

VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRÍA

73



EDUCACIÓN EN PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

*Beker / Bernabó / Buraschi J. / Buraschi M. / Castro Bourdichon
Cimadoro / Duro / Olcese / Pausa / Pérez De Nucci
Perrier de Benedetti / Quintana / Ricón / Roma / Yanco*

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

Volumen XVIII - N° 73 Mayo - Junio 2007

VERTEX

73

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, I. Vegg, H. Vezzetti, L. M. Zieher, P. Zöpke. **AUSTRIA:** P. Berner. **BÉLGICA:** J. Mendlewicz. **BRASIL:** J. Forbes, J. Mari. **CANADA:** 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. Noël, J. Postel, S. Resnik, B. Samuel-Lajeunesse, T. Tremine, E. Zarifian. **ITALIA:** F. Rotelli, J. Pérez. **PERU:** M. Hernández. **SUECIA:** L. Jacobsson. **URUGUAY:** A. Lista, E. Probst.

Comité Editorial

Martín Agrest, Norberto Aldo Conti, Pablo Gabay, Gabriela Silvia Jufe, Eduardo Leiderman, Santiago Levin, Daniel Matusevich, Alexis Mussa, Martín Nemirovsky, 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). **CORDOBA:** C. Curtó, J. L. Fitó, A. Sassatelli. **CHUBUT:** J. L. Tuñón. **ENTRE RIOS:** 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. **RIO 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. **TUCUMAN:** 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.

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

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

Diseño
Ruff's Graph
ruff@speedy.com.ar

Impreso en:
Sol Print. Aráoz de Lamadrid 1920. Buenos Aires

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

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XVIII N° 73, MAYO – JUNIO 2007

Todos los derechos reservados. © Copyright by VERTEX.

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

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

SUMARIO

Vertex
*Revista Argentina de
Psiquiatría*

Aparición
bimestral

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

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

*Ilustración de tapa
Carlos Porley
"Lago de regatas "*
100 cm x 100 cm
pint. acrílico sobre placa
2005

mail: carlosporley@yahoo.com.ar

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

- Episodio Depresivo Mayor psicótico: síntomas distintivos en hombres y mujeres, M. Suárez Richards y otros pág. 165
- Estudio de los rendimientos cognitivos en pacientes esquizofrénicos (forma paranoide vs residual), C. Dillon y otros pág. 170

DOSSIER

EDUCACION EN PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

- Residencias de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires. Dilemas y avances en su construcción, D. Yanco y V. Roma pág. 179
- Algunos principios de la enseñanza de la salud mental en los estudios de grado y post-grado de las carreras de medicina, psicología y disciplinas conexas, L. Rincón pág. 187
- El Curso de Psiquiatría del Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba. Orígenes e historia, R. M. Castro Bourdichon pág. 193
- La educación médica basada en las competencias, J. G. Bernabó y otros pág. 200
- Ética, Inequidad, Pobreza y Derechos Humanos en Psiquiatría, A. M. Pérez De Nucci pág. 207
- Trabajo en equipo para la enseñanza de la materia Salud Mental en la formación médica, C. Perrier de Benedetti y otros pág. 215

EL RESCATE Y LA MEMORIA

- Los cuidados de la salud mental en la República Argentina
Federación Argentina de Psiquiatras (Cap. Fed.) pág. 221

CONFRONTACIONES

- El proceso de reforma en una institución asilar: la experiencia de tres años de gestión en la colonia nacional "Dr. Manuel A. Montes de Coca" J. Rossetto, M. de Lellis pág. 225

LECTURAS

pág. 239

SEÑALES

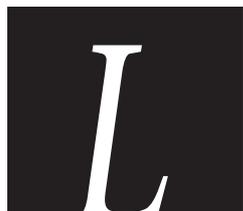
pág. 240

VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSICOANÁLISIS
REVISTA ARGENTINA DE PSICOANÁLISIS

73

EDITORIAL



a lectura, al pasar, de una frase del poeta y narrador tucumano, recientemente fallecido, Juan José Hernández (1931-2007), nos detuvo instantáneamente: “Hasta las verdades científicas expresadas en lenguaje matemático necesitan de la aprobación del poder para subsistir”. No es que esa idea sea nueva, ni en la epistemología contemporánea ni en la literatura -recuérdese a Alicia dialogando en el País de las maravillas con el rey de naipes acerca del poder y las palabras-. Sin embargo, dicha así, con la contundente simplicidad que puede inventar un literato, pareciera tener más fuerza, ser más evidente, más irrefutable. Veámosla más en detalle. El personaje principal de la frase es el poder; omnímodo, ubicuo, se enseñorea de todo y se erige, para Hernández, en el determinante de la realidad. Hasta allí la afirmación puede competerle a cualquiera. Todos somos alcanzados, aprobados o desaprobados por él. Pero, lo que nos llamó más la atención fue el ejemplo: “...las verdades científicas expresadas matemáticamente...”. Hernández las pone como el non plus ultra del alcance de su afirmación. Ellas que parecerían al abrigo de todo otro factor que no sea la pureza del método, la neutralidad y la exactitud del razonamiento, también sólo pueden sobrevivir y difundirse si atraviesan la aduana del poder. La archiconocida experiencia de Galileo viene a la memoria. Y por qué no Semmelweis o Freud dirán muchos. No cabe duda de que el escritor rescata un aserto del que la historia de la ciencia está colmado de casos. Pero entonces ¿cómo es que en el quehacer cotidiano de los hombres, en particular el de los hombres dedicados a tareas que se apoyan en aseveraciones científicas, esto no está incluido con más naturalidad? ¿Cuál es la capacidad crítica con la que se reciben, repiten y aplican los conocimientos en actividades como la que ocupa a los médicos, en general, y a los psiquiatras en particular? ¿Es que nos detenemos a considerar antes de incorporar a nuestros conocimientos, con los que vamos después a ir a operar en nuestras prácticas, esa variable? El poder es un concepto abstracto pero se encarna en agentes concretos y se expresa, por esa vía, de múltiples maneras. Los métodos de confección de las nosografías contemporáneas, las condiciones de trabajo que se imponen en las instituciones privadas seleccionando los conocimientos y las técnicas de tratamiento en función de la organización y la rentabilidad de las mismas, las modas y saberes de prestigio emanados de centros de investigación de los países centrales que se repiten y multiplican en todo el orbe, las influencias de la industria farmacéutica en los modelos de investigación y en la publicación de resultados de la investigación clínica, la profusión de información pagada y tendenciosa en los medios masivos de comunicación que refuerza la tendencia a la medicalización de la vida cotidiana, son algunos de los ejemplos más conspicuos de las maneras en que los factores de poder modelan la agenda, y las cabezas, de los profesionales y del público para orientar las prácticas en psiquiatría hoy. Si bien no se puede estar fuera de la cultura de la época, sería esperable que quienes utilizan herramientas tecno-científicas estén conscientes y alertas acerca de la manera en que aceptan e incorporan datos que fundamentan su accionar cotidiano como especialistas. El pensamiento crítico, frecuentemente rara avis en estos menesteres, es la herramienta para prevenir tantas artimañas “caza-bobos” como las que filtran con ropaje científico los intereses de los dueños del poder. La salud de nuestros pacientes está en juego, la coherencia ética de nuestras acciones también. Soslayándolas, finalmente, como en el cuento del cazador cazado, terminamos enredados en nuestro propio malestar.

J. C. Stagnaro

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

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

TEMAS DE LOS DOSSIERS DEL AÑO 2007

*Vertex 71 / Enero – Febrero
PREJUICIO Y ESTIGMA
EN PSIQUIATRÍA*

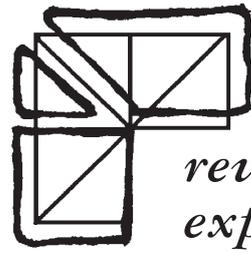
*Vertex 72 / Marzo – Abril
CALIDAD DE VIDA
EN SALUD MENTAL*

*Vertex 73 / Mayo – Junio
EDUCACIÓN EN PSIQUIATRÍA
Y SALUD MENTAL*

*Vertex 74 / Julio – Agosto
SUEÑO/SUEÑOS*

*Vertex 75 / Septiembre – Octubre
BIOÉTICA EN PSIQUIATRÍA*

*Vertex 76 / Noviembre – Diciembre
LAS CLÍNICAS GERIÁTRICAS*



revista de
experiencias
clínicas y neurociencias



Episodio Depresivo Mayor psicótico: síntomas distintivos en hombres y mujeres

Manuel Suárez Richards

Profesor Titular, Cátedra de Psiquiatría y Director del PEPyC (Programa de Estudios Psiquiátricos y Cognitivos), Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de La Plata. E-mail: msuarezr@atlas.med.unlp.edu.ar

Mariana Garay

Docente, Cátedra de Psiquiatría, PEPyC, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de La Plata.

María Inés Urrutia

Ingeniera, Bioestadística, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de La Plata.

Cora Lugercho

Docente, Cátedra de Psiquiatría, PEPyC, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de La Plata.

Verónica Ruíz

Docente, Cátedra de Psiquiatría, PEPyC, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de La Plata. Alumnos de la carrera de Psicología. Departamento de Investigaciones. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad de Palermo.

1. Introducción

En la práctica clínica existe consenso acerca de que los trastornos del humor con evolución psicótica y la esquizofrenia, son cuadros diferentes, pero que, en sus primeros estadios o en una observación vertical, esta diferenciación puede resultar, en muchos casos, dificultosa. Esta cuestión es palpable para los psiquiatras quienes se confrontan con ella cuando tienen que diferenciar la manía o la manía mixta con cuadros psicóticos incongruentes con

el estado de ánimo (1). Lo mencionado es frecuente en la asistencia psiquiátrica, que puede convertir a estos pacientes en casos arduos para tratar y que están, frecuentemente, asociados a un pronóstico pobre. Los pacientes con diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor (TDM) en algunas oportunidades tienen síntomas psicóticos claros (alucinaciones y delirios). En la población general de cinco países europeos hallaron (13), que el 2.4% de los sujetos estudiados tuvieron criterios para Depresión Mayor (DM) Unipolar, de los cuales cerca del 19% tuvieron cuadros psi-

Resumen

Frecuentemente los pacientes con Episodio Depresivo Psicótico no son tan obvios como sucede con otros pacientes, como la esquizofrenia, lo que acarrea dificultades para realizar el diagnóstico. Los resultados hallados (n= 48) con alta frecuencia en este estudio, fueron el estado depresivo (P= 0.009), los síntomas somáticos (P= 0.002) (HAM-D), que muestran las diferencias de estas depresiones ya que los síntomas corporales tuvieron características predominantes. Los síntomas psicóticos sobresalientes fueron la suspicacia y el contenido inusual del pensamiento (BPRS). Ambos géneros presentaron síntomas característicos, en mujeres depresión y síntomas somáticos y en el varón la disfunción psicomotora que llevó a la lentificación. Es, entonces conveniente, tener presentes los síntomas señalados ya que pueden colaborar para realizar el diagnóstico diferencial.

Palabras clave: Depresión - Psicosis - Humor depresivo - Corporalidad - Autorreferencia.

PSYCHOTIC MAJOR DEPRESSIVE EPISODEY: TARGET SYMPTOMS IN MALES AND FEMALES

Summary

Frequently Major Depressive Episodes in patients with psychotic features are not obvious as in other patients with psychotic disorders, such the schizophrenia, that makes difficult to carry out the diagnosis. The results (n= 48) show bigger occurrence of depressed mood, somatic symptoms and decreased motor activity (HAM-D), and show differences in depression when the corporal disorder take characteristic predominant. Psychotic symptoms was suspiciousness and unusual thought content (BPRS). Both gender had characteristic symptoms, women: depression and somatic symptoms, male: (retardation) slow in work and activities, that take to the slowness. It is convenient have present the consigned symptoms, that could collaborate in the differential diagnosis.

Key words: Depression - Psychosis - Depressive mood.

cóticos, concluyendo que hay un 0.4% de prevalencia de DM con cuadro psicótico; considerando que el Episodio Depresivo Mayor (EDM) con síntomas psicóticos es relativamente frecuente en la población general, afectando a cuatro de cada 1000 personas. En un estudio (*Epidemiologic Catchment Area Study*) se encontró que la prevalencia por vida de los síntomas psicóticos en pacientes con EDM fue del 14% (0.6% de prevalencia de vida de EDM con cuadro psicótico) (10); en otra observación realizada en la población general reflejó que el 18.5% de los pacientes que habían tenido un EDM tuvo un cuadro psicótico (19). Entre la Depresión Mayor psicótica (DMP) y la Depresión Mayor no psicótica (DMNP) habría diferencias de síntomas, en el curso, en el patrón familiar, en las capacidades cognitivas y en el cuadro biológico (16). Asimismo, la DMP tiene episodios de duración más largos (6), recurrencia depresiva (2,11), la depresión es más severa (7) y aparece una mortalidad más alta que las DMNP (18). De igual forma, los síntomas de retardo psicomotor y cognitivos son más severos (15). Para Parker et al (14) ambos tipos de depresiones se diferencian por el disturbo psicomotor y, además, por el contenido depresivo y la variación diurna; hay otros síntomas que han sido informados como más intensos en la DMP que incluyen, humor depresivo, paranoia, hipocondriasis y ansiedad. Sin embargo el soporte empírico que avala esto es menos robusto y menos consistente que los datos que sostienen los trastornos en la psicomotricidad y la culpa. Con frecuencia los cuadros psicóticos de los pacientes con DMP no son tan obvios como en otros pacientes con trastornos psicóticos, tal la esquizofrenia, lo que hace más difícil realizar el diagnóstico. Los síntomas psicóticos pueden estar encubiertos por otros síntomas depresivos prominentes, como son los trastornos psicomotores (14); si se considera, además, que estos cuadros se observan generalmente a edades tempranas es esencial hacer el diagnóstico diferencial, ya que puede provocar errores de diagnóstico. Incluso los familiares tienen dificultades para reconocer esos síntomas psicóticos (8), de allí el énfasis en la utilización de instrumentos estandarizados para evitar el error diagnóstico y el posterior tratamiento equivocado. El propósito de este estudio fue replicar las investigaciones previas y la provisión de detalles adicionales acerca de las características de éstos trastornos psicóticos.

2. Método

2.1 Participantes

Los pacientes fueron reclutados de consultorio externo habilitado de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de La Plata. Un total de 348 pacientes (258 mujeres y 90 varones) con EDM fueron observados en el presente estudio, de ellos 48 (13.8%) (36 mujeres y 12 varones) tuvieron criterios para ingresar al diagnóstico de Episodio Depresivo Mayor Psicótico (EDMP) con cuadro incongruente con el estado de ánimo; con una edad media de 35.5 años ($ds = 15.3$). El 75% de los estudiados fueron mujeres, con una edad media de 32.3 ($ds = 15.9$) y para varones una media de 26.3 años ($ds = 7.1$). No hubo diferencias significativas (N/S) en las edades entre hombres y mujeres ($P = 0,24$). Todos los pacientes estaban sanos clínicamente, no había abuso o dependencia al alcohol u otras sustancias, ni habían

recibido TEC (Terapia Electroconvulsiva) en los últimos 6 meses. Un paciente del total de los reclutados para este estudio se suicidó.

2.2 Procedimientos

El diagnóstico se realizó mediante los criterios del DSM III-R, y fue confirmado con la entrevista MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*) (12), en la cual el ítem L13: trastorno del estado del ánimo con síntomas psicóticos actual, fue positivo, en conjunción con la atención psiquiátrica del paciente. Se midió la intensidad de la depresión utilizando la escala de Hamilton para depresión (HAM-D) de 17 ítems y para el cuadro psicótico la BPRS (17) de 18 ítems. Los pacientes con EDMP requirieron un mínimo de ≥ 18 puntos de HAM-D y un mínimo de 9 puntos de corte para depresión de seis ítem (1,2,7,8,10,13) (3). Utilizando BPRS un mínimo de ≥ 21 puntos y un mínimo de 5 puntos de la subescala de síntomas positivos de BPRS, contando con 4 ítems (4, 11, 12, 15). Todo ello para tener analogía en el puntaje de síntomas y asegurar la inclusión de participantes con niveles mínimos similares de severidad de síntomas.

2.3 Variables

El corte de HAM-D, como se dijo, fue el de seis ítems para evaluar depresión, los mismos son: humor depresivo [1]; sentimiento de culpa [2]; trabajo y actividades [7]; retardo en el pensamiento, habla y motor [8]; ansiedad psíquica [10]. Todos con evaluación de 0 a 4 según la intensidad del mismo y el sexto fue síntomas somáticos generales [13] que se evalúa de 0 a 2. En este corte se considera que: de 0-3 no hay depresión, de 4-8 depresión media y 9 ó más puntos depresión mayor.

El corte de BPRS de cuatro ítems para síntomas positivos (4) consiste en: desorganización conceptual del pensamiento [4]; suspicacia, desconfianza [11]; conducta alucinatoria [12] y contenido del pensamiento [15], todos se puntúan de 0 a 4; más de cinco puntos está indicando actividad psicótica.

2.4 Análisis de los datos

El análisis estadístico se realizó mediante el software STATGRAPHICS. Se efectuó inicialmente un análisis descriptivo de las variables estudiadas del BPRS y del HAM-D del total de los 48 pacientes incluidos en el estudio. Posteriormente se realizaron las comparaciones en cada una de estas dos escalas por género para cada variable analizada utilizando el test de Student a fin de determinar si existían diferencias significativas entre los promedios de cada grupo de síntomas. Se determinó el coeficiente de correlación (r) para ver si existía asociación entre las variables estudiadas.

3. Resultados

El HAM-D en todos los pacientes fue mayor de 18 puntos y el valor medio hallado en los 48 sujetos del estudio fue de 25.0, $ds = 3.9$, lo que indica que todos los pacientes se encuadraban en una intensidad de un episodio depresivo mayor. Los valores del BPRS en la totalidad de los investigados fue mayor de 21 puntos y el valor medio encontrado fue de 25.1, $ds = 3.9$ señalando que los estudiados presentaban un síndrome psicótico (Tabla 1).

TABLA 1				
Características de los pacientes y resultados de HAM-D y BPRS				
	N	edad	HAM-D	BPRS
Total	48	35.5(ds=15)	25.0 (ds=3.9)	25.1(ds=3.9)
Varones	12	26.3*(ds= 7.1)	22.8 (ds=3.6)	25.8 (ds=3.9)
Mujeres	36	32.3*(ds=16)	25.3 (ds=4)	24.2 (ds=4.2)
Diferencias de edades entre mujeres y varones no significativa(N/S), P=0.24				

En el corte de HAM-D (de seis ítems) el valor promedio hallado fue de 10.9 (en ese corte más de 9 es indicativo de depresión mayor). Para el total de pacientes se encontraron los siguientes promedios, ítem 1 (estado depresivo): 2.06 (ds=0.76); ítem 2 (ideas de culpa): 1.19 (ds=0.67); ítem 7 (dificultades laborales): 2.40 (ds=0.94); ítem 8 (lentificación): 1.79 (ds=0.85); ítem 10 (ansiedad psíquica): 2.15 (ds=0.90); ítem 13 (síntomas somáticos): 1.33 (ds=0.78). Se encontró una fuerte asociación entre estado depresivo [ítem 1] y los síntomas somáticos [ítem 13] entre estos pacientes, realizado a través del coeficiente de correlación ($r=0.47$) (Tabla 2).

Los resultados por género (HAM-D) fueron los siguientes (Tabla 3): el ítem estado depresivo presento un promedio para mujeres de 2.22 (ds=0.68) y para varones 1.58 (ds=0.79), $P=0,009$, las ideas de culpa promedio en mujeres 1.28 (ds=0.61) y para varones 0.92 (ds=0.79), $P=0,107$, las dificultades laborales promedio en mujeres 2.22 (ds=0.90) y para varones 2.92(ds=0.90), $P=0,024$, la lentificación promedio para mujeres 1.61 (ds=0.77) y para varones 2.33 (ds=0.89), $P=0,010$, la ansiedad psíquica promedio para mujeres 2.19 (ds=0.95) y para varones 2.00 (ds=0.74), $P=0,532$, y los síntomas somáticos promedio mujeres 1.53 (ds=0.61) y varones 0.75 (ds=0.97) $P=0,002$, se hallaron diferencias en algunos

ítems entre ambos grupos, como se aprecia en la Tabla 3. El total de los seis ítems fueron comparados entre mujeres y varones no habiendo diferencia significativa entre ambos (36 mujeres promedio=11.06, ds=1.76, 12 varones promedio=10.50, ds=1.73, $P=0.343$).

TABLA 2	
Corte de síntomas depresivos corte HAM-D* n=48	
1. Estado depresivo	2.06 (ds. 0.76)
2. Culpa	1.19 (ds. 0.67)
7. Trabajo	2.40 (ds. 0.94)
8. Lentitud	1.79(ds. 0.85)
10. Ansiedad Psiq.	2.15 (ds.0.90)
13. Sint. Somáticos	1.33 (ds.0.78)
Total	10.9
$r=0.47$ A/S	
*Corte: Severidad depresiva, 0-3= no depresión; 4-8= depresión media, 9 ó más= depresión mayor (Bobes J. y col, Ars Médica, Barcelona, 2004)	

Tabla 3
Corte del HAM-D, diferencias entre mujeres y varones

Ítem	Mujeres	Varones	t	P	Signif.
1 Estado Depresivo	2.22	1.58	-2.71	0.009	A/S
2 Culpa	1.28	0.92	1.64	0.107	N/S
7 Trabajo	2.22	2.92	2.33	0.024	S
8 Lentitud	1.61	2.33	2.66	0.001	A/S
11 Ansiedad psíquica	2.19	2.00	0.63	0.532	N/S
13 Síntomas somáticos	1.53	0.75	-3.28	0.002	A/S
	11.06	10.05	0.95	0.343	N/S
A/S= altamente significativo; S= significativo; N/S= no significativo					

En el corte para el BPRS (cuatro ítems) el promedio en el total de los pacientes fue de 7.79 ($ds=1.75$) (se considera anormal mayor de 5 puntos), ítem 4 (desorganización conceptual) 1.40 ($ds=1.03$); 11 (suspicias) 3.02 ($ds=0.79$); 12 (alucinaciones) 0.46 ($ds=0.90$) y el 15 (contenido inusual del pensamiento) 2.92 ($ds=0.68$). Los resultados por género fueron los siguientes: el ítem desorganización conceptual presento un promedio en mujeres de 1.56 ($ds=1.03$) y para varones 0.92 ($ds=0.90$), $P=0,061$; suspicias promedio en mujeres 3.06 ($ds=0.79$) y para varones 2.92 ($ds=0.79$), $P=0,598$, alucinaciones promedio en mujeres 0.39 ($ds=0.87$) y para varones 0.67 ($ds=0.98$), $P=0,354$ y contenido inusual del pensamiento promedio para mujeres 2.94 ($ds=0.67$) y para varones 2.83 ($ds=0.72$), $P=0,631$. Los cuatro ítems comparados, separados o en su totalidad no dieron diferencias significativas, como se puede observar en la Tabla 4.

	Varones	Mujeres	Sign.
Desorg. conceptual	0.92	1.56	NS
Suspiciacia	2.92	3.06	NS
Alucinaciones	0.67	0.39	NS
Contenido inusual del pensamiento	2.83	2.94	NS
	7.33 ($ds\ 1.30$)	7.94 ($ds\ 1.87$)	

3.1 Análisis de los resultados

Los resultados hallados en este estudio permiten observar que en los pacientes con EDMP el estado depresivo y los síntomas somáticos tuvieron significación al investigar los pacientes. Asimismo, en las mujeres el estado depresivo fue mayor comparado con los varones ($P=0.009$, A/S), como también la presencia de síntomas somáticos ($P=0.002$, A/S). En los varones en cambio fue significativa la disminución o ausencia en el trabajo ($P=0.024$, S), como así también la lentificación motora ($P=0.010$ A/S). En cuanto a la culpa no hubo diferencias significativas entre los géneros ($P=0.107$, N/S). Respecto de la condición psicótica entre ambos grupos en los cuatro ítems no hubo diferencias, pero en el total de pacientes se destacó la presencia de las autorreferencias (suspicias) promedio 3.1, ($ds=0.8$) como también el contenido inusual del pensamiento promedia 3.0, ($ds=0.7$), no tuvieron peso los cuadros alucinatorios como tampoco la desorganización conceptual del pensamiento.

4. Discusión

Los resultados encontrados permiten pensar que en estos pacientes, y observado el promedio de edad, es necesario tomar en cuenta las características predominantes de los síntomas en particular para poder hacer el diagnóstico diferencial con otros cuadros psicóticos (p.ej. esquizofrenia, esquizoafectivo, manía y manía mixta) ya que la disposición terapéutica va a ser encarada de forma diferente.

La mayor implicancia del estado depresivo y los síntomas somáticos que hemos hallado, en la totalidad de los pacientes, podría tenerse en cuenta para la diferenciación de la depresión cuando, además del estado depresivo, los cuadros corporales toman características predominantes y en muchas oportunidades son las manifestaciones más ostensibles de la depresión (9). En particular se puede decir que ambos géneros tuvieron síntomas característicos particulares, en las mujeres la depresión y los síntomas somáticos y en el varón los trastornos psicómotores que llevan a la lentitud, señalado en otros trabajos (14), podría pensarse que por ello hubo en este género mayor repercusión en el desempeño laboral como en la ausencia al trabajo, al compararlo con las mujeres. La culpa está señalada como frecuente en estos cuadros, no habiendo tenido esa repercusión en nuestro estudio. En tanto que los síntomas psicóticos que sobresalieron fueron: a) la autorreferencia; podría deducirse que el depresivo paranoide vive sus tensiones internas como si ellas estuvieran motivadas por el riesgo arraigado en los demás, a los que reconoce como hostiles y amenazadores y se relaciona a través de la desconfianza y de sus autorreferencias delirantes, elemento indispensable de su mundo paranoide. El delirio depresivo típico es individualizado, no participa el prójimo como responsable, en cambio la autorreferencia del depresivo incongruente está siempre impregnada de desconfianza en la relación con el prójimo, sea esta real o imaginaria; b) el contenido inusual del pensamiento, a veces con rasgos grotescos, probable emergente de las autorreferencias o de otras creencias patológicas, que puede provocar, suscitar e impulsar sentimientos, pensamientos y acciones consecuencias de las mismas (5). En recientes trabajos se ha señalado el riesgo de suicidio en este cuadro, en nuestra observación este acontecimiento sucedió en un caso. Se puede sostener que es conveniente tener presentes, cuando se halla el psiquiatra frente a este tipo de pacientes, los síntomas consignados tanto de la faceta afectiva como de la psicótica, ya que podrían colaborar en la realización del diagnóstico diferencial, sirviendo así para realizar un tratamiento y un pronóstico diferentes.

5. Limitaciones del estudio

El número de pacientes varones es limitado y se necesitarían mayor cantidad de ellos para poder realizar una comparación más eficaz entre ambos grupos. Esto produce dificultades para poder dar afirmaciones más concluyentes acerca de las características de cada uno. No se realizaron comparaciones con otros grupos de personas enfermas o sanas, que podrían aportar mayor consistencia a lo encontrado.

6. Conclusiones

Los hallazgos de este estudio pueden colaborar en la diferenciación de los cuadros depresivos psicóticos respecto de otros trastornos psicóticos, considerando las características halladas en el mismo. Estas comparaciones son importantes: 1) al momento de indicar el tratamiento, ya que va a cambiar la terapéutica; 2) el pronóstico del trastorno es diferente (en especial con la esquizofrenia); 3) colabora en la eficacia del profesional y 4) ayuda a atenuar el estigma de los trastornos psicóticos en la comunidad. ■

Referencias bibliográficas

1. Akiskal HS, Bourgeois MI, Angst J, et al. Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *J Affect Disord*, 2000, 59: S5-S30.
2. Aronson TA; Sgujavarty K et al. Relapse in delusional depression: a retrospective study of the course of treatment. *Compr Psychiatry*, 1988, 29: 12-21.
3. Bech P, Rafaelsen OJ. The use of Rating Scales Exemplified by a Comparison of the Hamilton and Bech-Rafaelsen Melancholia Scale. *Acta Psychiatr Scand*, 1980, Suppl 285: 128-131.
4. Bobes J; -Portilla MPG; Bascarán MT; Sáiz PA; Bousoño M. *Banco de Instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Ars Medica, Barcelona, 2004.
5. Ciafardo R. *Psicopatología forense*. Ed. El Ateneo, Buenos Aires, 1972.
6. Coryell W, Endicott J, Keller M. The importance of the psychotic features to major depression: course and outcome during a 2-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand*, 1987, 75: 78-85.
7. Coryell W, Endicott J, Keller M, Andreasen NC. Phenomenology and Family History in DSM-III Psychotic Depression. *J Affect Disord*, 1985, 9: 13-18.
8. Chambers WJ, Puig-Antich J, Tabrizi MA, et al. Psychotic symptoms in prepubertal major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 1982, 39: 921-927.
9. Gabbay M, Dowrick C. Depression in men attending a rural general practice: factors associated with prevalence of depressive symptoms and diagnosis. *Br J Psychiatry*, 2004, 185: 239-244.
10. Johnson J, Horwath E, Weissman MM. The validity of major depression with psychotic features based on a community study. *Arch Gen Psychiatry*, 1991, 48: 1075-1081.
11. Lykouras E; Malliaras D; Christodoulou GN, et al. Delusional depression: phenomenology and response to treatment: a prospective study. *Acta Psychiatr Scand*, 1986, 73: 324-329.
12. MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview, Spanish version 5.0.0, DSM-IV) Ferrando L, Franco L, Soto M, Bobes J y col. Instituto IAP, Madrid, 1998.
13. Ohayon MM; Schatzberg AF. Prevalence of Depressive Episodes With Psychotic Features in the General Population. *Am J Psychiatry*, 2002, 159: 1855-1861.
14. Parker G, Hazdi-Pavlovic D, Hickie D, et al. Distinguishing psychotic and non-psychotic melancholia. *J Affect Disord*, 1991, 22:135-148.
15. Rothschild AJ, Benes F, Hebben N, et al. Relationship between brain CT scan findings and cortisol in psychotic and non-psychotic depressive patients. *Biol Psychiatry*, 1989, 26: 565-575.
16. Rothschild AJ. Challenges in the Treatment of depression with psychotic features. *Biol Psychiatry*, 2003, 53: 680-690.
17. Sanchez R, Ibáñez M A, Pinzón A. *Análisis factorial y validación de la versión en español de la escala Brief Psychiatric Rating Scale*. *Biomédica*, 2005. Trabajo realizado en la Unidad de Salud Mental del Hospital Santa Clara de Bogotá y en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá.
18. Vythilingam M, Chen J, Bremner JD, et al. Psychotic Depression and Mortality. *Am J Psychiatry*, 2003, 160:574-576.
19. Wijkstra J, Lijmer J, Balk F, et al. *Pharmacological Treatment for psychotic depression* (Review). The Cochrane Collaboration, 2006, Issue 2, J Wiley & Sons, Ltd.



SIRR
Sistema
Integrado de
Rehabilitación y
Reinserción

Un sistema organizado por módulos de complejidad creciente, para el tratamiento, rehabilitación, prevención de recaídas, reinserción social y laboral de pacientes con trastornos mentales.

El sistema integra dispositivos en las diversas actividades moduladas:

- Residencia
- Rehabilitación clínica
- Reinserción y capacitación laboral
- Enclaves laborales
- Micro emprendimientos
- Empresa social

Av. Juan de Garay 1450 C1153ABY, Buenos Aires, Argentina. Tel: 4305-2272

Pág web: www.sirrsa.com.ar

Email: info@sirrsa.com.ar

Estudio de los rendimientos cognitivos en pacientes esquizofrénicos (forma paranoide vs residual)

Carol Dillon

Centro de Investigación de la Memoria, Hospital Zubizarreta, GCBA. Consultorios Externos, Hospital Neuropsiquiátrico Braulio Moyano. Servicio de Neuropsicología (SIREN) del Instituto Universitario CEMIC. Email: drcaroldillon@yahoo.com.ar

Fernando E. Taragano

Cátedra de Psiquiatría, Carrera de Medicina, Instituto Universitario CEMIC.

Diego Sarasola

Cátedra de Psiquiatría, Carrera de Medicina, Instituto Universitario CEMIC.

Mónica Iturry

Centro de Investigación de la Memoria, Hospital Zubizarreta, GCBA.

Cecilia M. Serrano

Centro de Investigación de la Memoria, Hospital Zubizarreta, GCBA. Cátedra de Psiquiatría, Carrera de Medicina, Instituto Universitario CEMIC.

Amalia L. Raczkowski

Consultorios Externos, Hospital Neuropsiquiátrico Braulio Moyano.

Ricardo F. Allegri

Centro de Investigación de la Memoria, Hospital Zubizarreta, GCBA. Cátedra de Psiquiatría y Neurología, Carrera de Medicina, Instituto Universitario CEMIC. CONICET

Introducción

Dentro del cuadro clínico presente en la esquizofrenia, el trastorno cognitivo ha sido una de las características menos valoradas para su estudio y diagnóstico. Su importancia está siendo apreciada en la actualidad

como uno de los principales factores que contribuye al fracaso en la rehabilitación de algunos pacientes a pesar de la ausencia de los síntomas psicóticos(24). Debido a ello su estudio es hoy un objetivo necesario a la hora de abordar su tratamiento y valorar el éxito de una terapéutica dada(17).

Resumen

Introducción: diversos estudios refieren la asociación entre esquizofrenia y deterioro de las funciones cognitivas. Las alteraciones más frecuentemente aceptadas son las fallas en pruebas ejecutivas, en la memoria y en el lenguaje. Sin embargo son escasos los datos comparativos entre el funcionamiento cognitivo de los distintos subtipos de esquizofrenia. **Objetivos:** analizar y comparar las alteraciones neuropsicológicas presentes en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide y en aquellos con esquizofrenia residual. **Materiales y Método:** con una entrevista neuropsiquiátrica semiestructurada, un examen neurológico y una extensa batería neuropsicológica se estudiaron 22 pacientes con esquizofrenia clínicamente estable, 11 con forma paranoide y 11 con forma residual (criterios DSMIV), y 31 controles normales apareados por edad, escolaridad y nivel cognitivo general (según Mini Mental State de Folstein, 1975). **Resultados:** entre los pacientes esquizofrénicos y los controles normales se encontraron diferencias significativas en los rendimientos en memoria, lenguaje, y funciones ejecutivas. Se hallaron diferencias significativas en analogías entre los pacientes esquizofrénicos residuales y paranoides, con mayor alteración en las pruebas neuropsicológicas en los de forma residual. **Conclusión:** los pacientes con esquizofrenia tienen alteraciones cognitivas en diversas áreas (memoria, lenguaje, y funciones ejecutivas), presentando mayor deterioro los esquizofrénicos residuales.

Palabras clave: Esquizofrenia - Esquizofrenia Paranoide - Esquizofrenia Residual - Neuropsicología - Cognición.

