asociadas a la impulsividad, trastornos disociativos (1), síndrome por estrés post-traumático (1), consumo de sustancias, bulimia, anorexia, depresiones, pasajes al acto y acting out.

Es de destacar que si bien la explotación sexual presenta características asociadas a otros tipos de violencia contra los niños, niñas y adolescentes, como podría ser abuso sexual infantil, violencia física, psicológica, etc., la misma porta sus características propias.

Aunque, como mencionáramos, utilizamos herramientas provenientes de diversas teorías, nuestras intervenciones se apoyan en una perspectiva fuertemente psicoanalítica. Desde la misma entendemos que, si bien se aborda el caso por caso, la gran mayoría de las/os jóvenes que se han visto afectadas/os por esta modalidad de violencia se presentan ubicadas/os en lugar de objeto, identificadas/os con el *objeto a* no en cuanto *objeto de deseo* sino mas bien en tanto *objeto resto, deshecho*, sometido al *goce del Otro*, un goce que se presenta sin límite.

Recordemos que esta escena se configura sobre un encuentro real con sujetos que se presentan como dueños de una autoridad, ya sea por la fuerza física o por el uso del dinero, quienes gozan de consumir cuerpos infantiles a cambio de dinero, configurando así niños sometidos y reducidos a la pasividad que los convierte en meros objetos de consumo.

Es en este marco donde la escena se configura, jóvenes ubicadas/os en esta posición pasiva, donde no pareciera haber otro lugar posible, merced de ese goce infinito: allí aparecen los distintos modos de hacer cesar la escena, formas de cortar ese goce, los pasajes al acto, que en estas/os jóvenes se encuentran a la orden del día. Los mismos suelen presentarse principalmente como cortes en el cuerpo, fugas, etc.

Al decir de Victor Iunger, *“el Otro se totaliza en una dimensión de goce y el sujeto, en tanto objeto resto, es objeto*

de ese goce. Este es esquemáticamente la configuración de la escena del pasaje al acto" (7).

Es también muy importante trabajar con las/los afectados/as por esta problemática terapéuticamente en modo tal de evitar que estas modalidades vinculares aparezcan merced de la *repetición*, invadiendo otros espacios de la vida de las/los jóvenes, laborales, pareja, etc.

Otros aspectos a tener en cuenta

Garaventa afirma, en relación más específicamente al abuso sexual infantil, y lo consideramos igualmente aplicable a estas situaciones, que las/los jóvenes afectados sufren una suerte de "arrasamiento psíquico" en el que los mecanismos de defensa básicos son aniquilados dejándolos propensos a sufrir distintas formas de abuso en cada uno de los diferentes escenarios de su vida (5). Los señalábamos más arriba: el afectivo, el laboral... el ciudadano...

Por este motivo, consideramos fundamental ofrecer a las/los jóvenes un espacio de expresión y formación que favorezca sus procesos -tanto individuales como colectivos- de elaboración de su historia personal y comunitaria, que propicie la apropiación del lenguaje y otras formas de comunicación y expresión, favorezca el conocimiento y la reflexión en torno al conjunto de derechos de niños, niñas y adolescentes y de la mujer que consagra la legislación internacional, nacional y local, así como las obligaciones que éstos generan para el estado, el mundo adulto y para ellas mismas, y promueva la realización de acciones en y con la comunidad de concientización y de denuncia frente a situaciones manifiestas de violación de derechos. Es fundamental que este espacio se torne propicio para el diálogo, para el intercambio de ideas, saberes y preguntas, que promueva el crecimiento personal y colectivo desde el reconocimiento y respeto de las experiencias y conocimientos de cada una/o, desmantelando así el manto de temor y silencio que caracterizó a la situación de explotación.

Paralelamente, es muy importante tener en cuenta que, para quienes se encuentran afectados/as por esta forma de violencia, el dinero juega un rol fundamental. No sólo en tanto medio de sometimiento sino también en tanto que el mismo restituye en algún punto el lugar de sujeto: es allí donde puede hacer uso de éste que el/la joven puede tomar un rol activo en una sociedad que define a sus "actores" en función de su capacidad de consumir.

Es por esto que, entre otras cuestiones, una de las áreas a abordar es la laboral: recibir un ingreso mínimo se torna trascendente en la posibilidad de que estas jóvenes sostengan su procesos al menos en los primeros tiempos, al tiempo que el acceso a un empleo puede volverse una herramienta privilegiada para favorecer el proceso de una efectiva inclusión, brindando medios (económicos

y simbólicos) para la autonomía y el autovalimiento. Es importante considerar este aspecto dado que en algunas oportunidades la repentina falta de acceso al dinero por parte de los/as mismos puede funcionar como obstáculo para el proceso de restitución de sus derechos. El acompañamiento debe cuidar que no se repitan situaciones de abuso y maltrato, cuidando que en ningún caso los/as jóvenes se encuentren expuestos a la realización de tareas peligrosas, penosas o insalubres o a cualquier trato que pudiera afectar su integridad psico-física.

Sumado a estos espacios se recomienda la incorporación del niño, niña y adolescentes en actividades artísticas que les permitan trabajar sobre las situaciones vivenciadas a través de modalidades de expresión alternativas, privilegiándose las estrategias lúdicas y de expresión a través del arte (música, pintura, modelado en distintos materiales, literatura, cine, etc.).

Conjuntamente con lo antes planteado es importante promover la incorporación de los niños, niñas y adolescentes al sistema formal de educación, así como la evaluación y el acompañamiento del grupo familiar del niño, niña o adolescente, en aquellos casos en que el mismo no esté implicado en la situación de explotación sexual.

Consideraciones finales

Hacer algunas reflexiones sobre nuestra experiencia de acompañamiento de niñas, niños y adolescentes afectados por la explotación sexual comercial no es sólo el intento por sacar del silencio historias de horror sino para aportar en la construcción conjunta de conocimientos para mejorar cada día esta tarea de restituir derechos vulnerados.

A las intervenciones a realizar en el trabajo directo con los niños, niñas y adolescentes, deben sumársele otras acciones paralelas igualmente necesarias e importantes para el acompañamiento integral, dentro de las que se destaca la realización de las denuncias pertinentes a proxenetas y prostituyentes. En relación a este aspecto es relevante tener en consideración el acompañamiento y seguimiento de las denuncias realizadas, como así el del niño, niña o adolescentes en las distintas etapas del proceso judicial, con un patrocinio jurídico adecuado.

Para finalizar, entonces, es fundamental destacar que en la problemática el Estado tiene un rol irremplazable como delineador de las políticas públicas para abordarla. Son requisitos básicos la existencia de una normativa que garantice por un lado la seguridad de lo/as afectados así como la penalización de los culpables, sin medias tintas, atacando al centro de las redes de delincuencia (que en la mayoría de los casos no podrían subsistir sin connivencia del poder político y de las fuerzas de seguridad), impulsando campañas masivas de concientización ciudadana y creando espacios públicos, con equipos especializados, para su correcta atención ■

Referencias bibliográficas

1. American Psychiatric Association. DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Washington, APA, 1994.
2. Cabello M, Castaldi P, Cataldo A. Sobrevivir a la Explotación. *Revista Comunicarnos* (de la Comisión de Niñez y Adolescencia en Riesgo del Arzobispado de Buenos Aires) 2008; año 8: 88.
3. Chejter S. La niñez prostituida. Estudio sobre la explotación sexual comercial infantil en la Argentina. Disponible en: <http://www.educacioninicial.com/ei/documentos/pdf/tematicas/Ninez-prostituida.pdf>
4. Galeano E (1970). Las venas abiertas de América Latina. Buenos Aires, Catálogos, 2003.
5. Garaventa J. Violencias... Naturalmente. *Tecl@ Eñe (Ideas, cultura y otras historias...)* 2008; año VI-VII: 32. Buenos Aires. Disponible en: [http://lateclaene.blogspot.com/2008/12/](http://lateclaene.blogspot.com/2008/12/especial-violencia-y-ciudad-violencias.html)
6. Ireland K. Wish you Weren't Here: The Sexual Exploitation of Children and the Connection with Tourism and International Travel. Londres, Save the Children Fund, 1993. En: Arzaola E. Infancia robada: niñas y niños víctimas de explotación sexual en México. México: Coedición DIF/UNICEF/CIESAS; 2000.
7. Iunger V. Clínica del pasaje al acto en la neurosis. Laca-noamericano, 1993.
8. Molina ML. Explotación Sexual, Evaluación y Tratamiento. Buenos Aires, Editorial Dunken, 2008.
9. Sánchez S. Ninguna Mujer Nace para Puta. Buenos Aires, Editorial La Vaca, 2005.
10. Zarranz L. La Ley y la trampa. *Jaque al Rey Revista Quincenal* 2008; año 2: 64. Disponible en: <http://www.jaquealrey.org/>

El P.R.E.A., una experiencia alternativa a las lógicas manicomiales

Carmen M. Cáceres

*Lic. en Psicología. P.R.E.A. Hospital Interzonal "José A. Esteves". Provincia de Buenos Aires
E-mail: carmenmercedes7@yahoo.com.ar*

Ivana Druetta

*Médica Psiquiatra. P.R.E.A. Hospital Interzonal "José A. Esteves". Provincia de Buenos Aires
E-mail: ivanadruetta@yahoo.com.ar*

Marisel Hartfiel

*Lic. en Sociología. P.R.E.A. Hospital Interzonal "José A. Esteves". Provincia de Buenos Aires
E-mail: mariselhar@hotmail.com*

María Rosa Riva Roure

*Médica Psiquiatra. P.R.E.A. Hospital Interzonal "José A. Esteves". Provincia de Buenos Aires
E-mail: mariarosariva@yahoo.com.ar*

Introducción

El propósito del siguiente escrito es relatar el trabajo que se viene realizando desde hace ya 9 años en el Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (P.R.E.A.) en el Hospital "Esteves", de Temperley, Provincia de Buenos Aires¹. Nos interesa dar a conocer una experiencia que, junto con otras ya consolidadas en nuestro país y en el mundo, demuestran a las claras que existen alter

nativas prácticas y sustentables a la manicomialización y al encierro en el tratamiento del padecimiento mental severo y la cronicidad. Y que eso es posible en las condiciones concretas de nuestra provincia y nuestro sistema público de salud.

Intentaremos dar cuenta del contexto histórico-político que dio origen al surgimiento de este programa, así

Resumen

El propósito del siguiente escrito es dar a conocer el trabajo realizado desde hace ya 9 años en el Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (P.R.E.A.) en el Hospital "Esteves", de Temperley, Provincia de Buenos Aires. Se intenta dar cuenta del contexto histórico-político que dio origen al surgimiento de este programa, así como de las distintas actividades que el mismo realiza a través de sus dispositivos para lograr el objetivo primordial del P.R.E.A.: la externación y reinserción social de personas con años de internación, cronificadas en la institución neuropsiquiátrica. Es el relato de una experiencia que, junto con otras ya consolidadas en nuestro país y en el mundo, demuestran a las claras que existen alternativas prácticas y sustentables a la manicomialización y al encierro en el tratamiento del padecimiento mental severo y la cronicidad. Y que eso es posible en las condiciones concretas de nuestra provincia y nuestro sistema público de salud.

Palabras clave: Desmanicomialización - Resocialización - Externación asistida - Rehabilitación - Salud Mental Comunitaria - Autonomía personal - Recuperación de derechos.

P.R.E.A. (REHABILITATION AND ASSISTED OUTPATIENT CARE PROGRAM): AN ALTERNATE EXPERIENCE TO THE "ASYLUM LOGIC".

Summary

The purpose of the following article is show the work that has been going on for the past nine years in the Assisted Discharge and Rehabilitation Program (PREA, from its Spanish initials), at the Esteves Hospital, Temperley, Province of Buenos Aires, Argentina. Our aim is to describe the historical and political context that gave rise to this program as well as the different activities carried out through its mechanisms to achieve the program's main objective: institutional discharge and resocialization of long-term patients with high chronicity in the psychiatric facility. This is the account of an experiment which, together with other similar ones already carried out in our country and elsewhere in the world, proves clearly that there are practical and sustainable alternatives to institutionalization and confinement for the treatment of serious mental disorders and chronicity; and that this is feasible within our province's current situation and our public health system.

Key words: De-institutionalization - Resocialization - Assisted discharge - Rehabilitation - Community mental health - Perso-

¹ Los firmantes de este artículo hemos redactado un texto que se nutre de un trabajo colectivo y que recoge aportes de distintos trabajadores y equipos del Programa.

como de las distintas actividades que el programa realiza a través de sus dispositivos para lograr el objetivo primordial del P.R.E.A.: la externación y reinserción social de personas con años de internación, cronificadas en la institución neuropsiquiátrica, que pasan a convivir en grupos de entre 3 y 5 personas en casas que el Hospital alquila en el barrio con su propio presupuesto, siendo el Programa garante de la atención clínica y social que lo hace sustentable.

Por último compartiremos a través de datos estadísticos, los resultados del trabajo realizado hasta la fecha.

Este texto relata el trabajo de un sujeto colectivo, aquel conformado por los integrantes del P.R.E.A. y se apoya en registros, escritos y testimonios producidos por los mismos.²

Orígenes del P.R.E.A.

El P.R.E.A. es un Programa surgido en el año 1999 a partir de una resolución del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (R.M. N° 001832), que tiene como objetivo promover y sostener la externación de pacientes internados en los hospitales psiquiátricos de la Provincia que carecen de soportes familiares y económicos, organizando redes asistenciales y sociales que actúen como soportes del proceso de externación. Según los términos del mencionado decreto, el P.R.E.A. fue diseñado originalmente para su instalación en todos los hospitales monovalentes de la provincia, teniendo como responsable a la Dirección Ejecutiva de cada hospital.

Fue presentado en abril de 1999, cuando la desocupación masiva, el hambre, la desafiliación de grandes sectores y la situación crítica del sistema de salud ya eran una realidad cotidiana, preanunciando las características catastróficas que se sucedieron poco tiempo después. En ese contexto, cobra especial significación una premisa central de este Programa: *utilizar los recursos del propio Sistema de Salud para una construcción colectiva orientada a la restitución de derechos.*

Por lo tanto supone como pilar fundamental una política de “reconversión de recursos” y no una mayor erogación presupuestaria. Nacido en situación crítica, viene a demostrar en los hechos que es posible una transformación en las políticas en salud mental que combine la coherencia entre los objetivos enunciados y las acciones; con eficiencia en la distribución de sus recursos.