COGNITIVE PERFORMANCE IN SCHIZOPHRENIA (PARANOIDE VS RESIDUAL SUBTYPE)

Summary

Introduction: Several studies refer to the relationship between schizophrenia and cognitive dysfunctions. The most frequent disturbances accepted are the deficits in the executive, memory and verbal tests. However, there are few comparative data about the cognitive functioning of the different subtypes of schizophrenia. **Objective:** analyze and compare the neuropsychological disturbances present in patients with paranoid and residual schizophrenia. **Materials and Method:** Eleven patients with paranoid schizophrenia, eleven patients with residual schizophrenia (DSMIV criteria), and thirty one normal subjects matched by age, educational level, and general cognitive level (Mini Mental State Examination (Folstein, 1975), were assessed with a semi-structured psychiatric examination and an extensive neuropsychological battery. **Results:** Significant differences were found in memory, language, and executive functions when schizophrenics were compared with normal subjects. Differences in similarities were found between paranoid and residual schizophrenics. Residual schizophrenic had more disturbances in neuropsychological tests in comparison with paranoid schizophrenics. **Conclusion:** Schizophrenics demonstrated disturbances in memory, language, executive functions and attention. Residual schizophrenics had more impairment in neuropsychological tests than paranoid schizophrenics.

Key words: Schizophrenia - Paranoia - Residual - Neuropsychology - Cognition.

En sus descripciones clínicas Kraepelin refería “La eficacia mental esta siempre disminuida a un nivel considerable. Los pacientes se encuentran distraídos, inatentos..., no pueden permanecer con el pensamiento en la mente”(48).

Las alteraciones cognitivas han sido demostradas en pacientes con un primer episodio(40) y en los premórbidos(29,38), sin embargo, su progresión permanece poco clara(10). En algunos esquizofrénicos crónicos su severidad garantiza el rótulo de demencia(17).

Diversos estudios han demostrado que las alteraciones cognitivas en la esquizofrenia son generalizadas, con problemas particularmente en la atención, la memoria declarativa, y la resolución de problemas(22,27,41). Estos déficit aparecen en los comienzos del proceso de envejecimiento(11,23,26,28,34). La información hasta el momento relaciona a estos déficit con anomalías en las estructuras límbicas (conectividad funcional hipocámpica) y frontales (corteza prefrontal dorsolateral)(36), disfunciones en el circuito frontal-basal (ganglios de la base-talámico)(1), marcadores genéticos y medioambientales.

Hay alteraciones particularmente en la memoria y en las funciones ejecutivas en un contexto de deterioro generalizado(12).

Liu y cols.(32) evaluaron pacientes con esquizofrenia, trastorno bipolar con y sin psicosis, depresivos con y sin síntomas psicóticos. Los pacientes con esquizofrenia fueron los que presentaron las mayores alteraciones cognitivas, seguidos de los bipolares con y sin trastorno psicótico, y los depresivos mayores con síntomas psicóticos. Los depresivos sin síntomas psicóticos y los bipolares en remisión se desempeñaron bien(32). El DSM-IV(4) clasifica los subtipos de esquizofrenia como paranoide, catatónica, desorganizada, indiferente y residual. Cada subtipo se define por criterios específicos. Los pacientes con esquizofrenia paranoide suelen tener el primer episodio de la enfermedad a una edad mayor que los pacientes con esquizofrenia catatónica o desorganizada. Los pacientes con este tipo de esquizofrenia suelen presentar una menor regresión de sus facultades mentales, respuestas emocionales y conducta que la observada en otros tipos de esquizofrenia. De acuerdo al DSM-IV(4), la esquizofrenia residual se caracteriza por la presencia continua de manifestaciones de la alteración, en ausencia de un conjunto de síntomas activos suficientes para cumplir los criterios de cualquier otro tipo de esquizofrenia.

Objetivos

Los objetivos del presente estudio fueron:

- Evaluar la presencia de alteraciones cognitivas en pacientes esquizofrénicos generales
- Analizar y comparar las alteraciones neuropsicológicas presentes en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide y en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia residual que se presentaban estables al momento de la evaluación.

Materiales y Métodos

Pacientes:

Se evaluaron 11 pacientes estables con diagnóstico de esquizofrenia (11 mujeres) paranoide según DSM-IV(4) de más de 5 años de evolución, que concurrían al Servicio de Consultorios Externos del Hospital psiquiátrico “Braulio Moyano” de la ciudad de Buenos Aires, medicados con antipsicóticos atípicos (Risperidona, Aripiprazol y Olanzapina). Al momento de realizar el estudio, ningún paciente se encontraba medicado con anticolinérgicos. Once pacientes estables con diagnóstico de esquizofrenia residual (3 mujeres, 8 hombres) según criterios DSM-IV (4), de más de 10 años de evolución, fueron evaluados en el Instituto Universitario CEMIC, medicados con antipsicóticos atípicos y típicos, y 31 sujetos controles normales (22 mujeres, 9 hombres) apareados por edad, escolaridad y nivel cognitivo general (según *Mini Mental State Examination* de Folstein, 1975)(15).

Método

Los pacientes fueron evaluados con una entrevista neuropsiquiátrica semiestructurada (realizada por un psiquiatra) y un examen neurológico (realizada por un neurólogo). Se les realizó el inventario de Depresión de Beck. Para estudiar el estado cognitivo se efectuó una extensa batería Neuropsicológica que incluyó:

1. Test generales

- Examen mínimo del estado mental (del inglés *Mini Mental State Examination*)(18) (adaptación Allegri y col. 1999)(3)(normas en Butman y col. 2001)(14).
- Coeficiente Intelectual Global (CIG), Coeficiente Intelectual Verbal (CIV) y Coeficiente Intelectual Ejecutivo (CIE) del Test de inteligencia de Wechsler reducido (WASI, 1999) (47).

2. Test de atención

- Subtest de span directo e inverso del Wechsler(46).
- Subtest A del test de los trazos (del inglés *Trail making A*)(37).

3. Test de memoria episódica

- Batería de Memoria de Signoret(43):
Recuerdo inmediato de una historia.
Recuerdo diferido de una historia.
Aprendizaje de una lista de 12 palabras.
Recuerdo diferido de la lista de 12 palabras.
Recuerdo facilitado por claves semánticas de la lista de 12 palabras.
Reconocimiento por elección múltiple de la lista de 12 palabras.

4. Test de lenguaje

- Test de denominación Boston (versión reducida de Serrano y cols, 2001)(42).
- Test de Denominación de Boston (versión adaptada, Allegri y cols, 1997)(2).

- Fluencia Verbal fonológica y semántica de Benton (9) (versión Butman y cols, 2000) (14).

5. Test visuoespacial

- Test del Reloj(20).
- Subtest de Cubos del WASI(21).

6. Test de Abstracción y razonamiento lógico

- Subtest de Analogías del WASI(47).
- Subtest de Matrices del WASI(47).

7. Test de funciones ejecutivas

- Subtest B del test de los trazos (Trail making B)(37).

Todo el trabajo clínico estuvo sujeto a las Reglas ICH de Buenas Prácticas Clínicas, a la última revisión de las declaraciones de Helsinki (1964, c/ enmiendas Tokio, 1975; Venecia, 1983; Hong Kong, 1989) así como las regulaciones de las Autoridades de Salud del GCBA.

Análisis estadístico

Las variables demográficas así como los puntajes de las pruebas neuropsicológicas fueron expresados en media y desvíos estándar. Las comparaciones por pares fueron hechas utilizando un análisis de varianza (ANOVA) y el test posterior de Bonferroni para las diferencias entre grupos (controles, paranoides y residuales) para las variables continuas. En este estudio, cualquier valor p menor a 0.05 fue considerado estadísticamente significativo. El análisis estadístico fue realizado mediante el programa SPSS 11.5 para Windows (Chicago IL).

Resultados

Los datos demográficos de las poblaciones en estudios se presentan en la tabla 1.

No se encontraron diferencias significativas con respecto a la edad, la escolaridad, el mini mental state examination (19) y los rasgos depresivos (escala de depresión de Beck) cuando se compararon los pacientes esquizofrénicos y los controles normales.

Pruebas neuropsicológicas

En ambos grupos de pacientes esquizofrénicos (paranoides y residuales) se encontraron diferencias significativas con los controles normales en memoria con un patrón subcortical (alteración en memoria lógica inmediata y diferida, en el aprendizaje y, en recuerdo serial, con normalidad en el reconocimiento), en lenguaje (denominación y fluencia semántica), en funciones ejecutivas y en coeficiente intelectual verbal y global. Los esquizofrénicos residuales mostraron además, alteraciones significativas en comparación con los controles normales en CI ejecutivo.

No se encontraron diferencias significativas en ambos grupos de esquizofrénicos con los sujetos control en la atención (trail making test A, span directo), en la visuoespacialidad (cubos), y en el vocabulario (WASI) (ver Tabla 2). En la comparación entre ambos grupos de esquizofrénicos se hallaron diferencias significativas en analogías ($p < 0.001$) (que evalúa abstracción y razonamiento). Se observa que a pesar de no encontrar diferencias estadísticamente significativas en las demás pruebas, existe una tendencia en el grupo de esquizofrénicos residuales a presentar mayor alteración en los resulta-

Tabla 1.
Datos Demográficos

	Esquizofrenia Paranoide	Esquizofrenia Residual	Controles	F	p
Número	11	11	31		
Sexo (fem/masc)	(11/0)	(3/8)	(22/9)		
Edad (años)	45,73(±12,18)	42.18(±10.27)	42,39(±5.75)	0.713	0.495
Escolaridad (años)	12,36(±4,03)	9.64(±1.02)	10.45(±5.75)	1.375	0.262
Escala de depresión de Beck	12.4(+/-14.0)	11.54(+/-11.1)	10.48(+/-8.6)	0.119	0.888
MMSE	27.45(±2.33)	27.45(±1.6)	27.90(±1.248)	0.505	0.606

Referencias: Los valores están expresados en media y desvío estándar. MMSE (Mini Mental State Examination de Folstein y cols., 1975). p derivada de ANOVA

TABLA 2: Batería Neuropsicológica					
	Control	Paranoides	Residuales	F	p
Memoria					
Recuerdo Lógico Inmediato	8,6(±1.4)	4,9(±3.2) *	4.4(±2.2) *	23.51	0.000
Recuerdo Lógico Diferido	8,15(±1,1)	4,6(±3,1) *	3.9(±2.5) *	23.73	0.000
Aprendizaje Serial	9,7(±1,7)	7.6(±1.5) *	8.27(±1.2) *	8.23	0.001
Recuerdo Serial	8,5(±1,3)	6,4(±1,5) *	6,6(±1,8) *	11.07	0.000
Reconocimiento	11,7(±0,4)	11,1(±1.0)	11,1(±1.0)	3.93	0.026
Atención					
Span Directo	5.5 (±0.8)	4.9(±0,8)	5.1(±0,7)	2.83	0.068
Trail Making A	94.52(±82.4)	103.4(±65.9)	119.8(±44.6)	0.49	0.614
Lenguaje					
Denominación (Boston)	53.2(±17.4)	43.1(±9.3) *	47.09(±9.3) *	13.41	0.000
Fluencia Semántica	21.1(±4.9)	14.45(±3.9) *	12.0(±3.1) *	21.01	0.000
Vocabulario (WASI)	52.3(±17.4)	51.4 (±10.9)	41.2 (±12.5)	2.14	0.129
Funciones Ejecutivas					
Trail Making B	113.3 (±130.4)	278(±178.2) *	322.1(±174) *	10.15	0.000
Fluencia Fonológica	19.1(±4,9)	10,7(±3.3) *	8,0(±2.3) *	35.31	0.000
Abstracción y Razonamiento					
Analogías (WASI)	22.3(±11.8)	27.4(±7,0)	10.3(±3.9) * #	9.39	0.000
Matrices (WASI)	28.3(±15,9)	13,6(±7,8) *	17.7(±7,9)	5.95	0.005
Visuoespacialidad					
Cubos (WASI)	26,9(±8,9)	23,4(±15,1)	19.09(±9.2)	2.21	0.121
Coficiente intelectual					
CI Verbal (WASI)	104(±15.3)	89,8(±12.9) *	89,0(±11.8) *	7.25	0.002
CI Ejecutivo (WASI)					
CI Ejecutivo (WASI)	92.9(±14.3)	83.4(±13.2)	76.8(±11.4) *	5.92	0.005
CI Global (WASI)	100,0(±13.2)	86.4(±11,8) *	83.3(±11,6) *	8.60	0.001
Referencias: Los valores están expresados en media y desvío estándar. Los valores de p derivan de ANOVA. Se completo un estudio post hoc de Bonferroni para comparaciones entre las poblaciones, * p<0.05 pacientes vs controles; # p<0.05 entre paranoides y residuales.					

dos de las pruebas realizadas; como ser, los tests que evalúan la función ejecutivas (trail making B, fluencia fonológica y CI ejecutivo), lenguaje (vocabulario, fluencia semántica) y, atención (span directo, trail making test A).

Discusión

Las psicosis están asociadas a alteraciones en el contenido y en la forma del pensamiento. Las verbalizaciones espontáneas de los pacientes psicóticos con un trastorno en el pensamiento incluyen evidencia de pérdida de las asociaciones, bloqueo del pensamiento, condensación, falta de lógica, neologismos, incoherencia y perseveraciones(5). La esquizofrenia presenta alteraciones en la fluencia, contenido de información pobre, perseveración relativa de la sintaxis y fonología, parafasias, perseveración, incoherencia y déficit en los aspectos pragmáticos del discurso(39). Las alteraciones en el lenguaje son más evidentes en pacientes esquizofrénicos con síntomas negativos prominentes(29).

En el presente estudio, en las evaluaciones neuropsicológicas de los pacientes esquizofrénicos estables (tanto paranoides como residuales) comparados con los sujetos controles se encontraron diferencias significativas en la memoria, el lenguaje, la atención y las funciones ejecutivas. Cuando se evaluaron ambas poblaciones de pacientes con esquizofrenia (paranoide y residual) se encontraron diferencias significativas en analogías (abstracción y razonamiento). Los pacientes esquizofrénicos residuales mostraron mayor deterioro en las pruebas neuropsicológicas que los esquizofrénicos paranoides, observando cierto predominio de alteración a nivel de las funciones ejecutivas. Hay que tener en consideración que los pacientes con esquizofrenia residual presentaban mayor tiempo de evolución de la enfermedad que los pacientes con esquizofrenia paranoide, además de que algunos de estos fueron medicados con antipsicóticos típicos. También existe una diferencia de sexo entre los dos grupos de pacientes esquizofrénicos. Encontrando un mayor número de hombres entre los pacientes con esquizofrenia residual.

La prevalencia de la esquizofrenia es la misma en hombres y mujeres. Sin embargo, ambos sexos difieren en el inicio y curso de la enfermedad. La edad de inicio es menor en los hombres que en las mujeres. Algunos estudios han indicado que es más probable que los hombres presenten deterioro debido a los síntomas negativos que las mujeres(30). En general, la evolución de la esquizofrenia es más favorable en las mujeres que en los hombres(30).

En la mayoría de los estudios que comparan los esquizofrénicos con los bipolares, los pacientes esquizofrénicos presentaron peor desempeño en las pruebas neuropsicológicas en particular en la función verbal(8). En este estudio se encontraron diferencias significativas en las pruebas que evalúan el lenguaje (test de Boston, fluencia semántica) cuando se compararon ambos grupos de esquizofrénicos con los controles normales.

En el presente trabajo se observa que los coeficientes intelectuales de los pacientes esquizofrénicos presentan un rendimiento significativamente menor que los controles normales. Cabe destacar que ambos grupos de pacientes esquizofrénicos presentan diferencias significativas con respecto a los controles normales en el coeficiente intelectual verbal, pero sólo el grupo de pacientes con esquizofrenia residual presenta diferencias en el coeficiente ejecutivo.

El uso desordenado del lenguaje podría basarse teóricamente en anomalías en la organización semántica. Goldberg también encontró que la fluencia semántica estaba más alterada que la fonológica en pacientes con esquizofrenia, como también se aprecia en el siguiente estudio, y estaría relacionado a una desorganización del sistema semántico(48).

El desempeño de los pacientes esquizofrénicos en varias pruebas de procesamiento visoespacial se encontró intacto. Las pruebas de locación que involucran el análisis espacial incluyendo los cubos del WAIS-R test, generalmente tienen un desempeño normal en los pacientes con esquizofrenia(48), esto se puede observar en ambos grupos de pacientes esquizofrénicos que fueron evaluados (paranoides y residuales).

En un estudio de pacientes esquizofrénicos sin medicación en su primer episodio de psicosis, Schuepbach et al.(44), encontró que la mayoría de las funciones cognitivas aunque se encontraban alteradas en comparación a los controles, permanecían estables o mejoraban luego de 5 semanas de tratamiento con antipsicóticos, con la excepción de la memoria y el aprendizaje verbal que se deterioraba. Estos hallazgos corroboran lo informado en otros estudios acerca de que la memoria verbal es un déficit persistente y selectivo en pacientes con esquizofrenia(40). El grupo de pacientes esquizofrénicos evaluados

en el presente estudio, se encontraba estable (en tratamiento con antipsicóticos atípicos), pero sin embargo, los pacientes presentan déficit en la memoria verbal.

Conclusiones

Según creencias instauradas, los pacientes esquizofrénicos experimentan problemas en la vida cotidiana porque se encuentran fuera de contacto con la realidad y desorganizados. La visión de los científicos ha comenzado a cambiar. No sólo los síntomas han sido codificados y definidos, sino que los fundamentos neurobiológicos de este trastorno han comenzado a ser descriptos. También está emergiendo una visión de que los impedimentos cognitivos podrían ser una característica central de este trastorno. Según lo analizado en este estudio se podría concluir que los pacientes esquizofrénicos muestran un deterioro cognitivo global y que, de acuerdo al subtipo de esquizofrenia, este deterioro puede llegar a tener cierta variación. Los pacientes esquizofrénicos paranoides a pesar de mostrar deterioro cognitivo importante, presentaron menor deterioro al ser comparados con los esquizofrénicos residuales. Poder conocer el funcionamiento cognitivo podría ser de importancia en el tratamiento de estos pacientes ya que nos daría una idea de la capacidad de almacenamiento, procesamiento y utilización de la información que puede llegar a tener dicha población.

Limitaciones del estudio

Una limitación encontrada en el estudio fue que no se pudieron recolectar algunos datos acerca del tipo de esquizofrenia que presentaron los pacientes esquizofrénicos residuales en el período de inicio de la enfermedad.

Otra limitación del estudio fue que existe una diferencia en los distintos grupos con respecto al sexo: presentando el grupo de esquizofrénicos paranoides todas pacientes del sexo femenino (11 mujeres), mientras que en el grupo de esquizofrénicos residuales hay un predominio de pacientes de sexo masculino (3 mujeres/8 hombres). También cabe destacar que entre el grupo de controles normales hay un predominio importante de mujeres (22 mujeres/ 9 hombres). Es importante tener en cuenta esto ya que como fue expresado anteriormente (ver discusión) ambos sexos difieren en el inicio y curso de la enfermedad(30).

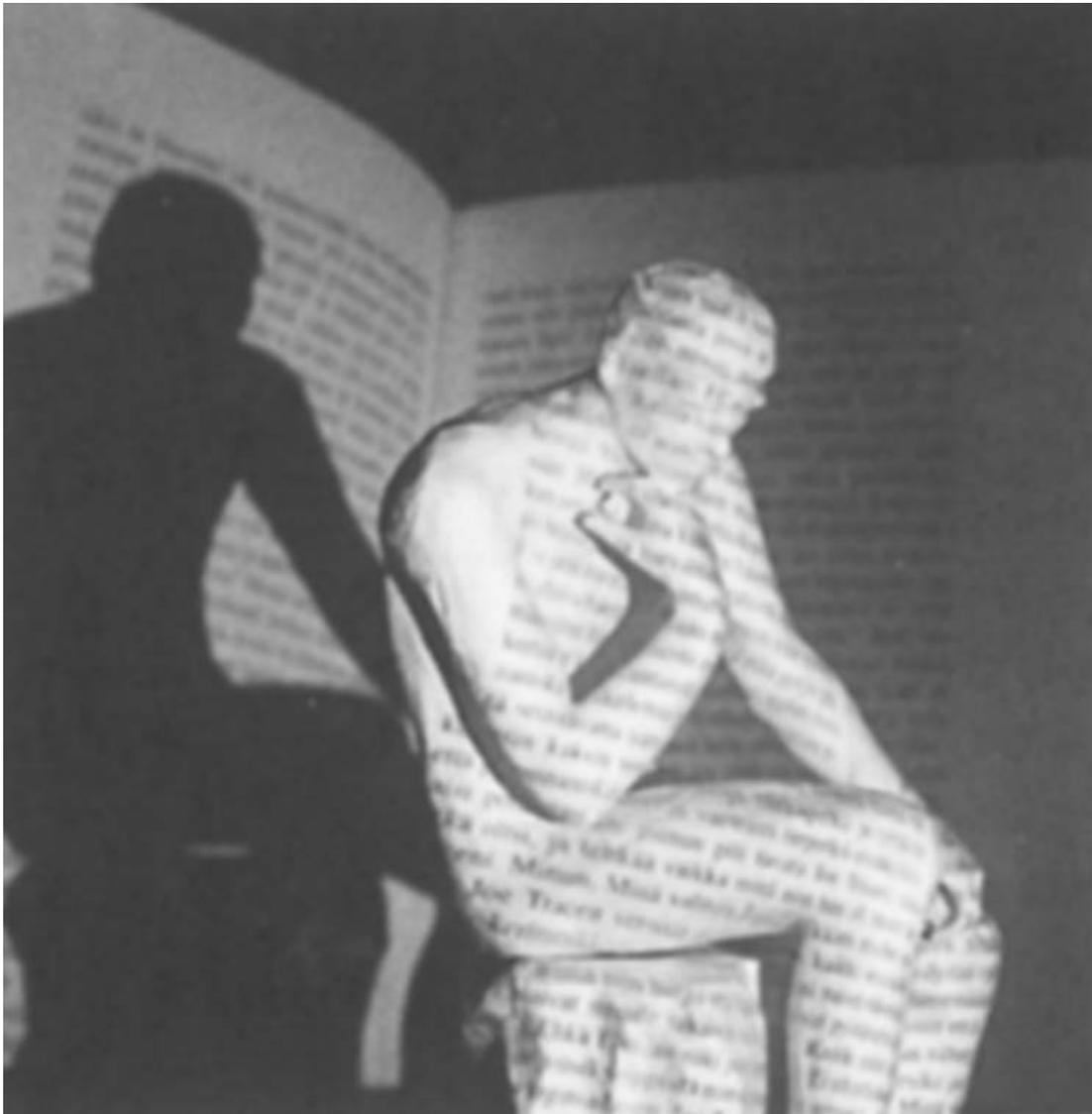
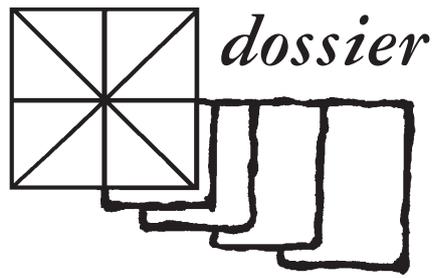
Agradecimientos

Este trabajo se realizó con subsidios de la Beca Carrillo-Oñativia 2005 y 2006 (CD), de la Fundación Rene Barón CEMIC (FET, DS, CMS, RFA) y del CONICET (RFA).■

Referencias bibliográficas

- Alexander GE, DeLong MR, Strick PL. Parallel organization of functionally segregated circuits linking basal ganglia and cortex. *Annu Rev Neurosci* 2002; 51: 972-978.
- Allegri RE, Mangone CA, Rymberg S, Fernandez A, Taragano FE. Spanish version of the Boston Naming Test in Buenos Aires. *Clinical Neuropsychologist* 1997; 11, 4: 416-420.
- Allegri RE, Ollari JA, Mangone CA, Arizaga RL, De Pascale A, Pellegrini M et al. El "Mini Mental State Examination" en la Argentina: Instrucciones para su administración. *Rev Neurol Arg* 1999; 24: 31-35.
- American Psychiatric Association. *Diagnosis and statistical manual of disorders (DSM-IV)*. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994
- Andreasen NC. Thought, language and communication disorders, I: Clinical assessment, definition of terms and evaluation of their reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1979; 36: 1315-1321.
- Andreasen NC. Thought, language and communication disorders, II: Diagnostic significance. *Arch Gen Psychiatry* 1979; 36: 1325-1330.
- Andreasen NC. The relationship between schizophrenic

- language and the aphasias. In: Henn F.A, Nasrallah, eds. *Schizophrenia as a Brain Disease*. New York: Oxford University Press 1982; 99-111.
8. Bearden CE, Hoffman KM, Cannon TD. The Neuropsychology and neuroanatomy of bipolar affective disorder: a critical review. *Bipolar Disord* 2001; 3:106-150.
 9. Benton AL, Hannay HJ, Varney NR, Spreen O. *Contributions to neuropsychological assessment*. Oxford University Press, New York, 1983.
 10. Bilder RM, Lipschutz-Broch L, Reiter G, Geisler SH, Mayerhoff DI, Lieberman JA. Intellectual deficits in first episode schizophrenia: evidence for progressive deterioration. *Schizophr Bull* 1992; 18:437-48.
 11. Bilder RM, Goldman RS, Robinson D. Neuropsychology of first-episode schizophrenia: initial characterization and clinical correlates. *Am J Psychiatry* 2000; 157:549-559.
 12. Blanchard JJ, Neale JM. The neuropsychological signature of schizophrenia: generalized or differential deficit? *Am J Psychiatry* 1994; 151:40-48.
 13. Buschke H. Selective reminding for analysis of memory and learning. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior* 1973; 12: 543-550.
 14. Butman J, Allegri RF, Harris P, Drake M. Spanish verbal fluency. Normative data in Argentina. *Medicina (B Aires)* 2000; 60: 561-564.
 15. Butman J, Arizaga RL, Harris P, Drake M, Baumann D, de Pascale A, et al. El "Mini Mental State Examination" en Español. Normas para Buenos Aires. *Rev Neurol Arg* 2001; 35, 1: 11-15.
 16. Cummings J. *Disorders of Speech and Language. Neuropsychiatry and Behavioral Neuroscience*. New York, Editorial Oxford University Press, 2003.
 17. Davidson M, Keefy RS. Cognitive impairment as a target for pharmacological treatment in schizophrenia. *Schizophr Res* 1995; 17:123-9. Faber R, Reichstein MB. Language dysfunction in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1981; 139:519-522.
 18. Faber R, Reichstein MB. Language dysfunction in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1981; 139:519-522.
 19. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state" A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12; 189-198.
 20. Freedman M, Learch K, Kaplan E, Winocur G, Shulman KI, Delis D. *Clock Drawing: SA Neuropsychological Analysis*. New York, Editorial Oxford University Press Inc, 1994.
 21. Gerson SN, Benson DE, Fraizer SH. Diagnosis: schizophrenia versus posterior aphasia. *Am J Psychiatry* 1977; 134: 966-969.
 22. Gold JM, Harvey PD. Cognitive deficits in schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am* 1993; 16:295-312.
 23. Grawe RW, Levander S. Neuropsychological impairments in patients with schizophrenia: stability and prediction of outcome. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104:60-64.
 24. Green MF. What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *Am J Psychiatry* 1996; 153:321-30.
 25. Harrison PJ. The neuropathology of Schizophrenia. A critical review of the data and their interpretation. *Brain* 1999; 122 (4): 593-624.
 26. Harvey PD. Cognitive functioning in late-life schizophrenia: its importance and implications for overall outcome. *J Clin Psychiatry* 1999; 60:10-16.
 27. Hoff AL. Neuropsychological function in schizophrenia. In: Shriqui CL, Nasrallah HA, editors. *Contemporary issues in the treatment of schizophrenia*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1995. pp. 187-208.
 28. Hoff AL, Sakuma M, Wieneke M. A longitudinal neuropsychological follow-up study of patients with first episode schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1999; 156:1336-1341.
 29. Jones P. The early origins of schizophrenia. *Br Med Bull* 1997; 53:135-55.
 30. Kaplan HI, Sadock BJ. *Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría Clínica*. Madrid, Editorial Panamericana, 2000.
 31. Landre N. A, Taylor MA, Kearns KP. Language functioning in schizophrenic and aphasic patients. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol* 1992; 5: 7-14.
 32. Liu SK, Chiu C-H, Chang C-J, Hwang T-J, Hwu H-G, Chen WJ. Deficits in sustained attention in schizophrenia and affective disorders: stable versus state-department markers. *Am J Psychiatry* 2002; 159:975-982.
 33. Mason CF. Pre-illness intelligence of mental hospital patients. *J Consult Psychol* 1956; 20: 297-300.
 35. McBride T, Moberg PJ, Arnold SE, Mozley LH, Mahr RN, Gibney M, et al. Neuropsychological functioning in elderly patients with schizophrenia and Alzheimer's disease. *Schizophrenia Res* 2002; 55(3):217-227.
 36. Meyer-Lindenberg AS, Olsen RK, Kohn PD, Brown T, Egan MF, Weinberger DR, et al. Regionally Specific Disturbance of Dorsolateral Prefrontal-Hippocampal Functional Connectivity in Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 379-386, Meyer-Lindenberg A, Miletich RS, Kohn PD, Kohn PD, Esposito G, Carson RE, et al. Reduced prefrontal activity predicts exaggerated striatal dopaminergic function in schizophrenia. *Nat Neurosci*. 2002; 5: 267-271.
 37. Reitan RM. Validity of the Trail Making Test as an indication of organic brain damage. *Percept Mot Skills*, 1958; 8: 271.
 38. Russell AJ, Munro JC, Jones PB, Hemsley DR, Murray RM. Schizophrenia and the myth of intellectual decline. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 635-9.
 39. Sambunaris A, Hyde TM. Stroke-related aphasias mistaken for psychotic speech: two case reports. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 1994; 7:144-147.
 40. Saykin AJ, Shtasel DL, Gur RE, Kester DB, Mozley LH, Stafiniak P, et al. Neuropsychological deficits in neuroleptic naive patients with first-episode schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51:124-131.
 41. Saykin AJ, Gur RC, Gur RE. Neuropsychological function in schizophrenia: selective impairment in memory and learning. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48:618-624.
 42. Serrano CM, Allegri RF, Drake M, Butman J, Harris P, Nagle C, et al. Versión corta en español del test de denominación de Boston: su utilidad en el diagnóstico diferencial de la enfermedad de Alzheimer. *Rev Neurol*. 2001; 33(7): 624-627.
 43. Signoret JL, Whiteley A. Memory battery scale. *Intern. Neuropsych. Soc. Bull* 1979; 2-26.
 44. Schuepbach D, Keshavan MS, Kmiec JA, Sweeney JA. Negative symptom resolution and improvements in specific cognitive deficits after acute treatment in first-episode schizophrenia. *Schizophrenia Res* 2002; 53:249-261.
 45. Cannon TD, Glahn DC, PhD; Kim J, PhD; Van Erp TGM, Karlsgodt K, MA; Cohen MS, PhD; Nuechterlein KH, Bava S; Shirinyan D. Dorsolateral Prefrontal Cortex Activity During Maintenance and Manipulation of Information in Working Memory in Patients With Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:1071-1081.
 46. Wechsler D. *Test de inteligencia para adultos (WAIS)*. Buenos Aires, Editorial Paidós, 1988.
 47. Wechsler D. *Abbreviated Scale of Intelligence (WASI)*. San Antonio, Texas, The Psychological Corporation, 1999.
 48. Weickert TW, Goldberg TE, Gold JM, Bigelow LB, Egan MF, Weinberger DR. Cognitive impairments in patients with schizophrenia displaying preserved and compromised intellect. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 907-913.



Educación en Psiquiatría y Salud Mental

Coordinador

Juan Carlos Stagnaro

*L*a educación médica navega actualmente en aguas procelosas. No existe un consenso a nivel mundial capaz de unificar los criterios de lo que se debe incluir hoy en la formación de grado, y la misma problemática se extiende al nivel de los post-grados. La variedad de ofertas académicas, la diversidad de criterios para definir el perfil del médico a la salida de las Facultades de medicina en los diversos países es muy grande.

Las importantes recomendaciones incluidas en la Declaración de Edimburgo hace casi veinte años, así como las surgidas de otros encuentros posteriores (Yaounde, Buenos Aires, etc.) sirvieron para alertar a muchos docentes y reorientar criterios pero no se generalizaron, como era deseable. Se entiende fácilmente que los requerimientos en destrezas, habilidades y conocimientos teóricos no serán los mismos para el profesional recién egresado que ejerza en la periferia de Copenhague que en la sabana africana, en París que en la campaña china, en Nueva York o en La Matanza. Los problemas a enfrentar son muy diferentes, los sistemas de salud en el seno de los cuales ejercerá el médico también, así como las condiciones socio-sanitarias que actúan como un seleccionador inexorable de las capacidades necesarias para trabajar en medicina y las económicas, que engloban, a su vez, a todas las anteriores: la pobreza y el analfabe-

tismo son los dos grandes determinantes de enfermedades en la humanidad contemporánea. Su consideración en la reflexión médica es enfatizada fuertemente en el artículo que nos envió para este Dossier el Profesor Armando M. Pérez De Nucci.

A estos problemas se añaden los resultantes de otros factores tales como la demografía médica (incremento o exceso de la matrícula en algunos países, déficit en otros, mala distribución geográfica de los egresados, irracionalidad en las proporciones relativas de especialistas, más condicionada por el mercado, las modas u otros factores espurios, que por las verdaderas necesidades sanitarias, etc.), las condiciones laborales y el salario médico, la privatización empresarial de servicios de salud con la consecuente pauperización de los profesionales, la crisis de la Universidad y la del Estado Benefactor y sus efectos sobre los sistemas sanitarios públicos, el desarrollo e ingerencia en la formación de post-grado de la industria farmacéutica, las migraciones de profesionales, el manejo actualizado de la información, las cuestiones bioéticas que atraviesan hoy al conjunto de las prácticas en medicina...

Este conjunto de factores conduce a pensar que hoy es imposible contar con una definición ideal del egresado de los estudios médicos y con un solo modelo

de enseñanza en las escuelas de medicina. En efecto, las respuestas a todos estos condicionantes, las adaptaciones que las mismas han realizado permite constatar que frente a ciertas currículas clásicas o rígidas que subsisten en algunos países o Facultades se observan en otros planes ampliamente flexibles, hasta tal punto que en algunos casos es el alumno quien prácticamente decide por medio de un sistema de opciones su propio recorrido curricular. La tendencia general actual es intermedia, de tal manera que el estudiante pueda, dentro de una cierta flexibilidad, cumplir con los criterios uniformes para todos los egresados que se hayan estipulado como imprescindibles para alcanzar el diploma habilitante.

Este panorama que domina la formación médica en general, tiene un capítulo particular en lo atinente a la formación en salud mental para el médico general y en psiquiatría. Como obstáculo agregado a todo lo anterior se suma, aquí, un problema epistemológico en torno a la concepción de la medicina que alienta el plantel docente de las demás materias básicas y clínicas de cada Facultad. Lo predominante en la enseñanza actual es el sesgo biomédico y, por ende, se asiste frecuentemente -contra toda evidencia clínica y epidemiológica- a un desestimación de la importancia de los factores de la relación médico-paciente y de la consideración de las causas emocionales en la consulta a todos los niveles en medicina. La enseñanza de la Salud Mental aparece como la de una materia más, sus contenidos en la mente de los alumnos -como bien lo ejemplifica la Profesora Lía Ricón en el artículo que nos ofrece más adelante- tienden a ser

simplemente yuxtapuestos a los de los demás sistemas-partes del organismo (aparato respiratorio, circulatorio,...) y no como el aspecto subjetivo tejido, constitutivamente, en toda situación humana de salud y de enfermedad. Esto crea un problema bifronte a los docentes de Salud Mental: transmitir los saberes necesarios a los alumnos y disolver las resistencias a esa perspectiva antropológica que los mismos reciben de otros docentes que desestiman, minimizan o no saben como incluirse en un paradigma médico holístico porque durante su propia formación no lo hicieron.

Simultáneamente, es necesario evaluar las tareas y generar aprendizajes de habilidades concretas y actitudes más allá de la información repetitiva, enciclopédica y, finalmente, estéril: véanse para ilustrar estas técnicas pedagógicas los artículos de este Dossier presentados por el Profesor Jorge Bernabó y la Lic. Cristina P. de Benedetti acompañados por sendos equipos de experimentados colaboradores.

Los avatares de la formación de post-grado en la especialidad son estudiados, a partir de dos experiencias, una realizada en las Residencias para médicos y psicólogos en la ciudad de Buenos Aires y otra en el Curso de Médicos Especialistas del Colegio Médico de Córdoba, por sus responsables, la Lic. Débora Yanco y le Dr. Ricardo M. Castro Bourdichon, respectivamente.

Como es de suponer los artículos seleccionados para este Dossier no agotan el tema a tratar, pero abren una ventana amplia sobre el paisaje complejo y apasionante de la educación del nivel de grado y post-grado en psiquiatría y salud mental.■

Residencias de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires Dilemas y avances en su construcción

Débora Yanco

Licenciada en Psicología. Equipo de coordinación de la Residencia de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Docente del Departamento de Salud Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús E-mail: deborayanco@ciudad.com.ar

Verónica Roma

Licenciada en Psicología. Equipo de coordinación de la Residencia de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Docente de la Cátedra de Psicoanálisis Freud. Facultad de Psicología UBA. E-mail: vnroma@fibertel.com.ar

Introducción

Una vez finalizada su carrera universitaria, el joven profesional de la salud se enfrenta a una disyuntiva: por un lado su ingreso al universo del ejercicio profesional y por el otro la encrucijada de su formación de postgrado. La alternativa de la Residencia se plantea como una oferta cuyo objetivo es el de completar, mejorar y profundizar la currícula de grado. Para la medicina, esta experiencia ha estado desde siempre vinculada a la idea de la especialización. Para otras disciplinas del campo de la salud, por ejemplo la psicología, éste problema tiene una historia más reciente y aún no del todo definida.

Presentación de las Residencias de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires

En la Ciudad de Buenos Aires, la Residencia constituye “un sistema remunerado para la capacitación de postgrado a tiempo completo, con actividad programada y supervisada, con el objetivo de formar para el ámbito intra y extra hospitalario un recurso humano capacitado en beneficio de la comunidad”(8). Conformar, en sí mismo, un espacio valorado para quienes se inician profesionalmente por la intensa y variada capacitación que ofrece, por la experiencia práctica que significa y por ser una salida rentada en un país con dificultades para la inserción de los jóvenes en el mercado laboral. Mientras se forman, trabajan y lógicamente, cobran una remuneración.

Esta propuesta pedagógica se ha caracterizado como un “espacio cotidiano privilegiado para el aprendizaje, el del saber hacer [...] moldeando el pensamiento y el comportamiento social, profesional actual y futuro”(4). Pero también, es posible señalar que, desde los inicios de la residencia, otra de las expectativas ha sido, al finalizar la misma, la poder incluirse en el plantel profesional de los hospitales dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Las posibilidades de cumplir este deseo han sido diferentes según las etapas histórico-políticas en las que se han restringido o ampliado las vacantes en el sistema de atención.

Conformación actual de la Residencia de Salud Mental

El Programa de Residencia de Salud Mental¹ que se desarrolla en el marco del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires², está, en la actualidad, conformado por dos profesiones entre todas las que participan del equipo interdisciplinario de salud mental: los médicos que se forman para ser psiquiatras y los psicólogos. Ambos, con no más de cinco años de recibidos de sus carreras de grado.

Además de este requisito formal, hay otro sustantivo: para ingresar, todos los candidatos deben rendir un examen relacionado con los contenidos de las disciplinas de las que cada profesional deriva. Este, consiste en 100 preguntas de tipo *multiple choice*. Pero, si bien, como veremos más adelante, la Residencia de Salud Mental es un programa integrado para ambas disciplinas, cada una de ellas, para incorporarse, deben dar cuenta de distintos contenidos.

Resumen

En este trabajo se presentan las características organizativas y los criterios pedagógicos de formación de postgrado de las Residencias de Salud Mental para médicos y psicólogos de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina. Se incluyen en el mismo, datos demográficos de la población asistida y diversas propuestas que ilustran la tarea desarrollada en el área.

Palabras clave: Residencias de Salud Mental - Recursos humanos en Salud Mental - Formación de postgrado.

MENTAL HEALTH'S INTERNSHIPS IN BUENOS AIRES

Summary

This project presents the organizative characteristics and the educational criteria of the Mental Health's Internships for Doctors and Psychologists from Buenos Aires, Argentina. It also includes demographic information of the population which was part of this project, and several different ways to show the work done in this subject.

Key words: Mental Health's Internships - Human resources in Mental Health.

1 El Programa de la Residencia de Salud Mental se encuentra publicado en el siguiente sitio web: <http://www.cedem.gov.ar/areas/salud/dircap/res/prog/smres.pdf>

2 Específicamente en la Dirección de Capacitación Profesional y Técnica, actualmente a cargo del Lic. Gabriel Listovsky

Para los médicos, la selección supone un panorama general sobre los conocimientos obtenidos en la currícula de grado. Esto significa, que entre las 100 preguntas, hay un porcentaje muy pequeño relacionadas con la Salud Mental. El resto, lo aprenden en la Residencia.

Para los psicólogos, también el examen se orienta a la currícula de grado, pero se enfatiza dentro de la misma, aquella bibliografía que mejor aporta a comprender la práctica en el campo de la salud y la salud mental tanto desde la perspectiva clínica, institucional, comunitaria, como epidemiológica y de políticas de salud³.

En los últimos años ingresan anualmente al sistema, 36 médicos (entre 180 que dan el examen) y 36 psicólogos (entre, cerca de 600 que rinden). Evidentemente, lo anterior resulta en condiciones de accesibilidad al sistema claramente diferenciales para una profesión y la otra. Luego, estos 72 se distribuyen de manera casi equitativa entre 13 ámbitos de atención de la salud.

El programa de formación dura cuatro años, lo que hace que se capacite a la vez, a 288 profesionales de la salud mental en total entre los 4 años. Funciona como un programa docente único para las dos profesiones -psicólogos y médicos-, desde una perspectiva interdisciplinaria. La idea es valorar la participación en un campo común de prácticas, el de la salud mental, para aportar al mismo cada uno desde la especificidad de cada profesión, en aquellas dimensiones en las cuales esta especificidad exista.

Como es de presumir, el proceso de selección y las experiencias académicas anteriores, tendrán un fuerte peso en el primer año de la Residencia. Se trata de un momento en el cual se encuentran por primera vez, ambos profesionales, en una práctica muy singular, la de la atención de la salud, específicamente la práctica hospitalaria. Es aquí donde se cruza el impacto inicial con la clínica. La vivencia de la institución hospitalaria es intensa y, para atravesarla, los Residentes ponen en juego múltiples representaciones asociadas, no sólo con sus conocimientos académicos, sino, también con su propia praxis con la atención sanitaria como, por ejemplo: la concepción de salud pública, las maneras de percibir a los distintos colectivos que se atienden en los hospitales públicos, experiencias personales como paciente, etcétera.

Para acompañar de mejor manera la inserción, se organizan, para los Residentes de primer año, un conjunto de espacios docentes, colectivos (compartidos por los 72 Residentes que ingresaron) y de pequeños grupos por sede, así como espacios protegidos de inserción en las guardias de salud mental y en otros espacios asistenciales.

¿Qué es esa cosa llamada "Residencia"?⁴

Para aportar a su comprensión como objeto de análisis, la Residencia de Salud Mental puede ser definida en la *intersección* de, al menos *dos campos*: a.- el educativo y b.- el de las políticas sanitarias.

a.- Dentro del campo educativo, se puede ubicar a la residencia, a su vez en una nueva intersección: aquella que se localiza entre la *capacitación en servicio*, y la *formación de postgrado*. En primera instancia, es relevante marcar las diferencias entre ambas entidades: de la misma manera que sabemos que no todos los postgrados son "en servicio", podemos señalar que no todos los programas de capacitación en servicio constituyen formaciones de postgrado. En un sentido genérico, se considera *postgrado*, a aquel curso o serie de cursos que son continuidad de la formación de grado. Pero, en sentido estricto y, según la Ley de Educación Superior Nro. 24.591/95, en la Argentina, se considera *formación de postgrado*, a aquella que certifica una universidad o instituto universitario y se reduce a tres figuras: especialización, maestría y doctorado⁵.

Desde el punto de vista de la *capacitación en servicio*, la riqueza del sistema que estamos analizando es clara porque que aprovecha el potencial educativo de las actividades, experiencias y situaciones presentes en los servicios de salud. La estrategia consiste en la inmersión en un medio asistencial que le permitirá adquirir las competencias necesarias para el ejercicio profesional, gradual y supervisadamente.

Desde la óptica de la *formación de postgrado* se trata, por cierto, de un modelo pedagógico con un criterio de estructuración diferente al de un postgrado tradicional, aún de aquellos con práctica hospitalaria. Combina el conocer y el aprender con el hacer, ya que instala su punto de partida en la presentación, análisis y resolución de problemas del trabajo cotidiano de las instituciones de salud. Conecta directamente al novel profesional con situaciones reales para el aprendizaje y establece la necesidad de revisar críticamente las propuestas que los distintos marcos teóricos han elaborado para abordarlos.

La Residencia es, en definitiva, una instancia diferente al postgrado académico tradicional, compuesto por "materias", que en ocasiones se encuentran desvinculadas entre sí. Por ser una práctica continua, no tiene un itinerario lineal; y tampoco un camino estandarizado de correlatividades. En los modelos tradicionales de postgrado, se supone, en el sujeto participante, un importante desconocimiento, en el punto de partida, acerca del campo de fenómenos que se aborda.

3 Se evalúan contenidos mínimos como ser: a.- diferentes lecturas teóricas sobre la conducta humana (psicoanálisis, teorías sistémicas y cognitivas), b.- políticas de salud mental y modelos de atención, c.- enfoques en Atención primaria de la salud, d.- conocimientos mínimos de dispositivos y campos de prácticas (interconsulta, internación, entre otros), e.- psicopatología (nosologías psiquiátricas, casos psicoanalíticos), f.- especificidades del psiquismo humano y sus relaciones (niñez, adultos, tercera edad, grupos, psicología institucional), investigación, epidemiología, epistemología, etc.

4 Esta idea de título ha sido tomada de un libro de Alan Chalmers que se denomina "¿Qué es esa cosa llamada 'ciencia'?" Madrid: Siglo XXI, 1987.

5 La CONEAU (Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria) acredita Residencias en Salud, pero denomina "Residencia" a cada una de las sedes de forma independiente. Hasta el momento, no se ha encarado de manera conjunta la posibilidad de acreditar sistemas de Residencias que funcionen como una red de capacitación.

Si hay algo que caracteriza, por el contrario a la Residencia como espacio formativo es su práctica desde los primeros días. Aunque ésta esté supervisada, necesariamente, deben hacer uso de una gran cantidad y diversidad de estrategias las que a veces, ni sabían que poseían para abordar este comienzo. Los períodos iniciales tratan de ayudar a los Residentes a identificar estos recursos que permanecían hasta el momento en los casilleros correspondientes a información teórica.

Dado este nuevo campo que constituye la Residencia(1) se hace difícil analizarla con los parámetros convencionales que evalúan a cualquiera de estas dos entidades (la capacitación en servicio y la formación de postgrado) ⁶. Por ejemplo, esta última, en un gran conjunto de carreras universitarias de especialización, si bien se establecen espacios de práctica, nunca son tan intensos e integrados como la Residencia. A su vez, si la relacionamos con la carga horaria de una especialización o maestría, la Residencia la supera porque son cuatro años a tiempo completo (40 horas semanales más una guardia de 24 hs.) entre actividad docente asistencial programada y supervisada, ateneos, espacios de formación, cursos sistemáticos y supervisiones clínicas.

b.- El campo sanitario: ¿en qué contexto sanitario se inserta la Residencia de Salud Mental?

El sistema público de atención de la salud de la ciudad de Buenos Aires(6)⁷ está conformado por 13 hospitales generales, 18 hospitales especializados -entre los que se encuentran 4 hospitales monovalentes de salud mental-, y 3 hospitales generales de niños. En la mayoría de los que no son específicos de Salud Mental (entre generales y especializados), existe un área o servicio de salud mental de distinta magnitud dependiendo del tipo de efector. Como parte de este sistema de atención debemos incluir también a dos Centros de Salud Mental, 44 Centros de Salud y Acción Comunitaria (todos con equipo de salud

mental especializado en atención primaria) y un programa de atención en consultorios de médicos y odontólogos de cabecera. La Ley Básica de Salud Nro.153 promulgada en el año 1999, establece las bases de lo que se considera que debe caracterizar a este sistema de salud.

La población de la Ciudad de Buenos Aires es de aproximadamente 3.000.000 de personas, pero es importante destacar que por tratarse de una gran ciudad, los efectores de salud reciben a diario numerosa población del conurbano de la provincia de Buenos Aires⁸. Utilizan el sistema de salud de la Ciudad de Buenos Aires para la atención cotidiana en salud (personas que vienen especialmente a atenderse o bien que se atienden aquí porque trabajan o estudian en la ciudad). También hay otro conjunto que llega de otros lugares del país, o son derivados en busca de atención especializada, de alta complejidad, constituyéndose también en un sistema de referencia nacional y, en ocasiones, de países limítrofes.

En este contexto se inserta el sistema de Residencias de salud dependiente del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y, entre una centena de especialidades y campos de acción, se encuentra la de Salud Mental. Esta, como dijimos, tiene base en la actualidad en 13 sedes o ámbitos de formación que componen, o son, algunos de los efectores nombrados en párrafos anteriores. La mayoría de los mismos son "Servicios de Salud Mental" de hospitales generales. En menor medida, hospitales monovalentes de Salud Mental⁹ (ver Cuadro 1). Hasta el momento no se han abierto sedes de la Residencia de Salud Mental en Centros de Salud Mental o Centros de Salud y Acción Comunitaria, pero no se descarta que en un futuro muy próximo que ello sea posible en Centros de salud o de Salud Mental, en los que se reúnan los requisitos necesarios para constituirse en un ámbito de formación. Sin embargo, vale destacar que varios de los mismos, en la actualidad, constituyen espacios de rotación permanentes.

**CUADRO 1
DISTRIBUCIÓN ACTUAL DE LAS 13 SEDES DE LA RESIDENCIA DE SALUD MENTAL**

Hospitales generales	Alvarez
	Argerich
	Durand
	Piñero
	Ramos Mejía
	Rivadavia
	Tornú
Hospitales monovalentes	Alvear
	Borda
	Moyano
Hospitales infanto juveniles	Elizalde
	Gutierrez
	Tobar García

6 Una de las autoras de este artículo se encuentra coordinando en la Dirección de Capacitación Profesional y Técnica, un proyecto de descripción y acreditación interna de las residencias. Hasta el momento se han relevado casi 200 sedes de residencia y prontamente se darán a difusión los primeros resultados de la fase descriptiva.

7 Para más detalles puede consultarse la página web del Ministerio de Salud del GCBA: www.buenosaires.gov.ar

8 En el área metropolitana (ciudad de Buenos Aires más conurbano de la provincia de Buenos Aires) viven aproximadamente 13.000.000 de personas, 1/3 de la población total del país.

9 7 hospitales generales de agudos, 2 hospitales generales pediátricos, 1 hospital de emergencias psiquiátricas, 2 hospitales monovalentes de adultos y un hospital psiquiátrico infanto-juvenil.

¿Acaso se puede pensar una Residencia de Salud Mental como modelo de formación y capacitación en servicio sin analizar las prácticas de atención en las que se inserta?

Un recorrido por la extensa bibliografía a nivel mundial en políticas y modelos de atención en Salud Mental(9), deja traslucir rápidamente un denominador común: la necesidad de un giro de 180 grados desde una historia con fuertes representaciones y prácticas de tipo manicomial, hacia un abanico de nuevas modalidades que fueron construyéndose en las distintas latitudes¹⁰. En las mismas, se ha ido demostrando que *el abordaje de los padecimientos psíquicos en el marco comunitario y articulado en una red de atención integral con las restantes acciones de salud es más beneficiosa para los pacientes y para la sociedad toda*. Asociado a ello se destaca también de los distintos casos que, la gran mayoría de las problemáticas en salud mental pueden ser encaradas desde esta estrategia. En la Argentina, ha habido y siguen habiendo experiencias de reforma psiquiátrica (Provincias de Río Negro(2), San Luis y Buenos Aires, etc.) con distintos niveles de avance, y aprendiendo unas de los aciertos y dificultades que han tenido las anteriores. Es también a nivel mundial que consecuentemente se sugiere formar a las jóvenes generaciones en estas nuevas propuestas(5).

A pesar de que las mismas han demostrado internacionalmente y en algunas experiencias nacionales su más alta capacidad para resolver los problemas; *aquí en la Ciudad de Buenos Aires, la reforma aún no se ha implementado*. Es cierto que podemos, observar importantes avances en materia legislativa (Ley 448 de Salud Mental promulgada en el año 2000), en el diseño de nuevos dispositivos, como ser el Programa ADOPP, y ADOPPI¹¹, y las incipientes acciones del PREASIS¹² (con las casas de convivencia para pacientes externados). Pero, todos estos avances se observan en el marco de la pronunciada fragmentación del sistema de salud mental de esta ciudad.

Vale la pena recalcar esta preocupación ya que es una de las ciudades con mayor tradición de formación y capacitación en salud mental, psiquiatría y psicoanálisis del mundo. También, una ciudad con una oferta de atención de lo más variada. Existen distintas modalidades de atención: consultorios externos de salud mental de diferentes orientaciones y estrategias¹³, salas de internación¹⁴, hospitales de día, emprendimientos sociales, talleres protegidos, equipos de atención primaria, de salud escolar, de atención integral gerontológica, etc. Cada una de estas ofertas ha nacido en distintas épocas, pero, la aparición de unas no significó la limitación de otras, sino, que se han ido sosteniendo todas. Pero lo problemático es que ello ocurre sin que medie un plan en acción¹⁵ que las

integre en un modelo que reoriente los esfuerzos cotidianos de todos. Han crecido, en definitiva, sin la debida articulación entre las mismas para que los pacientes no se "caigan" en los intersticios del sistema.

Es importante señalar que en este contexto se insertan los programas de formación de residentes. Ellos tienen la posibilidad de conocer variadas y ricas actividades de atención de la salud mental, pero también asisten en numerosas ocasiones a la observación de los estratos del sistema trabajan con bajo nivel de articulación, lo que por esta debilidad de funcionamiento, produce un elevado nivel de iatrogenia en el paciente y en la institución misma. En la Residencia, desde los espacios de capacitación centralizados y locales, es en donde se analizan a diario estas conflictivas y se abordan teóricamente cuáles podrían ser las formas alternativas de hacer frente a estas problemáticas.

Las representaciones sociales, los modelos de atención y la formación

Los avatares de los sistemas de salud no son detalles contextuales en el análisis de los programas de formación en servicio, sino dimensiones intrínsecas a la hora de avanzar en una conceptualización adecuada. Así como tampoco son accesorias las representaciones sociales construidas alrededor del padecimiento psíquico y las respuestas sociales de atención de la salud a las que la sociedad toda (y obviamente incluimos en ella también a los miembros de los equipos profesionales) se fue acostumbrando. Y es desde estas representaciones desde donde se actúa, se toman decisiones de derivación, terapéuticas, de selección de pacientes, etc.

Es imperiosa la creación de una red dinámica de atención para alcanzar progresivamente la desinstitucionalización en la ciudad y así, recuperar los pacientes internados como verdaderos sujetos de derecho. Esto significará, sin duda, una reducción o transformación de los grandes hospitales monovalentes. Pero es importante resaltar que asimismo, hay consenso de que cerrando los manicomios sólo se acaban los edificios asilares (lo que no es poco), pero que *la mentalidad manicomial puede permanecer instalada en la cabeza de muchos profesionales y en general como una fuerte representación social. Y que esta mentalidad se reproduce en las jóvenes generaciones si no se elaboran propuestas pedagógicas específicas para superarlas*.

En este sentido es que nos preguntamos a menudo: *¿qué puede aportar la residencia a este proceso? ¿Cuáles son los límites y posibilidades de su accionar? ¿Cómo se vinculan los alcances de la residencia con la constitución de escuelas de pensamiento y acción transformadora en el sistema de salud?* Obviamente, hasta ahora, la formación ha ido acompañando a la emergencia de las distintas instituciones de atención.

10 Para nombrar sólo algunas de las más conocidas: Reino Unido, Francia, España, Italia. Más cercanas geográficamente: Brasil(7), Chile, etc.

11 Programa de Atención Domiciliaria Psiquiátrica-Psicológica Programada en Situación de Crisis (ADOPP) y su versión infantil (ADOPPI), coordinados desde la Dirección de Salud Mental del GCBA a cargo de la Lic. Susana Chames.

12 Programa de Externación Asistida para la Integración Social (PREASIS) dependiente del Ministerio de Derechos Humanos y Sociales del GCBA. Dir. Gral. de Atención Inmediata a cargo de la Lic. Patricia Malanca.

13 Estrategias (psicoanalítica en sus distintas variantes, sistémica, cognitiva; y a su vez, si bien está muy centrada en la atención individual podemos encontrar propuestas de terapia grupal, de parejas, de familias, etc.).

14 Lamentablemente muchas más y con períodos de internación mucho más largos de aquello que la OMS recomienda.

15 Hay plan escrito: Plan de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires 2002-2006. Dirección de Salud Mental del GCBA



En la Argentina, cátedras de Salud Mental de las Facultades de Medicina han tenido y aún suelen (en algunos servicios) tener base y también fuerte impronta en los hospitales neuropsiquiátricos constituyendo sostenidas escuelas de formación coincidentes con el modelo que permeó la atención durante décadas, centrado principalmente en el gran hospital neuropsiquiátrico.

Son más recientes (aunque llevan constituyéndose casi 50 años, pero de forma más extensa, hace 30 y 20) las actividades de formación en los servicios de salud mental (antes servicios de psiquiatría o psicopatología) de los hospitales generales. La inclusión y extensión de estas áreas en los hospitales generales ha resultado un verdadero hito en la historia de la salud mental. Aquí se brinda una formación clínica, esencialmente para el trabajo ambulatorio. Una clínica que viene caracterizando durante años las prácticas en salud mental en la ciudad. Hasta el momento el centro de este enfoque ha sido el consultorio. Su desarrollo ha traído innumerables consecuencias positivas tanto para la atención como para la formación clínica.

Pero con el correr de los años, están apareciendo innumerables señales que alertan acerca de la obsolescencia de algunos aspectos de estas propuestas así como están planteadas. Los equipos de trabajo cada vez se convencen más de que necesitan de manera necesaria y suficiente de otros efectores, sectores, etc. para que su propia clínica sea eficiente en su accionar. Por ejemplo los cambios en la epidemiología, la aparición de problemáticas de salud mental fuertemente asociadas a la vulnerabilidad social, cambiaron la demanda por su calidad y también la saturaron. Se pone en cuestionamiento un modo de funcionamiento altamente fragmentado y que iba creando la idea de poca confianza de cada tipo de efector en el otro.

Si al primer modelo se lo suele denominar hospitalocéntrico, al segundo bien se lo podría denominar consultorio-céntrico o servicio-céntrico. Tengamos en cuenta que una de las características más importantes de las redes (cualquiera de ella, las sociales, las de atención, etc.) es que no tengan centro.

Fruto de esta tradición hemos formado en la residencia hasta el momento, muy buenos clínicos (por lo menos para desenvolverse en el modelo actual) pero también ha sido un trabajo muy intenso trabajar con coordinadores de programas de residencia, jefes de servicio y los mismos residentes en organizar rotaciones para conocer experiencias que se diferenciaran de este modelo. Este trabajo sostenido está rindiendo sus frutos después de años de insistencia. Creemos que no fue la pura tarea de insistir o trabajar sobre las representaciones, sino también que existe cada vez más consenso en el sistema de salud acerca de la posibilidad de estos cambios.

Por otro lado, en los efectores de atención primaria (Centros de Salud y Acción Comunitaria), todos con un equipo básico de salud mental¹⁶, la escuela de formación es muy reciente y no llega aún a constituir un paradigma de enseñanza. Esto ocurre porque la mayoría de los profesionales que allí trabajan se han moldeado en la propuesta del consultorio del hospital general y hace pocos años (entre 10 y 15) es que puede vislumbrarse experiencias de construcción de una mirada e interpretación del rol del profesional "psi" en la atención primaria. Convengamos que esta historia está siendo muy fructífera. No sólo la construcción institucional acumulada sino, que los cambios en la epidemiología de la salud mental de la Ciudad de Buenos Aires han obligado a reflexionar acerca de lo específico de estas prácticas y elaborar a partir de ello formulaciones teóricas, con una interesante marca "porteña".

Lo que se concluye es que, aunque parezca una obviedad, la formación va siendo sintónica con el desarrollo de modelos de atención.

Los Residentes van a formar parte de las próximas generaciones profesionales ¿Por lo tanto, para qué modelo se tienen que formar? La reforma de la atención en salud mental, tarde o temprano, va a llegar a nuestra ciudad. Irá adquiriendo sus propias improntas, pero será un hecho seguramente. Si es indiscutible que la tendencia mundial inevitable es hacia las redes integrales de atención, ¿vale formarlos para el modelo hospitalocéntrico que según coinciden todos los expertos está condenado a desaparecer? Hay países, regiones y ciudades en el

16 Recién actualmente están incorporando mayor cantidad de psiquiatras.

mundo en las que se puede hablar de sistemas de salud mental que llevan casi 20 años de proceso de reforma. *Sin duda, las más exitosas son aquellas que avanzan consolidando sus logros progresivamente, porque de esta manera, también van permitiendo el cambio en las mentalidades profesionales.*



Es por eso que una tensión fundamental que sostiene nuestro rol de coordinación de la residencia ha sido *¿cómo formar a los profesionales jóvenes en programas de capacitación en servicio innovadores si esos nuevos servicios y redes aún no se han instalado?*

En esta contradicción nos venimos moviendo y, fruto de ello, para poder transitarla de manera superadora, se ha elaborado un programa educativo que trata de aprovechar la capacidad formativa de aquellos ámbitos en los que se van produciendo distintas innovaciones. En este sentido, aunque sean desconectadas unas de otras, las experiencias de equipos en los que se insertan los residentes, son vastas.

El Programa de Residencias: un instrumento para la acción

Desafíos iniciales

Cuando asumimos el compromiso de trabajar en la coordinación de la residencia de salud mental debimos aceptar algunos retos. El principal de ellos, y, certeramente, sobre el que se organizaban los restantes, era la necesidad de construir participativamente -y luego establecer- un Programa Docente para todas las sedes que incluyera a las dos profesiones que la conformaban garantizando la formación interdisciplinaria a la vez que la especificidad disciplinaria.

En un principio se formuló una primera versión (2000) que consistió en poner en un texto aquello que se hacía en la cotidianeidad de la residencia pero que nunca se había sistematizado de manera global. Luego, se trabajó en la elaboración de una nueva versión,

actualizada y orientada por los ejes que las nuevas tendencias en Salud Mental a nivel internacional marcaban y, que en la Ciudad de Buenos Aires, estaban plasmadas en el texto de una Ley, la 448 de Salud Mental. Complementariamente, se han revisado programas de formación en Psiquiatría y en Psicología Clínica de distintos países y de distintas universidades.

El nuevo Programa aprobado en el 2003 debía ser una estrategia que permitiera difundir consensos y acuerdos acerca de aquellas experiencias que era necesario que todos los residentes transitaran. A su vez, debía ser un instrumento dinámico y flexible, de manera que todas las sedes lo pudieran aplicar. Para ello, se planteó la necesidad de constituirse en una red de formación, donde ninguna sede fuera el centro, y en la que las rotaciones permitieran complementar, en otros dispositivos de atención, aquello que cada espacio no podría brindar. Por ejemplo, hasta ese momento, los residentes de los hospitales psiquiátricos monovalentes rotaban muy poco, formándose un profesional que sólo conocía el acontecer de este tipo de instituciones. Con el establecimiento de una red dinámica¹⁷ se ampliaron y enriquecieron las rotaciones por servicios de salud mental de hospitales generales, centros de atención primaria, dispositivos de rehabilitación y resocialización, programas de atención en situación de calle, etcétera.

El programa de formación promueve algunos lineamientos generales a saber:

El respeto por la *diversidad teórica* en el campo de la Salud Mental siempre teniendo en cuenta las posiciones epistemológicas y las prácticas de mayor reconocimiento científico.

La riqueza de la formación en un *equipo interdisciplinario* con un objeto común: la salud mental como un complejo campo de prácticas intersectorial (más allá del sector salud) que supera y amplía el concepto de disciplina y especialidad.

El aprovechamiento de la *potencialidad de las especificidades disciplinarias* en aquellas dimensiones del campo de la salud mental en las puedan aportar de forma diferencial.

Hasta el momento, este Programa organiza sus distintos espacios de formación tomando como ejes del mismo a las diferentes áreas que integran el sistema de salud mental del Gobierno de la Ciudad: Consultorios Externos, Urgencias y Emergencias, Internación, Interconsulta, Salud Mental Comunitaria y APS, y en la Re-socialización y Rehabilitación. Este último eje ha sido incorporado en la última versión, ya que antes no existía salvo como rotación libre (el residente elige alguna rotación de su elección).

A la hora de la aprobación (2003) de este programa, se esperaba una rápida implementación del Plan de Salud Mental¹⁸ tendiente a avanzar en lo estipulado en la Ley de Salud Mental. Esto supondría importantes

17 Para profundizar en las definiciones de Red, puede consultarse el texto de Dabas E. (comp.) "Viviendo Redes"(3).

18 Puede consultarse en la página web del Ministerio de Salud del GCBA: [www.buenosaires.gov.ar\(6\)](http://www.buenosaires.gov.ar(6)).

cambios en los perfiles y funciones de cada uno de los ámbitos de atención que componen el subsistema público de salud mental y se esperaba un logro en la superación de la fragmentación del sistema y en la creación de nuevos dispositivos. Como lo hemos marcado, el primer punto avanzó tímidamente y el segundo (la creación de una red de atención) no ha sido tan rápido como se suponía, sobre todo si se ejerce una mirada sistémica (de dinámica y estructura del sistema de salud).

Las propuestas que se generaron para el cumplimiento del programa han sido centralmente las siguientes:

a) Cursos centralizados: se abrió una instancia de cursos centralizados para todos los residentes de cada uno de los años. Hasta el momento, funcionan los siguientes:

Escenarios de la Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires cuyas directoras son las Lics. Débora Yanco y Verónica Roma.

Introducción al Diagnóstico en Salud Mental cuyo Director es el Prof. Dr. Juan Carlos Stagnaro.

Introducción a la Psicofarmacología cuyo Directora es la Dra. Gabriel Jufe.

Introducción a las Urgencias y Emergencias en Salud Mental.

Salud Mental y Atención Primaria de la Salud cuya directora es la Lic. Verónica Roma y la Dra. Tamara Socolovsky.

Experiencias de Rehabilitación y Resocialización en Salud Mental a cargo de la Dra. Débora Chevnik y la Lic, Georgina Roizen.

Interconsulta en el ámbito hospitalario coordinado por la Lic. Valeria Cassali.

Se encuentran en diseño o en proceso de convenio, instancias de formación referidas a "Clínica de las Adicciones", "Modelos epistemológicos y propuestas terapéuticas relacionadas con las familias", "Intervenciones en emergencias y catástrofes", entre otros.

En cada una de las sedes se dictan los demás contenidos que están presentes en el programa de la Residencia.

b) Rotaciones por Atención Primaria de la Salud y espacios de Salud Mental Comunitaria: habiendo sido históricamente un espacio difícil para la inserción de los residentes, se logró una mejora sustancial en la motivación para la participación en equipos de salud mental de los centros de salud, o, en programas de salud integral o específicos de Salud Mental con base comunitaria, por ejemplo, P.A.C. (Programa de Atención Comunitaria para niños y adolescentes) coordinado por la Lic. Alejandra Barcala., o el PETI (Programa de erradicación del trabajo infantil) dependiente del Consejo de Derechos de niños, niñas y adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires.

En un inicio hubo que vencer la reticencia de los Residentes, fomentada de alguna manera por la formación de grado, la valoración de la hiperespecialización y la poca divulgación de las temáticas y de las prácticas realizadas en esos ámbitos no tradicionales. Después de mucho trabajo de divulgación de interesantes experiencias y de instancias de capacitación, se ha avanzado

notablemente en la aceptación de esta rotación como un espacio de gran riqueza. Es más, se han producido por parte de los residentes, aportes realmente interesantes para los mismos dispositivos por los que rotaron. Un ejemplo de esto es el trabajo realizado por dos residentes médicos de los Hospitales "B. Moyano" y "T. Alvarez", los cuales, fruto de su rotación, han creado un programa llamado: "*Grupo para la promoción de lazos sociales. Proyecto de atención para la promoción de lazos sociales y prevención de situaciones aislamiento social de miembros de la comunidad del CESAC Nro. 4*".

c) Rehabilitación y Re-socialización: las mismas se han establecido como un nuevo espacio de aprendizaje que antes no existía. Costó dos años de trabajo instalarlo como un espacio legítimo en la formación de Residentes. En un inicio, hemos encontrado resistencias, poca confianza en los dispositivos en residentes, coordinadores de programa o algunos jefes de servicio. Hoy en día, es un espacio que ha superado ampliamente las expectativas originales y requiere incluso de su ampliación. En la actualidad, tanto psicólogos como médicos, rotan por dispositivos de hospitales de día dentro de los efectores de la ciudad, empresas sociales, programas de arte y salud para personas con padecimientos psíquicos, etcétera.