Cabe aclarar aquí que no se está poniendo en discusión la necesidad de un mayor presupuesto en salud, sino enfatizando que *no está allí la barrera* que impide transformaciones que ya no admiten un debate serio

ni desde el campo científico ni desde el enfoque de los derechos humanos.

Las experiencias ya consolidadas tanto aquí como en otros países muestran claramente que los servicios de salud mental de base comunitaria y territorial son la respuesta no sólo científica y éticamente insoslayable para el tratamiento de personas con padecimiento mental grave: constituyen una decisión política racional para la distribución del gasto público en salud. Su complemento indispensable es el cese de las internaciones prolongadas innecesariamente. Y con ello, la elevación de la calidad y el mejoramiento de las condiciones de trabajo de quienes pasan del rol de custodios de detenidos sin condena o de penosos luchadores contra la adversidad, a acompañar a personas en un proceso de recuperación de derechos y capacidades.

“Rehabilitación y Externación Asistida” es el pasaje de estas personas a una vida en pleno ejercicio de sus derechos ciudadanos (derecho al trabajo, derecho a la vivienda, a proyectar sus vidas), contando con la asistencia que cada situación requiere. Asistencia que constituye a su vez un derecho ciudadano y por lo tanto una obligación por parte del Estado.

Fundamentación

Siempre fue difícil externar pacientes, sobre todo cuando el momento de crisis que precipitó una internación generó una ruptura con los lazos familiares y comunitarios. Eso revelan los registros escritos y la memoria viva de los trabajadores del hospital. La internación prolongada cierra sobre cada paciente un círculo que la pobreza estructural consolida.

La alienación, la agresividad y la violencia no son privativas de quienes padecen alguna de las formas de sufrimiento mental grave: están presentes en cada uno de nosotros. En este sentido, la “locura” puede ser pensada como un fracaso en la difícil tarea de articular estos términos en la relación con las demás personas. Como una fractura en el lazo social.

Las prácticas de internación crónica han estado basadas históricamente en la asociación de las ideas de agresividad-violencia-peligrosidad, atribuidas a los sujetos con padecimiento mental. Esto ha justificado no sólo la reclusión sino un tratamiento discriminatorio en lo social y jurídico destinado a estas personas.

Al determinar una internación, se aducen como razones la “peligrosidad”, el estado patológico del individuo y la necesidad de tratamiento. Se encierra bajo el criterio de prevenir que el enfermo atente contra sí mismo o contra terceros y no necesariamente porque haya

² Equipo de trabajadores del P.R.E.A:

Dr. Julio Ainstein (Director Ejecutivo Hospital Esteves); Dra. Patricia Esmerado (Coordinadora General P.R.E.A.); Dra. María Rosa Riva Roure (Coordinadora Dispositivos Intrahospitalarios); Lic. Marisel Hartfiel (Coordinadora Actividades Comunitarias); Lic. Patricia Antelo (Trabajadora Social); Dra. Mariana Baresi (Equipo Capacitación – Asesoría Jurídica); Lic. Mónica Belmonte (Continuidad de tratamiento); Catalina Borda (Equipo de acompañantes comunitarias); Lic. Mariana Borelli (Talleres para la Externación); Lic. Carmen Cáceres (Equipo Capacitación); Marta Cáceres (Equipo de acompañantes comunitarias); Dra. Ivana Druetta (Continuidad de tratamiento); Cristina Giangreco (Talleres para la Externación – Equipo de acompañantes comunitarias); Lic. Viviana Irachet (Dispositivo de Admisión); Lic. Ginelda López (Equipo de acompañantes comunitarias); Lic. Silvina Matijevich (Dispositivo de Admisión); Mirta Noceda (Equipo de acompañantes comunitarias); Lic. Andrea Patrignoni (Talleres para la Externación); Ana Pérez (Talleres para la Externación – Equipo de acompañantes comunitarias); Lidia Prandi (Equipo de acompañantes comunitarias); Lic. Graciela Silberman (Talleres para la Externación - Continuidad de tratamiento); Lic. Mercedes Uño Carreño (Terapeuta Ocupacional); Lic. Mario Woronowski (Equipo Capacitación).

cometido actos de naturaleza peligrosa. Dicha detención "civil" resulta más grave que una detención "penal" porque es preventiva de algo que no sucedió. Pero que, dado que "podría suceder", queda "legitimado" que se extienda indefinidamente. Reclusión por tiempo indeterminado, sin delito y sin condena. Se "garantiza" así a los (otros) ciudadanos que van a estar protegidos de la "peligrosidad" supuestamente encarnada por los pacientes. Lo que no está contemplado es que quien padece no sólo es paciente sino también sujeto de garantías, lo que supondría una externación sin trabas en el momento en que ceda el estado crítico que causó la internación. Los procedimientos habituales dan cuenta de esta "falla" de origen: comparado con el acto de la internación, ponerle fin suele requerir de un procedimiento complejo muy difícil de producir, teniendo en cuenta el habitual desamparo social y abandono familiar que padecen estos individuos.

Promover la externación asistida dentro de un proceso de rehabilitación implica entonces un posicionamiento ético y clínico respecto de los derechos de los *ciudadanos en situación de internados*. Las condiciones en que se prepare y se lleve a cabo esa externación, la participación activa de cada usuario del Programa, el sostén social y terapéutico extendido en el tiempo, serán factores decisivos en lo que hace a la posibilidad de producir una integración social efectiva de quienes padecieron los efectos de la enfermedad y la internación indebidamente prolongada.

El P.R.E.A. inscribe sus prácticas en la corriente que trabaja en nuestro país y en distintos lugares del mundo por la desinstitutionalización de los pacientes psiquiátricos y su reintegro a la comunidad. Desde su formulación como programa provincial sigue en líneas generales los principios y lineamientos trazados por la Declaración de Caracas de 1990 y diferentes declaraciones, recomendaciones y tratados internacionales a los que nuestro país adhiere.

Estas prácticas se vuelven posibles a partir de la instalación de dispositivos de base habitacional y comunitaria.

Se entiende asimismo que la recuperación de derechos no es una cuestión que atañe sólo a quien se ha visto despojado de ellos. La aceptación social de las diferencias, la revalorización de los vínculos, la potenciación de la comunidad como recurso de salud hacen a la elevación de la calidad democrática de la comunidad misma.

Así entendida, la rehabilitación incluye no sólo el trabajo con las personas externadas y en vías de externación, sino también el trabajo intersectorial con la comunidad para promover la convivencia igualitaria con personas que presentan distintos grados de perturbación o discapacidad. Por lo tanto compromete a:

- pacientes internados dispuestos a trabajar, primero por su externación y luego por recuperar y sostener su lugar como ciudadanos;
- trabajadores de los hospitales psiquiátricos con disposición para el trabajo en espacios comunitarios;
- familiares que no estando en condiciones (materiales o subjetivas) de ser apoyo de la externación, estén sin embargo dispuestos a acompañar este proceso;

- personas de la comunidad que, trabajando por su propia salud, se transforman en agentes activos de la integración social.

La construcción del programa

El Hospital Int. "José A. Esteves" es un hospital neuropsiquiátrico de mujeres adultas, ubicado en la localidad de Temperley -Región Sanitaria VI del Conurbano Bonaerense-. Inaugurado en 1908 bajo el nombre de "Asilo de Alienadas", en sus comienzos funcionó como anexo del Hospital "Braulio A. Moyano", autonomizándose en el año 1946. Cuenta en la actualidad con 1006 camas de internación, distribuidas en diferentes salas.

Decíamos que el P.R.E.A. propone la reasignación de recursos utilizados para la internación, en favor de la externación de pacientes. Plantea invertir el gasto utilizado en prolongar internaciones innecesarias en el sostenimiento de procesos asistidos de externación.

En este sentido, el primer desafío, una vez organizado "en el papel" el diseño del programa y efectivizada la resolución ministerial que legitimaba su puesta en marcha, fue crear condiciones para dar existencia a un "sujeto" colectivo que diera al programa encarnadura real. Y ese sujeto no podía hallarse en ningún otro lado más que entre los propios trabajadores del Hospital. Se comenzó entonces con una invitación por parte de la Dirección a todo el personal, a participar de un curso de capacitación a cargo de un equipo provincial (único recurso externo al hospital mismo) cuyo objetivo explícito era precisamente generar las mejores condiciones para la puesta en marcha de un programa cuyas características generales se explicitaron allí.

Se propone así una transformación de las prácticas de la institución manicomial, apoyándose en grupos y en personas que tienen como referencia más o menos naturalizada los modos de hacer, de pensar, de percibir; lo que llamamos en suma "los anclajes subjetivos del manicomio". La institución encarnada. ¿Cómo revertir estas prácticas, de modo tal de transformar los recursos humanos realmente existentes en protagonistas de un programa que se propone la externación de los pacientes como momento de un proceso que trabaja por su creciente autonomía?

El enfoque de la capacitación se sostuvo en una premisa: no todas las acciones que transcurren dentro del manicomio o en relación al mismo son "manicomiales". Existen múltiples prácticas (planificadas y no planificadas), que funcionan como alternativas cotidianas al hospicio en el hospicio. En lo que esas prácticas convocan y en aquellos que se reconocen en ellas están los recursos humanos con los que el programa se pondría en marcha. Capacitar sería partir de estos recursos, en procura de los que la propia marcha fuera revelando como necesarios.

Partir de la recuperación de experiencias y la discusión de las prácticas cotidianas del hospital para arribar a la construcción colectiva de los dispositivos del P.R.E.A. Todo ello sostenido en la habilitación de situaciones de grupo que hicieran posible la circulación de la palabra, el intercambio y la construcción de

lazos como condición de la construcción del “sujeto” colectivo del programa por nacer.

Hacia fines de 1999 se integraron los equipos y se pusieron en marcha los distintos dispositivos del programa.

Hoy, en una situación contextual diferente, cuando muchas voces se han sumado en nuestro país a la interpelación al sistema de encierro manicomial, el Programa se sigue sosteniendo a pesar de atravesar diversas y graves dificultades a lo largo de estos años.

Actualmente el Dr. Julio Einstein, Director Ejecutivo del Hospital “Esteves”, es el director del Programa, la Dra. Patricia Esmerado es la Coordinadora General, la Dra. María Rosa Riva Roure coordina los Dispositivos Intrahospitalarios y la Lic. Marisel Hartfiel ejerce la coordinación del Trabajo Comunitario del Centro de Día Libremente.

El trabajo en cada instancia del programa

a- Dispositivos Intrahospitalarios

Dispositivo de Admisión al Programa³

La tarea de Admisión al Programa se desarrolla en relación directa con los equipos de las salas de internación del Hospital “Esteves”. Se evalúan las condiciones para iniciar un trabajo de externación con las personas propuestas por los profesionales de las salas de internación que aceptan el desafío de externarse.

Así, la admisión tiene por objetivo evaluar las necesidades, la predisposición y las potencialidades de las pacientes, a través del análisis de los datos existentes (reuniones con equipos de salas y los diferentes espacios donde las pacientes concurren, lectura de historias clínicas y encuentros con familiares) y de un trabajo grupal donde se apunta al compromiso de las pacientes como protagonistas de su proceso de externación. Esta tarea tiene una duración de aproximadamente dos meses. Al término de este tiempo, se considerará cuales de estas pacientes están en condiciones de ingresar al dispositivo de Talleres para la Externación. El trabajo en este espacio culmina con la firma de un contrato de admisión.

Los criterios y modalidades que orientan la tarea del equipo, sin desatender categorías psicopatológicas clásicas de diagnóstico y pronóstico, ponen su acento en evaluar las posibilidades de participación y compromiso activo de las pacientes propuestas. Es importante resaltar que el diseño de estrategias de trabajo conjunto con los equipos de sala fue permitiendo una progresiva “instalación” del programa, limitando los previsible puntos de choque con los aspectos más resistentes de las prácticas instituidas.

Dispositivo de Talleres para la Externación⁴

Este dispositivo acompaña el tránsito de cada paciente de la vida hospitalaria a la vida en la comunidad. Es el núcleo de la tarea de rehabilitación.

En este pasaje, el grupo y las actividades propuestas se ofrecen como oportunidades de establecer vínculos, recuperar historias personales, explorar posibilidades, tantear límites e imaginar proyectos de vida.

La idea de rehabilitación trasciende a la de recuperación, reaprendizaje o aprendizaje de habilidades, aunque las contiene. Se trata más bien de habilitar campos de experiencia habitualmente inexistentes en la institución manicomial, en los que un sujeto sea convocado a hacerse cargo de la singularidad de su propio recorrido.

Esta tarea implica un tránsito desde las modalidades de intervención consagradas por la práctica hospitalaria tradicional, a la construcción de un rol de coordinación y, por lo tanto, de habilitación del protagonismo de las pacientes en el trabajo de su propia externación.

Los talleres funcionan dentro de las instalaciones del hospital, aunque organizan actividades fuera de la institución en íntima relación con el Centro de Día, externo al hospital.

En el tiempo inmediato previo a la externación en una casa se realizan salidas con permanencia progresiva en el nuevo domicilio para lograr una apropiación del espacio hasta tanto se produzca la externación efectiva.

Pasarán entonces, como se dijo al comienzo, a convivir en grupos de entre 3 y 5 personas en casas alquiladas por el hospital, contando con el apoyo de los dispositivos de asistencia en la externación.

Entretanto, se habrán gestionado (de acuerdo tanto a las situaciones individuales como al acceso que en cada momento se tenga a los distintos recursos que diferentes instancias del Estado pueden proveer) pensiones, subsidios o planes de empleo, y se promoverán iniciativas laborales que garanticen o al menos contribuyan al sostén económico de las mujeres que se externan.

b- Dispositivos Extrahospitalarios

El Centro de Día “Libremente” es el nudo donde convergen y se articulan las áreas que constituyen la red que sostiene la externación. Tiene el doble objetivo de ser el centro de referencia para las mujeres externadas y ser un espacio abierto a la comunidad con propuestas tendientes a la integración social y la promoción de la salud.