Desafíos actuales

Afortunadamente, las clasificaciones de los ejes y áreas de este programa empiezan a resultar insuficientes debido al interés que suscitan nuevos dispositivos creados, como por ejemplo los programas de atención domiciliaria, etc. Comienza a ser necesario proponer una actualización del programa dándole mayor prioridad para convertirse en ámbitos de capacitación a aquellos dispositivos en los que se privilegie la integración del trabajo de la salud mental, en aquellos que incluyan la coordinación entre distintos efectores, así como también los que se propongan evitar las internaciones pri-



marías, prevenir las reinternaciones, o bien, al desarrollo de programas que integren en una estrategia un abordaje integral del paciente (evitando la derivación iatrogénica), etcétera.

Conclusión

Existen dentro del campo relacionado con la formación del residente de Salud Mental muchas otras tensiones que no hemos desplegado. Entre las más importantes, se pueden enumerar las tensiones entre la formación general y la formación hiperespecializada, entre la capacitación que se deriva de los distintos modelos de salud mental, la de formar para las políticas sanitarias, para la certificación y la acreditación universitaria y/o el mercado de trabajo; la de la capacitación monodisciplinaria o la interdisciplinaria, etcétera.

Estas, como las anteriormente enunciadas son inherentes al objeto "Residencia" y su desarrollo epistemológico. Soslayarlas evidenciaría un perfil profesional que no es al que apuntamos. Justamente son estas tensiones las que hacen que nuestro campo sea absolutamente rico en posibilidades y este es un desafío cotidiano y constante al que no hay que renunciar.

"Creemos que la implementación efectiva de otro modelo de salud -resultante de otro modelo social- llevará un largo proceso de construcción en el cual las leyes promulgadas constituyen importantes mojones; no obstante lograr que lo sancionado se plasme en la realidad, demandará un esfuerzo sostenido por parte de múltiples actores sociales" (extracto de una monografía final del curso de Escenarios de la Salud Mental, producido Residentes de primer año, 2006).■



Referencias bibliográficas

1. Borrell Bentz RM. *La educación médica de postgrado en la Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa*. Buenos Aires: O.P.S./61, 2005.
2. Broide A. "La experiencia de Río Negro, más allá de la desmanicomialización y de la crisis. Lecciones y desafíos". Presentación al IV Taller Internacional de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria, Santiago de Chile, 23 al 27 de Octubre de 2006 http://www.medichi.cl/web/taller_salud_mental.htm
3. Dabas E. (comp). *Viviendo Redes*. Buenos Aires: Edit. Ciccus, 2006.
4. Davini C (et. al.) *Las residencias del equipo de salud. Desafíos en el contexto actual*. Buenos Aires: OPS/GCBA/Instituto Gino Germani. UBA, 2003.
4. Galende E, Barenblit G. "La función de curar y sus avatares en la época actual". En Leal Rubio J. (coord). *Equipos e instituciones de Salud (mental), Salud (mental) de equipos e instituciones*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría,
6. Ministerio de Salud del GCBA: www.buenosaires.gov.ar
7. Ministerio da Saude do Brasil. III Conferencia Nacional de Saude Mental. Cuidar sim, excluir, nao. Relatorio Final, Sao Paulo, 2002.
8. Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires. Ordenanza Nro. 40997/86.
9. OMS. "Políticas, Planes, y Programas en Salud Mental. Conjunto de Guías sobre servicios y políticas en salud mental" (versión corregida). Buenos Aires: Editores Médicos. Edimsa, 2006.

Algunos principios de la enseñanza de la salud mental en los estudios de grado y post-grado de las carreras de medicina, psicología y disciplinas conexas

Lía Ricón

Profesora Titular Consulta, Departamento de Salud Mental y Directora de Carrera de Médicos Especialistas en Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires
Profesora Regular Titular de Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad Favaloro. E-mail: lricon@fibertel.com.ar

Introducción

La práctica actual del médico, y de todo personal de salud, se basa en teorías propias de ciencias heterogéneas entre sí. Y, como si esto no bastara, para volver aún más complejo el campo epistémico en consideración, no se puede descartar que haya nuevos aportes científicos y técnicos, de las mismas o de otras disciplinas, que ameriten ser incluidos en el futuro en el bagaje formativo de los profesionales del arte de curar.

A su vez, el campo de trabajo de los profesionales de la salud no se debe circunscribir a curar enfermedades, como frecuentemente todavía se entiende, sino, especialmente, a promover la salud. Los actuales programas de estudio de las Facultades de Medicina, y los de sus carreras conexas (Kinesiología, Enfermería, etc.), se refieren a como prevenir, diagnosticar, curar y rehabilitar a quienes padecen enfermedades. Parecería que si no hay "algo" que esté enfermo o que pueda llegar a estarlo, los médicos no tendrían qué hacer. La idea que proponemos es que promover salud no es equivalente a curar enfermedades. Tiene otra dimensión. No se trata sólo de la prevención sea esta primaria, secundaria o terciaria, sino de algo más próximo a lo que se llama "Atención primaria para la salud".

Esta es un área de dificultades enormes y de todo tipo; la primera de ellas es que no hay un modelo único de referencia. Para tomar un ejemplo extremo, promover salud es opuesto a curar una fractura. Nadie puede defender el estado de fractura de un hueso como positivo y saludable. Por el contrario, es cada individuo singular quien puede sentirse sano o enfermo; y no siempre hay coincidencia entre lo que alguien experimenta como vivencia individual y lo que puede aparecer como observable; no sólo para el personal de salud, sino para cualquier integrante del medio social.

Surge de aquí la primera condición indispensable para el ejercicio de la medicina: necesitamos tiempo para establecer un vínculo que nos permita un conocimiento del otro, lo suficientemente amplio y veraz, como para que podamos ayudarlo a pensar en lo que le conviene hacer consigo mismo.

Para llegar a ese conocimiento es indispensable disponer de teorías sobre el funcionamiento de la persona humana en las que se incluyan tanto un saber sobre el cuerpo anátomo-fisiológico (Fisiopatología, Neurociencias), como sobre la mente (Psicología, Filosofía), y sobre lo social (Sociología, Antropología, Lingüística). Es decir, las tres áreas a las que se refirió Enrique Pichon Riviére: cuerpo, mente y mundo externo.

Resumen

La práctica actual del médico, y de todo personal de salud, se basa en teorías propias de ciencias heterogéneas entre sí. El campo de trabajo de los profesionales de la salud no se debe circunscribir a curar enfermedades, como frecuentemente todavía se entiende, sino, especialmente, a promover la salud. Los actuales programas de estudio de las Facultades de Medicina, y los de sus carreras conexas (Kinesiología, Enfermería, etc.), se refieren a como prevenir, diagnosticar, curar y rehabilitar a quienes padecen enfermedades. La idea que se propone en este artículo es que promover salud no es equivalente a curar enfermedades.

Palabras claves: Pedagogía universitaria - Ciencias de la salud - Salud Mental - Enseñanza de la medicina - Enseñanza de la Salud Mental.

SOME PRINCIPLES OF THE TEACHING OF THE MENTAL HEALTH IN THE DEGREE STUDIES AND POSTGRADUATE OF THE MEDICINE SCHOOLS, PSYCHOLOGY AND CONNECTED DISCIPLINES

Summary

The practice of the physician and of the health care workers is based on theories of different sciences. The field of work of the professionals of the health is not due to circumscribe to cure diseases, as frequently it is understood, but, specially, to promote health. The present training programs of the Medicine Faculties, and those of their connected disciplines (Kinesiology, Infirmary, etc.), are focused on the prevention, the diagnose, the cure and the rehabilitation of the patients. The main idea of this article is that to promote health is not equivalent to cure diseases.

Key words: University Pedagogy - Sciences of health - Mental Health - Teaching of Medicine - Teaching of Mental Health.



Asimismo, es ineludible fundar esta reflexión en aspectos vinculados con la Ética, en tanto disciplina que se ocupa de la decisión sobre la aceptación de un juicio como bueno para una persona o un grupo, y también la Moral entendida como *mores* (costumbre).

Ciertamente que si nuestra tarea fuese sólo la enseñanza de cómo curar enfermedades, también estarían incluidas las áreas que venimos de mencionar, pero, en ese caso, el énfasis sobre cada una de ellas sería distinto.

El saber de las ciencias, el positivismo y lo "mental"

El modelo positivista de las ciencias duras da cuenta de cómo terminar con un germen utilizando un antibiótico, cómo extirpar un tumor de cerebro que produce alteraciones conductuales, cómo resolver una disendocrinia que afecta la totalidad de los comportamientos de un individuo, cómo eliminar ciertas distimias con un medicamento antidepressivo, cómo aliviar la producción delirante de un esquizofrénico utilizando psicofármacos antipsicóticos, y, más allá, pretender explicar cómo salvar a un niño de un vínculo incestuoso, tal vez cómo ayudar a un joven para que elija una carrera, eventualmente cómo mejorar las relaciones de un grupo familiar... pero... a medida que nos alejamos de lo estrictamente biológico el terreno se hace cada vez más inestable, nuestros pasos han de ser más cuidadosos y el riesgo de infiltrar nuestras pautas se incrementa.

Justamente, porque debe preparar a los alumnos para enfrentar esas problemáticas humanas es que la enseñanza de la salud mental no puede estar dirigida solamente a incrementar los conocimientos sobre hechos concretos, sean estos patologías, o conductas terapéuticas complejas que meramente mejoren males, sino que debe apuntar a cambiar actitudes de los agentes de salud que permitan una visión lo suficientemente amplia como para operar en tanto promotores de salud en las múltiples vicisitudes de la vida humana. Esto supone no aceptar que promover y conservar la salud sea, solamente, la ausencia de enfermedad, sino

que el alcance de esos objetivos implica operar en el espacio social -no solamente en el intrahospitalario- lleno de las incertidumbres y las variaciones inherentes a las pautas y hábitos de distintas culturas y a la singularidad individual.

No pasa inadvertido que la mención de las múltiples disciplinas intervinientes que se mencionaron al comienzo de este artículo son inaccesibles a la capacitación de una sola persona. No se trata de tener todos los conocimientos sino de saber que están incluidos en la interpretación del campo en el que se opera y consultar a los especialistas cuando la situación lo requiera. La noción de equipo de trabajo es una exigencia cada vez más ineludible en la práctica médica: no solamente como grupo que intercambia regularmente sus impresiones y conocimientos sino como conciencia individual, en cada uno de sus miembros, de la necesidad de otros aportes y de la imposibilidad de dar cuenta solo de una situación en el campo restringido de una especialidad en particular.

Aunque para algunos parezca obvio se impone hacer una aclaración particularmente importante cuando se trata del funcionamiento de la mente: los saberes surgidos del positivismo científico no son los únicos.

¿Cómo encarar este tema tan espinoso? Recordemos, a tal fin, dos frases separadas en el tiempo, y la distancia: aquella advertencia "El que no sabe lo que busca, no entiende lo que encuentra", del fisiólogo francés Claude Bernard, considerado fundador de la Medicina Experimental y la sentencia del presocrático Heráclito, filósofo formado en Persia con magos y adivinos, quien afirmó en el fragmento XVIII de su obra: "Si no se espera lo inesperado no se lo hallará, dado lo inhallable y difícil de acceder que es"; aseveración retomada, siglos más tarde por Nicolás de Cusa, quien se inspiró en el socrático "Sólo sé que no sé nada" para su célebre estudio *Acerca de la docta ignorancia*.

Veamos si podemos decir algo en relación a la enseñanza que tome en cuenta las citas que acabamos de mencionar. La primera frase, la de Claude Bernard, es

tranquilizadora, nuestras hipótesis sobre la existencia de estructuras o elementos, a la manera de una extendida tabla de Mendeleiev, nos darán las señales precisas del camino que, con mayor o menor dificultad, podremos encontrar con todas las ciencias del positivismo a nuestros pies y la paz en nuestro espíritu. La segunda frase, la de Heráclito de Éfeso y el texto del cusano, son inquietantes y hasta podríamos renunciar a cualquier intento de dar cuenta de lo que se nos pide. Pero la pasión docente nos acecha desde otro rincón y ahí vamos a intentarlo. En primer lugar ¿a qué alude este tipo de conocimiento que incluye lo que no tenemos que esperar? ¿Se trata de esoterismos, de cosas de magos, de trascendencias religiosas que entonces podemos dejar de lado porque ya “sabemos” que son todas falsas? Lamentablemente no, se trata de inmanencias que estamos obligados a tener en cuenta. Esto se conecta con ese lugar cerrado del contacto entre el aprendiz y el “maestro”, como el de los maestros de la Edad Media. En el tiempo al que corresponde la denominación de maestro, el lugar de la enseñanza era un lugar público que la sofisticación civilizadora ha hecho cerrado. De aquí la importancia de la meditación sobre la tarea y la necesidad de escribir sobre lo que hacemos para conseguir transparencia y participación con la comunidad en la que trabajamos.

Esta inquietud se conecta también con la pregunta por el ser de Heidegger y de Sartre, especialmente cuando éste último intenta un modelo de psicoterapias y critica los aspectos positivistas de Freud. Es decir, que los docentes de medicina ya no impartimos la enseñanza artesanalmente, en contacto directo con el estudiante y el enfermo como antaño, sino que tenemos toda la intermediación dada por libros, revistas, Internet, clases teóricas, grupos de estudio, en un marco técnico impuesto por los preceptos de una metodología de la enseñanza.

Con respecto a esta última disciplina, cabe subrayar que ya no se trataría solamente de un *cómo* sino muy claramente de un *qué*. Parfraseando a Mac Luhan con aquello de que “el medio es el mensaje”, se puede afirmar que en la enseñanza la modalidad de transmisión, tanto como los tipos de liderazgo y la integración de los grupos, para mencionar algo de lo que desarrollaremos más abajo, es tan importante como el listado de temas que se exige -muchas veces con excesivo énfasis- cuando se trata de hacer programas para las asignaturas.

Lo dicho puede también ilustrarse con los relatos míticos en los que muy frecuentemente están presentes los dos saberes. Uno muy claro es la historia de Rusalka, relato de la mitología eslava (rescatado en los *Cuentos de hadas* de Karen Jaromira Erhen y Bozena Nemcová). Rusalka es una ondina que quiso el amor humano, pidió ayuda a la bruja del fondo de las aguas Jezibaba, quien le concedió la posibilidad de subir a la tierra y enamorar al cazador con quien soñaba, pero a condición de perder la capacidad de hablar. Si era rechazada no podría ser ni ondina ni humana. Lo inefable aparece así representado por ese tipo de conocimiento, el amor desprovisto de lo corporal (gran fantasía la de aceptar la separación). Rusalka acepta, pero su amado es seducido por una princesa extranjera quien le ofrece

también el otro amor. Para volver a ser aceptada por los habitantes de las aguas tiene que volver a la tierra y matar a su amado con fríos besos que son los únicos que la ondina puede dar.

¿Cómo transmitir entonces ese inefable, inasible e imponderable conocimiento sobre lo que no debe esperarse para poder ser encontrado? Como puede suponerse hay una respuesta precisa, pero podemos hacer alguna sugerencia que, justamente, parte de la propuesta docente de necesidad de meditación y transparencia referida a la tarea del profesional de salud y del docente que por trabajar en un ámbito cerrado necesitan informar, publicar y discutir.

De lo dicho se desprende que en la enseñanza hemos de promover el desarrollo del pensamiento autónomo, de la meditación y del contacto intenso consigo mismo. De todo ello se espera que cada estudiante pueda encontrar los elementos necesarios para acercarse al otro y, a través de la posibilidad de identificación, ayude a conseguir la mayor felicidad posible. Cabe mencionar en este punto el aporte de las neurociencias a través del concepto de neuronas espejo en las que se puede observar actividad no cuando el observado tiene una determinada conducta sino cuando observa que la misma es realizada por un semejante.

La transmisión de información

A partir de lo dicho podemos introducir algunos tópicos acerca de cómo transmitir la información en la enseñanza de las materias relativas a la Salud Mental, en los niveles de grado y post-grado de las carreras de medicina y en carreras conexas y/o en la formación de ciertos auxiliares de la medicina, en general, y de la psiquiatría, en particular.

Se plantean, así, problemas concretos de tiempo y lugar, ligados a las particularidades de la enseñanza en el nivel de grado a los futuros médicos, en la carrera de especialista en psiquiatría que se dicta en el post-grado de las Facultades de Medicina, en los estudios de la carrera de enfermería, en los cursos de especialización de la misma y en los diversos cursos terciarios en los que se capacita a personal de salud, tales como asistentes neuropsiquiátricos, acompañantes terapéuticos, coordinadores de distintas tareas que se desempeñan como coordinadores de talleres en estructuras asistenciales complejas y aún otros integrantes del personal de salud de una institución asistencial de salud mental.

■ La enseñanza del nivel de grado en Facultades de Medicina

Es tal vez la que ofrece más dificultades, especialmente porque se trata de estudiantes que están haciendo una capacitación en ciencias duras y que no son suficientemente permeables a las consideraciones sobre “lo emocional”, que es de un modo genérico lo que intentamos acercarles en las asignaturas correspondientes. La pregunta a responder es: ¿qué contenidos, actitudes y destrezas van a ser utilizables en la práctica del futuro médico?

El principal obstáculo son los programas que, en general, siguen el modelo de las especialidades, es



decir, están atiborrados de informaciones y detalles que le interesan particularmente al especialista que se ocupa de su enseñanza y que forman parte de una educación "bancaria" (en la ya clásica expresión de Pablo Freire) la que, con mucha suerte, quedará en algún archivo olvidado del cerebro o, más probablemente, desaparecerá en su totalidad de la memoria del alumno. Esta acumulación de datos no incluidos en un contexto de integración de lo emocional con lo racional, resultan no solo inútiles, sino también perniciosos porque incrementan el modelo clasificatorio y descriptivo de división de los aparatos corporales. Se estudia, de esa manera, el aparato psíquico como si fuera el sistema osteo-artículo-muscular. Ese criterio estuvo en el origen de la inclusión de la llamada Psicosemiología en el programa general de Semiología, entendiéndola como la semiología de un aparato más, podría decirse adyacente o sumado a los otros, tal vez con conexiones, pero sin pretensiones de integración total.

Un segundo obstáculo muy molesto son los exámenes tanto de la materia misma que se prolongan en los de selección de Residentes en los que se implementa el modelo de preguntas de elección múltiple. Aunque estén bien preparados y apunten a examinar lo más conceptual, estos modelos de evaluación siempre presentan opciones cerradas. Desde la perspectiva que desarrollamos son absurdas e inútiles. Planteados los obstáculos del programa y del método de evaluación, la primera tentación es decirse -parafreando lo de "hecha la ley, hecha la trampa"- "hecho el programa y hecho el examen ¿cómo eludirlos?".

En este sentido nuestro objetivo cuando enseñamos un tema no es que los alumnos retengan contenidos sino que se lleven preguntas sin respuesta, que reflexionen sobre hechos de la situación sanitaria del país que son consecuencia de la inequidad, de intereses espurios que se pueden agrupar como "el negocio de la salud", de la descalificación del trabajo vocacional que no implica un sacerdocio sino placer en el trabajo y adscripción a una escala de valores, que no exige ser el número uno de alguna supuesta escala copiada del deporte, sino realizar bien la tarea.

Se trata de promover, como propone Giorgio Agamben en sus *Profanaciones*, una especie de tarea política que implique "arrancar a cada dispositivo la

posibilidad de uso, en un intento de salir de la captura en la que está inmerso". Se trataría, así, de una profanación de lo improfanable. En otras palabras: profanar un dispositivo absurdo es una especie de contra-profanação que apunta a lo útil y saludable.

En términos más concretos, durante los estudios de grado lo más importante es ayudar a que se pueda establecer una relación usuario-personal de salud que apunte fundamentalmente a la preservación y desarrollo de la salud. Así, para el caso particular de la enseñanza de la salud mental, es necesario informar sobre los tipos de estructuras de personalidad y los mecanismos de defensa.

Hablar de usuario y no de paciente implica tener presentes los riesgos de medicalizar las vicisitudes de la vida, como las tristezas por las pérdidas, la mayor fragilidad de una embarazada o los cambios de la menopausia, entre otros. Hablar de personal de salud alude a un rol que incluye una amplia gama de intervinientes, desde el conductor de una ambulancia al director del establecimiento. Esta aseveración suele infligir una herida narcisista al médico quien deberá luchar con la convicción de sentirse el "dueño" del paciente porque estudió las estructuras corporales que lo componen en las asignaturas de su carrera.

Un aspecto más puntual es el referido a la patología. Lo más importante es que el futuro médico sepa a quien derivar, esto es que conozca sus limitaciones. Este aspecto es muy complicado no sólo en relación con los conocimientos necesarios sino por los condicionantes económicos inherentes al ejercicio profesional.

En esta línea es muy útil enfatizar sobre:

Para qué son útiles los diagnósticos, es decir, si existe algún tratamiento específico indicado. Arribar a un diagnóstico no es meramente un requisito administrativo de llenado de historias o protocolos. En la correcta lógica médica un diagnóstico tiene sentido sólo si conduce a un tratamiento.

Las indicaciones farmacológicas racionales.

Las distintas indicaciones de tipos de tratamientos en la especialidad.

Importancia de lo emocional en los tratamientos de la Clínica Médica.

Intervenciones sociales.

Distintos modelos de psicoterapias (psicoanalítica, sistémica, cognitivo-comportamental, existencial).

Esta breve enumeración pretende sólo ilustrar la magnitud del problema.

El recorte de contenidos de los programas oficiales tiene a veces fuerte oposición, por supuesto no por parte de los estudiantes sino de los docentes.

En los estudios de grado transmitimos algunos conocimientos destrezas y especialmente una actitud con respecto a la población que necesita nuestros servicios. Planteado en términos de "población que necesita" nos permite una visión que vaya más allá de curar enfermedades y que apunte especialmente a la promoción de la salud. En el nivel de grado no se trata de obstaculizar la elección de una especialidad puntual sino la ineludible necesidad de sentirse incluido en un campo de trabajo, en un equipo de salud y no en el simple y peligroso lugar de curador de un grupo de enfermedades.

Al considerar un campo de trabajo estamos aludiendo, también, a las condiciones generales del medio. No estamos preparando futuros médicos para que trabajen en otro lugar del mundo sino en América Latina.

■ La enseñanza del nivel de grado en Facultades de Psicología

En ellas la enseñanza de la Salud Mental no tiene que luchar contra los prejuicios con respecto a la existencia de la mente. El estudiante de psicología eligió esa carrera, en principio, porque le interesan los procesos de la mente. Aquí el problema es el énfasis puesto en el conocimiento teórico y en la investigación. La problemática pasa porque no están necesariamente incluidos los aspectos reparatorios, que si lo están con más frecuencia en los estudiantes de medicina, y que implican, curar, aliviar, ayudar, resolver problemas, en suma pensar prioritariamente en lo que le hace falta al otro. El psicólogo recién recibido tiene muchos más conocimientos sobre la especialidad que el médico, pero, me refiero a lo que ocurre en nuestras universidades, no ha tenido contacto, durante sus estudios de grado con el dolor y con la muerte, que dan una dimensión distinta a sus condiciones personales. La experiencia que adquieren cuando se incluyen en estructuras asistenciales soluciona este aspecto. De todos modos, el aspecto reparatorio tiene que haber estado incluido en la decisión vocacional. Sabemos que este placer en lo reparatorio se adquiere muy tempranamente, de modo que tanto en estudiantes de medicina como en los de psicología hay que detectar si será posible desarrollarlo o si será más conveniente que cambien su elección de carrera.

■ La enseñanza de la Salud Mental a los auxiliares

Veamos cómo encarar la enseñanza de la Salud Mental en las otras instancias mencionadas tales como asistentes neuropsiquiátricos, acompañantes terapéuticos, coordinadores de distintas tareas que se desempeñan como talleristas en estructuras asistenciales complejas y otros integrantes de lo que de modo abarcativo puede llamarse personal de salud en una institución asistencial.

En primer lugar, es indispensable incluir en los programas o en la capacitación en terreno materias referidas a las necesidades emocionales de las personas y proporcionar indispensables rotaciones por estructuras asistenciales en las que observen las conductas de los profesionales y pueden recibir una supervisión de las tareas para entender las razones por las que se implementan distintas conductas y actitudes en la atención.

En mi práctica docente son muy importantes los espacios destinados a incorporar códigos de comportamientos que incluyen lo ético y lo moral como aspectos prioritarios de la tarea.

■ La enseñanza de post-grado en la Carrera de Médicos Especialistas en Psiquiatría

En este nivel la tarea es más acotada. En general, hay una gran expectativa en los alumnos de que el docente les transmita masas de información que hay que estar preparados para eludir ya que lo esencial es que el estu-

diente sepa buscarla en todos los lugares en los que fácilmente se encuentra y trabajar especialmente en la enseñanza de actitudes y habilidades cuya ejecución implique una *mores* basada en principios éticos.

Un aspecto fundamental en la enseñanza de post-grado es que el estudiante sepa respetar sus propias características de personalidad y sus conocimientos previos y evite así ser caricatura de algún instructor o profesor que puede ser, con toda justicia, admirado o respetado.

Las diferencias de paradigmas educativos

Hay ciertas preguntas que se hace indispensable responder para pensar cómo encarar, no solamente la enseñanza en las carreras de especialistas, sino todos los entrenamientos sobre la promoción de salud que puedan ser impartidos en distintos ámbitos y niveles.

A partir de haber ponderado especialmente la metodología de la enseñanza como contenido en sí misma es básico tener claridad con respecto a los paradigmas que osamos como categoría base de nuestra tarea.

Lo primero es entender que la enseñanza tiene que estar pensada para que llegue a un individuo que interactúa con un grupo social y, muy especialmente, que no se trata de pensar en el hombre como animal racional, antigua y perimida caracterización, sino en la persona total. Es útil pensar a la persona total incluyendo los tres niveles del concepto de cerebro triuno de Mc Lean. Esto es cerebro reptil, con sus reacciones automáticas, el cerebro límbico vinculado con lo emocional y el lujó de los primates, la corteza prefrontal.

Ahora bien ¿cuál es el rasgo más importante que debemos ponderar en el futuro especialista y también en cualquiera de los otros integrantes de equipos de salud a los que nos dirigimos? No nos importará que memorice datos porque estos están al alcance de todos en libros, revistas, Internet. Lo único que cuenta es que sepa como encontrarlos y antes que eso que tome conciencia de cuánto y cuándo los necesita. Particularmente para esto último hay un interrogante difícil de evaluar en los estudiantes con los que contactamos: ¿Tienen capacidad para resolver situaciones nuevas? ¿Pueden salirse de los esquemas establecidos y buscar caminos laterales, disciplinas no convencionales o aportes de otros campos de la experiencia? Para esto es que deben prioritariamente saber qué datos, qué información de otros especialistas necesitan para que les ayuden a resolver los problemas.

El paradigma siguiente deriva del que terminamos de enunciar. Esto es decidir cuál es el principal objetivo de nuestro contacto con los estudiantes: ¿Llenar su mente de datos o proveerles experiencias que los lleven a la búsqueda, al desarrollo de la curiosidad, a la inquietud por conectarse con otros ámbitos del entorno y de los conocimientos? Es inevitable recordar aquí la crítica de Nietzsche al positivismo y a su ansia de datos.

¿En qué debe consistir la actividad de los estudiantes a los que estamos capacitando? En parte ya lo hemos dicho: deben promoverse las experiencias que provoquen aprendizaje esto es cambios actitudinales, no situaciones en las que el docente pueda tranquilizarse porque hizo un depósito no sólo de conociemien-

tos concretos sino de relatos de experiencias que aunque útiles siempre son insuficientes para que se desarrolle el proceso de aprendizaje. Como mencionamos más arriba, Freire llamó a esto educación bancaria, haciendo la homología con lo que significa un depósito de dinero en un banco, que si no se usa no tendrá ninguna utilidad.

Un aspecto importante es aceptar, y no es inocente el uso de este verbo, cuál debe ser el rol del docente, del profesor. Si como dijimos la mayoría de la información está en todas partes, que aún el relato de experiencias es insuficiente y que debe promoverse que el estudiante pueda vivenciar las distintas situaciones a las que estará expuesto, es obvio que el docente, si bien es indispensable que esté informado, no tiene que ser un portador de información, sino un guía, un asesor que pueda ser tanto activo como pasivo, esto es alguien con mayor experiencia, que acompañe al estudiante en el intransferible proceso de aprendizaje. Es ilustrativo el ejemplo que se da para saber si un grupo que está trabajando en un tema está funcionando bien: si el coordinador está durante una buena parte del tiempo sentado al fondo, tomando café o conversando con alguno de los integrantes, podemos suponer que el grupo está funcionando bien. Vuelvo al comienzo de este párrafo para insistir en lo dicho sobre la necesidad que el docente acepte un rol distinto. Es inevitable cierto nivel de herida narcisista si dejamos de ser los depositarios del saber, los que podemos transmitir desde el lugar falsamente nimbado colocado al frente del aula todo lo que los estudiantes deben saber.

Si el descrito es el rol del docente debemos ahora explicitar cuál tiene que ser el rol del estudiante. Para empezar, no es el del perimido modelo del aula con un profesor al frente que habla y un grupo de estudiantes que toman notas en un cuaderno. Sabemos que aquí el peligro es que los contenidos pasen de la guía del profesor al cuaderno de los alumnos y que la capacidad pensante de ninguno de los dos se haya desarrollado. Parece una burla pero, lamentablemente ocurre más de lo que imaginamos.

La enseñanza tiene que estar estrictamente inserta en la cultura del grupo al que es impartida. Esto implica un permanente estudio y evaluación de lo que está ocurriendo en el planeta. Decirlo de este modo es apuntar a que nada nos puede ser ajeno y que si no podemos asimilar todo lo que ocurre para incluirlo en nuestro diálogo docente, por lo menos tenemos que aceptar que estamos en falta.



Queda un último punto que es también de capital importancia y este es el tipo de liderazgo que debe ejercer el docente. Creo que después de todo lo dicho y teniendo alguna idea de los tipos de liderazgo que se pueden implementar podemos estar seguros de la inoperancia de un liderazgo autoritario, autocrático que pretenda imponerse inhibiendo la capacidad de pensar. Por el contrario, el liderazgo demasiado laxo similar a la actitud de esos padres que por ser excesivamente permisivos terminan generando una carencia de padres, a veces difícil de detectar, pero que suele detectarse en los niños de los que suele decirse que no les falta nada y que, sin embargo, se comportan con exigencias desmedidas como lo pueden hacer los niños realmente carenciados. Ni el niño puede ser su propio padre, ni el estudiante puede ser su propio coordinador docente. En consecuencia, la posición intermedia, la de un liderazgo democrático, es la que puede ser más operativa para conseguir los objetivos propuestos en una enseñanza de la salud mental saludable para el estudiante-usuario y, en segunda instancia, para el asistido-usuario que es, finalmente, a quien apuntamos.■

El Curso de Psiquiatría del Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba.

Orígenes e historia

Ricardo M. Castro Bourdichon

Especialista en Psiquiatría y en Psiquiatría Infanto-Juvenil.

Presidente del Comité de la Especialidad de Psiquiatría del Consejo de Médicos de la Pcia. de Córdoba.

Director del Curso de la Especialidad de Psiquiatría. E-mail: rmcastro@tecocomnet.com.ar

Introducción

Existen actualmente agudas contradicciones en la formación de postgrado en la provincia de Córdoba y en el conjunto del país. Se cuenta con una escasísima oferta formativa para los especialistas. En ese contexto el curso de especialización en psiquiatría organizado en el Colegio Médico de Córdoba -a veinte años de su inicio- puede considerarse como uno de los proyectos señeros en su género por su continuidad y trascendencia.

Es imprescindible recordar y hacer presente que conocer para aprender, y enseñar a desobedecer la normatividad autoritaria y arbitraria, fue una de las razones esenciales con que se comenzó a construir este espacio docente; y también fue, siempre, el origen del desenvolvimiento de un conjunto de contradicciones inmanentes en nuestra vida institucional.

Hay nombres que no debieran soslayarse en esta historia: Elpidio Olivera, era y sigue siendo, el profesional de suficiente solvencia y antecedentes en nuestro medio, que podía nuclear las inquietudes emprendedoras de un trabajo de jerarquía y el único que contaba con el aval suficiente de un amplísimo arco de reconocimientos institucionales que para nuestros comienzos fueron indispensables. En un medio más generoso para el talento científico, su nombre seguramente no dejaría de figurar entre el de los maestros contemporáneos de gravitación internacional. Hombre de vasta cultura y múltiples intereses, no ha dejado de vivir con intensidad ninguno de los problemas candentes de su tiempo, así como no le es extraño ningún aporte de otras escuelas, tanto como las tendencias fundamentales de la filosofía, la literatura o la religión.

Alberto Sassatelli fue el dirigente del momento fundacional, con la capacidad de reconocer la necesidad de los Cursos de Postgrado, que vinieron a llenar un vacío

muy sentido: a través de la experiencia realizada en el área de la psiquiatría del Colegio de Médicos de la provincia de Córdoba, se dio comienzo a una variada cantidad de cursos que empezaron con los Comités de Contralor y las Sociedades Científicas, por primera vez con verdadero impulso de continuidad y seriedad.

Nuestro querido maestro Noel Feldman, Profesor Titular de Psiquiatría de la Universidad de Montreal y de la Universidad de Rosario, quien fuera maestro de psiquiatría de muchos cordobeses, también él nacido en Córdoba, y franco-canadiense por adopción, aportó decisivamente en la concepción del Programa que se detalla más abajo. Feldman, mediante sus contactos internacionales, facilitó durante los primeros años del Curso la llegada a Córdoba de diversas autoridades de la psiquiatría mundial y logró que nuestro Curso fuera mencionado en las mejores revistas de la especialidad. Propulsor de una renovación amplia de la psiquiatría, lo fue también de la psicología y la psicoterapia, introduciéndolas en la organización de un servicio en el Hospital Psiquiátrico en el que entonces era jefe. Impulsor del interés por la psiquiatría práctica y de la psiquiatría social, hizo aportes originales en el campo de la epistemología. Sería arbitrario separar sus contribuciones al campo de la psiquiatría de las que hizo al psicoanálisis, a la psicología social y a la psicología grupal. Su tendencia a la síntesis y a la unidad hace que sea imposible plantear estas divisiones sin traicionar su pensamiento dialéctico; antes que los hechos de detalle introdujo un pensamiento global, su esquema referencial, como él mismo prefería denominarlo. Inspirados en el programa que dictaba en su maestría de Rosario, que era de psicopatología, y no sólo de Salud Mental, establecimos una primera diferencia con el discurso habitual de los postgrados y de las corrientes prevalentes en la actual formación especializada.

Resumen

En la República Argentina existe una escasa oferta en la formación de postgrado en psiquiatría. En ese contexto el curso de especialización en psiquiatría organizado desde hace veinte años, en el Colegio Médico de Córdoba, Argentina, puede considerarse como uno de los proyectos señeros en su género por su continuidad y trascendencia.