Ubicado fuera del hospital, se encuentra en un punto neurálgico de la localidad de Temperley, cercano a la estación ferroviaria.

Es una casona antigua, con una distribución en dos plantas en donde equipos multidisciplinarios desarrollan las diversas actividades:

- *Actividades Asistenciales*: supervisión domiciliaria, continuidad de tratamiento.

- *Actividades Comunitarias*: talleres expresivos y de aprendizaje laboral; actividades culturales y recreativas.

³ Aportaron a este texto la Lic. Viviana Irachet y la Lic. Silvina Matijevic

⁴ Este apartado recoge aportes de la Lic. Graciela Silberman, Lic. Mariana Borelli, Acomp. Cristina Giangreco y Enf. Ana Pérez.

El trabajo asistencial en la externación: la continuidad del tratamiento y la interdisciplina

Los dispositivos de asistencia en la externación han ido diseñando modalidades de asistencia (continuidad del tratamiento y visita domiciliaria) de carácter interdisciplinario, que pudieran combinar las estrategias clínicas con el abordaje de las problemáticas de la convivencia y la inserción barrial y comunitaria.

La atención de las pacientes externadas bajo este programa se realiza en base a la construcción de estrategias adecuadas a la complejidad de cada situación particular. En éstas se combinan distintos tipos de intervención:

- Atención psicológica individual
- Atención psicológica en grupo terapéutico
- Tratamiento farmacológico
- Asamblea de convivencia
- Asamblea general
- Visita domiciliaria
- Asesoramiento jurídico
- Abordaje terapéutico ocupacional

La asistencia de las usuarias tiene por epicentro el Centro de Día "Libremente", donde se llevan adelante a su vez las reuniones de los equipos de asistencia en la externación.

Con las personas que comparten una vivienda, se realizan asambleas de convivencia para poder abordar situaciones que puedan surgir de la vida cotidiana y colaborar en la mejor resolución de los conflictos. Se promueve la elaboración de un contrato de convivencia, el cual es firmado por las usuarias involucradas. Luego, las asambleas de convivencia se sucederán con una frecuencia mensual o ante situaciones en las que se consideren oportunas.

Una vez al mes se lleva a cabo en el Centro de Día una Asamblea General. La convocatoria es abierta a todas las usuarias externadas del programa y los trabajadores de los dispositivos intra y extrahospitalarios. Un espacio que funciona bajo la consigna "...y cómo va la vida..." y que procura abrir canales de comunicación entre todas las usuarias y trabajadores del programa.

El equipo de Visita Domiciliaria está integrado por personal de enfermería y acompañantes comunitarias.

La tarea primordial de este equipo es el acompañamiento en espacios de la vida cotidiana de las mujeres externadas, tarea que tiene la complejidad propia de toda práctica que, en el campo de la Salud Mental, intenta producir efectos subjetivantes.

Esto implica una colaboración cercana en la tramitación de lo cotidiano con las personas externadas, en una doble tarea simultánea: ir desanudando la red de dependencia en que quedaron atrapadas por la enfermedad y por la internación prolongada, a la vez que se van anudando y construyendo nuevas redes de sostén y contención, las de la vida en el mayor grado de libertad posible en cada momento.

La colaboración estrecha entre las personas externadas y las acompañantes resulta decisiva en el trabajo por la autonomía personal como un horizonte hacia el cual encaminarse.

La mirada clínica de todo el equipo es el respaldo de una estimación que intenta evitar tanto los gestos

de sobreprotección discapacitante como la desatención a la que podría conducir la desestimación de la dificultad. Las estrategias elaboradas por el equipo, regulando las acciones de apuntalamiento personal con las que impulsan hacia la autonomía, son las que pueden abrir caminos singulares hacia grados crecientes de libertad y accionar autónomo.

Las enfermeras que integran el equipo de visitas domiciliarias son trabajadoras que han desarrollado gran parte de su actividad profesional dentro del hospital pero que presentan un interés particular por la tarea comunitaria. Las acompañantes comunitarias son personas que, no habiendo formado parte del plantel del hospital, realizaron una capacitación específica para el trabajo en la comunidad, y acompañan a las usuarias en gestiones relacionadas con su vida cotidiana y el ejercicio de sus derechos como ciudadanas.

Las visitas domiciliarias suelen realizarse una vez por semana. Esta frecuencia se intensifica en virtud de las necesidades, concurriendo con mayor frecuencia si la circunstancia así lo requiere.

Tramitar un documento de identidad, un cambio de domicilio o solicitar un turno en un hospital general; estar atentas al estado general de las usuarias, constatar la continuidad de la toma de medicación si corresponde o colaborar en la resolución de problemas de la convivencia son algunas de las competencias de la visita domiciliaria. Así como apuntalar actividades que presentan alguna dificultad: desde el cuidado personal, la confección de un menú o la planificación de los gastos mensuales de un grupo o de alguien en particular.

El trabajo comunitario del Centro de Día

El Centro de Día "Libremente" es el dispositivo comunitario del P.R.E.A. Como se dijo más arriba fue creado con el doble objetivo de ser el centro de referencia y espacio de integración para las pacientes externadas a través del programa y de promover la salud de la comunidad en general por medio de talleres artísticos, actividades culturales y expresivas.

La puesta en marcha y el desarrollo del Centro de Día requería pensar y llevar adelante una propuesta sostenida en una concepción de salud mental comunitaria. Debía operar como nexo entre las personas recientemente externadas y el vecindario del que pasaban a formar parte.

En tal sentido, el primer desafío fue cómo promover la participación de la comunidad en "Libremente". Se elaboró una propuesta de difusión que resultó fundamental para lograrlo: no se trataba de apelar a la solidaridad de los vecinos para con las personas externadas. El Centro de Día -espacio del sistema público de salud- ofrecería talleres y actividades promotoras de salud para la comunidad en su conjunto. A estas propuestas se irían sumando las personas externadas desde su misma condición de vecinas.

El trabajo con distintas instituciones (ligadas a la salud, el trabajo y la educación), los medios de comunicación (locales y nacionales, masivos y especializados) y

los organismos gubernamentales, facilitó que se lograra el objetivo planteado: que la comunidad se apropiara de este espacio y se vinculara con el programa y sus protagonistas.

Es en ese marco que la difusión deviene en una tarea permanente: el contar a "otros" de qué se trata este proyecto y cómo trabajamos en las distintas instancias es condición para que el programa se consolide y extienda los alcances de la propuesta de integración social, respeto de los derechos ciudadanos y aceptación de las diferencias que constituyen su esencia. Es así que visitantes, estudiantes de diferentes carreras, profesionales de la salud de otras instituciones, pasantes y residentes recorren frecuentemente las distintas áreas del P.R.E.A.

El Centro "Libremente" nació como "un lugar de encuentro" y se propone seguir siendo ese espacio donde compartir, donde encontrarse con otros realizando una tarea concreta, generando propuestas saludables para todos, encontrar lugar para lo propio en el trabajo con otros. Es ahí donde surgen proyectos personales y grupales, que habilitan el reconocimiento y desarrollo de potencialidades y capacidades.

Esto otorga al P.R.E.A. un movimiento y una riqueza que no podría conformarse de otra manera, ya que la comunidad es impulsora permanente de nuevas propuestas, acercando ideas o necesidades. Por otra parte, posibilita ir aportando a la conformación de un imaginario social no discriminatorio y, por lo tanto, favorable a la reintegración de las personas internadas en los hospitales psiquiátricos como parte de la vida comunitaria.

Al Centro de Día asisten unas 300 personas de la comunidad que concurren mensualmente a los distintos talleres expresivos, de capacitación laboral y de trabajo corporal. En estos espacios se pone especial cuidado, tanto en el aprendizaje técnico de distintas manifestaciones artísticas y artesanales que incentiven la libertad de expresión personal, como en el encuentro y la integración de los participantes.

Entre las diferentes actividades comunitarias podemos mencionar:

- talleres artísticos y expresivos: guitarra, fotografía, plástica, narrativa, poesía, tejido, folclore, historia del arte, cestería ecológica, construcción de máscaras;
- espacio de trabajo corporal y cuidados de la salud: comida saludable, yoga, gimnasia;
- espacio de aprendizaje laboral: peluquería, microemprendimientos, modista;
- actividades para chicos y adolescentes: plástica, juegos teatrales y teatro;
- Grupo Comunitario de Familias (GCF): donde se reúnen familias en las que alguno de sus miembros se encuentra asistido por causa de un padecimiento mental severo;
- Encuentro de Mujeres: dispositivo grupal de conversación sobre temáticas variadas, vinculadas a los intereses de la mujer;
- otras actividades culturales: cine-encuentro, café

poético musical, salidas comunitarias, biblioteca y jugoteca. Y todas las actividades que la comunidad propone y aporta, construye y acompaña.

Además, unas 3000 personas participan anualmente de eventos culturales que el centro ofrece los fines de semana: cine, teatro, encuentros literarios, muestras plásticas y fotográficas, etc.

La transformación de las prácticas: la capacitación

La premisa de que la construcción de alternativas a la institución manicomial debía sostenerse en los propios trabajadores del sistema -premisas fundante y marca de origen del P.R.E.A.- ha definido política, teórica y técnicamente el perfil adoptado por el equipo de capacitación a cargo de esta tarea. Se parte de la idea de la capacitación en servicio como espacio de reflexión y transformación de las prácticas, al servicio de la resolución de los problemas que la práctica plantea. Por lo tanto obliga a pensar en instrumentos flexibles, abordajes variables y objetivos específicos según cada momento de desarrollo del P.R.E.A. y su evaluación permanente.

Este enfoque, que puede parecer sencillo, habla de cuestiones complejas, ya que las problemáticas no "aparecen" realmente sino cuando son percibidas, enunciadas y tomadas como tales por los actores involucrados en ellas. En este caso, por los pacientes, trabajadores y sectores de la comunidad participantes en el programa. Se trata, entonces, de diseñar dispositivos que faciliten trabajar sobre lo que no siempre es evidente.

Fases de la capacitación:

1. La construcción del programa en el hospital

1.1. Generar condiciones para la construcción del P.R.E.A.

En el mes de junio de 1999, trabajadores de distintas salas y áreas del hospital y un grupo de pacientes comenzaron a trabajar en un curso, orientado a la discusión crítica de las prácticas habituales ("desnaturalizar" lo dado) y a la recuperación de experiencias alternativas, para arribar a la construcción colectiva de los dispositivos del P.R.E.A. partiendo de la experiencia y las capacidades de los trabajadores mismos. Se recurrió al trabajo en talleres y a la presencia de invitados que dieran cuenta de experiencias de desinstitucionalización.

1.2. La construcción de los dispositivos

Se fueron generando así las condiciones para arribar a un punto decisivo: conformar los dispositivos, ir definiendo las tareas que les competen, construir una división de tareas y un estilo común.

Los equipos y los distintos espacios de trabajo del programa se pusieron en marcha hacia fines del año 1999.

2. El trabajo con los dispositivos

A partir de ese momento, el equipo de capacitación acompaña a cada uno de los dispositivos en la adquisición, construcción y perfeccionamiento de los instrumentos requeridos por su tarea específica.

3. La construcción de una clínica de la externación asistida

El tercer momento en la intervención del equipo de capacitación tuvo por objetivo la provisión de insumos teórico-técnicos para el diseño de estrategias personalizadas de rehabilitación y asistencia, así como la instalación de espacios de intersección que incrementaran y profundizaran los vínculos entre el Programa y los otros sectores del hospital, en la convicción que la rehabilitación y externación de pacientes debe ser entendida como tarea del conjunto.

4. La capacitación, el P.R.E.A. y la APS

Creemos que la actual tendencia a privilegiar estrategias de APS encuentra en los resultados obtenidos a través de este Programa pruebas palpables de los beneficios de las acciones de Promoción de Salud en poblaciones especialmente vulnerables. Parte de la tarea de capacitación se orienta a la transferencia de los recursos y abordajes que forman hoy el bagaje experiencial del Programa a otros actores del sistema de salud. Uno de los ejes principales habrá de ser el lugar central de los dispositivos grupales

en la recuperación del lazo social, punto nodal tanto de la rehabilitación de la subjetividad dañada como de la promoción de salud.

5. Registro y evaluación

En la actualidad se está trabajando junto con un equipo de investigación externo en el diseño de instrumentos de registro y evaluación, tanto del programa en su conjunto como de la evolución clínica de las pacientes y de las intervenciones de los trabajadores del P.R.E.A.

Algunos datos estadísticos

El P.R.E.A en el momento actual trabaja con 84 mujeres, de las cuales 55 se encuentran externadas y 29 internadas participando de los "Talleres para la externación".

De las 55 usuarias externadas que continúan bajo programa 2 de ellas viven con su pareja; las demás conviven en las 13 casas alquiladas a los fines del programa.

Además, 6 mujeres que habían sido externadas no continúan bajo programa por diferentes motivos: 1 vive

Gráfico 1. Edad promedio de las mujeres bajo programa (2009).