Palabras clave: Recursos humanos - Enseñanza de la psiquiatría - Argentina.

THE COURSE OF PSYCHIATRY OF THE MEDICAL COUNCIL OF THE PROVINCE OF CORDOBA. ORIGINS AND HISTORY

Summary

In Argentine exists a little supply in the formation of postdegree in psychiatry. In that context, the courses of specialization in Psychiatry that the Medical Council of de province of Córdoba has been giving during the last twenty years, could be considered like one of the firsts projects in its sort by its continuity and importance.

Key words: Human resources - Education of psychiatry - Argentine.

En general el Curso ha mantenido el lineamiento que se establece más abajo, adaptando anualmente la modalidad de presentación de cada Módulo de acuerdo a lo fijado previamente bajo la orientación del Comité Docente.

Es necesario destacar que en nuestra especialidad, somos el primer centro formativo reconocido del interior del país, y por primera vez con independencia de la Universidad.

Hemos sido centro de referencia para la conformación de la Reglamentación Estatutaria de la CONEAU, en virtud de la experiencia y dedicación al tema y por la antigüedad y características de nuestro Curso (el primero con evaluación en el país).

Desde hace diez años el Comité de Publicaciones del Consejo de Médicos de la provincia de Córdoba, publica Guías Clínicas por temas de especialidad, que establecen las Pautas de la Práctica Correcta o esperable para cada caso, teniendo hasta el momento redactados doce guías, que significan un importante apoyo para el médico ante la posibilidad de mala praxis.

El Programa de formación de especialista en Psiquiatría

La estructuración de un programa de formación de especialista en Psiquiatría es ineludible para conseguir los objetivos deseados. Es el núcleo del sistema formativo, es la definición de los contenidos, las experiencias y habilidades que debe conseguir el alumno y la búsqueda de la forma más idónea de transmisión de estos aspectos.

En este sentido fue sin duda un acierto que el Curso se estructurara a partir de la reflexión del grupo de docentes que estaba encargado de certificar y re-certificar la especialidad, ya que los contenidos del mismo surgieron de las carencias que se observaban en la práctica y en los exámenes¹.

Por otro lado, estando la psiquiatría afirmada sobre dos continentes: el de las ciencias de la naturaleza y el de las ciencias del hombre, fue absolutamente indispensable un abordaje no reduccionista. Un curso para especialistas debía proponer los elementos que permitieran reflexionar sobre el hecho psicopatológico, más allá de lo biológico, más allá de las expresiones sintomáticas del comportamiento, en sus relaciones de sentido, para un sujeto que es histórico-social. No se trataba, entonces, de comprender la enfermedad mental a la manera naturalista, sino acoger el sufrimiento psíquico de una persona, un sufrimiento individual cargado de historia, de cultura y de relaciones sociales.

Nuestro temario se edifica como decimos, sobre los déficits actuales:

1.- Se constata la existencia de importantes lagunas en diversas áreas de la formación teórica, tanto en el nivel de los candidatos al título de especialista, como en los psiquiatras que re-certifican, y la necesidad es articularlas en la formación.

1.1.- *Psicoterapias*. Independientemente del proyecto de creación de un área de capacitación específica, sería necesario definir un bloque teórico de técnicas psicote-

rapéuticas en la formación general. Hoy se muestran huecos muy serios, para lo que debiera ser un tratamiento integral.

1.2.- Otras áreas también deficitarias son: rehabilitación, salud mental de niños y adolescentes, conductas adictivas, psicogeriatría y metodología de la investigación.

1.3.- Una laguna específica del programa es la psiquiatría forense y la neuropsicología clínica, llamando la atención que ante tanta demanda de la industria farmacéutica, sobre la medicación como casi único y exclusivo modelo de abordaje, se desconozca el real funcionamiento de la actividad nerviosa, entendiéndose, en una franca reducción epistemológica, que actividad nerviosa superior, es sinónimo de neuroendocrinofisiología.

1.4.- La falta de estudio de la historia del paciente y su entorno, que no puede ser olvidado a la hora de realizar un diagnóstico en psiquiatría.

Al incorporar el estudio de la mentalidad de cada época, el enfoque histórico proporciona a la psicopatología una unidad de sentido capaz de englobar la esencia de nuestro saber objetivo, la esencia de nuestra subjetividad como autores de tal saber, y también la esencia de la subjetividad del paciente que de tal saber es a la vez fuente y materia. Eso no significa que la psicopatología se reduzca a su propia historia y que su único interés sea la evolución de su discurso en el tiempo. Lo que llamamos psicopatología es un ente imaginario en cuyo interior "colocamos" hechos reales, estableciendo así entre ellos una continuidad y unas relaciones que son muchas veces arbitrarias y que dependen del tipo de historiografía en la que nos movamos.

La aceptación de la psicopatología dentro del campo de la Salud Mental, se constituye en un nuevo objeto que requiere un tipo de conocimiento que sea integrador -en el plano que específicamente le compete- de diferentes áreas en que la tradición académica organizó el saber (Antropología, Medicina, Psicología, Sociología, Historia, Filosofía, etc.). Esta diferenciación y especialización en la organización de conocimientos y en las especialidades a que da lugar, ha mostrado ser fuente de dificultades para las acciones de salud y lleva a la formación profesional fuertemente ligada a la comprensión parcializada de la enfermedad, ya sea desde una óptica "biologista" o "psicologista" y a la asistencia de individuos aislados y no de sujetos histórico-sociales.

Por el contrario, se requiere comprender el problema en la complejidad de la vida social y comunitaria, contextualizarlo estableciendo los objetivos y programando acciones con la participación de sectores, instituciones y organismos comunitarios.

En este contexto, y sin duda también como otra de las consecuencias de la falta de pensamiento crítico, tan característico de los últimos años, la psiquiatría biológica con importantes hallazgos, se ha convertido en el centro de la narrativa médica que lleva a la exclusión a otras cuestiones científicas, sociales, políticas y humanas, creando la promesa de curar al enfermo.

1. La participación en los exámenes de la totalidad de los especialistas de la provincia, en los últimos quince años como Presidente del Comité de la Especialidad del Consejo y, por la misma función, del Tribunal de examen de las Universidades de la provincia, nos ha permitido un lugar de relevancia para poder observar las carencias y dificultades de la formación.



El retraso de las universidades en el replanteo de la currícula para la formación de profesionales en la amplia perspectiva provista por los conceptos modernos de la Salud Mental y de la psicopatología considerada en sus aspectos dinámicos y semánticos, ha producido un progresivo empobrecimiento de la clínica, cada vez más subsidiaria de supuestos métodos “objetivos” de evaluación y cuya función está, de más en más, sometida al rol de instrumento indicador de un tratamiento biológico. Nuestra propuesta de creación del Curso de Postgrado del CMPC, pretende establecer un espacio que ayude a la transformación, entre los colegas y en la Universidad, de las preocupaciones planteadas y con los siguientes objetivos:

- *Generar un nuevo espacio de alta calidad y eficiencia, que desarrolle experiencias de capacitación estrechamente ligadas a los conceptos expuestos y a las necesidades de la comunidad local.*
- *Articular esta propuesta educativa con el conjunto de sectores, instituciones públicas y privadas y organismos de la comunidad de Córdoba y su zona de influencia, en la comprensión, investigación y evaluación de la calidad de vida y los problemas psicopatológicos y de Salud Mental, implementándose dicha integración a través del diseño y planificación de las acciones.*
- *Diseñar un nuevo modelo de capacitación en psicopatología, dirigido a psiquiatras, psicólogos y otros profesionales de la Salud Mental que enfrentan en forma individual o en equipo las demandas de la población.*
- *Orientar a los profesionales hacia modelos de integración con otros profesionales, instituciones, sectores del Estado y organismos de la comunidad.*

- *Considerando el estado actual de crisis paradigmática de la psiquiatría, generar un ámbito de honestidad intelectual en el examen crítico de sus conocimientos, así como su justificación y utilización.*
- *Implementar en el curso de la capacitación un sistema de evaluación continua del proceso de aprendizaje, de sus resultados y de su impacto en las instituciones donde realicen sus prácticas y en la comunidad en que se asienten las mismas.*

Finalidad de un nuevo tipo de Curso en Postgrado

El Curso de Psicopatología y Salud Mental está destinado a la profundización de conocimientos teóricos, epistemológicos y metodológicos relativos a la psicopatología en el interior del espacio de las problemáticas de la Salud Mental, en y por fuera de la perspectiva disciplinaria, centrándola en la reflexión y la intervención interdisciplinaria, interprofesional e interinstitucional.

Consecuentemente a lo expresado en el ítem precedente, el objeto de estudio del Curso de Psicopatología y Salud Mental implica la aceptación de la psicopatología en el campo de la Salud Mental como un conocimiento y una práctica específica en un contexto histórico-social.

Ha sido, la nuestra, una historia contradictoria, permanentemente convulsionada entre dos concepciones del mundo que, en principio y en apariencia, comparten la necesidad y la empresa de construir y difundir el conocimiento de nuestra realidad. Contradicciones entre quienes piensan y actúan buscando encontrar en el conocimiento las formas posibles de una gobernabilidad de las conductas y los padecimientos; y entre quienes no estamos dispuestos a hacer de la gobernabilidad el instrumento del disciplinamiento, encubridor de la desigualdad social.

Organización del plan de estudios

El plan de estudios se estructura en base a diez módulos de formación específica, que abarcan diversos contenidos que se distribuyen en el año lectivo. A continuación haremos algunos comentarios relativos a la orientación que inspira cada Módulo.

MODULO I

Problemáticas clínicas actuales: del síntoma y del signo

El concepto de enfermedad está en crisis en la psiquiatría y todo abordaje reduccionista conduce a dificultades de difícil solución. Es por ello que el estudio y la reflexión en torno a la semiología clínica, la conformación de los grandes síndromes en psiquiatría y las hipótesis semióticas, se convierten en una necesidad para las nuevas generaciones de profesionales, confrontados con ésta etapa histórica que es -sin duda alguna- crisis paradigmática para nuestra especialidad.

Leemos en Karel Kosic: "Totalidad significa: realidad como un todo estructurado y dialéctico, en el cual puede ser comprendido racionalmente cualquier hecho (clases de hechos, conjunto de hechos). Reunir todos los hechos no significa aún conocer la realidad, y todos los hechos (juntos) no constituyen aún la totalidad. Los hechos son conocimiento de la realidad si son comprendidos como hechos de un todo dialéctico, esto es, si son átomos inmutables, indivisibles e inderivables, cuya conjunción constituye la realidad, sino que son concebidos como partes estructurales del todo. Lo concreto, o sea la totalidad, no es, por tanto, todos los hechos, el conjunto de ellos, el agrupamiento de todos los aspectos, cosas y relaciones, ya que en este agrupamiento falta aún lo esencial: la totalidad y la concreción. Sin la comprensión de que la realidad es totalidad concreta que se convierte en estructura significativa para cada hecho o conjunto de hechos, el conocimiento de la realidad concreta no pasa de ser algo místico, o la incognoscible cosa en sí".

Lamentablemente, manuales y clasificaciones han coadyuvado para hacer del síntoma una forma reducida a una sintaxis sin significación, negándole la posibilidad de hacerse comunicable desde una semántica que le otorgue sentido.

MODULO II

Nuevas demandas en Salud Mental I: Patologías severas en el campo de la Salud Mental relaciones y estructuras

Guillermo Vidal, docente invitado desde los primeros tiempos del Curso, insistía en la necesidad de entender que la polisemia sintomática remite a numerosas lecturas y la precisión de su mensaje va haciéndose posible en la medida en que la naturaleza y el valor del síntoma se relativizan en el interjuego con los otros síntomas que van expresando las formas más o menos adecuadas en que los diversos niveles del psiquismo responden a los requerimientos internos y externos. Ese es -básicamente- el síndrome, elemento nuclear de la clínica y objeto privilegiado de la reflexión psicopatológica.

MODULO III

Nuevas demandas y perspectivas del psiquiatra

Ciertamente no hay una sola manera de enfermar y el paciente reclama del terapeuta que reconozca el modo particular de su sufrimiento, a fin de posibilitarle la orientación más correcta en cuanto a las soluciones disponibles para su tratamiento. Es con ese fin que la clínica psiquiátrica aísla, selecciona y jerarquiza un cierto número de síntomas. Este proceso que forma parte del acto clínico se efectúa en el conocimiento del síntoma desde su conformación histórica hasta su conceptualización actual, así como de sus plurideterminantes y de sus referencias con otros elementos considerados signos de lo patológico. La psicopatología es el conjunto de los esfuerzos teóricos mediante los cuales se intenta dar cuenta de los diferentes niveles -y de su interrelación- por los que transcurre el proceso clínico, superando los estrechos límites de la lesión o de la simple alteración de las funciones en que la medicina tradicional acuñó el concepto de enfermedad. Con Emiliano Galende pudimos recorrer el amplio abanico de los nuevos padecimientos psíquicos.

¿Cura la psiquiatría?

"La magia del imperialismo contemporáneo reside en conjurar su propia desaparición haciendo que el mercado aparezca como la personificación de la racionalidad humana y de la felicidad. Los discursos dominantes de la globalización ofrecen la ilusión de un mundo homogéneo que avanza constantemente hacia el progreso" (Fernando Coronil).

Más que un modelo, la psiquiatría biológica es una pseudonarrativa construida sobre un código binario que observa la realidad a través de la diferencia y de una dinámica de presencia/ausencia, tal como normal/anormal, sano/enfermo, válido/inválido. En este patrón de dualidad, un lado se valora por encima del otro y es esto lo que en el discurso de la psiquiatría biológica, polariza la comprensión de qué es existir, saber y actuar, recorrido pormenorizado de los aportes de Juan Samaja, Eduardo Menéndez y Enrique Marí.

Esta suposición epistemológica lleva a creer que la psiquiatría biológica tiene el conocimiento de lo que el cuerpo realmente es, sin dejar ningún espacio para las ambigüedades inevitables de los contextos humanos incluyendo las dimensiones culturales, psicológicas, sociales y políticas. La pseudonarrativa de la psiquiatría biológica no sólo promete tener la solución, a largo plazo, del problema del sufrimiento, también da una falsa sensación de seguridad y de control al definir la enfermedad y la discapacidad como desviaciones de la "normalidad" causadas, sobre todo o totalmente, por alteraciones genéticas. Al definir el cuerpo como una máquina complicada, la psiquiatría biológica se ha comprometido con modelos que sólo pueden manejar los "expertos" y excluyen la experiencia de la persona enferma o discapacitada.

Pero, ¿qué es curar? Si la discapacidad y la enfermedad son, en gran parte, una construcción social (en el sentido metafórico, no en el sentido literal o físico), la "cura" también es en gran parte una construcción social. Sin embargo, la medicina contemporánea ignora que es a través de las interpretaciones sociales, culturales, políticas y psicológicas como se construyen la comprensión y los significados del cuerpo y de la enfermedad.



MODULO IV

Nuevas demandas en comunidades especiales: adicciones enfoque de riesgo y reducción de daños. Teoría de la investigación y "nuevos" paradigmas

Sin hacer una crítica exhaustiva del paradigma clínico actual, resaltamos los efectos de la pseudonarrativa de la psiquiatría biológica sobre la relación médico-paciente. En nuestra práctica habitual se ha perdido la enseñanza de nuestros clásicos maestros José Bleger y Enrique Pichon Rivière, centrada en la narrativa del paciente y basada en la riqueza de la interpretación mutua.

El paradigma clínico sigue siendo uno en el que la autoridad médica recoge "evidencia científica" y, de una manera lineal (síntoma-análisis-diagnóstico-tratamiento), reduce la complejidad de la vivencia física y humana del paciente ante un pronunciamiento autoritario y científico que no toma en consideración las experiencias del paciente y sus definiciones propias.

MODULO V

Síndromes delirantes: la historia como determinante

Noel Feldman nos recordaba que durante las clases de Henri Ey en los famosos "miércoles del Sainte-Anne" de la segunda época dorada de la psiquiatría francesa (1945-1965), se presentaban casos clínicos complementados por una exposición histórica, clínica y psicopatológica del diagnóstico en cuestión, seguidas de un debate en el que participaban los más prestigiosos psiquiatras parisinos de la época (Minkowski, Daumezon, Lantéri Laura, Follin, Lacan, Rouart). La apreciación que aquella escuela hacía del saber histórico tenía un aire completamente distinto al de quienes consideran la historia de la psicopatología un saber de lujo pero superfluo y marginal.

Cabe apelar, nuevamente, a las imprescindibles lecturas de Kosisic, que nos interpelan para la práctica:

"La falsa totalidad se manifiesta en tres formas fundamentales:

- como totalidad vacía, en la que faltan los aspectos reflejos, la determinación de los elementos singulares y el análisis; esta totalidad vacía excluye la reflexión, es decir, la asimilación de la realidad en forma de elementos aislados, y la actividad del pensamiento analítico,

- como totalidad abstracta, en la que el todo es formalizado frente a las partes, y a la "tendencia" hipostasiada se le atribuye una "realidad superior". A la totalidad así entendida le falta la génesis y el desarrollo, la creación del todo, la estructuración y la desestructuración. La totalidad es un todo cerrado,

- como mala totalidad en la que el auténtico sujeto es sustituido por un sujeto mitologizado".

La historia está siempre recordándonos que para dedicarse a cualquier profesión relacionada con lo mental y con la psicopatología en particular, es preciso tolerar la incertidumbre, pues sólo desde la convicción delirante o desde la más docta ignorancia puede alguien instalarse en el mundo rodeado de certezas.

MODULO VI

Síndrome depresivo: terminar con los pseudodiscursos

Mientras la neurobiología consigue avances (la mayoría de ellos sin aún poderse aplicar al ser humano), la complejidad, la imperfección y la fragilidad del cuerpo humano surgen y se hacen obvias por el aumento de fenómenos tales como los denominados Síndrome de las sensibilidades químicas múltiples, Síndrome de la fatiga crónica y Fibromialgia (aunque para ellos también se han sugerido marcadores genéticos esto no disminuye los sentimientos crecientes de complejidad e inutilidad de los médicos ante tales enfermedades).

La discapacidad no es sólo una condición médica esperando ser curada o manipulada genéticamente, sino una identidad en gran parte definida por los que la viven y por la sociedad.

Y a medida que la sociedad entiende que el discurso de la psiquiatría biológica es, al fin y al cabo, sobre *nuestros* cuerpos y no sobre el cuerpo, podrá comenzar a perder su fe ciega en esta línea de investigación. Con el tiempo, las nuevas definiciones del cuerpo y de las limitaciones que producen las enfermedades y discapacidades se alejarán de la seducción de la biología, construyendo narrativas amplias, diversas y abiertas. Porque la pregunta ya no es qué puede hacer la psiquiatría biológica por nosotros sino quién vamos a ser aún con nuestros cuerpos imperfectos, si vale la pena "esperar", a qué, y qué se deja de lado en la espera.

A esto se añade el secreto a voces de que la medicina genética en un negocio muy lucrativo del sistema capitalista del que se benefician, de una manera espectacular, las compañías farmacéuticas y algunos investigadores. La fe en la psiquiatría biológica ¿no impide pensar libremente?

MODULO VII

Las formaciones neuróticas

No es posible soslayar que tanto el saber clínico de la semiología como la psicopatología y sus otras disciplinas auxiliares están inscritos en la historia de las ideas y en la de la sociedad en que se producen. O, dicho con palabras de Lantéri Laura, la reflexión epistemológica en psicopatología no puede producirse seriamente de modo intemporal y sin referencias precisas; sin las oportunas localizaciones históricas correríamos el riesgo de especular en vacío, a propósito de una problemática sin contenido y encarada con una metodología sin consistencia.

Rafael Paz nos orienta también hacia una precisa y concreta línea de investigación: aprehender la psicopatología actual, lacerada por su escisión entre las neurociencias, por un lado, y el modo de *estar-en-el-mundo* que



manifiesta la locura, por el otro; y avanzar en el intento de llegar a comprender la articulación de estos dos distintos aspectos como facetas de un saber unitario acerca del hombre. Antes que eso, incluso, la historia muestra que ninguna doctrina psicopatológica ni ningún abordaje clínico pueden sustraerse al análisis de sus propios límites, so pena de caer en los errores propios del dogmatismo.

MODULO VIII

a) Actualización en neuropsicobiología

El enfoque de esta pseudonarrativa se equivoca al no admitir que, como todos los modelos, el suyo es limitado y provisional porque se desarrollarán otros modelos y se alzarán otras voces. Al no reconocer la importancia de la diversidad de los diferentes puntos de vista, la medicina genética se desarrolla al margen de, y sin la aportación de los procesos sociales que crean nuevos modelos.

La psiquiatría biológica debería limitarse a hablar de los genes y no a definir las experiencias de los pacientes como secundarias.

Los datos "sensoriales" de la semiología quizá proporcionen la única certeza, la única objetividad que podemos adquirir, pero es una certeza tan pobre de significado que no puede sostenerse sin la relación con un paradigma histórico y psicopatológico que le otorguen algo de sentido, a la vez que introducen un cierto grado de incertidumbre por tratarse de paradigmas cambiantes con el tiempo. Como científicos no podemos prescindir de la confirmación sensorial, pero un mínimo rigor epistemológico nos impedirá desconocer que en el estudio de lo mental hay que dar con otro modo de hacer ciencia que incluya lo biológico, lo social, lo cultural, lo consciente y lo inconsciente.

Nuevamente Koscic es el faro para la diferencia: "La distinción entre representación y concepto, entre el mundo de la apariencia y el mundo de la realidad, entre la práctica utilitaria cotidiana de los hombres y la praxis revolucionaria de la humanidad, o, en pocas palabras, 'la escisión de lo único', es el modo como el pensamiento capta la 'cosa misma'. La dialéctica es el pensamiento crítico que quiere comprender la 'cosa misma', y se pregunta sistemáticamente cómo es posible llegar a la comprensión de

la realidad. Es, pues, lo opuesto a la sistematización doctrinaria o a la romantización de las representaciones comunes. El pensamiento que quiera conocer adecuadamente la realidad, y que no se contente con los esquemas abstractos de la realidad, ni con simples representaciones también abstractas de ella, debe destruir la aparente independencia del mundo de las relaciones inmediatas cotidianas. El pensamiento que destruye la pseudoconcreción para alcanzar lo concreto es, al mismo tiempo, un proceso en el curso del cual bajo el mundo de la apariencia se revela el mundo real; tras la apariencia externa del fenómeno se descubre la ley del fenómeno, la esencia".

b) Historia de las Ideas Psiquiátricas

Su relación con otras ramas del conocimiento y particularmente con la medicina, la filosofía y el psicoanálisis.

El biologismo supone la explicación del comportamiento humano, incluyendo sus padeceres, por estructuras biológicas innatas; consecuentemente, para E. Kandel (1994) la religión, la competencia, la cooperación, la dominación masculina, y la agresión son genéticas. La recurrente discusión entre medio ambiente y herencia que en los cincuenta parecía zanjada a favor de los procesos socioculturales o de una articulación entre lo cultural y lo biológico, surge una vez más a partir de propuestas biológicas.

En los ochenta reaparecen en la producción antropológica teorías biológicas previamente descartadas, que vuelven a explicar instituciones humanas como el incesto a través de la dimensión biológica.

MODULO IX

a) Las demandas actuales con niños y adolescentes

Mientras crece la polémica en torno de si se trata de una patología promocionada por la industria farmacéutica y se alerta cada vez más sobre los efectos adversos en niños las drogas estimulantes, muchos especialistas advierten que la medicación del ADD y ADHD es sólo la punta del iceberg de una tendencia en aumento de "patologización" de la infancia, impulsada por laboratorios que buscan ampliar un mercado adulto saturado: "Ahora la nueva moda mundial es utilizar antidepresivos en chicos", dicen.

"En los últimos tiempos observamos asombrados un incremento increíble de 'diagnósticos' rápidos, cada uno de los cuales viene acompañado con su respectiva etiqueta y su sigla en inglés: tenemos así las aulas pobladas con chicos con ADD/ADHD, TEA, TOC, ODD y por qué no algunos TGD", denunció la psicopedagoga Gabriela Dueñas.

"Nos encontramos con niños que son rotulados y medicados por presentar dificultades en la escuela o en el ámbito familiar de un modo inmediato, sin que nadie los haya escuchado; sin referencias a su contexto y a su historia, sin que se haya realizado ningún intento de comprender sus conflictos ni de ayudarlo de otros modos. Estamos en un momento crítico, porque los laboratorios avanzan en su intento de que todo sea medicado. Lo que está pasando con este tema es atroz. Se medica a chicos chiquitos como si se les diera agua, con una medicación que trae problemas de crecimiento, trastornos cardíacos, aparición de síntomas psicóticos", señala Beatriz

Janin, reconocida psicoanalista de niños, profesora de posgrado de la Universidad de Buenos Aires.

b) Violencia Familiar

Es imprescindible conocer la situación actual en el país y realizar estudios comparativos de variables como pobreza, marginalidad, empleo y desocupación, aspectos caracteriales, etc., vinculados con esta problemática. Los especialistas deben conocer la legislación actual y las respuestas institucionales: juzgados, policía, escuela, trabajo social, etc.

c) Maltrato Infantil

Se debe estimular entre los psiquiatras un análisis de la casuística actual del maltrato infantil en el país, su tratamiento legal, el estudio del derecho de corrección y el imaginario social de la corrección de niños, así como las modalidades del maltrato infantil en la familia, la escuela, las instituciones, la investigación sobre maltrato y las variables culturales intervinientes en el mismo. Es fundamental cruzar este estudio con las influencias en el mismo de variables tales como pobreza, desempleo, juventud de los padres, conformación de las familias etc.

d) Violencia Juvenil

Los especialistas deben reconocer la vinculación entre la violencia juvenil y el problema actual de la marginalidad, las diversas ideologías de la marginalidad, el imaginario social sobre la juventud y la violencia, los problemas de identidad y la formación de grupos, la relación con las comunidades de adictos, el análisis de la situación actual, los datos estadísticos disponibles y la relación violencia-vida urbana.

MÓDULO X

Epistemología del Campo de la Salud Mental

En éste Módulo se pone énfasis en: a) el análisis de cuestiones básicas referidas a la constitución del conocimiento y, particularmente, en la relación entre ciencias del hombre y ciencias de la naturaleza en el campo específico de la Salud Mental, b) los conceptos de sujeto y relación sujeto/objeto; normal /patológico, etc., c) las dis-

ciplinas y la interdisciplinaridad, d) las influencias filosóficas en el pensamiento psiquiátrico (Iluminismo, sensualismo, positivismo, fenomenología, marxismo, estructuralismo, teoría del caos).

Las categorías que maneja la psiquiatría biomédica son categorías sociales (incluidas sus técnicas diagnósticas y terapéuticas), que influyen en la manera de pensar y vivir la enfermedad por los pacientes. Así por ejemplo, la concepción del padecimiento como somatización es considerada una construcción social biomédica que deriva de la propuesta cartesiana sobre la dualidad cuerpo-mente y únicamente tiene sentido dentro de una psiquiatría que asume dicha dualidad en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad mental.

El sistema de evaluación y la importancia de la bibliografía

1.- La evaluación es un instrumento al servicio de la formación, que proporciona al alumno información continuada sobre su posición, en relación con el conjunto de conocimientos y habilidades que ha de adquirir. Por lo tanto constituye un aspecto central del proceso de aprendizaje.

Se ha establecido desde el comienzo del Curso un Sistema de Evaluación que contempla, según los temas, preguntas abiertas a desarrollar o preguntas de opción múltiple. La evaluación se realiza por escrito y cada dos módulos, al tercero, se evalúan los dos anteriores.

2.- Se considera que el examen final, como sistema de evaluación, es ineficaz para evaluar la capacitación adquirida, y pensamos que la evaluación continuada, es la más adecuada.

3.- Sin embargo el sistema de evaluación actual, que introduce una escala de calificación, es arbitrario y por lo tanto injusto e ineficaz.

4.- En su lugar se propone una evaluación cualitativa que persiga describir el perfil profesional individualizado, logrado por el cursante al concluir su formación.

5.- La bibliografía ocupa un lugar central en el proceso de formación y especialmente en la evaluación continuada, pero su función debe incluir la evaluación pormenorizada del entrenamiento asistencial y la adquisición de conocimientos del cursante.■

Referencias bibliográficas

1. Atlan H. *Con Razón ó sin ella*. Barcelona, Tusquets, 1995.
2. Bergeret J. *La personalidad normal y patológica*. Madrid: Gedisa, 1997.
3. Bleger J. *Psicología de la Conducta*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1969.
4. Braunstein N. *Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis*. México: Siglo XXI.1996.
5. Braunstein N. *Psicología Ideología y Ciencia*. México: Siglo XXI.1973.
6. Breilh J. *Epidemiología Crítica*. Buenos Aires: Lugar, 2005.
7. Castilla del Pino C. *La Naturaleza del saber*. Madrid: Taurus, 1974.
8. Castilla del Pino C. *Un estudio sobre la depresión*. Barcelona: Península, 1972.
9. Desviat, M. *Epistemología en Psiquiatría*. Madrid: AEN, 1991.
10. Figueira L-J, González M. Los trastornos de personalidad. Reflexiones sobre la teoría y la relación clínica. *Norte de Salud Mental* 2003;17:48-54.
11. Foucault M. *El nacimiento de la Clínica*, México: Siglo XXI, 1978.
12. Guimón J, Mezzich JE, Berrios GE. *Diagnóstico en Psiquiatría*, Barcelona: Salvat, 1988.
13. Kosic K. *Dialéctica de lo Concreto*. Barcelona, Grijalbo, 1970.
14. Maleval J-C. *Lógica del delirio*. Barcelona: Libros del Serbal, 1999.
15. Maleval J-C. Límites y peligros de los DSM. *L'Évolution Psychiatrique*, 2003; 68.
16. Paz R. *Psicopatología, Fundamentos dinámicos*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1991.
17. Paz R. Realidad Social y Psicoanálisis. Congreso Argentino de Psicología. En Fichas de la cátedra de Clínica Psicoanalítica, Universidad de Buenos Aires (mimeo).
18. Paz R. Subjetividad. Dialéctica e Inercias. *Cuadernos de Cultura*, 2, 2006.
19. Pichon Riviére E. *Del Psicoanálisis a la Psiquiatría Social*. 3 vols. Buenos Aires: N. Visión, 1993.
20. Samaja J. *La Investigación Científica*. Buenos Aires: Puntosur, 1997.
21. Samaja J. *Dialéctica de la investigación*. Buenos Aires: Lugar, 1999.
22. Samaja J. *Epistemología*. Buenos Aires: Eudeba, 1990.
23. Samaja J. *El lado oscuro de la Razón*. Buenos Aires: JVE-Editor, 2001.
24. Samaja J. *Epistemología de la Salud*. Buenos Aires: Lugar, 2005.

La educación médica basada en las competencias

Jorge G. Bernabó

Profesor Titular Consulto, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires Hospital "Bernardo A. Houssay"

E-mail: jbernabo@fmed.uba.ar

Jorge A. Buraschi, Juan M. Olcese María F. Buraschi, Eduardo A. Duro

Unidad Regional de Enseñanza IV (URE 4), Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.

Competencia: combinación integrada de conocimientos, habilidades y actitudes conducentes a un desempeño adecuado y oportuno en distintos contextos. Incumbencia, aptitud, idoneidad.

Competencia: conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes que permiten una excelente práctica médica, en continuo perfeccionamiento, adecuada al contexto social en que se desarrolla (1).

"La excelencia en educación no ocurre de manera accidental; es el resultado de una búsqueda que requiere una planificación y ejecución cuidadosa y que no puede desarrollarse sin la debida atención.

La cuestión de la excelencia no depende del dinero sino de las ideas, prioridades y energías invertidas por las personas implicadas" (Farmer, 1988).

Introducción

Entre las numerosas consecuencias del proceso de globalización puede contarse el surgimiento de diversas iniciativas referentes a la formación de los recursos humanos en medicina que ponen el acento en la adquisición de las competencias necesarias para una práctica médica de calidad. Tanto la "Declaración de Edimburgo", como las Cumbres Mundiales de Educación Médica, propiciadas por la *World Federation for Medical Education (WFME)* y la Organización Mundial de la Salud (OMS) señalaron la conveniencia

de que las facultades de Medicina definan sus misiones institucionales y los objetivos específicos de aprendizaje de sus alumnos, para garantizar que éstos posean el mínimo de conocimientos y competencias necesarias para afrontar la vida profesional con garantías para sus enfermos y ellos mismos(2).

Siguiendo esos lineamientos se han publicado una notable cantidad de trabajos de diversas universidades, abogando por una educación médica orientada a las competencias que deben poder demostrar los estudiantes al obtener su graduación ("*competence-based curriculum*", "*outcome-based education*"). Es interesante la inte-

Resumen

En los últimos años la estrategia de elaboración del currículo en la mayoría de las Escuelas de Medicina ha derivado de modelos de currículo basados en contenidos a modelos basados en outcome. Coincidentemente ha crecido el interés en definir y evaluar las competencias que debe poseer un graduado. En nuestro país y particularmente en los Hospitales Asociados incluidos en la Unidad Regional de Enseñanza IV de la Facultad de Medicina de la UBA se han recogido evidencias de que la adquisición de competencias durante el grado es en general insuficiente. Se describen los fundamentos y características del programa de Requisitos Esenciales Mínimos (PREM), herramienta para promover el aprendizaje de las habilidades y destrezas necesarias para la práctica de la medicina. El objetivo del PREM es mejorar los aspectos prácticos de la formación médica de grado y promover el aprendizaje de una serie definida de competencias cuyo dominio se considera imprescindible para desempeñarse correctamente como médico general. Un currículo orientado a objetivos, una clara definición de las competencias básicas, la promoción de experiencias de aprendizaje centradas en la práctica y el uso de métodos de evaluación basados en la observación directa del desempeño del alumno deberían contribuir a cerrar la brecha entre lo que las Escuelas de Medicina tradicionalmente enseñan y evalúan y lo que el médico necesita saber y saber hacer para desempeñar correctamente su profesión.

Palabras clave: Educación Médica - Evaluación de competencias - Habilidades - Destrezas - Objetivos de enseñanza - Práctica médica.

COMPETENCE BASED MEDICAL EDUCATION

Summary

The strategy of curriculum planning in the majority of the Schools of Medicine has shifted, in the past years, from curriculum models based in contents to outcome oriented curricula. Coincidentally the interest in defining and evaluating the clinical competences that a graduate must have has grown. In our country, and particularly in the Associated Hospitals belonging to the Unidad Regional de Enseñanza IV of the UBA School of Medicine, evidence has been gathered showing that the acquisition of clinical competences during the grade is in general insufficient. The foundations and characteristics of PREM (Programa de Requisitos Esenciales Mínimos) are described. PREM is a tool to promote the apprenticeship of abilities and necessary skills for the practice of medicine. The objective of the program is to promote the apprenticeship of a well-defined list of core competences considered indispensable for a general practitioner. An outcome oriented curriculum with a clear definition of the expected knowledge, skills and attitudes of a graduate of the programme, the promotion of learning experiences centered in the practice and evaluation tools based in direct observation of the student's performance should contribute to close the gap between what the Medicine Schools traditionally teach and evaluate, and what the doctor needs to know and needs to do to perform correctly its profession.