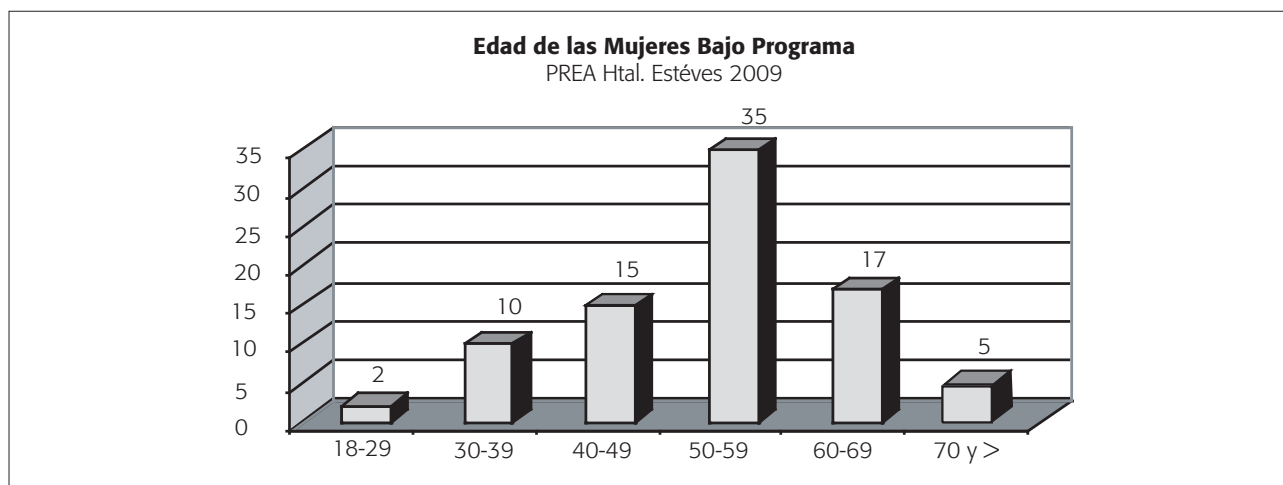
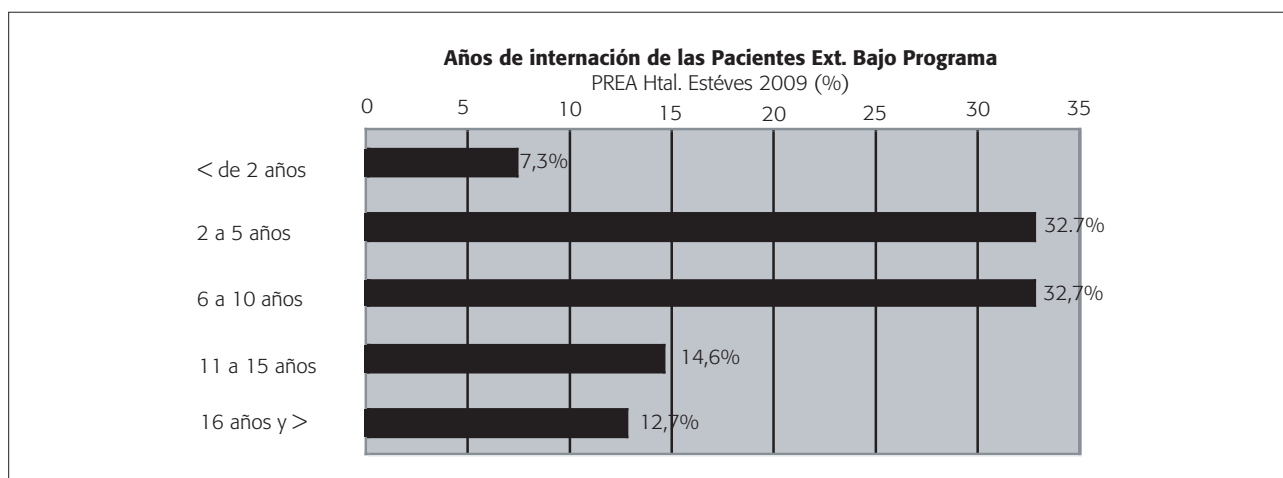


Gráfico 2. Promedio de años de internación de las pacientes externadas bajo programa (2009).



con su pareja y solicitó ser dada de baja del programa; 1 vive con su familia en Catamarca; 4 han sido reinternadas y permanecen en el hospital; 1 ha fallecido).

La edad promedio de las mujeres bajo programa es de 52,36 años, ubicándose en la franja etaria que va de los 50 a los 69 años el 62% de las usuarias (ver Gráfico 1).

Si bien en los últimos años se han incorporado pacientes más jóvenes al programa, en estos casi 10 años de trabajo ha envejecido la población externada generándose necesidad de acompañar la aparición de interurrencias clínicas propias de la edad.

El promedio de años de internación de las usuarias externadas fue de 8,6 años. Es importante destacar que algunas de estas mujeres han permanecido hasta 35 años internadas y otras han pasado toda su vida en instituciones hasta su salida a través del programa (ver Gráfico 2).

Del total de pacientes externadas por el P.R.E.A., el 51% ha sufrido varias reinternaciones previas a su

inclusión en el programa, alcanzando en algunos casos hasta 11 reinternaciones (ver Gráfico 3).

Luego de la externación bajo programa, solo el 9% de las usuarias requirió alguna reinternación.

Del 91 % restante algunas de ellas han padecido situaciones de crisis habiendo sido asistidas en su domicilio hasta el cese de la misma, evitando de este modo la angustia del retorno al hospital psiquiátrico (ver Gráfico 4).

Comentarios finales

La instalación del P.R.E.A. en el Hospital "Esteves", que suscitara en un comienzo no pocas resistencias, es un éxito de importancia doble: porque permite que hoy más de 50 personas estén viviendo en la comunidad, y porque ha sido incorporado como recurso para que otras pacientes carentes de sostenes familiares puedan seguir siendo externadas. Su sustentabilidad, demostrada por los más de nueve años transcurridos desde las primeras externaciones, opera como "efecto de demostración" de que la desmanicomialización no es una sofisticada utopía sino una artesanía que puede poner-

Gráfico 3. Reinternaciones previas a la externación por el P.R.E.A.

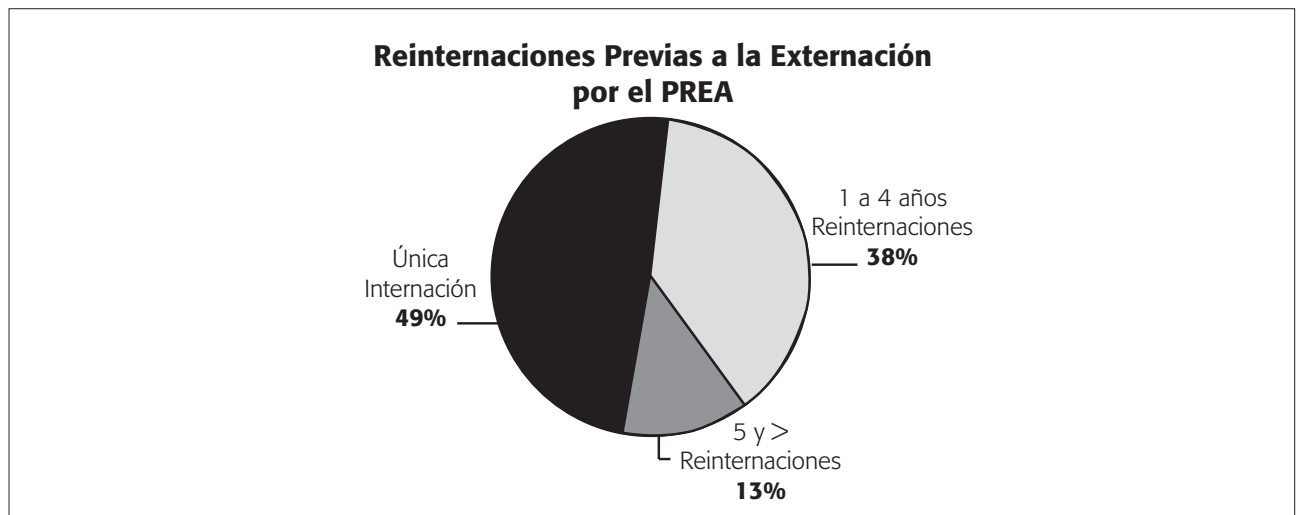


Gráfico 4. Reinternaciones posteriores a la externación por el P.R.E.A.



se en marcha a partir de los recursos económicos y de los trabajadores del sistema público de salud. Podemos constatar también que la difusión de la experiencia del P.R.E.A. ha contribuido a ganar terreno en la lucha por el "sentido común" acerca de la locura. Lo entendemos como un avance en ese insumo básico de la calidad de vida democrática que es la aceptación de las diferencias. Lo decimos sin ambigüedades: estamos hablando de un programa exitoso que, sumado a otras experiencias en nuestro país y en el mundo, debieran ahorrar cualquier discusión acerca de la presunta imposibilidad o las enormes dificultades que implicaría la sustitución de lógicas manicomiales. Sabemos, sin embargo, que las inercias políticas e institucionales tienden a perdurar más allá de las circunstancias que les dieran existencia. La lentitud en el flujo de las externaciones, producto de trabas administrativas que obstaculizan los alquileres de las

casas de convivencia es prueba de ello. Cabe preguntarse entonces si el éxito que sin duda significa la instalación del P.R.E.A. y su aceptación como un recurso válido dentro del hospital potenciará otras voluntades -no sólo por parte de las autoridades sino también de los sectores profesionales y de trabajadores de salud y la comunidad en su conjunto- para no quedar reducida a una más entre las muchas experiencias que conoció nuestro país y de las que hoy queda el recuerdo. Basta comparar el ritmo de externaciones asistidas con las situaciones críticas que llegan al hospital monovalente después de recorrer una larga cadena de desatenciones, para comprender que, de no mediar reformas estructurales del sistema de atención en Salud Mental, la internación prolongada seguirá siendo el recurso final con que se "resuelve" lo que antes y oportunamente no se pudo asistir ■

Referencias bibliográficas

1. Basaglia F. La condena de ser loco y pobre. Alternativas al manicomio. Buenos Aires, Topía Editorial, 2008.
2. Declaración de Caracas (1990). Adoptada el 14 de Noviembre de 1990 por la Conferencia Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, organizada en Caracas, Venezuela por la Organización Panamericana de la Salud/ Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas. Disponible en: <http://wmc.who.int/images/uploaded/declaracion%20Caracas.pdf>
3. Kraut A. Salud Mental, Tutela Jurídica. Buenos Aires, Editorial Rubinzal Culzoni, 2006.
4. Kraut A. Los Derechos de los Pacientes. Buenos Aires, Editorial Abeledo Perrot, 1997.
5. Ley 26.378. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo, aprobados mediante resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas del 13 de diciembre de 2006 A/RES/61/106. Promulgada: Junio 6 de 2008. Disponible en: www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/resaltaranexos/140000-144999/141317/norma.html
6. Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental (Principios EM) (1991). Asamblea General de las Naciones Unidas, Resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991. Disponible en: <http://daccess-ods.un.org/TMP/2447330.html>
7. Woronowski M. La capacitación como herramienta de transformación institucional: del manicomio a la externación asistida (el caso del PREA). Trabajo presentado en la Jornada: "El trabajo de los profesionales de la salud y la formalización de su práctica". Dirección de Capacitación de Profesionales de la Salud, La Plata, octubre de 2007.

Hogar infantil de tratamiento para niños con trastornos de conducta leves a moderados

Mónica D. Fernández Bruno

*Médica Psiquiatra (UBA). Docente Adscripta, Departamento de Salud Mental, Facultad de Medicina (UBA)
Directora Médica, Instituto Modelo de Asistencia Integral (IMAI)*

Viviana Karina Seijo

Licenciada en Trabajo Social

Pablo M. Gabay

Médico Psiquiatra (UBA). Docente Adscripto, Departamento de Salud Mental, Facultad de Medicina (UBA)

Marina Giuffre

Licenciada en Psicología

Introducción

La atención de los niños con trastornos de conducta leves a moderados, casi invariablemente provenientes de hogares conflictivos, debe desarrollarse dentro del marco de un equipo multidisciplinario, a fin de poder dar cuenta de los diversos problemas que afectan a esta población, ofreciéndoles diferentes recursos para el logro de una mayor independencia y para que puedan alcanzar el máximo nivel posible de logros individuales y una vida más plena.

La experiencia que describiremos -y que continúa- se lleva a cabo en un hogar de tratamiento que se organizó y comenzó en el año 1998, recibiendo a niños con problemas de conducta dependientes del Consejo Nacional del Niño, el Adolescente y la Familia y, posteriormente, del Consejo de la Niñez del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y de obras sociales.

El lugar en el que los niños viven y en donde se lleva a cabo la tarea asistencial es una casa, ubicada en un barrio de esta ciudad, con capacidad para 16 camas y con

un ambiente de tipo familiar, continente, protector, cálido y facilitador, que los niños sienten como su ámbito de pertenencia.

Criterios de inclusión y exclusión

Los *criterios de inclusión* comprenden: niños de sexo masculino con trastornos de conducta, con problemas de convivencia y/o violencia familiar y/o alcoholismo en su hogar, o abandonados por su familia, niños en situación de calle, niños provenientes de hogares inestables, padre desconocido o madre soltera, niños con patología de origen social propia o familiar, niños con trastornos del aprendizaje escolar. En muchos casos, los niños presentan más de una de estas situaciones.

Los trastornos de conducta mencionados incluyen los siguientes cuadros, según códigos del "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría, 4ª Edición Revisada (DSM-IV-TR)":

Resumen

Se presenta el modo de trabajo llevado a cabo desde hace diez años en un hogar para niños (varones) con trastornos de conducta leves a moderados que presentan diferentes trastornos mentales graves. Un denominador común es la presencia de familias disfuncionales, ausentes o expulsivas, en las que se registran altos niveles de violencia ejercida sobre estos niños. Se describe someramente el abordaje utilizado y se ilustra con una viñeta clínica.

FOSTER HOME FOR CHILDREN WITH MILD AND MODERATE BEHAVIORAL PROBLEMS

Abstract

A methodology for working with children and adolescents with disruptive behavior is presented. This program has been in use since 1998 in a boarding home for boys in Buenos Aires. A common issue in this sample is the presence of non-functional families with high levels of violence between their members.

Key words: Children and adolescents - Behavioral problems - Violence - Aggression - Foster home - Psychosocial treatment.

- Trastorno generalizado del desarrollo (Códigos 299.00 y ss.)
- Retraso mental, de grado leve a moderado (Códigos 317, 318.0).
- Trastorno de la lectura (315.00), del cálculo (315.1), de la expresión escrita (315.2) y del aprendizaje no especificado (315.9).
- Trastorno del desarrollo de la coordinación (315.4).
- Trastorno del lenguaje expresivo (315.31), Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo (315.31), Tartamudeo (307.0), Trastorno de la comunicación no especificado (307.9), Mutismo selectivo (313.23).
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (314.00, 314.01, 314.9).
- Trastorno de la Tourette (307.23), Trastorno de tics motores o vocales crónicos (307.22), transitorios (307.21) o no especificado (307.20).
- Ansiedad por separación (309.21).
- Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez (313.89).
- Trastorno disocial (312.8) [mientras no comprometa la integridad física y mental de sus compañeros].
- Trastorno de comportamiento perturbador no especificado (312.9).
- Trastorno de la infancia, la niñez o la adolescencia no especificado (313.9).

Más que el diagnóstico psiquiátrico, lo que define a esta población es su situación social y los trastornos de conducta que presenta cada uno. La edad de ingreso es entre los 4 y los 12 años inclusive y pueden permanecer en la institución hasta la mayoría de edad (21 años).

Se han establecido *criterios de exclusión* basados en la infraestructura de la que se dispone, ya que se considera que los niños que presentan las características que se enumeran tienen necesidades que la estructura instaurada no puede abarcar. Queda fuera de nuestras posibilidades tratar a niños con prueba de HIV positiva, trastornos psicóticos muy severos, enfermedades crónicas severas (insuficiencia renal, cáncer, diabéticos insulino-dependientes, cardiopatías severas, asmáticos graves, etc.), adicciones, problemas de conducta severos y/o violentos que representen peligrosidad para el resto de la población infantil y niños en conflicto con la ley penal.

Objetivos y actividades

Entre los objetivos buscados debemos considerar:

- Estimular y trabajar distintas capacidades.
- Incentivar el aprendizaje y la integración escolar, tanto en escuelas comunes como especiales, según cada caso.
- Incentivar el aprendizaje de las actividades de la vida diaria en forma independiente.
- Estimular la necesidad de diálogo como medio de comunicación e intercambio con el mundo externo y su grupo familiar, si ello fuera posible.
- Favorecer la organización de proyectos.
- Estimular la actividad recreativa y la actividad socializadora.
- Incrementar las actividades que favorezcan el desa-

rollo sensorio-perceptivo.

- Practicar hábitos de disciplina.
- Acompañar el crecimiento.

Las actividades programadas para esta población incluyen, durante la semana (Tabla 1):

- Escolaridad en establecimientos públicos de la zona.
- Talleres de deportes y recreación, huerta.
- Salidas programadas, recreativas y educativas.
- Apoyo a la familia, con reuniones familiares periódicas coordinadas por el equipo profesional, cuyo objetivo es la reinserción del niño en el ámbito familiar.
- Programa de educación en seguridad vial y de prevención de accidentes.

Durante los fines de semana se llevan a cabo actividades del área recreativa y deportiva: talleres de juegos y artesanales, recreación, actividades deportivas y salidas, huerta.

Recursos humanos

El hogar cuenta con un Director General quien también se ocupa del área administrativa. El equipo multidisciplinario está formado por dos psicólogas, dos psiquiatras, una licenciada en servicio social, una licenciada en nutrición, docentes de apoyo, una docente de artes plásticas. Los niños están acompañados permanentemente por cuidadoras/amas, quienes se ocupan de las tareas hogareñas (alimentación, higiene del lugar y de la vestimenta), de administrar la medicación indicada, de acompañar a los niños en las distintas salidas y, en general, de asistirlos en las actividades de la vida diaria.

Se efectúa un control pediátrico semestral y los niños cuentan con un pediatra de cabecera dependiente de los hospitales del GCBA.

Tabla 1. Diagrama horario de actividad semanal (días hábiles).

Hora	Actividad
8,00	Desayuno
8,30	Tarea escolar
10,00	Juego libre o talleres
12,00	Almuerzo
13,00	Concurrencia a escuela
17,00	Regreso de escuela y merienda
17,30	Actividades de apoyo escolar
18,00	Grupos de reflexión y psicoterapias individuales, a cargo de los profesionales correspondientes
19,00	Actividades recreativas y de taller planificadas
20,00	Baño diario
20,30	Cena
21,30	Descanso

El trabajo social

La intervención del trabajo social en campo es otro de los elementos fundamentales con los que se cuenta pues, si bien la mayoría de los estudios confirman que es frecuente que los niños y jóvenes violentos provengan de comunidades más pobres y marginales, y que el impacto de la pobreza en el medio familiar es un factor de riesgo que contribuye a su generación, no siempre es el único y hay que pesquisar otros factores.

Desde el punto de vista del trabajo social, la tarea apunta a lograr la garantía de derechos de toda la población infantil institucionalizada desde una perspectiva integral. De allí la importancia del trabajo en equipo, tanto con los demás profesionales de la institución como con los que pertenecen a los demás organismos intervinientes (escuelas, escuelas especiales, hospitales, organismos públicos, etc.).

Los derechos suponen no solo los de competencia de las áreas de la infancia sino de todas las instancias que tienen alguna intervención en la vida cotidiana de los niños/adolescentes, es decir, salud, educación, recreación y desarrollo social, entre otros. Con este objeto se gestionan, por ejemplo, los certificados de discapacidad y las pensiones por invalidez.

Un objetivo principal es que los niños y adolescentes no sean victimizados nuevamente, tanto por los vacíos institucionales, como por una desinstitucionalización compulsiva o por las escasas posibilidades de recupera-

ción de estas familias, devastadas tanto a nivel psíquico como económico.

Se trabaja entendiendo a la discapacidad como un fenómeno multidimensional, resultado de interacción de la persona con su entorno físico y social, el que incluye las limitaciones o los déficits en la actividad física, el funcionamiento intelectual y las conductas adaptativas.

En el hogar residen niños con distintos trastornos en su grado de desarrollo, cuya estructuración de la subjetividad se halla en momentos de constitución, lo que afecta su criterio de realidad y les provoca grandes dificultades para relacionarse en determinadas situaciones sociales.

Periódicamente se llevan a cabo reuniones de vinculación con los progenitores o la familia ampliada, cuando ello es posible, ya que en la mayoría de los casos no se tiene registro de red familiar alguna o dicha red existe pero sus integrantes han desistido de vincularse con los niños, sumergiéndolos en un estado de abandono.

Es frecuente observar un gran deterioro en la salud mental de los progenitores; se busca orientarlos y sugerirles que realicen tratamientos psicológicos y psiquiátricos con el objeto de que puedan sostener la vinculación y/o lograr un posible egreso del niño a un mediano o largo plazo. Lamentablemente, en un alto porcentaje, los familiares se niegan a realizar dichos tratamientos o los abandonan, afectando así significativamente la relación vincular. En algunos casos las reuniones de vinculación han resultado dañinas para el niño, debiendo



suspenderse o llevarlas a cabo en forma supervisada. En algunos casos se detectaron indicadores compatibles con síndrome de Munchausen y otros abusos psicológicos.

La tarea asistencial social se encuentra minada de obstáculos, de marchas y contramarchas. Los procesos de resolución se dan como egresos del hogar, con la familia de origen o familias adoptantes. Sin embargo, muchas veces, cuando parece haberse alcanzado los objetivos, surgen innumerables situaciones nuevas y complejas que requieren solución.

Otra problemática surge desde la misma asistencia, ya que un mismo niño puede ser abordado por demasiados organismos intervinientes (Asesoría Tutelar, Juzgados, Defensorías Zonales, Dirección de Niñez, Adolescencia y Familia, Consejo de los Derechos), produciéndose tensiones, desinformación y, por ende, estrategias de trabajo sin una dirección clara.

La presencia del Estado en el desarrollo de políticas públicas universales es lo que se requiere para contener a esta niñez en riesgo y para fortalecer a estas familias.

El trabajo clínico

La primera pregunta que surge, teniendo en cuenta la patología, la situación legal y lo traumático de la novela familiar de cada niño, es acerca de la posibilidad de un "buen vivir institucional".

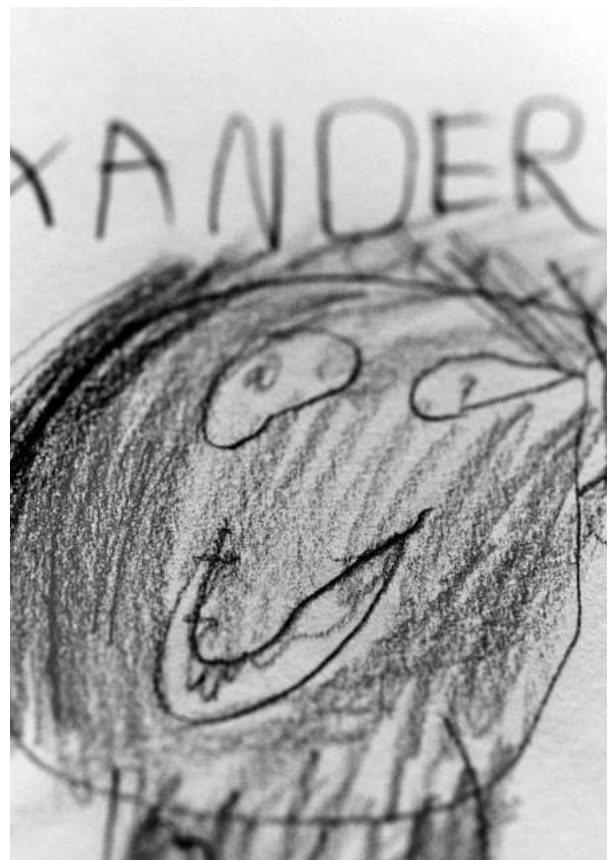
Cada caso se trabaja individualmente, pues cada sujeto es portador de su propia realidad psíquica y está

determinado, no sólo por la familia que lo marca, sino también por la cultura que lo constituye y el cuerpo que lo atraviesa. El trabajo es transdisciplinario y sería imposible sin un marco institucional que lo sostenga. Hace no muchos años, la mayoría de la población presentaba diagnóstico de síndrome de déficit de atención, con o sin hiperactividad. En la actualidad, el 60% o más de la población del hogar padece un trastorno generalizado del desarrollo (TGD).

La evaluación de los niños con riesgo potencial de violencia que compromete su adecuado comportamiento, muchas veces en situación de calle, requiere de una organización y un equipo con conocimiento clínico y en intervenciones diagnósticas, incluyendo en éstas a familiares con riesgo elevado para enfermedad mental. Se trata de niños y púberes que presentan factores de riesgo como ser: vulnerabilidad biológica, inconsistencia en sus proyectos vitales mínimos, excesos de permisibilidad/falta de límites y deprivaciones comunitarias, entre los más importantes.

Si se considera que las conductas violentas raramente aparecen de manera espontánea, se puede afirmar que estas conductas tienen un periodo de desarrollo prolongado que es, justamente, lo que el equipo interdisciplinario debe evaluar en forma minuciosa.

Se debe poner el foco en la o las motivaciones de los sucesos que el niño refiere dentro de su conducta violenta, tales como irritabilidad, impulsividad, labilidad emocional, insomnio, considerando siempre que



muchos de estos niños han vivido situaciones de estrés máximo.

El ambiente familiar es el punto central en donde se ha originado, en la mayoría de estos niños, la situación de riesgo. Es necesario, entonces, evaluar a la familia y la conveniencia de las visitas de ésta al niño, en la institución o fuera de ella. En muchas ocasiones estas visitas se restringen hasta que la evaluación del ambiente familiar muestre que la misma no es perjudicial para el niño.

Dentro de la metodología de trabajo se incluye la elaboración de actividades de los niños con sus padres monitoreadas por personal idóneo. Esto produce, luego de un tiempo y si se tiene constancia en la actividad, una significativa reducción de los comportamientos antisociales. El establecimiento de pautas de interacción familiar desde la institución refuerza la toma de conciencia sobre la situación y mejora la relación familiar.

Otro aspecto a evaluar en los niños con conductas antisociales es la presencia de problemas neuropsicológicos: defectos del lenguaje, de las funciones intelectuales, etc. Por ello, es fundamental realizar un exhaustivo estudio clínico, psicológico y neurológico en los niños que ingresan a estas instituciones. Luego el equipo tratante deberá establecer los parámetros y los objetivos para ese niño en particular en función de todos estos antecedentes.

La terapia conductivo-conductual parece modificar las distorsiones cognitivas que producen agresividad de estos jóvenes, poniendo el problema en el centro de las preocupaciones e introduciendo alternativas a dichas conductas, monitoreando los cambios producidos, anticipando esas conductas y construyendo de manera conjunta habilidades de cambio y responsabilidades. La repetición es otro aspecto de la técnica aplicada que debe sostenerse en el tiempo.

El cambio en la forma de expresarse es otro de los desafíos con los que se encuentra el equipo tratante, dado que esta circunstancia hace que los niños no sean aceptados en grupos de recreación de pares o en la escuela, contribuyendo a acentuar su marginalidad. La modificación de la expresión oral es sostenida por cada componente del equipo institucional y es marcado en las intervenciones durante las entrevistas con los padres.

También debe abordarse el trabajo con la escuela y los otros ámbitos sociales, a fin de que los educadores y otros adultos a cargo comprendan la especificidad de cada caso.

El tratamiento psicofarmacológico es un recurso necesario en esta población de jóvenes con conductas agresivas y violentas, a partir de una cuidadosa evaluación diagnóstica. Esta debe tener en cuenta los factores de riesgo, tanto de medicar como los de no hacerlo, ya que esto último también puede exponer a los niños y jóvenes a situaciones de mayor riesgo.

Este tratamiento farmacológico jamás se instala como la única alternativa sino que debe plantearse en el marco de un plan que contemple las necesidades específicas, las competencias familiares y los progresos educacionales y en la psicoterapia.

Habitualmente se utilizan antipsicóticos (de preferencia atípicos), estabilizadores del ánimo y ansiolíticos.

En algunas oportunidades se evalúa la utilidad de los antidepresivos o de los estimulantes del sistema nervioso central, como el metilfedinato. En todos los casos se considera la posibilidad de que los niños hayan consumido o abusado de drogas, lo que puede hacer variar la indicación de la medicación.

Muchos pacientes con conductas disruptivas han mejorado la misma y obtenido un cambio sustancial en la complejidad de su vida, en la que no tenía lugar la palabra y con frecuencia la autoridad de los adultos era vivida como un ataque, impidiendo ello establecer las alianzas necesarias para una maduración favorable.