Key words: Medical Education - Outcomes evaluation - Abilities - Skills - Teaching Objectives - Medical Practice.

relación entre la mejor comprensión de la competencia clínica y la aplicación de este conocimiento para mejorar el aprendizaje y la evaluación. (3) M. Roy Schwarz y Andrzej Wojtzak, del *International Institute for Medical Education* (IIME) de Nueva York, expresan que "Aunque sea necesario para una educación de calidad el disponer de políticas de admisión de alumnos adecuadas y de los recursos suficientes, estos elementos por sí solos no garantizan que los titulados vayan a adquirir las competencias necesarias para un ejercicio profesional de calidad." ... Porque...: "Una facultad puede cumplir los requisitos para su acreditación y a pesar de ello no preparar a sus alumnos para que sean competentes en todos los ámbitos considerados esenciales. Ello es posible por cuanto las competencias esenciales que como mínimo debe exhibir cada uno de sus estudiantes para poder graduarse, no han sido definidas ni se han desarrollado los métodos de evaluación de dichas competencias necesarios para determinar si los objetivos han sido alcanzados."(4).

N. J. Bassan y A. E. D'Ottavio, de la Universidad Nacional de Rosario expresan: "Es durante el cursado de la carrera que el alumno debe saber cuáles son los conocimientos, actitudes, hábitos, habilidades y destrezas y valores a adquirir antes de su egreso para desempeñarse adecuadamente en la "Realidad" como médico de atención primaria. El dominio de las mismas en sus distintos niveles requiere de comprobación objetiva. Para ello resulta imprescindible estructurarlas de tal modo que esclarezcan no sólo aquello que el futuro médico será capaz de hacer sino su sitio y momento de adquisición y qué parámetros servirán para identificar su cumplimiento"(5).

Una interesante iniciativa constituye el Proyecto Alfa Tuning-América Latina, inspirado en el Proyecto Tuning-Europa, cuya meta es identificar e intercambiar información, y mejorar la colaboración entre las instituciones de educación superior para el desarrollo de la calidad, la efectividad y la transparencia tratando de alcanzar un amplio consenso a escala regional sobre la forma de entender los títulos desde el punto de vista de las actividades que los poseedores de dichos títulos serían capaces de desempeñar. De esta forma, el punto de partida del proyecto estaría en la búsqueda de puntos de referencia comunes, centrándose en las competencias y en las destrezas. La alternativa de usar esos puntos de referencia y no definiciones de materias muestra un claro posicionamiento, ya que si los profesionales se van a establecer y a buscar empleo en otros países de América Latina, su educación tiene que tener un cierto nivel de consenso con respecto a puntos de referencia acordados conjuntamente, y que han sido reconocidos dentro de cada una de las áreas de las disciplinas específicas. (6, 7) El interés en el desarrollo de competencias en los programas educativos concuerda con un enfoque de la educación centrado ante todo en el alumno y en su capacidad de aprender, exigiendo más protagonismo y cuotas más altas de compromiso, ya que es el estudiante el que debe desarrollar las capacidades, las habilidades y las destrezas.

Jorge Palés y Arcadi Gual expresan: "De forma resumida podríamos decir que la educación basada en el producto o en los resultados a) pone énfasis en el producto final, b) ayuda a distinguir lo que es esencial de lo

que no es esencial, c) determina lo que se ha de enseñar y evaluar, d) permite definir la responsabilidad del alumno, del profesor y de la institución con respecto a la sociedad y e) permite establecer un diseño curricular con sentido común. Por el contrario no indica: a) cómo han de enseñar los profesores, b) cómo han de aprender los alumnos y c) no presupone ser restrictivo con la metodología." (8).

Desde este enfoque la puesta en práctica requiere, como primer paso, la definición de las competencias esenciales que debe poseer el futuro médico, tanto en conocimientos como en habilidades y conductas.

Ello incluye:

- *Conocimiento de las bases científicas de la medicina.*
- *Conocimiento de las habilidades clínicas.*
- *Capacidad de razonamiento y juicio clínico.*
- *Habilidades relacionales y de comunicación.*
- *Principios y actitudes éticas.*
- *Actualización y desarrollo profesional y personal.*
- *Conocimiento de los sistemas de salud y del contexto social.*

La definición de las competencias esenciales permitiría:

- a los docentes, centrarse en lo que se supone es esencial,
- a los estudiantes, saber lo que se espera que aprendan, y sobre que serán evaluados,
- y a las instituciones, instrumentar las experiencias educativas que debieran ofrecer.

Las universidades escocesas, que han sido pioneras en la definición de las competencias necesarias para un médico competente y reflexivo proponen esta clasificación (9, 10):

Lo que el médico debe saber hacer ("Hacer lo que es correcto" – Competencias técnicas).

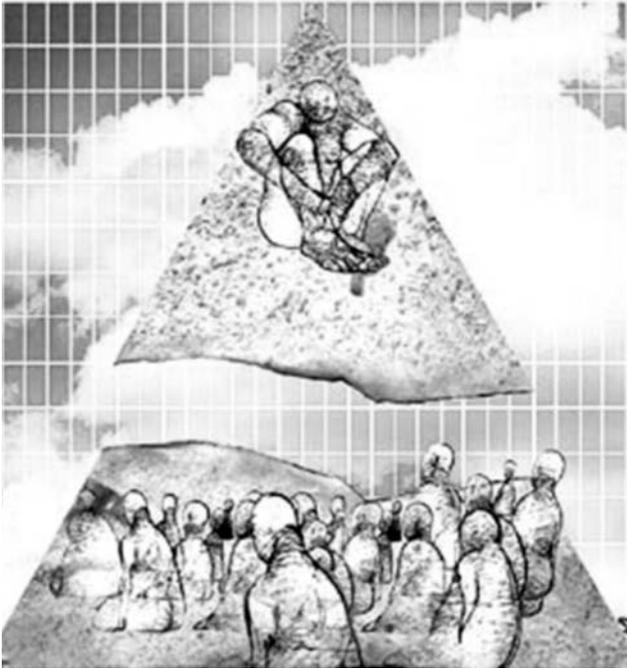
- Habilidades clínicas.
- Procedimientos prácticos.
- Estudio del paciente.
- Cómo tratar al enfermo.
- Promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
 - Habilidades de comunicación.
 - Habilidades para obtener información (informática, base de datos, etc.).

De qué manera el médico aborda su práctica ("Hacer lo que es correcto de manera correcta" – Competencias académicas, nivel conceptual o de pensamiento crítico).

- Los principios en que se fundamentan.
- Actitudes adecuadas, comprensión de las responsabilidades éticas y legales.
- Habilidades para la toma de decisiones, análisis, razonamiento y juicio clínico.

El médico como profesional ("Lo que es correcto hecho de manera correcta por la persona correcta" – Competencias de desarrollo personal).

- El médico como proveedor de servicios en el sistema sanitario.
- Desarrollo personal.



El paso siguiente en la implementación consiste en distribuir las competencias que cubrirán las distintas asignaturas y desarrollar los escenarios y métodos necesarios para el adiestramiento, práctica y evaluación de las competencias. Tras ello, sería moral e intelectualmente justo incluir la consideración acerca de en qué medida la facultad está proporcionando las experiencias educativas requeridas para el logro de dichas competencias.

Intentado obtener en nuestro medio información que permita confirmar o rebatir estas suposiciones, se realizaron varias encuestas de opinión entre alumnos que se encontraban cursando asignaturas pediátricas en distintos momentos de la carrera (materia Pediatría/módulo Pediatría del Internado Anual Rotatorio-IAR):

Durante el año 2003, un grupo de docentes del Área Norte del Departamento de Pediatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, propuso a los alumnos de quinto año que en ese momento ingresaban a cursar Pediatría, -ya aprobada Medicina I, y próximos a finalizar el ciclo clínico de la carrera de grado-, una encuesta sobre la percepción que tenían sobre sus competencias y habilidades clínicas para realizar un examen físico y ciertos procedimientos para determinar el estado de salud de un paciente.

Se definieron 71 maniobras y 30 procedimientos clínicos básicos que se realizan con finalidad exploratoria, diagnóstica o terapéutica y se propuso a los 80 alumnos

que en forma anónima respondiesen si se sentían capaces de efectuarlas e interpretar los hallazgos.

Los resultados, expresados en porcentaje de respuestas afirmativas, oscilaron entre el 100% en la exploración de adenopatías axilares, y el 18,75% en el reconocimiento de un opistótonos. En lo referente a los procedimientos básicos, los resultados oscilaron entre el 86,25% para la toma de los pulsos periféricos y de la tensión arterial, y el 6,25% para la prescripción de una indicación terapéutica (11).

En el año 2004 se realizó una encuesta de percepción acerca de la importancia de la práctica de habilidades destrezas y procedimientos durante las rotaciones del IAR. Se realizó entre alumnos de la rotación de Pediatría, solicitándoles su opinión acerca de la importancia de las prácticas. Las respuestas fueron mayoritariamente coincidentes en afirmar que encontraban muy importante las rotaciones del IAR siempre que éstas se realizaran con la calidad y seriedad que les permitiera adquirir nuevas destrezas de las que carecían previamente. Los alumnos manifestaron que la adquisición de las prácticas médicas era una deuda importante que la carrera tenía con ellos y que algunas rotaciones del IAR les permitían adquirirlas. La queja fue que no todas las rotaciones del IAR tenían la misma eficiencia para brindar esos conocimientos. Dijeron los estudiantes: "La Facultad nos da los lineamientos teóricos, pero carece de la parte práctica que idealmente nos debería entregar el Internado."; "Necesitamos la orientación de los profesores, tanto en la parte teórica, - como tuvimos en toda la carrera -, como en la parte práctica, y es ahí, justamente, donde nos dejan solos, o nos dejan en manos de los residentes de primer año"; "...Mucho depende de donde se rote y de la motivación individual" (12).

En el año 2006 se realizó una encuesta de opinión entre alumnos de acerca de la percepción de la formación que creían poseer respecto de habilidades destrezas y procedimientos pediátricos y neonatológicos esenciales y mínimos. Para ello se utilizó una lista de 86 Requerimientos Esenciales Mínimos (REM): 74 habilidades pediátricas y 12 habilidades neonatológicas. La lista fue consensuada entre docentes integrantes del Departamento de Pediatría de la UBA. Se consideró afirmativa la respuesta cuando el estudiante cree que está en condiciones de realizar la maniobra y/o el procedimiento en forma eficiente, sin tutores ni control. La encuesta fue completada por 69 alumnos de la cursada de pediatría y 13 alumnos de una rotación del IAR (13). Resultados de la percepción en alumnos de UDH (Cursada de Pediatría): Los alumnos al ingresar a la cursada de la asignatura Pediatría creen poder realizar sin tutor ni control alrededor del 54 % del total de habilidades requeridas como esenciales. (Alrededor del 60 % de los REM pediátricos y 6 % de los neonatales). Durante la cursada creen adquirir alrededor de un 20 % más de habilidades pediátricas y un 50 % de las neonatales alcanzando un porcentaje de REM pediátricos y neonatológicos de alrededor de un 78 %

**TABLA 1:
CURSADA DE PEDIATRÍA
PROMEDIO DE LOS PORCENTAJES PREVIOS Y FINALES DE REMs DE PEDIATRÍA Y DE NEONATOLOGÍA**

	% REM PEDIÁTRICOS PREVIOS	% REM PEDIÁTRICOS FINALES	% REM NEONATALES PREVIOS	% REM NEONATALES FINALES
UDH 1 (Grupo 1)				
Sin Neonatología	55,7	79,7	0	0
UDH 1 (Grupo 2)	49,9	80,2	4,5	74,5
UDH 2 (Grupo 1)	63,7	82,1	2,4	34
UDH 2 (Grupo 2)	69,5	72,9	6,4	57,1
UDH 3	62,7	85	13,9	77,8

Resultados en alumnos del módulo Pediatría del IAR

Los alumnos al ingresar al módulo creen poder realizar sin tutor ni control alrededor del 61 % del total de habilidades requeridas como esenciales. (Alrededor del 69 % de los REM pediátricos y 13 % de los neonatales). Durante la rotación adquieren alrededor de un 26 % más de habilidades pediátricas y alrededor de un 50 % de las neonatales, alcanzando un porcentaje de REM que los alumnos creen poseer de alrededor de un 93 %.

En ninguna de las encuestas citadas podemos afirmar que los resultados sean extrapolables o que representen al universo de alumnos. No obstante, posibilitan un acercamiento a la real magnitud del problema, plantean nuevos interrogantes y refirman la necesidad de encarar acciones tendientes a mejorar la calidad del proceso de adquisición de competencias necesarias para la práctica de la medicina.

Se puede concluir que la limitada formación práctica de los estudiantes dificulta la adecuada jerarquización e integración de los conocimientos que reciben durante la carrera, lo que constituye una seria dificultad en la adquisición del nivel de competencia médica que deberán aplicar al graduarse.

En 2004, la Unidad Regional de Enseñanza 4 (URE 4) de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, conformada por doce hospitales asociados del área norte de la ciudad de Buenos Aires y el conurbano, ante la reiterada detección de falencias y consecuentes oportunidades de mejora, inició acciones enmarcadas en el concepto de calidad que llevaron a conformar el "Programa de requisitos esenciales mínimos" (PREM), herramienta para promover el aprendizaje de las habilidades y destrezas necesarias para la práctica de la medicina (14).

El objetivo del PREM es mejorar los aspectos prácticos de la formación médica de grado y promover el aprendizaje de una serie definida de competencias cuyo dominio

se considera imprescindible para desempeñarse correctamente como médico general.

El primer paso fue la definición, consensuada entre los docentes de las diversas asignaturas del Ciclo Clínico, del listado de las principales competencias que los estudiantes deben adquirir. Se acordó, siguiendo a Guilbert (15) que los requisitos a incluir deberían ser relevantes, esenciales, mínimos, inequívocos y evaluables, y que debería ser necesario y posible promover su aprendizaje hasta alcanzar los niveles 3 y 4 de la pirámide de Miller (16). Las competencias incluidas correspondieron en lo esencial a los dominios "historia clínica" y "procedimientos clínicos". El listado se compone de 210 requerimientos esenciales mínimos, agrupados en dos capítulos principales: A) Historia clínica y B) Procedimientos clínicos. Dentro de cada capítulo las competencias están ordenadas, para facilitar su identificación y asignación, en grupos afines temáticamente: El capítulo A tiene 14 grupos con un total de 115 requisitos y el capítulo B incluye 13 grupos con un total de 95 requisitos.

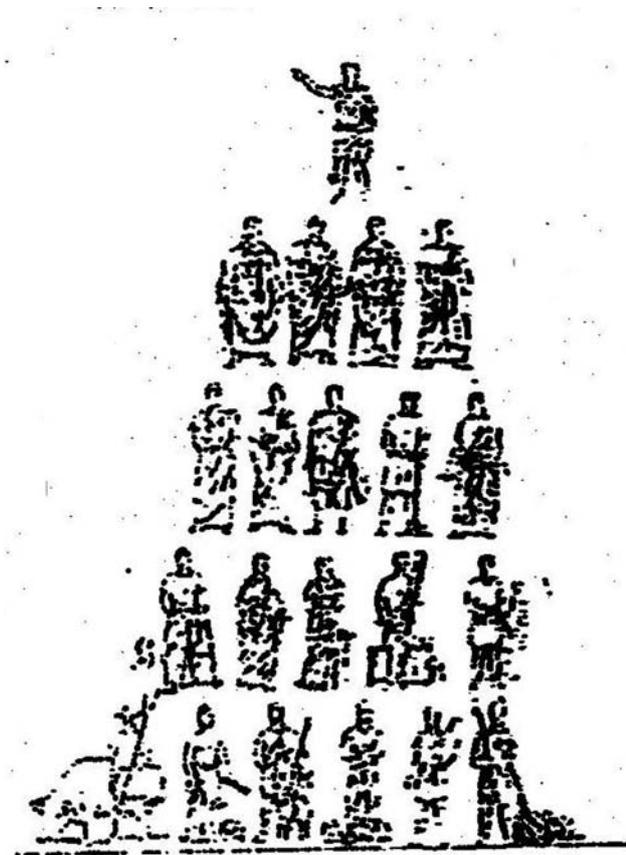
Se realizaron reuniones con los estudiantes a fin de explicarles las bases del programa, pulsar su opinión y prepararlos para participar del PREM, explicitando los niveles de profundidad que se deberán alcanzar en cada competencia, para lo que se aplicó una adaptación de la escala de Miller (16):

1: **Solo teoría:** con respecto a las habilidades en el nivel uno, el alumno al finalizar el período de instrucción debe tener conocimiento teórico en referencia a sus principios, sus indicaciones y contraindicaciones, la forma de realización y las posibles complicaciones.

2: **Haber visto y haberse mostrado su ejecución:** el alumno al finalizar el período de instrucción tiene que tener el conocimiento teórico y haber visto la ejecución de la habilidad en cuestión.

**TABLA 2:
MODULO DE PEDIATRIA DEL IAR
PROMEDIO DE LOS PORCENTAJES PREVIOS Y FINALES DE REMs DE PEDIATRÍA Y DE NEONATOLOGÍA**

	% REM PEDIÁTRICOS PREVIOS	% REM PEDIÁTRICOS FINALES	% REM NEONATALES PREVIOS	% REM NEONATALES FINALES
IAR 1	69,5	95,5	12,8	63,4



3: *Aplicar / ejecutar con supervisión: el alumno al finalizar el período de instrucción debe tener el conocimiento teórico, haber visto y haber efectuado la tarea las veces necesarias para ser capaz de ejecutarla bajo supervisión.*

4: *Tarea rutinaria: el alumno al finalizar el período de instrucción debe haber incorporado tanto los conocimientos teóricos como su ejecución a un nivel que le permita ejecutar correctamente la tarea, rutinariamente y sin supervisión.*

El listado fue validado administrándolo en marzo de 2006 a tres cohortes de entre 15 y 20 alumnos cada una que se encontraban cursando diferentes etapas del Ciclo Clínico en el hospital "Bernardo A. Houssay", Asociado a la Facultad de Medicina de la UBA. En base a las opiniones y sugerencias de los alumnos se introdujeron las últimas modificaciones y se consideró definitiva la versión del listado a utilizar en el PREM (mayo 2006). El listado puede consultarse en: <http://jbernabo.blogspot.com/>.

A título de ejemplo seleccionamos, entre los 210 requisitos esenciales mínimos incluidos en el PREM, los más directamente vinculados al área de Salud Mental:

Capítulo A (Historia Clínica), el alumno será capaz de reconocer, explorar y valorar:

- 90: Orientación (auto y alopsíquica).
- 91: Memoria.

- 92: Sensopercepción.
- 93: Curso y contenido del pensamiento.
- 94: Lenguaje.
- 95: Inteligencia.
- 96: Juicio.
- 97: Cognición.
- 98: Afectividad, voluntad.
- 99: Psicomotilidad (impulsividad y agitación).
- 100: Conductas complejas: alimentarias, esfinterianas y excrementicias, sexuales, del sueño, autoagresivas (automutilantes y suicidas), heteroagresivas, adictivas (sustancias, juego).
- 101: Mecanismos de defensa; reacción emocional del paciente ante su enfermedad, rasgos de carácter, personalidad.
- 102: Indicadores de vínculo entre la madre y el niño, la familia y la comunidad.
- 103: Informar y educar al paciente y sus allegados responsables.

Capítulo B (Procedimientos clínicos), el alumno será capaz de:

- 120: Realizar una presentación sobre temas médicos dirigida a médicos pacientes o legos.
- 121: Dar consejos acerca de conducta sexual y planificación familiar.
- 122: Dar consejos acerca de promoción de estilos de vida saludables.
- 123: Dar consejos acerca de amamantamiento.
- 124: Dar consejos sobre prevención y cuidados del ambiente.
- 125: Dar consejos acerca de vacunas a niños y adultos.
- 138: Hacer una exploración psicométrica básica.
- 139: Utilizar la escala de coma de Glasgow de en adultos y modificada para niños.
- 140: Utilizar el minimental test (validado en Argentina).
- 141: Utilizar el cuestionario Cage.
- 142: Evaluar el desarrollo madurativo según la edad.
- 143: Evaluar los signos y síntomas del trastorno generalizado del desarrollo.

En conjunto con el Equipo de la Facultad de Medicina Virtual (FMV) de la Facultad de Medicina de la UBA se preparó una planilla virtual de seguimiento, cotejo y evaluación, con acceso para alumnos y docentes desde Internet. En el sitio de la FMV (<http://www.fmv-uba.org.ar/>) se habilita para cada alumno participante del PREM un cuadernillo virtual, en el que están listadas, agrupadas y numeradas las competencias incluidas. A ese cuadernillo sólo tienen acceso el alumno en cuestión, los docentes de su Unidad, la coordinación de la URE 4 y el equipo de la FMV. Al lado de cada requisito existen casillas en las que el alumno debe ir documentando su progresión en los distintos niveles de adquisición de una competencia de acuerdo a las ideas de Miller. El alumno, con la supervisión y la validación de sus docentes, consigna en el cuadernillo sus progresos. El conjunto de cuadernillos electrónicos está vinculado a una base de datos y a programas de estadística que facilitan el análisis de la información, la confección de tablas y gráficos y la producción de informes, simplificando el seguimiento.

Cuando el alumno considera haber llegado al nivel 4, el programa sólo registra provisoriamente el dato y requiere validación por un docente, que haya observado directamente la ejecución de la destreza, para tomarlo como cierto.

En cada hospital participante, al inicio del Ciclo Clínico, los objetivos y fundamentos del PREM, así como la nómina de competencias, fueron puestas en conocimiento de los estudiantes para lograr su compromiso y participación activa y demandante, y de los docentes para que puedan programar su actividad de enseñanza, promover las circunstancias de aprendizaje en el escenario adecuado y desarrollar las herramientas de evaluación apropiadas. El proyecto requiere para su óptimo funcionamiento, una fuerte interacción transversal entre las distintas materias por lo que se necesitan eficaces acciones de difusión y motivación para involucrar e integrar al cuerpo docente. Cada hospital organiza la enseñanza de dichas competencias definiendo las situaciones de aprendizaje, el momento del Ciclo Clínico en que se trabajará en cada una de ellas, la metodología pedagógica que se utilizará y las herramientas de evaluación a emplear. Los niveles de aprendizaje de cada una de las competencias pueden ir alcanzándose sucesivamente mientras se cursan diversas instancias del Ciclo Clínico. El PREM se implementa a todo lo largo del Ciclo Clínico, complementando el programa habitual de las materias y sin desplazar a ninguna de las actividades regulares del programa de las distintas asignaturas. Las herramientas de evaluación a utilizar deben ser las aptas para cada nivel, debiéndose utilizar para el nivel 4 métodos basados en la observación directa del desempeño. El conjunto de las evaluaciones documentadas en los cuadernillos electrónicos conforma una base de datos que provee información que facilita el seguimiento de cada alumno individualmente, de distintos grupos pertenecientes a distintas cursadas o a la misma cursada en diferentes momentos del ciclo clínico, y de distintos hospitales participantes del PREM. Se puede medir así el desempeño de los estudiantes y la eficacia del programa y los docentes, facilitando la decisión de implementar acciones correctivas individuales o grupales.

Una vez que el PREM haya atravesado la etapa de prueba y haya sido validado como herramienta de promoción y de comprobación de la adquisición de las competencias definidas, podrá ser utilizado como instrumento de evaluación y requisito indispensable de promoción en las etapas finales del Ciclo Clínico.

Como corolario se reproduce un párrafo de un interesante trabajo de los docentes de Barcelona Nolla, Palés y Gual (17) donde se dice:

"Definidas las competencias finales o de salida resta considerar a quién implica la implementación de un modelo como el descrito. Es obvio que las facultades o escuelas son el eje de la implementación, pero no está por demás señalar que éstas han de considerar a los profesores y estudiantes como individuos.

"Por lo que respecta a la Facultad como tal, cabe plantearse las siguientes preguntas:

-¿Ha considerado la facultad /escuela las competencias finales o de salida?

-¿Ha definido la facultad estas competencias de manera clara?

-¿Los programas de las materias/asignaturas están acordes con ellas?

-¿Las metodologías y los recursos son los adecuados?

-¿Al graduarse, los estudiantes demuestran poseer las competencias definidas?

"Por lo que respecta al estamento docente, cabría preguntar:

-¿Son conscientes los profesores de la necesidad de definir las competencias?

-¿Las conocen los profesores?

-¿Son apropiadas a cada fase del currículo?

-¿Contribuye cada curso y/o asignatura a ellas?

-¿Son alcanzadas por los estudiantes al final de cada etapa?

-¿Tienen los profesores una comprensión adecuada de las competencias de su propia materia o disciplina?

-¿Su contribución refleja esta comprensión?

-¿Los sistemas de evaluación "evalúan" dichas competencias?

-¿A los estudiantes que no son competentes se les proporciona el "feedback" para demostrar su adquisición?

"Finalmente, por lo que se refiere a los estudiantes cabe plantearse:

-¿Están los estudiantes familiarizados con las competencias?

-¿Han sido involucrados en el proceso de definición de las competencias?

-¿Les son útiles para su aprendizaje?

-¿Creen que la enseñanza y las evaluaciones reflejan dichas competencias?"

Responder a estas preguntas podría conducir a una mejora considerable en la calidad de la enseñanza y a cerrar la brecha entre lo que las Escuelas de Medicina tradicionalmente enseñan y evalúan y lo que el médico necesita saber y saber hacer para desempeñar correctamente su profesión.■



Referencias bibliográficas

- 1.- Peinado Herreros JM. "Competencias Médicas" *Educ méd.* 2005 v. 8 supl.2.
- 2.- World Federation for Medical Education. "The Edinburgh Declaration". *Med.Educ.* 1988;22:481.
- 3.- Norman G. Research in medical education: three decades of progress. *BMJ* 2002;324:1560-2
- 4.- Schwarz MR., Wojtczak A. Global minimum essential requirements: a road towards competence-oriented medical education. *Medical Teacher* 2002; 24:125-129
- 5.- Bassan ND y D'Ottavio AE "Propuesta para la formulación sistemática de competencias médicas de grado" AFACIMERA VI Conferencia Argentina de Educación Médica, Buenos Aires, 2004.
- 6.- González J, Wagwnaar R, Beneitone P "Tuning America Latina: Un proyecto de las Universidades" *Rev Iberoamericana de Educación* N° 35 (2004), pp 151-164
- 7.- Proyecto Tuning. Reunión Buenos Aires, 16-18 de marzo de 2005. Documento de discussion - 2ª parte. Disponible en <http://tuning.unideusto.org/tuningal/>
- 8.- Palés, J y Gual A. "Recursos educativos en Ciencias de la Salud" *Educación Médica* 2004, 7 supl.2: S/4-S/9.
- 9.- Harden RM, Crosby JR, Davis MH. " An introduction to outcome-based education". *AMEE Education Guide* 1999;14:7-16
- 10.- Harden RM, Crosby JR, Davis MH y Friedman M "From competency to meta-competency: a model for the specification of learning outcomes". *AMEE Education Guide* 1999;14: 37-45.
- 11.- Buraschi JA, Duro EA, Buraschi MF, Marano de Sánchez L y Vautier ML. de "Percepción de los alumnos de quinto año de Medicina sobre algunas de sus competencias clínicas" *Arch.argent.pediatr* 2005;103 (5): 444-449.
- 12.- Olcese JM. "IAR: sí...¿pero así?". AFACIMERA, 6ª. Conferencia de Educación Médica, Buenos Aires, 2004.
- 13.- Buraschi JA, Olcese JM, Buraschi MF y Duro EA., en preparación.
- 14.- Bernabó JG, Buraschi J, Bértora FP, Capparelli E, Cardozo N, Comando J, Crespo R, Del Prete C, Espeche L, Flugelman R, Harris M, Rioja Campos A, Stagnaro JC. "PREM: un programa para promover el aprendizaje de las habilidades y destrezas necesarias para la práctica médica" VIII Conferencia Argentina de Educación Médica CAEM, Buenos Aires, octubre 2006.
- 15.- Guilbert JJ. *Educational Handbook for health personal*, WHO, Geneva, 1998.
- 16.- Miller GE. "The assessment of clinical skills/competence/performance". *Acad.Med.* 1990;65:563-7.
- 17.- Nolla M, Palés J y Gual A. "Desarrollo de las competencias profesionales". *Educación Médica* 2002;5(2):76-81.

Ética, Inequidad, Pobreza y Derechos Humanos en psiquiatría

Sus implicancias en la formación de los especialistas

Armando M. Pérez De Nucci

Doctor en Medicina, Miembro de las Academias Nacionales de Medicina, de la Historia y de Ética en Medicina. Especialista en Bioética.
Diplomado en Geopolítica y en Administración de Empresas, orientación Salud.

Introducción

La ciencia ha demostrado que, a comienzos del siglo XXI y después de un largo aprendizaje, somos gigantes técnicos pero enanos éticos. Los avances tecnológicos nos han dado mayor y mejor calidad de vida, pero han planteado continuamente objeciones éticas en la metodología para aplicarlos en su justa y correcta medida. Estas objeciones se han extendido al campo de los Derechos Humanos, muchas veces vulnerados en nombre de la ciencia y sus logros. Una tercera vertiente a analizar también es la forma en que la inequidad en salud influye sobre las oportunidades y la salud mental.

Hacia fines de los '70 del siglo XX, aparecía en el panorama de las humanidades el término "bioética", un enlace entre la vida -*bios*- y el deber hacer -*ethiké*-, en la conducta humana. Se definió en su momento como *estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y la atención de la salud, en tanto que dicha conducta es examinada a la luz de los principios y valores morales* (7). La presencia de esta disciplina ha modificado la relación que el científico tenía con la sociedad y se asistió, así, al transcurso desde una ciencia amoral a una ciencia con conciencia, y al reconocimiento de que todo acto científico tiene connotaciones morales y es pasible de juicios de valor.

La nueva ética que se viene aplicando a los problemas de la medicina actual es consecuencia de una nueva teoría de la ciencia que, aplicada a la medicina, genera un nuevo concepto de salud y enfermedad y una nueva lógica del juicio clínico. Ética en medicina debe ser situada, articulada, con la realidad que nos toca vivir cotidianamente, en un país y en un tiempo determinados, con un pueblo y sus aspiraciones diarias, en un contexto de globalización mundial excluyente. Y con un horizonte: tratar de solucionar esos problemas para bien de todos.

En pocas palabras, la ética debe amoldarse a la realidad y ser parte de ella. *Uno se convence solamente de la realidad que lo ha vencido*, solía decir con frecuencia el maestro don Pedro Laín Entralgo. Y es así, realmente. Uno debe dejarse vencer por ella si quiere crear y trabajar por los demás, en un marco de armonía, convivencia y bienestar. Hemos propuesto en nuestra tesis doctoral en filosofía una ética de la responsabilidad, una ética para el desarrollo de los pueblos (EPDP) que tenga en cuenta sus necesidades, sus carencias, su deseo de progreso y sus posibilidades futuras. Una ética que forme en la educación y el esfuerzo mancomunados y que tenga en el horizonte el bienestar y la salud de los pueblos latinoamericanos, ajustándose a las necesidades sanitarias y sociales de cada país. Debemos para esto dejarnos vencer por la realidad, actuar con los pies en la tierra y la mirada en el cielo, convencidos de que el gran problema actual de la medicina no es técnico, sino fundamentalmente ético. El futuro plantea una medicina sin exclusiones ni discriminaciones, para todos y en igual medida de sus posibilidades. Así lo hemos planteado al tratar del tema medicina y pobreza en la República Argentina(6).

Bioética y derechos humanos

El panorama de la ciencia actual muestra la necesidad de reformular viejos patrones usados para los juicios éticos, planteando contrastes aún no muy bien entendidos por los antiguos usuarios y originando un desafío interesante para quienes nos enrolamos en esta nueva orientación: compatibilizar ambos sistemas, tornar lo novedoso en inteligible y obtener su incorporación a la medicina de hoy.

La introducción del sujeto moral en medicina, es decir la consideración del paciente como sujeto racional y libre y el respeto a su derecho a saber y decidir sobre su cuerpo y su enfermedad, por ejemplo, es hoy un

Resumen

El presente artículo pretende demostrar la existencia de serias fallas en el campo de los Derechos Humanos y la equidad en el campo de la psiquiatría. La ética es el eje central de estas reflexiones sobre el tema. Se describen y analizan los Derechos Humanos en salud a la luz de las exigencias actuales y la incidencia de la pobreza en la deformación del acto médico actual, creando situaciones de inequidad que no han sido resueltas por las acciones sanitarias aplicadas hasta el presente. Se menciona el proyecto EPEP ("Ética para la erradicación de la pobreza") como uno de los caminos para solucionar el problema de los desniveles sanitarios de nuestro país.

Palabras clave: Ética - Pobreza - Inequidad - Salud mental - Salud pública y privada.

ETHICS, INEQUALITY, POVERTY AND HUMAN RIGHTS IN PSYCHIATRY

Summary

This article pretends to show the existence of important failures in the field of Human Rights and equal possibilities in health. Human rights are analyzed and developed in the field of public and social health in our country. Ethics is the main field proposed to reach solutions in the context on EPEP ("Ética para la erradicación de la pobreza").

Key words: Ethics - Poverty - Inequality - Mental Health - Public and Private health care.

hecho irreversible en ciencias humanas, junto con la justificación del derecho a la salud y la evaluación crítica y ética de la vida humana. A este respecto, Mainetti opina que *“el fundamento de la bioética médica reside en una crisis de identidad de la medicina, en cuanto a su objeto, método y fin: hay una necesidad de redefinir los problemas médicos y la medicina misma”*(3).

El ejercicio de la medicina consiste en una continua toma de decisiones tanto diagnósticas como pronósticas, terapéuticas y morales, la mayor parte de ellas en condiciones de incertidumbre. Las tres primeras constituyen lo que se denomina juicio clínico. La última constituye el denominado juicio moral. Habré de referirme en esta oportunidad al último, recordando que los pacientes no solamente presentan trastornos somáticos y psicológicos, sino también morales y éstos guardan una estrecha relación con los derechos humanos.

La medicina y el derecho se enfrentan cotidianamente con los problemas que plantean los pacientes y muchas veces las respuestas no resultan tan contundentes como uno pensaría, sino que la realidad indica que es preciso aprender a tomar decisiones racionales en condiciones de incertidumbre u opacidad. Y es necesario, además, recalcar que dichas decisiones no pueden ya nunca más ser tomadas por el médico en la soledad de su consultorio, ya que requiere el concierto de la sociedad, la institución, el Estado y el propio paciente, por citar algunos de los actores en juego. Ello obliga a un entrenamiento necesariamente específico para la toma de decisiones morales en la medicina actual.