Esas conductas disruptivas incluyen las conductas negativistas-desafiantes, que comprometen y deterioran el funcionamiento social. Las psicoterapias y los psicofármacos son administrados tempranamente para evitar mayores riesgos y el deterioro de dicho funcionamiento.

Desde el punto de vista práctico, es muy importante que la medicación sea administrada en los horarios en que el niño se encuentra en la institución, como forma de evitar el rechazo por sus pares y la estigmatización, hechos que se presentan en muchas oportunidades cuando se administra medicación de tipo psiquiátrico.

Malone halló, en un estudio a doble ciego de cuatro semanas de duración, llevado a cabo en 44 niños y adolescentes internados con diagnóstico de trastornos de conducta, que casi el 50% mejoró al administrarles placebo. Concluyó que la internación psiquiátrica también funciona como medio de contención.

Viñeta clínica

El niño AB, de cinco años de edad, llegó a la institución derivado por la SENAF (Secretaría Nacional del Menor y la Familia). Se desconocía al padre del niño, de quien la madre y el niño no sabían nada desde hacía muchos años y quien, por ende, tampoco podía hacerse cargo de su función paterna. La madre dijo no poder hacerse cargo psíquicamente para ejercer la función materna.

La trama familiar de AB es compleja ya que, pese a su corta edad, la presencia de su familia materna ha dejado marcas psíquicas y físicas. El niño había sido y era al momento del ingreso víctima de abusos de toda índole, siendo la violencia la variable dominante en el establecimiento de vínculos en ese grupo familiar. Era un grupo en el que todas las generaciones que lo componen abusaban, literalmente, unos de otros.

Como aspectos sobresalientes en la evaluación de admisión de AB se destacaba: falta de control de esfínteres y muchas dificultades para poder ir sólo al baño; trastornos relacionados con lo anal; signos notables de retención-expulsión; dificultades en el lenguaje; no comprensión de consignas y de límites, repetición de las frases escuchadas; exacerbación de la esfera sexual; temores marcados con respecto a la relación vincular, tanto con pares como también con adultos; predominio de conductas impulsivas no controladas por sobre el pensamiento abstracto; conductas sociales en relación a su edad cronológica; familia disfuncional.

Frente a tal panorama se inició un abordaje en varios planos simultáneos: psiquiátrico (primer paso para poder trabajar las otras áreas, dirigido a determinar un diagnóstico inicial), psicológico, social y físico (clínico y neurológico). En este caso, sin un diagnóstico orientador era imposible poder trazar una línea de trabajo a seguir.

Se medicó con risperidona, clonazepam y valproato de magnesio en dosis adecuadas. Actualmente, luego de casi dos años de trabajo, se observa que el niño, con la atención y estimulación correspondientes, pudo ir modificando conductas, reduciendo síntomas y adquiriendo nuevos hábitos. Si bien su cuadro psicopatológico no se ha curado ni se han borraron las situaciones traumáticas padecidas, el abordaje utilizado le ha permitido acceder a un vivir mejor, ya que ahora no sólo tiene la posibilidad de conectarse con su infancia (situación antes negada para él por la familia disfuncional a la que pertenece), sino que también puede evitar ser objeto del otro y, entonces,

disminuir su sufrimiento, saliendo de una situación de riesgo.

Conclusiones

Los resultados de esta experiencia de diez años de duración muestran que, aún frente a la gravedad de los cuadros tratados, es posible influir de manera positiva en la vida de estos niños y darles la posibilidad de una evolución favorable con tratamientos multidisciplinarios intensivos. Si bien las huellas de los traumas sufridos en la infancia permanecerán, un ámbito terapéutico y continente les permite evolucionar con menos riesgos y secuelas y desarrollar un futuro con una calidad de vida aceptable. La mejor comprensión de la etiología de los diferentes cuadros permitirá una mejor prevención de sus secuelas. Es necesario profundizar la investigación de este tipo de intervenciones para mejorar sus resultados en el largo plazo ■

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). Washington DC, 2000.
- Loeber R, Green SM, Keenan K. Which boys will fare worse? Early predictors of the onset of conduct disorder in a six-year longitudinal study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 499-509.
- Malone RP, Luebbert JF, Delaney MA, Biesecker KA, Blaney BL, Rowan AB, Campbell M. Nonpharmacological response in hospitalized children with conduct disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36 (2): 242-247.
- Pandina GJ, Bilder R, Harvey PD, Keefe RSE, Aman MG, Gharabawi G. Risperidone and cognitive function in children with disruptive behavior disorders. *Biol Psychiatry* 2007; 62: 226-234.
- Raine A, Brennan P, Mednick SA. Interaction between birth complications and early maternal rejection in predisposing individuals to adult violence. Specificity to serious, early-onset violence. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 1265-1271.
- Rappaport N & Thomas C. Recent research findings on aggressive and violent behavior in youth: implications for clinical assessment and intervention. *J Adolesc Health* 2004; 35: 260-277.
- Spataro J, Mullen PE, Burgess PM, Wells DL, Moss SA. Impact of child sexual abuse on mental health. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 416-421.



el rescate y la memoria

En los orígenes de la mirada moderna del mundo: Tomaso Garzoni y su relato sobre la locura

Norberto Aldo Conti

Tomaso Garzoni: el hombre y su época

Tomaso Garzoni nace en Bagnacavallo, cerca de Ravena, en 1549, entra muy joven a la orden lateranense, estudia derecho en Ferrara y lógica en Siena, completada su formación vive en el Convento de Santa María in Porto de la Ciudad de Ravena donde fallece en 1589 a la edad de cuarenta años. Esta corta referencia biográfica contrasta notablemente con su rica vida intelectual y el reconocimiento público que tuvieron sus obras.

Garzoni publicó cuatro libros entre 1583 y 1589 que, por la riqueza de su composición, fueron la puesta por escrito de estudios, informes y variadas elaboraciones llevadas a cabo desde mucho tiempo antes de su formalización. Las obras en cuestión son: El teatro de los cerebros del mundo (1583), La plaza universal de todas las profesiones del mundo (1585), El hospital de los locos incurables (1586) y La sinagoga de los ignorantes (1589). Todas ellas forman parte de una nueva literatura que irrumpe en la segunda mitad del siglo XVI y se continúa en el siglo XVII para representar una nueva mirada del mundo en la cual los objetos cambian sus relaciones y propiedades y también aparecen en el horizonte nuevos objetos y nuevas relaciones entre objetos.

La comprensión del hombre, por parte del movimiento humanista, se expande en todas direcciones: comprensión del cuerpo por parte de artistas (Leonardo, Botticelli, Rafael; Miguel Angel, Tiziano, Tintoretto); comprensión de la interacción social en los escritos políticos de Maquiavelo; comprensión de la extensión geofísica en los escritos de Copérnico; descubrimiento del espacio circundante con los navegantes y las nuevas cartografías.

Toda la mirada acerca de la naturaleza se trastoca y aparece un afán -en dirección a los mayores esfuerzos de la Modernidad de la segunda mitad del siglo XVII- por ordenar y clasificar todo lo existente, justamente entre 1556 y 1583 -fecha de la publicación de la primera obra de Garzoni- se publican en Italia: El sumario de todas las ciencias de Doménico Delfino, el Espejo de ciencia universal de Leonardo Fioravanti, la Escala de todas las ciencias y artes de Gre-

gorio Morelli, y el Espejo de las ciencias y compendio de las cosas de Orazio Rinaldi. Pero este fenómeno, de verdadera obsesión por ordenar y describir el mundo, no es privativo de Italia sino que es más bien representativo de la intelectualidad europea de la época, como lo podemos observar en Sobre la incertidumbre y vanidad de las ciencias (1547) del alemán Agrippa de Nettesheim o el Examen de ingenios para la ciencia (1575) del español Juan Huarte de San Juan.

En el campo más específico de la medicina también vemos el desarrollo de este proceso de transformación discursiva de lo real; la clínica regresa a la antigua tradición hipocrática de la observación junto al lecho del enfermo a partir de las enseñanzas de Giambattista da Monte o Montanus (1498-1551) en el Hospital San Francisco de Padua, por otro lado el conocimiento de la anatomía humana se desarrolla a partir de los hallazgos anatómicos obtenidos en la disección de cadáveres iniciada por Berengario de Capri (1470-1530) y, muy especialmente, con la nueva visión del cuerpo humano desarrollada por Vesalio (1514 – 1564) en su obra *De Humanis Corporis* (1543). Todos los desarrollos citados son previos a la producción de Garzoni y, junto a la obra del autor que nos interesa, constituyen los prolegómenos necesarios para comprender el contexto histórico y cultural que dará origen a la Nueva Ciencia del siglo XVII.

El Hospital de los locos incurables (1586)

Esta obra es, probablemente, la primera dedicada a describir las formas de la locura a principios de la Modernidad, Foucault afirma, en su *Historia de la locura en la época clásica*, que en ella aparece el hospital de locos como motivo literario y como lugar de denuncia de las contradicciones observables en el proyecto moderno de descripción racional del universo. En efecto en *El Hospital de los locos incurables* se lleva adelante una magistral descripción de las formas de la locura pero no desde el discurso racionalista de la ciencia en formación sino desde una mirada descarnada que pone en tensión las descripciones de los diferentes locos con los comportamientos sociales de su época preguntándose:

“¿... nuestra edad es el vivo retrato de la locura, más aún, el armario de todos los desvaríos que puede cometer el hombre en el mundo?”

“¿ Cuándo trajinó nunca por el mundo tal número de titiriteros que, practicando la medicina con título de estudios en Bolonia, acaba por descubrirse al fin que son capaces de cerdos de Norsia y venden bragueros en lugar de ungüentos contra la sarna?”

“... en resumen, todo el mundo está lleno de locura de la cabeza a los pies: unos se devanan los sesos de una manera, otros de otra; hay quien enloquece en la gloria del mundo, teniéndose por un as de la baraja, cuando apenas es el zapatero remendón...”

Garzoni está entonces decidido a mostrar los rostros de la locura en los locos pero advierte al lector que no se engañe que la locura no es privativa de los locos del hospital, la locura forma parte de la cotidianeidad de la época al punto que:

“Si alguien se propusiera analizar a fondo el monto total de las insensateces que han dicho muchos expertos y narrar todas las que los hombres del mundo han llevado a cabo, se cargaría con un fardo que fatigaría al propio Atlante, cuanto más al débil ingenio y la torpe memoria de un pobre escritor como yo.”

Y luego, a la hora de describir la locura de los habitantes del Hospital lo hace con un lenguaje escénico y teatral que pretende impresionar a su auditorio:

“... he puesto sobre mis hombros la carga de denunciar públicamente ante el mundo los monstruosas manifestaciones de la locura... en efecto, cuando entra en la casa del cerebro, ofusca la capacidad imaginativa, pervierte el conocimiento, enajena la mente, corrompe la razón, impide al hombre discernir, elegir, hablar o llevar a cabo ninguna cosa adecuada, sino que con la imaginación perturbada, con los espíritus vacilantes, con el juicio enfermo, con el cerebro agonizante, con la cabeza tan vacía como una sandía reseca, da vueltas vanamente como penca de molino alrededor de mil necesidades, tan lastimosas como ridículas.”

Finalmente emprende la tarea largamente anunciada a partir de una refinada metodología clasificatoria de los tipos observables de locura que preanuncia aquella primera taxo-

nomía que encontramos en la Anatomía de la melancolía (1621) de Burton, veamos su ordenamiento:

De los locos frenéticos y delirantes
 De los locos melancólicos y selváticos
 De los locos holgazanes y negligentes
 De los locos borrachos
 De los locos desmemoriados y dementes
 De los locos estúpidos, perdidos y muertos
 De los locos zopencos, torpes y de escasa mollera
 De los locos menguados y simplones
 De los locos zoquetes y pasmados
 De los locos rudos y fatuos
 De los locos viciosos
 De los locos despechados o airados
 De los locos ridículos
 De los locos megalómanos
 De los locos fingidores o burlones
 De los lunáticos o locos por temporadas
 De los locos de amor
 De los locos desesperados
 De los locos heteróclitos, raros, de cerebro deforme y orates rematados
 De los locos bufones
 De los locos alegres, divertidos, ocurrentes y afectuosos
 De los locos fogosos y furiosos
 De los locos furibundos, brutales, de atar con cadenas
 De los locos exagerados o desmesurados
 De los locos obstinados como mulos
 De los locos trasquilados
 De los locos desenfrenados como caballos
 De los locos extravagantes, extremos y desatinados
 De los locos de mil horcas o endemoniados

Vemos locos de todo tipo, aspecto y función pero todos masculinos, solo al final encontramos una especie de pequeño opúsculo independiente titulado Razonamiento del autor a los espectadores sobre la parte del hospital en que están las mujeres, donde donosamente describe todas las especies de locura antes mencionadas que se dan cita en ellas. Esa es la parte del Hospital que entregamos a la lectura en esta presentación convencidos que es el capítulo que mejor expresa el espíritu de esta obra, el cual finaliza con la siguiente exhortación de Garzoni:

“... Cerremos, pues, las puertas del hospital y salid con paso ligero, porque con lo que habéis visto basta y sobra.”■

Referencias bibliográficas

- Burckhard, J., La cultura del Renacimiento en Italia, Iberia, Barcelona, 1979.
- Conti, N., Historia de la Depresión: La melancolía de la antigüedad hasta el siglo XIX, Pólemos, Bs. As., 2007.
- Conti, N., Richard Burton: Anatomía de la Melancolía, en *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, Vol. XIX, Nro. 81, sep.-oct. 2008.
- Garrabé, J., Juan Huarte y el pensamiento humanista en Europa, en Fuentenebro, Huertas y Valiente (Editores) Historia de la psiquiatría en Europa, Temas y tendencias, Frenia, Madrid, 2003.
- Jalón, M., Sobre el método de Garzoni: todos los ingenios, ciencias y profesiones, en Garzoni, T., El teatro de los cerebros, El hospital de los locos incurables, AEN, Historia, Madrid, 2000.
- Lamanna, E. El pensamiento en la Edad Media y el Renacimiento, en Historia de la Filosofía, Vol. II, Hachette, Bs. As., 1960.
- Rossi, P., El nacimiento de la ciencia moderna en Europa, Crítica, Barcelona, 1998.
- Von Martin, D., Sociología del Renacimiento, FCE., México, 1973.

El hospital de los locos incurables

Tomaso Garzoni

Razonamiento del autor a los espectadores.

Sobre la parte del hospital en que están las mujeres, donde donosamente describe todas las especies de locura antes mencionadas que se dan cita en ellas

Una vez que habéis visto ya, distinguidos espectadores, con no pequeña comodidad, y una por una, todas las celdas de quienes, dementes y privados de juicio con las más diversas locuras, se han convertido ante los ojos de los demás en espectáculo más miserable aún que ridículo; que habéis gustado en gran parte del deleite que esta materia puede esperarse que produzca en vosotros a causa de tan novedosos humores, dando a la vez y por diversos caminos placer y asombro a vuestros sentimientos con las diversas especies de locura que habéis contemplado, paréceme que no será ahora fuera de propósito mostraros la otra parte del hospital, donde se encuentran las mujeres, y haceros ver con vuestros propios ojos los más ridículos sujetos de mujeres dementes que jamás habéis visto en el mundo, para que así con mayor solaz salgáis de este asilo y vayáis por el mundo, invadidos del mayor estupor, difundiendo y magnificando las espantables locuras que os mostraré y que, por vosotros aprendidas, darán, cuando las contéis, sumo contento a quien las oiga. Permaneced, pues, atentos, con los ojos fijos en aquella parte que os señalo y dirigid la mirada aquí, a la izquierda, donde se ve aquella larga hilera de habitaciones que tienen tantos boletines o títulos y armas encima, pues todas éstas son las celdas destinadas a las mujeres dementes. Y no es poco favor poder mirar y remirar con desahogo, pues la norma es que a pocos y pocas veces se muestran, por la vergüenza del sexo, la mayor parte al desnudo, como veréis.

Esta primera celda que aquí veis, con armas sobre la puerta que representan una mata de ortigas salvajes, y cuya leyenda dice: *In puncto vulnus*, es la cámara de una matrona romana llamada Claudia Marcela, que fue en su juventud la más dulce, afable, jovial y agradable hija que pueda verse del uno al otro polo, ejemplo raro de encanto, retrato único de cortesía, imagen de divina belleza, idea expresada de gracia y donosura. Pero ahora (mirad su deplorable estado), un día que iba a la fiesta de la diosa Buona, al resbalarle el calzado, dio con la frente y el

mentón sobre una dura piedra y, perdido el sentimiento y la memoria, comenzó de pronto a disparatar y a delirar, de mal en peor. Escualida y enferma, se sienta en aquella cama que veis, con el orinal al lado; y tantas veces como le pedís que os responda sobre esta o aquella otra cosa, otras tantas saca el orinal fuera de la mesilla y, mirándose en él, dice que es la sabia Sibilla, y se contempla complacida en el cristal o en la orina. Por donde el director del hospital, que es persona de ingenio y saber, ha formado, a partir de la causa de su enfermedad, estas armas o esta divisa, con la intención de señalar con acierto a los gentileshombres forasteros que vienen a visitar esta parte del hospital, a través de la mata de ortigas punzantes y del lema *in puncto vulnus*, que así como la ortiga, a poco que se la toque, al punto pica y escuece, también esta matrona, apenas cayó sobre la piedra, fue alcanzada por una herida cruel en el cerebro, de modo que ahora pena y sufre ahí dentro de esta triste manera que se ve.

La cámara que viene a continuación, donde por encima de la puerta veis a una taciturna y afligida que, con los ojos bajos y toda despeinada contempla la tierra sin jamás volver la cara hacia arriba, sino que, al contrario, con la mirada inclinada tiene la vista tan fijada abajo que se diría que sus luces están concentradas con la misma tierra, es Marzia Cornelia, del país de los ínsubros, que desde niña ha sufrido los humores melancólicos, aunque la veis así, tan salvaje en el aspecto y en el semblante extremo. Y entre los humores que atormentan a menudo su imaginación es verdaderamente cruel el siguiente: que muchas veces piensa que se ha convertido en gusano de seda y no hace otra cosa que rumiar hojas de morera, afirmando que así puede mantenerse viva. Ved que también las armas o el lema que el director ha puesto en su puerta se corresponden con su enfermedad, pues la divisa es, en efecto, un capullo de gusano de seda con caballero dentro, y a un lado un ramito de morera con estas palabras por lema: *Et mihi vitam et aliis decus*.

Pero asomaos, por favor, un poco más allá y mirad

esa otra celda que tiene la puerta abierta, donde aquella que tiene el acerico aparte y la cestita con la aguja y la seda para coser, olvidando el verdadero trabajo, está traspasando, aguja en mano, moscas y arañas en vez de trabajar en tela. Tiene por nombre Marina de' Volsci, y está tan ida y descuidada que en vez de atender los asuntos graves se pasa todo el día en bagatelas y naderías. El director le ha asignado por divisa aquel viejo que se dedica a perseguir mariposas, con un lema muy apropiado: *Quo gravior eo segnior*.

La cuarta celda que viene a continuación, si miráis bien (porque tiene la puerta abierta de par en par), está hecha a guisa de figón, donde yace postrada una mujer con la cabellera suelta, un tirso en la mano y un timbal, instrumento que se toca en las fiestas del dios Baco. Es una de aquellas Ménades antiguas, llamadas por algunos báquicas o bacantes y por otros Estimelas, porque están estimuladas por el furor de Lieo; ésta de aquí, llamada Teronia Elvezia, con la cabeza empapada de greco y de treviano, no hace otra cosa sino girar en torno agitando el tirso y tocando el timbal, con toda suerte de muestras de alegría. Y al final, embriagada, se tiende sobre el desnudo suelo tal como se la encuentra. Por eso se le ha asignado una divisa con un lema acorde con su embriaguez, a saber, una urraca con un bocado de sopa en la boca y estas palabras debajo: *Hinc silens, hinc loquax*.

Aquella otra que veis en la celda de abajo, que toma, para la rueca y el huso, un candil que asciende cuando es mediodía y el Sol ilumina con sus rayos todo el hemisferio, es una demente desmemoriada que no recuerda para nada qué es lo que tiene que hacer. Se llama Orbilia Beneventana. Las armas y el lema son muy adecuados a su locura, pues la divisa es una topa, animal ciego por naturaleza, con el lema: *Haec oculis haec mente*.

Ésta otra, también infeliz y miserable, que apenas ha visto que miraban su celda se ha escondido detrás de aquel cántaro y se ha echado la colcha y la almohada encima, es una mujercita a la que todos llaman Lucietta da Sutri. Anda tan perdida en sus acciones que a veces va a encender fuego y, al sentir el soplido del fuelle, se echa tres pasos atrás por miedo de este soplo. No se le puede quitar esta idea de la cabeza, aunque los médicos han probado mil remedios para curarla. Por eso se han puesto, muy adecuadamente, sobre la puerta, armas que representan un conejo que cava la tierra, con el lema: *Huic fuga salus*, porque, al modo de los conejos, nunca se siente segura si no es escondiéndose de la manera que habéis visto.

¡Ah! No os perdáis la ocasión de hablar con aquella vestida de griseta y una red tan grande que se lo echa a las espaldas, si queréis escuchar a una bobalicona de primera clase. Es Menega da Valtolina (hija de Rognazzo Panada y de su mujer Matia). La hicieron creer que una vez una vaca, haciendo el amor con un renacuajo que tuvo piedad de ella, no sabiendo que hacer para contentarla, se dejó englutir un día mientras ella bebía agua en el río; y nadando allá dentro, llegó hasta el remanso donde las vacas conciben y, orinando en él, hizo que al cabo de tres años pariera un animal que tenía las patas de rana y todo el resto de buey manchado, como los de

Hungría. El director, viendo que es tonta de capirote y de mente obtusa, ha puesto en su celda las armas que veis, a saber, un búfalo con el gancho en la nariz y el lema: *Quocumque rapior*, porque no hay tal vez armas más conformes y convenientes a su locura que éstas.

En aquella otra celda que veis, hay una cierta infeliz, de cerebro tan simplón y vacío como jamás se ha visto en el mundo. Responde al nombre de Orsolina Capoana. Tiene esta condición, que si le pides que barra la casa, se pone a cortarse las uñas y llegará la noche sin que haya concluido la tarea. Algunas veces que la mandaron hacer la colada, se puso en la esquina de la pila y estuvo soplando durante tres horas como una locuela. Con tales acciones, ya nadie se fía de ella, porque si le dices que vacíe el orinal puedes estar seguro de que, como los niños con las agallas y con mil otras bromas, estará dando vueltas dos horas y al fin volverá con la mesilla vacía o con el orinal roto y despedazado, porque es así de simple y necia. No tiene, pues, nada de extraño que el director del hospital haya puesto en su puerta como divisa una mariposa, con un lema que dice en español: "Ni más ni menos", porque del mismo modo que no hay animal más simple que la mariposa, que gira y gira hasta quemarse las alas, así tampoco hay simpleza que pueda compararse con la de ésta.

Parece competir con la anterior otra palurda y simple, que se olvida del huso mientras tiene la rueca al lado; y entonces, estupefacta y con los ojos fuera de las órbitas, os mira como si jamás hubiera visto un hombre en el mundo. Tiene por nombre Tadia da Pozzuelo y, entre otras muchas estupideces, se hizo famosa la siguiente: que un día el director del hospital le pidió que fuera a buscar un poco de agua del pozo para la comida; pero, en lugar de coger un cazo, la muy simple echó mano a la olla de la sopa, donde estaban las verduras ya cocidas, y llevó a la mesa aquel caldo aguado que repartió entre todos los presentes, con pasmo, regocijo y diversión no pequeños. Por eso se le ha concedido la divisa que veis, esto es, un ganso encima de un seto, con el lema: *Frustrator*, queriendo dar a entender que del mismo modo que el ganso es un animal más estúpido que todos los demás, porque es incapaz de remontar en su vuelo un seto, del mismo modo ésta actúa en cuanto emprende a tontas y locas, porque no lleva a cabo ninguna acción como se debe.

De esa misma nidada parece ser aquella tontorrón y sandia Margherita de Bolonia, que vive en aquella celda de más abajo. Si no hubiera ningún otro signo o vestigio de su simpleza en el mundo, sería más que suficiente lo siguiente: que un día, que cierta señora la mandó ir al banco de los judíos con el recado de que le alquilaran algunos brazaletes y pendientes de los que suelen llevarse en carnaval, llegó al cofrecito de su dueña, cogió un par de brazaletes que tenía en una cajita y algunos hermosos pendientes y se los llevó al judío, diciendo que tal señora, su ama, le enviaba aquellas cosas para empeñarlas; y acabada la expedición tornó donde su señora, toda feliz y contenta por aquella gran simpleza que era lo único que le faltaba. Y durante mucho tiempo no hubo otro motivo de conversación en aquella casa. Ved, pues,

cómo el director le ha puesto, adecuadamente, un búho por divisa, con el lema: *Ipse ego et ego ipse*.

He aquí, en la celda siguiente, aquella infeliz de Lucilla da Camerino, loca depravada cuanto pueda decirse. Y, para confirmación, mirad el vaso que tiene en la mano. Está lleno de agua de nuez, que torna la piel negra como el carbón. Pues bien, ésta, a mitad del día, se tiñe todo el cuerpo y, desnuda, se va acercando a las mujeres de la familia del director cuando están preparando la comida del mediodía. Entonces, todas ellas, espantadas al ver una cosa tan horrible, escapan y dejan la mesa como presa de esta loba que, sin la menor consideración, repite esta broma casi a diario a las niñas, las criadas y toda la casa. Tiene, por tanto, sobre la celda la divisa que le conviene en todo, a saber, un rabo de zorra que barre una habitación, con el lema en francés: *Par ma foy que liet tan bien*.

No os digo nada de aquella otra demente despechada llamada Flavia Drusila. Vedla allá, con aquel cachorri- llo; lo peina y lo lava con todo el cariño, pero al poco, cuando le llama por el nombre de Fiorino, si no acude, le asaltará una tal furia que por despecho querrá ahorcarlo o convertirlo en gelatina. Tiene por costumbre que por muy pequeñas cosas le entra un tal despecho que ni la maldita Gabrina ni la mujer de Pinabello podrían resistirla. Si no hubiera más, bastaría con ésta, solemnísima, que ocurrió el otro día: que mientras hacía la colada, le saltó un poco de lejía en un ojo, como acontece, a veces, por desgracia; entonces esta loca despechada cogió el barreño de la colada y lo arrojó contra la pared, desbaratándolo todo, y llevó toda la ropa (que había lavado y puesto en lejía) a un río que corre por allí cerca y la arrojó a la corriente; y se hubiera perdido todo de no ser porque una sirvienta juiciosa corrió a decirlo en casa y se enviaron criados hacia la parte inferior, con pértigas, para recuperar lo que se pudiera. A partir de este caso, el director hizo que un pintor amigo suyo pusiera sobre su celda una divisa, que representa un castor que se arranca sus propios genitales, con el lema: *Ulcisci haud melius*, que muestra claramente la despechada locura de esta bestia.

Mirad aquella otra girafa sobre la puerta, que no hace sino reír convulsivamente y que por cualquier cosa que ve u oye abre de par en par la boca como si fuera la de un horno. Se llama Domicilla Feronia y tiene un marido que se aviene con ella a la perfección en su misma locura. Como toda su materia se reduce a reír estrepitosamente, el director ha hecho poner en su puerta una lechuza sobre un látigo, porque este animal es capaz de arrancar la risa a las mismas piedras, con el lema: *Haec alis et mihi alii*, porque así declara egregiamente la fatuidad de quien no es sino un sacco vacío de juicio y lleno de toda clase de material de derribo.