Cada concepción del mundo y de la vida conlleva una valoración moral distinta de los acontecimientos y ello nos obliga a tenerlos en cuenta, ya que siempre se habla o discurre desde alguna creencia y desde ella se hacen juicios de valor. Esto no es nuevo. Lo novedoso está en la pluralidad de creencias que hoy se exige para llegar a un juicio ético y lo bueno de tenerlo en cuenta es que de esta manera se permite establecer en bioética normas de actuación y tomas de decisión concretas, aceptable por todos o, al menos, por la mayoría.

Por otra parte, desde el mismo inicio de la vida humana, la historia del hombre está referida a la vigencia, desarrollo y usufructo de los derechos humanos. Éstos, a su vez, poseen una historia plena de intentos para definir coherentemente su dignidad y los valores básicos del hombre en la formulación de derechos insoslayables que pudieran tener una aplicación universal. Este ha sido el caso, por ejemplo, de las luchas por el cese de la esclavitud, por la igualdad de los sexos, el sufragio universal, la autodeterminación de los pueblos, la prisión con juicio previo, entre otros logros y formas de reivindicación planteadas por la humanidad entera.

Al mismo tiempo, la existencia de torturas, desapariciones, juicios sin garantías, control físico y farmacológico de disidentes, prisión sin condena previa, etc., patentizan la voluntad de los hombres de crear espacios de *“bestialización”* o *“animalización”* de la conducta humana, ampliamente vulnerables de los derechos personales y colectivos.

Entendemos por derechos humanos a aquellos intrínsecos a la naturaleza del hombre los que nos permiten, junto a las libertades fundamentales, hacer uso de nuestras cualidades, nuestra inteligencia y nuestra conciencia plena(5).

El 10 de Diciembre de 1948, la Asamblea General de las Naciones Unidas sancionó la Declaración Universal de los Derechos Humanos. El 16 de Diciembre de 1966, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos y el Protocolo Facultativo de este último. Todas estas declaraciones juntas constituyen la Carta Internacional de Derechos Humanos y deben considerarse la piedra angular que regula aquellos y, en la opinión de algunos juristas, juegan un papel equiparable a los textos constitucionales nacionales.

La historia del desarrollo de los derechos humanos nos remonta como antecedente fundamental a los horrores sucedidos durante la Segunda Guerra Mundial, conflicto que marcó a fuego al mundo civilizado.

En la protección y vigencia de los derechos humanos es donde se verifica la verdadera esencia de la libertad, el progreso, la prosperidad y la paz humanas. De esta manera, hablamos de derechos humanos cuando nos referimos al hombre relacionado sobre todo con su salud en un estado integral, entre otros:

- *Libre determinación de los pueblos.
- *Prevención de la discriminación (raza, sexo, religión, educación, etc.).
- *Crímenes de guerra y de lesa humanidad.
- *Protección de personas en estado de detención.
- *Esclavitud, servidumbre o trabajo forzoso.
- *Libertad de información y de informar adecuadamente.
- *Derechos de la mujer, el niño y el adolescente.
- *Matrimonio y familia.
- *Erradicación de la desnutrición y la enfermedad de los pueblos.
- *Utilización del progreso científico.
- *Derecho a un justo juicio.
- *Derecho a la defensa.
- *Derecho de toda persona sometida a protocolos de investigación.
- *Derecho a la eufenesia y a la eugenesia.
- *Derecho a un juicio ético justo y razonable, ajustado a cada caso.
- *Derecho al desarrollo y aplicación de la tecnología reproductiva.

El caso particular de la psiquiatría

La psiquiatría, a su vez, ha mostrado a lo largo de su historia, una tendencia a la humanización del acto psiquiátrico y de la atención del enfermo mental, a la progresiva abolición de las restricciones que el mismo acto médico planteaba al hombre que se suponía debía curar y no confinar, mejorar y no controlar farmacológica o físicamente, reconstruir y no reestructurar antojadizamente.



Sin embargo, observamos que es en este campo de la medicina donde periódicamente aparecen tendencias autoritarias o restrictivas de las libertades individuales. En el ámbito europeo, por ejemplo, ha habido proyectos legislativos que propician detenciones permanentes, aislamientos prolongados y tratamientos forzados bajo la advocación de la preservación del denominado “bien común” o “los intereses de la gente”. Ni que hablar de muchos jóvenes países americanos que han usado a la psiquiatría para controlar los estallidos sociales o la férrea voluntad de los disidentes políticos.

Esto se debe a que es durante el siglo XX cuando se produce la madurez de la psicotecnología, debido a significativos avances de la ciencia, como el control físico y farmacológico de la mente y, como consecuencia de ello, la modificación del comportamiento humano, la introducción del investigador en los mecanismos de la conducta y sus variaciones, el desarrollo de la psicofarmacología, etc. Y la mayoría de estos procedimientos han venido a plantear al profesional médico y al psicólogo numerosos dilemas éticos relacionados sobre todo con los derechos humanos, punto de unión entre estas tres dimensiones, un tema que ha sido tratado por nuestro grupo en el marco social de la psiquiatría y psicología médica(4).

La primera pregunta que nos hicimos al abordar el estudio de esta temática hace ya algunos años era: ¿es la psiquiatría tema de intelección de la bioética? Y, en caso de serlo, ¿qué problemas diferentes de las otras ramas de la medicina plantea esta especialidad a la Bioética?¹.

La psiquiatría no tiene su propia bioética -es lógico que así sea-, pero adapta sus principios y reglas a sus problemas particulares. La ética, cuyo concepto cambia

con el tiempo, el espacio y los problemas sociales, será siempre una cuestión debatida en relación al trabajo científico.

La psiquiatría, por su parte, no es una especialidad surgida para juzgar, acusar y castigar, pero reconoce además la existencia de un código moral, con principios, estándares y códigos que le sirven para ejercer su actividad. El paciente psiquiátrico no es igual a los demás pacientes, ya que las características de su conducta, su manera de reaccionar frente a determinados problemas, su cuota de inestabilidad emocional, entre otras características, lo hacen diferente y condicionan al terapeuta a determinar ciertos cursos de acción diferentes al resto de los pacientes. Estas situaciones rozan con frecuencia el campo de acción de los derechos humanos. De manera que al analizar las condiciones éticas del desempeño profesional psiquiátrico, también se lo está haciendo desde la perspectiva de los derechos humanos y, como veremos más adelante, en relación también con el principio de equidad, fundamental para cimentar una relación médico-paciente efectiva. La lesión de los principios de autonomía y justicia y el desconocimiento de los de beneficencia y no maleficencia, no solamente constituyen un problema bioético, sino que tienen íntima relación con la problemática de los derechos humanos. En la defensa y protección de éstos, justamente, se verifica la verdadera esencia de la libertad, el progreso, la prosperidad y la paz de las naciones.

Ahora bien, el impulso de la protección y promoción de los derechos humanos, guarda estrecha relación con la concepción política del Estado de derecho, o sea del Estado sujeto al ordenamiento constitucional libremente consentidos por los pueblos.

1. En efecto, a nivel legislativo y docente, y en coordinación con la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Tucumán, organizamos un curso denominado “Ética y Derechos Humanos”, en 1993, adonde se abordó esta temática desde la ley y la medicina, planteando los problemas emergentes y proponiendo soluciones a algunos de ellos. Un trabajo similar presentamos a nivel internacional en el XVº Congreso de Psiquiatría Social, Hamburgo, Alemania, en junio de 1994.

El quiebre del orden constitucional y el totalitarismo de Estado, nos lleva a tristes ejemplos de la aplicación de la psiquiatría para fines políticos, hecho repetitivo y recurrente en regímenes de facto o absolutistas, llenos de ejemplos de desvirtuaciones a principios básicos de los derechos humanos.

En este contexto, consideramos que la psiquiatría ha planteado hondos dilemas éticos a la sociedad en general, ya que en esta especialidad la relación médico-paciente adquiere gran significación e importancia e incluye en todo tratamiento los conceptos de libertad y desarrollo personal, exigiendo por parte del paciente una participación activa, que no puede ser desconocida y mucho menos conculcada. Recientes ejemplos, tratados en profundidad en los últimos congresos internacionales, han demostrado el efecto devastador de algunos tratamientos psiquiátricos restrictivos en instituciones de diferentes países, algunos de cuyos internados aportaron sus experiencias desde el punto de vista del paciente -¿paciente?- en la consideración de problemas tales como los siguientes:

- *¿Ejercen todos los médicos con precaución todo su derecho a imponer tratamientos considerados obligatorios?
- *¿Los aplicarán solamente cuando la enfermedad de un individuo pone en peligro su vida o la de aquellos que lo rodean en forma discriminada?
- *¿Puede el médico predecir con certeza o razonabilidad que el paciente responderá al tratamiento y se reintegrará a la sociedad?
- *¿Puede el médico estar seguro de la existencia real de la enfermedad mental?

Todas estas preguntas que nos hacíamos al comienzo de nuestro trabajo de investigación para ser presentado en el XVIº Congreso Internacional de Psiquiatría Social (Hamburgo, 1994), resultaron válidas al comprobar que había países con regímenes totalitarios por aquel entonces, que abusaban de ciertas prácticas psiquiátricas para confinar y controlar a disidentes que no sufrían enfermedad mental alguna. Nuestra actuación como Presidente de la Mesa Redonda sobre "Psiquiatría y Derechos Humanos" en el evento mencionado, fue sumamente enriquecedora y, a la par de representantes que sistemáticamente decían desconocer tales prácticas, había otros que hacían un *mea culpa* aduciendo éticas de Estado para el desempeño de la psiquiatría. Muchos de estos casos fueron debatidos en el seno del dicho congreso, verificándose numerosas violaciones a los derechos humanos.

A este respecto, la Declaración de Hawái, ha manifestado que *"desde el amanecer de la cultura, la ética ha formado parte del arte de curar. Las legislaciones conflictivas para los médicos en la sociedad contemporánea, la naturaleza delicada de la relación médico-paciente y la posibilidad del abuso de la tecnología, los conocimientos y los conceptos psiquiátricos en acciones contrarias a las leyes de la humanidad, hacen más necesario que nunca un alto nivel ético en aquellos que practican el arte y la ciencia de la psiquiatría"*(8).

La psiquiatría no es una profesión surgida ni capacitada para juzgar, castigar o acusar y esto debe estar bien

enraizado en los conceptos éticos que guían la especialidad.

De lo anunciado, podemos extraer las siguientes conclusiones:

1. El objetivo de la psiquiatría consiste en promover el desarrollo de la persona hacia una responsabilidad madura y una vida independiente.
2. Las actuaciones y tratamientos que deban realizarse en ausencia de consentimiento informado del paciente, si éste carece de capacidad racional para hacerlo por no comprender o no poder expresar sus deseos, o porque la enfermedad mental le impide reconocer el peligro que importa su padecimiento para los demás, deben ajustarse a parámetros éticos por parte del equipo actuante, que garanticen la plena vigencia de los derechos humanos y su libre ejercicio. No existen justificativos para una decisión en soledad por parte del profesional actuante, como no es admisible tampoco un cariz de paternalismo que pretenda ejercer la defensa de la sociedad.
3. La contratransferencia del psiquiatra, es decir sus propios deseos personales, sentimientos o prejuicios, no debería influir en el tratamiento del paciente. La relación médico-paciente adquiere en psiquiatría caracteres distintivos que es preciso dimensionar en su justa medida ya que el enfermo es, con frecuencia, un individuo limitado en su capacidad decisoria y la acentuación de la dependencia hacia el profesional suma una serie de factores a tener en cuenta.

Las situaciones planteadas en la práctica psiquiátrica cuando no se ajustan a la ética que deba regirlas, rozan simultáneamente el campo de los derechos humanos, entendiéndolos por ellos en este campo a aquellos que son intrínsecos a la naturaleza de los hombres y sin los cuales no puede vivir como un ser humano. No se puede defender ya por más tiempo la exclusiva protección de derechos individuales solamente. A los derechos del individuo, hay que añadir los del grupo y los de la sociedad entera. En estos días interesan todos los pacientes y todos sus derechos, con la sociedad a la que pertenecen y en forma que hemos denominado *situada* para la ética y la filosofía, es decir, perteneciente a una época y situación determinadas, en un país individual y dentro de las condiciones sociales que le toca vivir al individuo.

En la defensa y protección de los derechos humanos y en relación con la medicina y en especial la psiquiatría, es importante la consideración de temas tales como los siguientes, entre otros:

- *Derechos del hombre, la mujer, el adolescente y el niño.
- *Bienestar social de la familia.
- *Derecho al propio control sensorial.
- *Derecho a elegir libremente entre tratamientos propuestos.
- *Derecho al consentimiento informado.
- *Utilización de la tecnología moderna para el progreso de la humanidad.
- *Derecho a la no intromisión en el cuerpo y la mente de las personas.
- *Derecho al libre albedrío.



Demarcado así el campo de intelección del problema, se hace preciso analizar algunos de los dilemas que la psiquiatría actual plantea a la bioética y a los derechos humanos y que han sido detectados por nuestro grupo de estudio en la República Argentina y otros países donde hemos inquirido al respecto. Algunos de ellos han sido ya publicados en Europa y forman parte del contenido de esta publicación(5).

Con las nuevas tecnologías de control de comportamiento -físicas, farmacológicas y psicológicas-, hoy es posible ingresar en el perímetro de las defensas conscientes de las personas. El desarrollo de la psicocirugía y la psicofarmacología han logrado fracturar los antiguos límites, sobrepasando ampliamente los senderos convencionales de los sentidos, y este hecho las hace potencialmente peligrosas, porque su aplicación ya no hace posible seguir operando sobre el sujeto racional y libre, con lo que las objeciones, además de éticas, se convierten en sociales. El condicionamiento dado por la situación de pobreza y pauperismo de nuestro país, agregan elementos desfavorables al cuadro, entre ellos el de la inequidad, a la que habré de referirme mas adelante. Las consecuencias políticas, como puede verificarse con facilidad en los países totalitarios, pueden resultar altamente perjudiciales para el desarrollo y ejercicio de la libertad. Y ello es debido al hecho que el cerebro es el principal depositario de lo que podemos denominar "lo humano", la fuente del pensamiento, la emoción y la personalidad. La intimidad de la mente es para el hombre la posesión suprema y la terapia orgánica o farmacológica la altera intrusivamente o interfiere con la actividad mental, ya que supera la barrera protectora de los sentidos, permitiendo

la entrada más allá del perímetro final de la defensa.

Entonces, ¿el cerebro es, y debe seguir siendo, un órgano inviolable? ¿Es lícito actuar sobre él de manera irreversible? El razonamiento moral de esta cuestión se apoya en el grado de autonomía que se debe permitir poseer a una persona, entendiendo por ello que el hombre autónomo, mientras es autónomo, no está sujeto a la voluntad de otro. Puede hacer lo que otro le diga que haga, pero no porque se lo ha dicho; para el hombre autónomo no hay, estrictamente hablando, una cosa tal como una orden. El hombre autónomo es el que actúa independientemente, el ser que es capaz de reflexionar acerca de sus propias decisiones, motivos, deseos, hábitos u otras cosas semejantes. Es, en definitiva, el ser racional y libre al que tanto hacemos referencia cuando hablamos de juicio moral en medicina.

El concepto de autonomía, entonces, permite al hombre desarrollarse en libertad, mejorar sus habilidades, dirigir su propia vida y elegir entre modos alternativos de acción.

Analizado el problema desde este punto de vista, los métodos de control del comportamiento violan la autonomía del paciente y lesionan sus naturales derechos humanos, porque su mecanismo de acción persigue la destrucción de la capacidad de la gente para ejercer sus posibilidades.

El razonamiento y la praxis médica deben tratar siempre de estimular el derecho a la libertad de la persona y su oportunidad a ser autónoma, auténtica y autorresponsable, cualquiera fuere la técnica que se emplee.

Entre los problemas conexos con la libertad y la autonomía, podemos mencionar los siguientes:

- *El problema del consentimiento.
- *La distinción entre lo experimental y lo terapéutico.
- *El problema orgánico frente al inorgánico.
- *La distinción entre terapia y control social.
- *Las cuestiones de autonomía humana.

Muchos son los problemas que la psiquiatría actual ha planteado a la bioética durante los últimos años. Mencionamos aquí los problemas derivados de la esterilización de los menores con taras psíquicas, los relacionados con las expresiones sexuales anómalas, el uso y abuso de fármacos psicotrópicos, los problemas derivados de la psiquiatría forense y los derivados de juicios de incapacidad, los planteos legales de menores, la modificación compulsiva de la conducta por medios físicos o farmacológicos, etc.

El problema moral del control del comportamiento, está ligado íntimamente con el principio moral de justicia, que enuncia la idea de que el poder del hombre sobre los otros debe ser controlado, ya que sin control existe el peligro de manipular al otro en detrimento de sí mismo. El principio de "no alterarás la conciencia de otro sin su consentimiento", adquiere aquí una dimensión importante y lleva, concomitantemente, al planteo inicial de la libertad del paciente. Pero es justo reconocer también que el principio de autodeterminación y el de libre voluntad terminan donde comienza el comportamiento antisocial y anormal. Todo el concepto de consentimiento informado se hace se hace confuso en el paciente privado de su razón. Ahora bien ¿cuál es el límite entre una y otra situación? Solamente el desarrollo y correcto funcionamiento de Comités de Ética Institucionales (CEI). Mediante la formación correcta y exigente de sus miembros, permitirá llegar a la toma de decisiones en un campo de probabilidad, casi nunca de seguridad. El hecho de traspasar el sistema sensorial del paciente, plantea profundas dudas acerca de la metodología a seguir y la elección es siempre individual y única en cada caso en particular.

En el juicio ético, se deberá tener en cuenta siempre al principio de beneficencia, que establece que el médico tenderá siempre con sus acciones al bien del paciente, entendido éste desde el punto de vista de la medicina, claro está. Pero la natural tendencia benéfica del profesional, puede llevar al médico a adoptar posturas paternalistas que implican un grave riesgo para el paciente. La posición paternalista vulnera el principio de autonomía, impide al paciente actuar como ser racional y libre en los casos en que ello sea posible, por lo que no puede ser adoptada como una norma terapéutica en psiquiatría, a pesar de lo difícil que resulta en la práctica cotidiana establecer el límite entre lo que es racional y lo que no lo es, lo que proporciona incertidumbre y pesar al médico, el que debe aprender que en los albores del siglo XXI, las decisiones no deben tomarse nunca más en la soledad del consultorio, sino en el seno de entidades calificadas, ecuménicas e interdisciplinarias, que solamente tengan como horizonte la consideración no solamente médica sino moral del que sufre.

El horizonte social

Con respecto a la ecuanimidad y la equidad en el complejo mundo de la salud, distorsionado por la creciente pobreza y pauperismo de nuestros pueblos sudamericanos, éstas deben consistir en un problema acuciante cotidiano y de planificación con vistas a un futuro mejor. La accesibilidad a los diferentes métodos y tratamientos dista de una situación de igualdad entre todos los pacientes. La desigualdad social y la pobreza creciente de algunos sectores mayoritarios de nuestras poblaciones, limitan la aplicabilidad de algunos tratamientos y el acceso equitativo a ellos. La esperanza depositada en los programas de Atención Primaria de la salud (ATP), no cumple con las expectativas fijadas para este programa, entre otras causas por la falta de accesibilidad a las mismas.

El estado actual de la relación médico-paciente, punto central del acto médico, ha sido denominado por algunos autores como caótico y desordenado, dando origen a una medicina que podemos llamar "desalmada"(1). El término no es desacertado, teniendo en cuenta que ha habido a lo largo de los siglos un proceso de vaciamiento de todo lo que no fuera orgánico o biológico en ella. Las humanidades médicas, la psicología y la psiquiatría se encuentran en esta situación.

Decía hace algunos años que la labor del médico era "dispensadora de esperanza" por un lado, con tendencia a "animizar" o espiritualizar los contenidos de ella. Con ambas afirmaciones, quería que la mera relación entre médico y paciente que no tuviera en cuenta la personalización del proceso patológico y sus contenidos, no tenía razón de ser, al menos en la esfera anímico espiritual y psicológica del individuo.

Analicemos ahora cuáles han sido las modificaciones del acto médico en las actuales condiciones de pobreza y cómo estas relaciones han llevado a la inequidad y desequilibrio en las que navega la actual relación médico-paciente y los planes de salud.

En primer lugar, el proceso de pauperización que ha sufrido gran parte de la población de nuestra nación, ha visto nacer nuevas o, al menos, distintas formas de enfermar, curar y morir. El acto médico se ha visto transformado y conformado por el factor pobreza, constituyendo ya un problema de la dimensión macro de la bioética.

¿De qué forma el proceso de empobrecimiento ha modificado sustancialmente las distintas etapas del acto médico?

En primer lugar, en la constitución tradicional de la familia. Las desigualdades extremas en el acceso a oportunidades socioeconómicas, han modificado la estructura familiar, creando condiciones de miseria y marginación. Muchas familias se destruyen por este fenómeno, otras tantas se desintegran y el fenómeno emergente es que la gran mayoría no se constituyen siquiera. Consecuentemente, otros problemas conexos aparecen y crean focos de tensión psicológicos, tales como los embarazos adolescentes, los hijos de madre soltera, la ausencia de vínculos familiares sólidos, el déficit sanitario y los trastornos conductuales.



La familia, núcleo de la contención y de lo que más adelante habrá de constituir la denominada red de contención colectiva, tiende a disminuir drásticamente a partir de diciembre de 2001, cuando la situación de pobreza y pauperización tiende a acentuarse en nuestro país. Argentina vio aumentar el índice de pobreza desde un 10% en los años sesenta hasta el 58% a fines de 2002. Hasta ese momento, opina Kliksberg, *“la familia, junto a sus históricas y decisivas funciones afectivas y morales, exaltadas en religiones como la cristiana y la judía, entre otras, cumplía funciones esenciales para el bienestar colectivo”*(2). A partir de 2001, la situación de la familia ha cambiado drásticamente y esto ha tenido, entre otros efectos, su repercusión en la esfera psíquica de sus integrantes, análisis que excedería los límites fijados a este artículo, pero que han gravitado de forma precisa e importante en la construcción del núcleo social de los habitantes de nuestro país.

Consecuencia de este desajuste en la estructura familiar es el aumento de los problemas relacionados con la salud, sobre todo de las mujeres. Patologías relacionadas con el embarazo, el parto y la lactancia aumentaron considerablemente, como así también la morbimortalidad materno-infantil, derivadas entre otras causas por las complicaciones de abortos clandestinos, la desnutrición de niños, las enfermedades profesionales derivadas del trabajo de la mujer, obligada a trabajar para mantener el hogar, entre otras patologías, constituyendo lo que Kliksberg denomina la *“feminización de la pobreza”*. El denominado *“rol del padre”* se encuentra ausente en estos hogares a cargo de mujeres. No debemos olvidar que aquel es clave para el refuerzo de ciertos activos de los niños como forjador de identidades, en el desarrollo de inteligencia emocional, la creación de condiciones de agresividad, el aislamiento y el resentimiento

evaluables desde la psiquiatría en forma evidente, y, lo que es más importante, el desarrollo del sociópata, entre otros efectos deletéreos consecuentes a esta nueva situación planteada.

La pobreza y la inequidad tienen expresiones severas y urticantes en los índices de mortalidad infantil y materna, ya de por sí históricamente altos en el noroeste de nuestro país y hartos conocidos y difundidos han sido los casos de muerte por desnutrición para insistir aquí sobre ellos. Entre las causas más importantes de estos fenómenos emergentes, está la falta de atención médica en forma eficiente y equitativa, lo que viene a agravar aún más este desleimiento del acto médico en la sociedad actual.

La aparición de conductas sociales inadecuadas, tal como la criminalidad en jóvenes, es motivo de preocupación desde la psiquiatría, que ve en el sociópata el emergente de la problemática relacionada con la falta de recursos y la inequidad en la atención médica, como así también de la falta de contención del núcleo familiar, actualmente disgregado, cuando no destruido. La ausencia de figura paterna, así como las concepciones distorsionadas de la realidad y la presencia de falsos arquetipos, aumenta las posibilidades de esta patología.

Como vemos, la modificación en negativo de la salud humana, ocupa un lugar destacado en el proceso de empobrecimiento de nuestros países y casi todos los autores consultados insisten en el perjuicio existente para la salud pública en los países que han experimentado procesos inflacionarios, devaluativos o de pauperización progresiva que han llevado a graves condiciones de inequidad.

La pobreza es la gran gestora de los cambios que ha experimentado el acto médico desde los años que han transcurrido desde fines de 2001 hasta la actualidad. Ha condicionado una forma y constitución de acto médico que ha degradado la relación entre el médico y su paciente. Hay un déficit en la formación integral humanística del estudiante de medicina actual. En medicina hemos perdido, más que la formación humanística de la carrera -que ha retrocedido, que se ha empequeñecido-, la visión humanizante del paciente como sujeto del acto médico.

El paciente en nuestros días, está siendo considerado un objeto mensurable e instrumentable, algo fácil de estudiar a través de la tecnología impersonal y alejada de la realidad vital de su persona. Se reduce el hombre a un ente mensurablemente demostrable, que se puede pesar, fotografiar, radiografiar, documentar, estudiar desde un laboratorio, documentar siempre como una cosa, no como un individuo. Quien cosifica al paciente es justamente el propio médico, un médico pobre como su paciente porque, por un lado, está obligado a cobrar magros salarios en la universidad, en los hospitales y en la práctica privada, y por otro lado se ve obligado también a asistir mayor número de pacientes de los que puede para cubrir ese déficit de ingresos, más allá de lo que temporalmente puede. Entonces, tiende a cosificar, a anomizar, a estandarizar conductas que le ahorren tiempo a su práctica y recursos al sistema al que perte-

nece. Este es un fenómeno de la pobreza que podemos llamar bifronte, como el dios Jano, porque no solamente es pobre el paciente, también lo es su médico y ambos interaccionan en un mismo sistema perverso.

La modificación del acto médico en condiciones de inequidad, puede concretarse en los siguientes hechos distorsionantes:

1. Su carácter histórico social está condicionado por la pobreza. Esta produce condiciones de desigualdad en la atención médica, ya se trate de la pública, la socializada o la particular de los problemas de salud de la población. Se ven limitadas notoriamente las posibilidades de acceder a un sistema médico eficiente y de contenidos suficientes en el tiempo, dedicación y recursos para los más necesitados.

2. El momento afectivo del acto médico, elemento fundante de la relación médico-paciente se ve afectada por la falta de tiempo para la atención de los pacientes. El desborde de los sistemas públicos, a tal punto que muchos hospitales suelen destinar quince números de atención por hora a cada médico, provoca que el tiempo dedicado a cada consulta, se reduzca a solamente a cuatro minutos y ello quizás sea suficiente para iniciar una relación médico-paciente, pero de ninguna manera alcanza para consolidarla y acrecentarla en el tiempo, mucho menos para efectuar diagnósticos o tratamientos eficientes. De la misma manera, la atención médica se sectoriza y separa dentro de la llamada "medicina en equipo", con lo cual se fragmenta al paciente en tantos compartimentos como especialistas lo asistan, lo que tiende a una marcada despersonalización del sujeto del acto médico.

3. Como consecuencia de lo ya expuesto, la atención médica deja de ser personalizada y dirigida a sujetos concretos, reemplazándose personas por datos estadísticos. Laín Entralgo lo llamó alguna vez la "percha" del paciente, gráfico que expresaba edad, sexo y diagnóstico del mismo, colocado a la cabecera de la cama y a la que se adjuntaba un cuadro térmico y otro de registro de presión arterial, sin incluir mayores datos biográficos de la persona.

4. De esta manera, pierde el acto médico su función de dispensador de esperanza, ya que no se genera la confianza suficiente por falta de tiempo y oportunidades, generándose mayor inequidad entre la medicina pública y la privada o socializada y de esta forma vemos que la salud colectiva está en crisis y que la tan anunciada meta de equidad en salud está lejana de cumplirse, a pesar de repetidos anuncios en contrario efectuados por las autoridades oficiales de la materia. Día a día vemos que las inequidades en salud no solamente no mejoraron, sino que tienden a empeorar o agravarse. A pesar que los avances en ciencias médicas han sido vertiginosos y permanentemente continúan su avance, persiste la inequidad en la aplicación de los mismos.

5. El proceso de curación se demora o se convierte en insuficiente por falta de recursos temporales y económicos del médico y del paciente.

Conclusión

Por todo lo aquí expuesto, no es posible reformular los fundamentos y los contenidos del acto médico tradicional sin erradicar la pobreza y sus consecuencias inmediatas sobre la salud de la población o, al menos, empezar a trabajar para tratar de hacerlo.

Ello, a nuestro criterio, solamente puede efectuarse con actitudes concretas, a través de cambios de conducta y de acciones basadas en el comportamiento ético de los individuos y de las instituciones, que hemos desarrollado en el programa "Ética para la erradicación de la pobreza" (EPEP), que en algunas de sus etapas ya se empezado a aplicar y cuya descripción excede los límites propuestos para este trabajo de diagnóstico y toma de conciencia sobre el tema.

La inequidad existe, la violación y deterioro de los derechos humanos referente a la salud también. Es hora de convocar a todos a crear condiciones que modifiquen esta situación y creen condiciones más favorables para nuestros pacientes. Y esto debe hacerse desde la etapa inicial de la formación médica y las correspondientes especialidades.■

Referencias bibliográficas

1. Diaz Berenguer A. *La Medicina Desalmada*. Montevideo: Trilce, 2004.
2. Kliksberg B. Un tema ético central: el impacto de la pobreza sobre la familia en América Latina. En *La agenda ética pendiente en América Latina*, AA. VV. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2005.
3. Mainetti José A. *Bioética sistemática*, La Plata: Ediciones Quirón, 1991.
4. Pérez De Nucci AM, Zuccardi EV. Mensrechte in der Psychiatrie, aktuelle probleme (Derechos Humanos en Psiquiatría, problemas actuales). En *Abschied von Babylon*, Berlin: Verlag Von Thomas, 1996.
5. Pérez De Nucci AM, Zuccardi EV. Bioética y Derechos Humanos en Psiquiatría, uno de los paradigmas de la medicina actual. *Cuadernos de Bioética de Galicia*, 40,4,1999.
6. Pérez De Nucci AM. Concepto antropológico de la salud. En *De la sala de espera a la sala de la esperanza*. Ediciones Diseño Médico Sidus, Buenos Aires, 2006.
7. Reich WT. *Encyclopedia of Bioethics*. New York: Macmillan, 1995.
8. World Psychiatric Association, *Declaración de Hawai*, WPA: Ginebra, 1977.

Trabajo en equipo para la enseñanza de la materia Salud Mental en la formación médica

Cristina Perrier de Benedetti

Licenciada en Psicología. Jefe de Trabajos Prácticos, Unidad Académica de Salud Mental, Unidad Docente Hospitalaria, Hospital "J. A. Fernández", Ciudad de Buenos Aires. E-mail: benedeti@mail.retina.ar

Ester Beker, Ana María Cimadoro, Cristina Pausa, Irene Quintana

Licenciadas en Psicología, Docentes Unidad Académica de Salud Mental, Unidad Docente Hospitalaria, Hospital "J. A. Fernández", GCBA.

Introducción

Para el ciclo lectivo 2006 se inscribieron en nuestra Unidad de Salud Mental ochenta alumnos. Cinco docentes conformamos el equipo a cargo de la materia. La población de alumnos fue heterogénea, la mayoría muy jóvenes, algunos provenientes de la Ciudad de Buenos Aires, casi la mitad del interior del país, y un gran número del cono urbano. Tanto la

cantidad de alumnos como su diversidad eran nuevamente un desafío para nuestro equipo docente.

Desde el inicio en la Unidad Docente (1988) nos propusimos impartir los contenidos temáticos con una coherencia que permitiera integrar teoría y práctica, que pudiéramos hacer del proceso de enseñanza-aprendizaje un modelo de transmisión de los pilares fundamentales del programa de Salud Mental: el aprendizaje de la relación *médico-paciente*, *el diagnóstico situacional* y *el tra-*

Resumen

El trabajo describe una metodología de enseñanza-aprendizaje aplicada desde hace varios años integrando, teórica y prácticamente, los tres pilares fundamentales del programa de estudios de la materia Salud Mental a los alumnos del Primer Año de la Carrera de Medicina de la Universidad de Buenos Aires: el aprendizaje de la relación *médico-paciente*, *el diagnóstico situacional* y *el trabajo en equipo*. La cantidad y diversidad de alumnos de cada cursada -entre setenta y noventa- es un desafío para el equipo docente que sostiene que la relación médico-paciente se aprende a partir de la relación docente-alumno. Se describe la técnica empleada que opera con los alumnos divididos en grupos, formándolos para una práctica médica interpersonal (con el paciente, su familia, los colegas de otras especialidades, el entorno institucional). Cada equipo es coordinado por un *docente-tutor*, quien realiza encuentros periódicos con los alumnos utilizando la técnica de los grupos Balint Junior. Esta metodología modifica el encuadre tradicional y coloca al docente en la función de *organizador*, *facilitador* del aprendizaje. Incluye: a) División en grupos, b) Confección de una carpeta grupal, c) Clase-taller, d) Tutoría y e) Evaluación grupal. Este dispositivo que incluye diferentes recursos expresivos, tales como: narraciones, gráfica, películas, obras plásticas, armado de escenas, creación de personajes, y la carpeta, testimonio de toda la actividad, propicia la creatividad de los alumnos y permite alcanzar los objetivos propuestos.

Palabras clave: Enseñanza de la Salud Mental - Relación médico-paciente- Grupos Balint - Diagnóstico situacional en pedagogía médica.

TEAMWORK IN TEACHING MENTAL HEALTH IN MEDICAL TRAINING

Summary

In this paper we describe the methodology of teaching/learning process that permits integration of theory and practice for the transmission of the three fundamental pillars of Mental Health Programme: learning doctor-patient relationship, situational diagnosis and team work. The number and diversity of students in each course is a challenge for the teacher, who sustains the idea that the doctor-patient relationship is learned starting from the teacher-student relationship. Like patients, each student is unique. We describe the method used: to divide students into groups, that throughout the year become working-teams with the intention of practicing Medicine with an interpersonal relationship concept (with the patient, his or her family, his social circle, with colleagues, nursery, assistants and institutions). Each unit is coordinated by a group teacher. They have periodic meetings with the students (in the Balint Junior groups' method). The students have to create the contents and participate in the dynamics of the classes. This methodology changes the traditional vision and the teacher has the function of an organizer and facilitator of learning. It includes: a) Group division, b) Preparation of a file, c) Workshop, d) Teaching and e) Evaluation Teaching-learning is conducive to a facilitating atmosphere through different resources like story telling, diagrams, drawings, movies, literature, use of plastic, role-playing, elaborating scenes, characters and the file, evidence of all the activities

Key words: Teaching Mental Health - Doctor-patient relationship - Balint's groups - Situational diagnosis in medical pedagogy

El presente trabajo recibió el 2° Premio en el concurso: "Experiencias de enseñanza-aprendizaje en actividades docentes del Departamento de Salud Mental", organizado por el Depto. de Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA) 2006. Las autoras agradecen a la Dra. Haydée Andrés por su confianza en el proyecto y a la Lic. Marisa Medico por su aporte inicial a esta experiencia docente.

bajo en equipo. Tres ejes sobre los cuales nos basamos para desarrollar los contenidos y afianzar los objetivos específicos de la cursada.