No sé si alcanzáis a ver a la que está sentada a la puerta, en aquel sillón que sobresale, con un vestido cuya parte inferior gira más que la cola de un pavo real. Se llama Tarquinia Venerea, y es la cosa más fantástica que pueda imaginarse en el mundo. Lo evidencia lo siguiente: que un día, explicando a algunos gentileshombres su alcurnia, aunque en realidad no se remonta a más dos-

cientos años, la hizo ascender hasta la reina Saba, y en prueba de ello mostró una perla y un diamante, de tasa y valor ordinarios, que, según ella afirmaba, habría regalado el gran rey Salomón a la reina cuando partió de su corte. Y ponía todo su empeño que todos admitieran que aquellas gemas habían llegado finalmente hasta ella por herencia. Más lejos aún fue en cierta ocasión, cuando declaró a ciertos señores que habían ido a visitarla que en su casa se conservaban todavía un par de calzones de tafetán que habían pertenecido al marido consorte de aquella reina su pariente. Por tanto, el director, al advertir la locura de esa simple, acomodando las armas a su genio, le ha puesto por divisa, en la celda, la imagen del Tiempo al modo como lo describen los poetas, esto es, como un dragón que se devora la cola, con un lema adecuado que reza: *Sola aeternitate victa*.

Pero hacedme, os ruego, este favor: mirad bien a la que viene a continuación, llamada Andronica Rodiana. Tenedla también por loca sumamente astuta, porque finge haber perdido la cabeza para pasarlo bien. Y se descubre en lo siguiente: en que de vez en cuando va al gallinero y se acuecla en el nidal gritando “co co co” para demostrar que ha puesto un huevo; pero si vas por él, no cacarea ni bate las alas ni alborota como hacen las gallinas sino que con un buen garrote en la mano intenta mantenerte alejado del gallinero. De ahí que, advirtiendo el director estos manejos, la haya descrito como loca fingida y haya puesto sobre su celda aquel cuadro del Engaño con una balanza que no se mantiene en el fiel y un lema que dice: *Ars fortunae salus*, porque con estas artes ella se lo pasa siempre estupendamente.

Se llama Livia Veletri aquella otra que veis que desde la ventana mira la Luna, porque unas veces se encuentra tranquila y sosegada –como si jamás hubiera experimentados los influjos de la locura- pero otras pasa al extremo opuesto y se muestra tan irritada por esta pasión que sólo con una larga observación ha podido descubrirse que es lunática. Ayer la oías hablar y razonar como una Palas y hoy, si se le pregunta algo, no tiene su cabeza un instante de reposo y se va por los cerros de Úbeda, porque la Luna está en menguante y así hace que mengüe su cerebro. Ved, pues, sus armas y el lema apropiados a la materia, porque las armas son un cangrejo que mira la luz de la luna y el lema está formado por estas palabras: *Nunc in pleno, nunc in vacuo*.

La bella Marzia Sempronina es aquella a quien sus parientes han encerrado en la celda que sigue, que tiene pintado sobre la puerta un Cupido alado con la antorcha en la mano y el lema: *Desperata salus*, porque, inflamada por las llamas del amor, enloqueció, hace unos pocos años, de amor por un cierto Quincio Rutilio. Y no sabiendo qué don enviar al ingrato joven para suavizar su arrogancia, con una aguja se pinchó una vena y le envió, en una copa de oro, una libra de su propia sangre, con un billete que decía: “Si las cosas humanas aprovechan a las fieras”. Cuando uno de sus hermanos descubrió por casualidad el presente, la acometió una grandísima tribulación y tras insultos e injurias, se hundió en un grado desesperado de locura amorosa, llegada al cual sus parientes, con escasa caridad, la han confinado en el lugar que veis.

Es compañera suya, aunque con otro género de locura, ésta otra que ha preparado aquel cabezal atado al gancho de hierro, pues a pesar de que tiene un nombre de feliz augurio –se llama Mansueta Britannia-, los hechos son del todo contrarios porque, como loca desesperada, por tres veces se ha puesto aquel cabezal al cuello para salir de esta vida, aunque siempre ha venido alguien en su ayuda. A ningún precio han conseguido los médicos curarla de esta desesperación, porque se deja dominar demasiado por la pasión, conducta tanto menos excusable cuanto que a veces quiere ahorcarse por naderías. El otro día, por ejemplo, preparó aquel lazo que aquí veis, solamente porque le habían quitado una aguja y no podía coser un botoncito como quería. Las armas y el lema indican su desesperación extrema, porque las armas son un tronco de ciprés que, una vez cortado, nunca reverdece, y el lema: *Semel mortua quiescam*.

¿Quién no dirá que Ortensia Quintilia, la que habita un poco más abajo, es hermana de Ortensio da Bérghamo o da Sarmi, pues está tan rematadamente loca como él? Porque, cuando no puede salirse con la suya, se pelea con todo el mundo. En prueba de la verdad de lo que digo, tiene un entendimiento tan de chorlito y un cerebro tan maltrecho que cierto día, sentada ociosa junto al fuego y dando con una horquilla en las brasas, se sentía toda contenta al ver saltar todas aquellas chispitas por las que los niños, con risa de sus padres, piden escudos y cequíes. Pero cuando luego, al espumar la olla, cayó un poco de caldo sobre los tizones, se le fue todo el placer a la demente, pues le acometió una tan grande irritación que, enfurecida, agarró un tizón por una punta y corrió detrás de la criada por toda la vecindad gritando: “Dadle, dadle, a la holgazana”. Cuando más tarde, por las palabras de la criada y los de casa, se averiguó la verdad de lo ocurrido, y yendo ella, como sucede en estos casos, de mal en peor, los suyos la obligaron a venir aquí, donde el director del hospital, detalladamente informado de sus humores, compuso las armas que allí veis y las colocó sobre su celda, que no son sino un peral sin madurar alcanzado por una gran tormenta de granizo, con el lema: *Actum est*. Todo lo cual concuerda a la perfección con la locura de esta mujer, totalmente desahuciada.

Pero alegraos un poco y dilatad los espíritus interiores contemplando aquella bufona de Terenzia Sannite, que por sus gestos, palabras, conducta e ingenio se diría que es hermana de Boccafresca o hija de Gonella. En prueba de lo que digo, el otro día montó una escena. Convocada delante de su celda casi toda la familia del director y acudiendo todos en tropel para ver qué salida se le había ocurrido ahora, formando corro alrededor muchas personas, mientras esperaban algún razonamiento o discurso como solía hacer, esta vez (no, con todo, sin risas) hizo mil gestos con manos y ojos, ora a un lado ora al otro, dando a entender siempre que iba a empezar de inmediato. Y, al fin, soltando un grandísimo eructo de puerca, dijo que sólo los había congregado para que un eructo tan gentil fuera honrado por tan gran compañía como aquélla. Le sienta, pues, a la perfección la divisa pintada sobre la celda, que representa una cabeza de Zani con un calzón tedesco en la nariz,

y con un lema en alemán italianizado: *Chesta stare bone compagne*.

Tiene un humor dulcísimo, alegre y jovial, Quinzia Emilia, nacida para solaz y recreo de todas las personas. Se encuentra en la celda de más abajo y hay a su vera tres gentileshombres a los que entretiene de admirable modo con su conversación. Hace poco, preguntándola uno de éstos en qué tiempo están las mujeres más locas, respondió con agudo ingenio: “Cuando vosotros, los hombres, les dais espacio para enloquecer”. A un otro que la preguntaba: “¿A qué se debe que la naturaleza haya hecho a las mujeres con tan poco cerebro?”, chistosamente replicó que, dada la verdad de la proposición, la razón era evidente: porque la naturaleza ha actuado como mujer que es. Le cuadra bien la divisa que tiene asignada, un Júpiter en trono de oro, en medio del cielo, con el lema del poeta: *Iovis omnia plena*.

Ved allí a la extravagante y caprichosa Erminia Boema que, por una castaña cocida, puso anteayer toda la casa patas arriba, y ahora se las da a quien las quiere y a quien no las quiere. Otro día, por una pera seca, estuvo regañando durante más de una hora a su vecina Marietta, y luego, en un abrir y cerrar de ojos, hizo las paces. Tiene mercedamente sobre su puerta como divisa un pavo, que en un instante se encrespa y al instante siguiente se aquieta, con el lema: *Tanto lenis quanto propera*.

Aquella otra, después, que está atada a la cama, es una demente brutal, llamada Giacomina da Pianzipane. El otro día tuvo la bella ocurrencia de que, al acercársele un muchacho para vaciarle la mesilla de noche de sus necesidades, agarró el orinal y le golpeó con tal saña en la cabeza que el pobrecillo ha estado más de tres días que no era él. No fue menos notable la que hizo el otro día, que dando con un asno que por casualidad se había colado dentro, con dos cestones llenos de huevos a los flancos, cogió un rodillo de los de amasar la harina y lo persiguió con tal encono que le hizo caer dentro de aquella zanja que sirve de basurero de este hospital, donde el pobre animal se empantanó con toda la carga y rompió huevos y cestas y, además, arremetió contra su dueño, que venía tras él; y de no haberse apartado a tiempo no hay duda de que habría hecho con su cabeza una buena tortilla. Así, pues, el director, considerando el brutal humor de esta demente, ha hecho pintar en su celda a Megera desmelenada, con un lema que dice: *Accensa nil dirius*.

Advertid bien, más abajo, aquella de tan pensativo aspecto que mira hacia la murallas, con todo el pensamiento fijo en ellas. Se llama Lavinia Etolia y es una loca extravagante y desatinada. Lo sé porque hace poco escribió una carta a una princesa importante, con un encabezamiento parecido al que escribieron los de S. Marino de Romaña a la Señoría de Venecia, en el que decían: “A nuestra amada y carísima hermana, la República de Venecia”, porque los de S. Marino, aunque casi todos son labriegos, viven en su república como señores venecianos. En la carta pedía que le hiciera el favor de venir a visitarla con todas sus doncellas y a pasar ocho días con ella, que aderezaría un palacio de Cleopatra y que, entre otras delicias, le regalaría un testículo de castor (no como

el que compró un amigo mío, piacentino, a un pícaro, en la ciudad de Tréveris, un tanto estropeado), que serviría para perfumar hasta el caldo de las berzas, tan único y precioso era; y a las doncellas les daría como regalo a cada una un grillo de Indias, que despierta a las personas, sin necesidad de reloj, a la hora que desean. Sobre esta demente fantástica se ha colocado la divisa que veis, que es la imagen de una Medusa monstruosa, con el lema: *Extrema peto*, porque verdaderamente sus humores son monstruosos y extremados.

Después de ésta viene otra loca, de tal condición que en todas las cosas descubre aspectos burlescos. Se llama Calidonia da Eppi. Jamás se contiene ni se recata y unas veces se burla de éstas, otras escarnece a aquélla otra, y para remachar el clavo, vuelve a casa o con la cara toda arañada con las trenzas deshechas y con el rostro desbaratado, porque éstos son los postres que de ordinario le ocurren tras la comida. Por su divisa, que es una gallina pelada, con el lema *Quid nostra prosunt*, se conoce, al punto, de qué pie cojea.

Aquella de más abajo, llamada Cecilia Venusia, es una demente desmedida, siempre dispuesta a las bufonadas. No hay mayor coqueta que ella, de suerte que siempre tiene a su alrededor un corro de mujeres que, sin su compañía, están como perdidas y verdaderamente muertas. Con sus ocurrencias, con sus diversas fábulas y disparates, con sus mil cuentos y anécdotas, mucho más divertidos que los de Straparola, con su parloteo de papagayo, ha traído aquí dentro una alegría que expulsa todos los humores melancólicos y salvajes. Por eso veis bien que su divisa es una guirnalda de taberna sobre una lanza, con el lema: *Undique risus*, porque a nadie le sientan mejor que a ella esta divisa y este lema.

Viene a continuación Armolia Filisca, de mente desenfadada como un caballo, licenciosa en todos sus actos, desbocada en todas sus palabras, que con desconsiderada libertad disparata contra todo el mundo. Como hizo el otro día que, viendo un gran grupo de gentiles señoras venir de una fiesta, hizo notar que la aguja no estaba colocada como era debido en la seda de adorno de la cabeza de una de ellas. Su divisa

es un ronزال de caballo, con el lema: *Nil satius*, porque es muy conocida por esa locura temeraria que anida en ella.

Esta penúltima celda es la Laurenzia Giglia, en todas sus cosas demente obstinada como un mulo. Se descubre claramente su obstinación en lo que sigue: hace pocos días, cuando los suyos la llamaron, porque estaba en la ventana hablando con no sé quién, aunque ya se había levantado, tornó a sentarse; y como volvieron a llamarla, se retiró dentro y reapareció de nuevo; y ni el viento y una fortísima lluvia con granizo y piedras del tamaño de un huevo pudieron hacer que abandonara el lugar, dispuesta como estaba a vencer en la batalla contra el cielo y la tierra. Por esto, con mucha razón se le ha asignado como divisa un yunque martillado y el lema: *Nec ictibus scissa*, con lo que se significa abiertamente la extremada obstinación que lleva en la cabeza.

Pero la que pone la guinda al grupo, la que culmina el desbarajuste, la que da el último toque a la fiesta como es debido es Ostilia Mutinense, hermana de Merlín e hija de Calcabrino, mujer poseída por los espíritus, diabólica y llena de toda malicia. Esta demente endemoniada es tan singular y malévola que no hay pluma en el mundo que pueda describir como es debido su naturaleza perversa, inicua y abominable. Es, de entre todas, la única que no tiene lema ni imagen alguna porque ni Gabrina, con su despecho, ni Circe, con sus diabólicas maldades, ni ningún otro de los monstruos conmemorados por los antiguos podría representar dignamente las extrañas y enormes propiedades de ésta. Tan es así, distinguidos espectadores, que llego a la conclusión de que os será mejor no acercaros bajo ningún concepto a su celda, porque si advierte vuestra presencia dad por hecho que, a modo de una Alcina, os transformará a todos en bestias, en serpientes o en piedras y, en vez de haber entrado en un manicomio, os encontraréis en aquel palacio donde la pésima hechicera transforma a los hombres en asnos. Y esto es lo que de ella obtendríais como ganancia.

Cerremos, pues, las puertas del hospital y salid con paso ligero, porque con lo que habéis visto basta y sobra ■