Nuestro equipo que lleva más de dieciséis años funcionando ininterrumpidamente en la cátedra, comparte una ideología que sostiene que la relación médico-paciente se aprende a partir de la relación docente-alumno. Esta premisa implicó problematizarnos frente al número de alumnos pues, si consideramos que el vínculo médico-paciente es único y el médico debe conocer a su paciente de la manera más amplia posible, si queremos evitar la "cosificación" del paciente categorizado como enfermedad y no como persona que padece una enfermedad ¿cómo instalar un modelo de docencia que nos permitiera conocer a cada alumno de la manera más amplia posible y que el grupo clase no diluyera en el anonimato a cada uno de sus integrantes? ¿Cómo lograr que lo cuantitativo no impidiera lo cualitativo?

El desafío era encontrar técnicas que permitieran soportar la tensión entre lo uno y lo múltiple, lo general del grupo y lo particular de sus integrantes. Trabajar con el grupo clase pero sabiendo que, como el paciente, también cada alumno es único e irrepetible.

Trabajo en equipo¹

Surgió entonces la idea de dividir a los alumnos de la cursada en grupos que se constituirían a lo largo del año en equipos de trabajo. ¿Cómo?: a través de actividades concretas de elaboración de contenidos, de creación y de coparticipación en la dinámica de las clases.

Nuestra propuesta incluyó, entonces:

- División de los alumnos en grupos.
- Confección de una carpeta grupal.
- Clase-taller.
- Trabajo de tutoría.
- Evaluación grupal.

La metodología aplicada implica modificar el encuadre tradicional para colocar al docente en la función de organizador, de *facilitador* del aprendizaje; estimulando en los alumnos su capacidad de observación, reflexión y creatividad, tan importante para su futura profesión. Se trata de dar espacio, en la formación, a los recursos que intervendrán en lo que conocemos como el "arte" de curar.

A fin de organizar los equipos formamos 10 grupos de 8 alumnos cada uno, que se eligieron entre ellos de acuerdo a conocimiento, coincidencia de horarios, cercanía de residencia, etc.

Respecto de esta experiencia escriben los alumnos en la evaluación que les solicitamos al finalizar la cursada: "El trabajo en equipo atravesó distintos momentos a lo largo del año". "En un principio, el trabajo se centró en conocernos y ver cuáles eran las funciones que cada uno estaba dispuesto a cumplir". "Nos conocimos lo suficiente como para lograr trabajar en grupo muy fácilmente; supimos quiénes investigan, quién dibuja mejor, quiénes escriben con facilidad, cómo nos entretenemos para dis-

persarnos, cómo nos centramos de nuevo en el trabajo, etcetera". "Si bien el trabajo grupal tuvo sus altas y bajas, creemos que hasta en los peores momentos nos enseñó algo". "Lograr dejar de lado por un rato las diferencias para poder trabajar no es fácil, pero con el tiempo se logran buenos resultados". "De a poco fuimos aprendiendo a aceptar las opiniones de cada uno y a comunicarnos mejor a la hora de hacer los trabajos. Aquellos a los que no les gustaba trabajar en grupo se dieron cuenta que tiene sus frutos, como por ejemplo, aprender a escucharnos, respetarnos y compartir". "La cursada grupal le dio el toque necesario a la materia para generar discusiones e intercambiar opiniones, la convirtió en algo llevadero y no en un simple teórico"... "Hay unión de las clases con lo leído más nuestra visión. Nosotros tenemos que hacer un esfuerzo de síntesis". "De la película *Sólo gente* me quedé pensando en quién nos contiene a nosotros"... "Es una materia muy práctica..." "Es como la parte conciente de la carrera...". "Nos quita presión y nos da desahogo"... "Los grupos sirven para no ser tan individualistas".

Confección de una carpeta grupal

Cada grupo armó una carpeta. Esta *carpeta grupal* tiene como objetivos llevar un registro de los contenidos de cada módulo a fin de:

- Producir un trabajo de integración, intercambio y enriquecimiento mutuo, entre sus integrantes.
- Estimular el espíritu de investigación y creatividad de cada alumno.
- Sembrar la semilla de la interdisciplina.

Cada carpeta consta de una carátula que incluye el nombre de los integrantes del grupo y de los docentes a cargo de la cursada y del docente-tutor del grupo. Y una ficha particular de cada uno de los integrantes con el nombre, la foto y otros datos de su identidad; entre ellos, antecedentes escolares y/o académicos, lugar de procedencia, domicilio actual y otras actividades laborales y recreativas que realizan. La carpeta debe ser traída a todas las clases y presentada cuando algún docente la requiera, incluyendo:

- El nombre del docente a cargo de esa clase.
- La síntesis de los principales contenidos impartidos.
- La ampliación del tema, integrando la bibliografía más el trabajo grupal de búsqueda ya sea por Internet, en diarios, revistas, noticias, artículos que tengan relación con el contenido impartido, fundamentando por qué se lo incluye, junto con la referencia bibliográfica y las fuentes consultadas.
- Toda otra tarea que el docente a cargo de esa clase indique.
- Descripción de la dinámica y los emergentes que se produjeron en el trabajo en equipo (qué metodología siguieron para organizarse, acuerdos, desacuerdos en la dinámica, en los contenidos, intereses diferentes, dudas, interrogantes que les plantea el tema, la bibliografía, etcetera).

¹ Esta experiencia se inició en el año 2002. Este artículo se basa en los resultados del trabajo del año 2005.



Como calificación de la cursada, la carpeta grupal (que debe ser presentada en cada uno de los exámenes parciales y en el examen final) tiene una nota de concepto que se promedia con los aportes individuales de cada alumno durante las clases y con las notas de los parciales. Dijo un alumno en relación a esta experiencia: “¡Es raro tener una carpeta de todos, el asunto es meter la pelota en el arco!”

Carpeta grupal y equipo docente

Cada equipo de alumnos es coordinado por un *docente-tutor* a cargo de la evaluación de la carpeta grupal y de producir los encuentros con el grupo asignado de alumnos. A través de la corrección y seguimiento de la carpeta grupal evaluamos el proceso de aprendizaje de los grupos, discriminamos y aclaramos conceptos teóricos y, a la vez, sostenemos el nexo entre los alumnos y los docentes dictantes, así como entre los mismos docentes. De este modo, podemos acercarnos a los emergentes y vicisitudes de las clases dictadas por los distintos miembros del equipo desde la óptica de los mismos alumnos, observadores también ellos del proceso de enseñanza-aprendizaje.

Ilustraremos con una viñeta: corrigiendo una carpeta, uno de nosotros observó el resumen hecho por un grupo acerca de la clase sobre “Entrevista médica”. Los

alumnos escribieron “*es importante desarrollar la capacidad del aparato auditivo*”. Esta afirmación referida al concepto de “la capacidad de escucha” del médico llevó a trabajar en clase los temas: modelos médicos, lenguajes disciplinares, etc. A partir de ese emergente se produjo el siguiente nexo de trabajo entre el docente dictante de la clase con el docente tutor del grupo y con el docente a cargo de la siguiente clase.

Clase – taller

Las clases funcionando como clases-talleres requieren de una participación activa de los alumnos. Durante la misma los mismos reunidos por equipos, son convocados a tareas tales como definir en conjunto determinados conceptos previamente a que lo haga el docente y a cotejar sus opiniones con las de los otros grupos. Con todos los aportes así obtenidos el docente va mostrando diferencias, coincidencias, errores, hallazgos, con intención de que no se creen entre los diferentes equipos, “islas”, individualismo, fragmentación y/o apropiación de saberes. De este modo, el trabajo en el aula es teórico-práctico, con los alumnos organizados en grupos estables a lo largo del año, con miras a una práctica médica “conceptualmente interpersonal” (con el paciente, su familia, su círculo social, los colegas médicos y de otras especialidades, enfermería, asistentes, entorno institucional).

Un segundo momento de la clase es de trabajo grupal, en el que los alumnos, sin la coordinación docente, reelaboran los contenidos de la clase y luego los vuelcan en la carpeta grupal junto con los demás ítems arriba señalados. La dinámica de las clases transcurre en lo que consideramos un "ambiente facilitador" donde el alumno participa por convocatoria consignada de parte de los docentes o espontáneamente, siempre con posibilidades creativas y sus producciones son recibidas con una actitud de consideración por parte de sus docentes. Esto, a su vez posibilita la continua reevaluación del equipo docente, que va ajustando los recursos en cada cursada, según las particularidades del grupo de alumnos. El dispositivo de enseñanza-aprendizaje consta de un abanico de recursos expresivos, tales como: narraciones, gráfica, dibujos, películas, literatura, obras de la plástica, role playing, armado de escenas, creación de personajes, y como ya desarrollamos, la carpeta, donde se plasma el producto del trabajo práctico de cada grupo con los distintos temas del programa, testimonio de toda la actividad.

Carpeta grupal y exámenes. Evaluación grupal

Cada grupo de alumnos rinde su parcial presentando la carpeta grupal. Las particularidades de la misma, el modo de presentación de los alumnos o alguno de los emergentes grupales es incluido por el docente para articularlo con alguno de los temas de la cursada, constituyéndose en estímulo para interrogar al grupo, ya no sólo sobre algún concepto que habrán de desarrollar, sino como situación médica a analizar incluyendo los conceptos teóricos, cuya implementación revelará el entendimiento de los mismos. Intentamos evitar la

repetición memorística, situación muchas veces resistida por los alumnos por contraponerse a sus hábitos de estudio. Elegimos la articulación teoría-práctica. Si observamos en algún alumno imprecisiones, confusiones, le solicitamos al grupo que estimule y oriente al compañero para que esclarezca el concepto requerido. Muchas veces proponemos ejercicios donde los alumnos formulan las preguntas a sus compañeros según el tema sugerido por el docente y corrigen o amplían las respuestas, o abren temas que les resultan interesantes y polemizan, siempre remitiendo a la bibliografía y con el fin de ajustar los conceptos.

Los alumnos describen así esta experiencia: "Con relación a los exámenes evaluados en grupo, si bien nos pareció arriesgado al principio porque temíamos que alguno de nosotros opacara al otro, comprobamos que eso estuvo bien manejado ya que cada uno pudo ser evaluado correctamente, y no sólo eso, sino también creemos que el oral tuvo un clima distendido, lo que permitió mayor reflexión y calidad de nuestras respuestas". "La experiencia de rendir un parcial en grupo fue algo muy positivo, porque si bien pudieron surgir errores, los corregimos entre nosotros".

Trabajo de tutoría

Los docentes-tutores realizamos encuentros periódicos con los alumnos a manera de los grupos Balint Júnior y participamos en la evaluación de los parciales orales que son tomados en forma grupal. De este modo logramos evaluar, junto con los contenidos temáticos, las modificaciones en la integración grupal, y vivenciar cómo realizan los alumnos, entre ellos, el aprendizaje de valores tales como la solidaridad, el respeto por el



otro, la contención, el respeto por los consensos, etcétera. Esta actitud favorece la salud mental de los alumnos. Téngase en cuenta que muchos de ellos se encuentran atravesando dificultades por su inserción en la carrera, por el alejamiento de su familia, por el costo económico que significa estudiar. Además de la dinámica grupal observada y relatada por los alumnos, volvemos a producir con ellos la conceptualización teórica de los procesos psíquicos (teoría transmitida durante las clases) vivenciados durante el trabajo grupal.

¿Qué Salud Mental enseñamos?

Este equipo docente considera que la comunicación entre el médico y su paciente no es un "acto natural ni simplemente social", por lo que requiere de aprendizaje. La persona del médico es herramienta terapéutica en sí misma. Por lo cual entendemos *la salud mental* en la formación del médico dentro de la *situación médica*, el médico y su paciente en intercambio e interacción, compartiendo un mismo espacio-tiempo, atravesando y atravesados por las variables propias de cada momento psico-socio-político-económico-cultural. Nos referimos a la persona tanto del médico como del paciente, como una configuración unitaria siendo parte de la unidad de su contexto, en inevitable interrelación. Trabajamos con la *configuración organismo-cuerpo*, para transmitir un ser humano sin divisiones donde el organismo es sede de los deseos del sujeto que lo anima, en una sola pieza y donde la enfermedad tiene su sede, *sucede*. En este marco la mirada del profesional será unificada e incluyente, en una dinámica de quien *observa y se observa* al mismo tiempo. Es un proceso de enseñanza-aprendizaje que intenta ser lo "suficientemente bueno" como para permitir tanto en docentes como en alumnos, el surgimiento de potencialidades creativas.

¿Qué es ser médico hoy?

Cuando preparamos en equipo los contenidos científicos a desarrollar, unidos a la currícula global de la carrera de Medicina en la Universidad de Buenos Aires y su correspondiente metodología didáctica, tratamos de contestarnos que es ser médico en el contexto socioeconómico de la Argentina hoy. En un momento histórico en que la función médica se encuentra exigida y devaluada, ¿qué contenidos científicos y qué formación es la necesaria para sanear sus prácticas y "no morir en el intento" de realizar los deseos vocacionales?

El médico expuesto al dolor, a la enfermedad, a la muerte y a las demandas sociales, sólo cuenta con la formación técnica basada en modelos técnicos de diagnóstico y tratamiento de enfermedades. ¿Es esto suficiente? Creemos que no. La complejidad de las patologías actuales requiere de otros saberes y de otras estrategias para poder abordarlas.



Vivimos en una cultura que privilegia el individualismo, el éxito personal, la devaluación del interés por el otro, el deterioro de las redes solidarias; los profesionales no estamos exentos del atravesamiento de estos dictados culturales sustentados por concepciones político-económicas.

La realidad de las políticas educativas no es diferente al respecto. Frente a ella, nuestra propuesta docente da cuenta de que, a pesar de la situación antes planteada, seguimos con el entusiasmo y la responsabilidad de nuestro comienzo y nos preguntamos: ¿Qué nos mantuvo? ¿Qué de nuestras herramientas nos ha mantenido en el trabajo? Sin rentas, con escasos y a veces dificultoso acceso a los recursos técnico-pedagógicos existentes... ¿Cómo enfrentar un desafío equivalente al de ser médico hoy y evitar caer en la devaluación mencionada, dictando "devaluadamente" la materia?

Una idea eficaz es el trabajo en equipo, buscar recursos en forma conjunta, superar nuestras diferencias, cooperar en los desacuerdos, respetarnos, sentirnos responsables ante los alumnos y frente a nosotras mismas. No quedarnos en la queja sino encontrar instancias superadoras, saludables, para llevar adelante nuestra tarea. Tener un pensamiento crítico, como práctica de nuestro ser libres, sabiendo que elegimos cada vez estar donde estamos y tomar conciencia de que somos parte de este sistema. Con este mismo modelo de *enseñanza desde el hacer*, de ser coherentes entre lo que pensamos, lo que hacemos y cómo lo hacemos, enseñamos a los alumnos a trabajar en equipo desde un trabajo en equipo.

La sistematización de esta experiencia que nos reunió una vez más como equipo, nos abre una nueva propuesta para los próximos años: favorecer estrategias para el trabajo *entre* equipos. Modelo necesario para contribuir a construir nuevas prácticas médicas, aportando al enriquecimiento del campo de las ciencias. ■

Referencias bibliográficas

1. Andrés, H.: El equipo de salud en la atención geriátrica. *Neuropsiquiatría. Argentina*. XI. 1-96, 1980.
2. Banchemo I, Beker E, Ingratta N, Perel de Goldvarg N, Perrier de Benedetti A C, Rozenberg I. El proceso de aprendizaje y el aprendizaje como proceso. *Revista Claves en Psicoanálisis y Medicina*, 1991, N°1, pp. 11-18.
3. Beker E, Del Bosco C. El médico ante las situaciones críticas. Desafíos y reflexiones. En Beker E, Beltrán M, Besozzi A. (Comp.) *Intervenciones en situaciones críticas. Prácticas interdisciplinarias*, Vol. 1. Buenos Aires: Ed. Catálogos, 2002.
4. Beker E, Ingrata N, Perel de Goldvarg N, Perrier de Benedetti A C. Los Modelos Pedagógicos: su incidencia en el ejercicio profesional. *Revista Claves en Psicoanálisis y Medicina*. 1991, N° 1, pp. 6-10.
5. Beker E, Medico M. Comunicación de una experiencia docente. (online) 2003. Sección Experiencias docentes. Disponible en <http://www.revistaclaves.8k.com>
6. Beker E, Perrier de Benedetti A.C. Seminario Balint: un modo de aprender el Ejercicio Profesional. *Revista Claves en Psicoanálisis y Medicina*. N°4, 1993, pp. 88-94.
7. Beker E, Perrier de Benedetti A.C. El dispositivo Balint para la formación de alumnos y formadores. *Revista Claves en Psicoanálisis y Medicina. Hacia la Interdisciplina*. N°11/12, 1997, pp.26-29.
8. Beker E, Rozenberg I. La importancia de la enseñanza de Salud Mental para los alumnos de la Carrera de Medicina. *Revista Claves en Psicoanálisis y Medicina. Hacia la Interdisciplina*. NC.11/12, 1997, pp.20-22.
9. Davini M.C. Educación permanente en salud. Módulo II: La cuestión metodológica. *Serie Paltex OPS* . Publicación N° 38, 1995.
10. Nainudel L, Pausa C, Quintana I. Equipo docente interdisciplinario. Enfoque clínico-situacional. *Revista Claves en Psicoanálisis y Medicina*. NC 6, 1994, pp.6-8.
11. Najmanovich D, Lennie V. Pasos hacia un pensamiento complejo en salud. *Revista Claves en Psicoanálisis y Medicina. Hacia la Interdisciplina*. N°21, 2004, pp. 70-76.
12. Perrier de Benedetti A.C. Observación en torno a la implementación de nuevos Modelos Médicos en la Clínica y en la Docencia. *Revista Claves en Psicoanálisis y Medicina*. NC.3, 1992, pp. 7-11.
13. Rojtenberg S, Stagnaro JC, García Zubillaga M.M. El Psiquiatra en el Equipo de Salud. *Revista Claves en Psicoanálisis y Medicina. Hacia la Interdisciplina*. NC. 15/16, 1999, pp. 26-36.
14. Matoso E. *El cuerpo, territorio de la imagen*. Buenos Aires: Letra Viva, Instituto de la Máscara, 2001/03.
15. Matoso E. (compil) Buchbinder M. et al. *El Cuerpo In-cierto. Arte/Cultura/Sociedad*. Buenos Aires: Letra Viva, 2006.
16. Winnicott D. *El hogar, nuestro punto de partida. Ensayos de un psicoanalista*. Bs. As. Barcelona-México: Paidós, 1991.

el rescate y la memoria



Los cuidados de la salud mental en la República Argentina¹

El trabajo que se reproduce a continuación fue elaborado por los miembros de la Comisión Directiva de la Federación Argentina de Psiquiatras, FAP, (Regional Capital Federal) para ser discutido en el IV Congreso Argentino de Psiquiatría que se realizó en Rosario, en 1970. Eran los años en que gobernaba el país la dictadura militar del General Juan Carlos Onganía. Un año antes había estallado el Cordobazo. La FAP llevaba adelante una lucha incesante por la formación de los psiquiatras, las condiciones del trabajo profesional y las de la Salud Mental de la población.

Nuestro correlato parte de los problemas de la psiquiatría de una gran ciudad. El estudio de esta problemática nos permite extraer conclusiones que no son privativas de nuestra ciudad y que quisiéramos ver integradas en la problemática general del país.

Sin duda las condiciones en el interior del país son cuantitativamente diferentes: nosotros describiremos nuestros problemas alrededor de lo que podríamos llamar una "psiquiatría de abundancia".

En efecto, nuestra actividad psiquiátrica es en Buenos Aires un producto de gran consumo; quizá en el interior la situación sea en muchos lados la de una "psiquiatría de escasez".

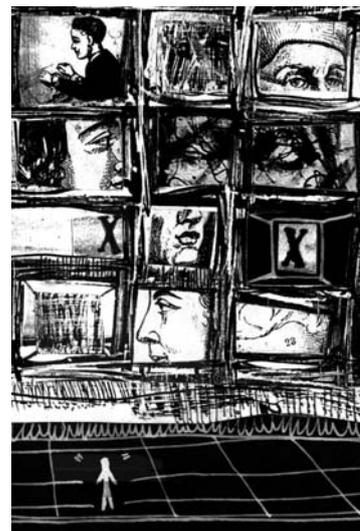
Pero queremos insertar un párrafo que hace a la asistencia psiquiátrica en general. Nos indigna el estado real de la asistencia, lo infrahumano que sabemos que existe y apoyamos toda medida que mejore las condiciones de salud mental de la población.

Pero aquí viene una reserva: no queremos que se haga mal uso de esta actitud. Corremos el riesgo de la extorsión compasiva que nos lleve a aceptar cualquier plan de salud mental por el hecho de que algo es mejor que nada. Tal extorsión frena lo que más necesitamos hoy en día; a saber: *pensar críticamente y desarrollar un estudio que ubique al "hecho psiquiátrico" dentro de una totalidad que le dé verdadero sentido.*

¿Cómo realizamos nuestro correlato? Un grupo de cuatro se constituyó en grupo de trabajo y fue periódicamente presentando sus borradores para la discusión en el grupo pleno de la Comisión Directiva. Partimos de nociones tales como "conflicto", "alienación", conceptos de salud y enfermedad. En estas deliberaciones tratamos de instrumentar nuestras dudas y momentos de desacuerdos: concebimos esta problematización nuestra como fiel reflejo de obstáculos reales.

Hay cosas que desconocemos; hay cosas que, en el sistema actual, no se pueden hacer. Venimos a Rosario presentando más problemas que soluciones, pero nos importa hacer una crítica constructiva.

1) Partimos de la base de que una psiquiatría científica o integral no se puede realizar dentro del sistema socio-político actual de nuestro país. Es imposible; ergo, no existe una "salida" plenamente satisfactoria para los "cuidados de la salud mental".



1. Correlato presentado por la Comisión Directiva de la Federación Argentina de Psiquiatras, Regional Capital Federal, al IV Congreso Argentino de Psiquiatría, Rosario, 1970.

2) Numerosas reformas psiquiátricas, sobre todo innovaciones en psiquiatría social, que luego criticaremos en detalle, aportan contribuciones valiosas que deben ser rescatadas para una psiquiatría totalizadora.

3) Las mejoras sociales son indispensables para modificar el "hecho psiquiátrico", pero ellas mismas por supuesto que no dan cuenta de todo el fenómeno. La etiopatogenia de la enfermedad mental es multideterminada. Aunque en este trabajo no la definimos, partimos de la base de que la "locura" existe.

Nuestras reflexiones, como se ve, no están destinadas a re-mistificar la psiquiatría.

Queremos replantear el sentido de la disciplina que practicamos en 1970. ¿Qué significa curar? ¿Para quién curamos, en última instancia? Se replantea la ciencia psiquiátrica en nuestra época como ciencia social: la psiquiatría social es definida por el Comité de Expertos de la O.M.S. (1959) como: "El conjunto de medidas curativas y preventivas que tienen por objeto devolver al individuo a una vida *satisfactoria y útil* dentro de su cuadro social."

Seguramente esta definición es "satisfactoria y útil" para muchos. Reténganla porque luego vamos a cuestionarla.

Tradicionalmente se acepta que el enfermo mental es un desadaptado, lo que lleva a una concepción de la psiquiatría como ciencia operativa, que busca restablecer la armonía del individuo con su medio. Siguiendo en esa línea hay dos hipótesis polares que explican el desajuste entre individuo y sociedad. Simplificando, una hipótesis plantea que el progreso social corre demasiado rápido y que el individuo queda a la zaga, obligado a realizar esfuerzos exagerados para adaptarse. La idea opuesta es que el individuo fracasa porque no puede usar y disponer de los objetivos y medios que le ofrece la sociedad y se propone, en cambio, objetivos inalcanzables.

Tenemos varias críticas a estas concepciones. Pensamos que ambas pecan de reduccionismo. No podemos considerar el objeto de la psiquiatría, el "hecho psiquiátrico" como una evidencia, sino como una *lectura de la realidad*, lectura de la realidad realizada a través de los sistemas de valores que rigen en una sociedad dada. Estos valores determinan tanto el concepto de enfermedad mental como la existencia misma del campo psiquiátrico, y también rigen el rol correspondiente del psiquiatra y de la psiquiatría.

Los *valores* son las premisas a menudo inconscientes con las cuales se descifra y construye el significado del objeto de conocimiento, sobre bases ideológicas.

Dada la estructura de nuestra Sociedad, caracterizada como una estructura de clases antagónicas, los valores asumidos irreflexivamente por consenso cultural que rigen las relaciones humanas, son los valores de la clase dominante.

El ideal "cientificista" pretende separar las premisas y el desarrollo de una ciencia de su contexto social o ideológico. Aspira a una ciencia neutral, aséptica, desgajada del medio *desde donde* es producida. Esta neutralidad, presentada como una "objetividad" no cabe duda que objetiva. ¿Pero qué es lo que objetiva? Objetiva, en realidad, la estructura sociopolítica que la sustenta, estructura en la cual el objeto de conocimiento es fragmentado; fragmentación que, a su vez, sustenta la correlativa parcelación de las actividades humanas. En nuestro caso parcela nuestra disciplina científica. Es una "objetivación" a expensas de una concepción totalizadora.

A esta posición corresponde la definición ya citada de la O.M.S. Según ella, la "*satisfacción y la utilidad*" del individuo aparecen como elementos complementarios; no se cuestiona su posible carácter excluyente o contradictorio. No tiene en cuenta tampoco la relación de esos atributos y su dependencia en la ubicación de la clase dentro de un marco social dado. Por otra parte, "cuadro social" y "satisfacción del individuo" son considerados como esencias distintas que se trata de ajustar de acuerdo con los valores imperantes.

Pensamos que estas definiciones surgen en el seno de un organismo (la O.M.S.) que tiene como premisa de su existencia misma la prescindencia de posiciones ideológicas divergentes. Esta misma posición es una declaración ideológica que marca y define sus pronunciamientos científicos. Es una posición que aboga y valida el *operativismo*. Impulsa el desarrollo de técnicas perfeccionadas que reflejan y a su vez, realimentan la fragmentación del conocimiento.

Buscamos en cambio, una psiquiatría que incluya los fundamentos ideológicos de su conocimiento. Esta psiquiatría descubrirá que las premisas axiológicas imperantes no son las *del hombre*, sino las de un determinado grupo de hombres, el de la clase dominante. Tendrá interés en cuestionar estos valores y partir de otras categorías para organizar tanto el hecho a observar, en este caso el hecho psiquiátrico, como los conceptos etiológicos y terapéuticos.

Aquí incluimos una aclaración que vale para todo el correlato. Nuestra crítica a ciertas nociones de ajuste y adaptación del individuo a la sociedad no debe ser interpretada como una apología de la desadaptación. No creemos que "ser loco es hermoso". Los locos no son más sabios que la mayoría de nosotros. Pero sí nos hacemos dos preguntas: *adaptación, ¿a qué?*, y *adaptación, ¿para quién o para quiénes?*

¿Cómo se puede elaborar una psiquiatría que ayude a los hombres a tomar conciencia de las determinaciones que limitan su desenvolvimiento?

Partimos de la base que la psiquiatría está en crisis en un mundo en crisis. Nos cuestionamos desde dónde se enferma el paciente y a dónde vuelve cuando lo "curamos".

Hemos examinado esta problemática al nivel de la ciencia psiquiátrica; debemos ahora examinarla al nivel del profesional de la psiquiatría.

El psiquiatra principiante tiene dos tipos de problemas.

El primero es económico: formación costosa, trabajos institucionales no remunerados o muy mal remunerados, escasez de clientela privada; tiene entonces que emprender una campaña de promoción, adoptando las tretas del sistema competitivo en desmedro de su formación; su misma producción científica se contamina: escribir trabajos o concurrir a congresos sirve antes que nada a engrosar su curriculum y levantar su cotización. Dentro de la misma estructura regida por la ley de la oferta y la demanda, otra posibilidad es que trabaje doce horas por día y cobre un mínimo. De hombre y científico que pensaba ser se ve transformado en mercancía y mercader.

El segundo problema, al contrario, lo coloca frente a una enorme demanda de su actividad institucional. Tiene que dividirse entre múltiples pacientes; dar fármacos, consejos, proveer psicoterapias de 10 minutos, remedos de psicoterapia en verdad. Vislumbra que no

puede dar abasto, por más que pretenda perfeccionar sus técnicas; más que un perfeccionamiento de las técnicas, se encuentra con que la extensión de su campo y las cada vez mejores necesidades de personal llevan a menudo a una degradación de las técnicas. Éstas se alejan cada vez más de lo que podrá ser una praxis, o sea una actividad concreta y a la vez teórica, capaz de contribuir al conocimiento científico. No puede dar abasto porque se ve abocado a resolver con la psiquiatría una cantidad de situaciones que corresponden a un nivel socio-económico de conflicto.

Frente a estos problemas partimos de la existencia de dos actitudes opuestas dentro del conjunto de los psiquiatras de Buenos Aires. Por un lado están los psiquiatras que se suman acríticamente a los planes de salud mental (creación y aplicación de técnicas sectoriales) promovidos por la acción oficial. Por el otro lado, están aquellos psiquiatras que se cuestionan el sentido y la recuperación de su práctica, así como el futuro desarrollo de la misma.

La primera actitud acrítica surge como respuesta a la promoción de recursos alternativos que el sistema ofrece, con miras a la reproducción de las relaciones sociales existentes. La actitud crítica por lo contrario, surge como consecuencia de la contradicción creada en la conciencia del psiquiatra cuando trata de hacer coherente su práctica con las múltiples determinaciones sociales que lo presionan y aprisionan como profesional y como hombre. Este tipo de psiquiatra se detiene a reflexionar. Se percata que el paciente, que se le presentaba como otro y ajeno ("el loco") no es tan "otro" ni "ajeno". El loco es, como él mismo, un ser en crisis sometido a las mismas presiones del medio, actor y testigo de la alienación social.

El paciente psiquiátrico evidencia de alguna manera una ruptura con el sistema social. En la existencia de esa misma ruptura el psiquiatra crítico y el loco se parecen. ¿Qué puede hacer entonces el psiquiatra crítico? Por lo pronto, tiene que comprender que las técnicas de las que dispone no permiten mucho más que una devolución del paciente al medio alienante, reduciendo la brecha abierta entre el hombre y el sistema, con *criterio de operatividad que no recupera el significado básico del conflicto*. De esta forma el psiquiatra vuelve a problematizar su propia inserción en el sistema y recupera una dimensión más de su conflicto.

El psiquiatra que "entra" en el sistema no cuestiona su rol y se limita a aplicar las técnicas disponibles para una reeducación y una devolución del paciente a su medio, cree que éste va a ser "útil y feliz" en el sistema. Su rol, entonces, es contribuir como técnico a la homeostasis del organismo social.

Los medios particulares de sus técnicas se modifican a lo largo de la historia de la psiquiatría, desde el encadenamiento y la segregación pasando por técnicas más perfeccionadas (abcesos de fijación, electroshock, incluso lobotomías) pero no menos represivas, hasta las más liberales, paternalistas y humanitarias (terapias ocupacionales, psicoterapias individuales o grupales, psicoanalíticas o no, comunidad terapéutica, etcétera). No es que la modificación no sea trascendente: del asilo como cárcel, exilio o depósito, hasta el hospital de día hay un paso sideral. Pero desde el punto de vista de la reformulación del problema de la salud, del problema de la prevención y de la curación, el conocimiento sigue siendo obligatoria-

mente fragmentario en la medida en que las teorías pasan por las instituciones, no sólo por las instituciones psiquiátricas, sino por las instituciones sociales que mantienen separados y enfrentados a los hombres y fragmentan todo conocimiento. El rol va desde el de policía sanitario hasta las formas más sofisticadas de caridad y beneficencia. Las metas incuestionadas son la devolución al sistema de producción. Las curaciones toman todas el cariz de una super laborterapia esperando prolongarse más allá del tratamiento por la recuperación de la capacidad de trabajo, sin cuestionar su carácter alienado.

En esta línea de crítica a la psiquiatría acrítica no queremos detenernos a enunciar los numerosos Servicios donde el médico sólo concurre a tomar su café. Ellos se denuncian solos. Vale la pena cuestionar, en cambio, el servicio "escaparate", el hospital moderno último modelo, el supermercado psiquiátrico que brinda toda la línea de técnicas a sus clientes. Estos Servicios crecen y se multiplican: más consultorios, más personal, más prolijos y sofisticados organigramas, más integración de todo lo que se pueda, en el sentido de tener representadas todas las últimas propuestas científicas, incluyendo aunque más no sea, un ejemplar de esas técnicas en el escaparate, o anunciando la creación de la sección correspondiente, con rigurosa figuración en el organigrama. Según la moda del momento, ninguno de estos servicios se atrevería a confesar que no cuenta con un metodólogo, un sociólogo o un antropólogo. La palabra "interdisciplinario" es clave en estos Servicios.

Pero, ¿hacen una tarea realmente interdisciplinaria? Por cierto que no. Hablaríamos más bien de una actividad *multidisciplinaria* donde el objeto de conocimiento es visto fragmentariamente desde cada una de estas disciplinas. En estos servicios el enfermo se pierde, el enfermo como un ser humano. Pasa por entrevistas de admisión, baterías de tests, grupos de espera, fichas estadísticas para fines de investigación, entrevistas a la pareja, a la familia, visita de la asistente social; entrevistas que se llevan a cabo a lo largo del tiempo -bien a lo largo- por distintas personas que hacen las mismas preguntas muchas veces. Finalmente se hace la entrevista juntando al psiquiatra, al psicólogo y al residente *contra* un paciente. No sea que haya que correr el riesgo de atender a un paciente entero, atenderlo en el sentido de comprenderlo, hablar con él de persona a persona, compartir aunque más no sea *nuestro desconocimiento psiquiátrico*.

Y también está el psicoanálisis y la formación psicoanalítica.

Valioso en muchos sentidos, investigación y conocimiento del hombre como ser cultural; aporta modificaciones cualitativas en la psiquiatría. Su conocimiento se vuelve muy anhelado por los psiquiatras jóvenes que encuentran en él la posibilidad de abordar su práctica más lúcidamente, con menos ansiedad y menos distancia con sus pacientes. Con el psicoanálisis se derrumba en la psiquiatría la rígida frontera entre salud y enfermedad.

Por otro lado, psiquiatría intimista para pacientes de exclusivo nivel económico alto. El "boom" del psicoanálisis no es sólo función de sus virtudes sino de que se transforma en un producto de venta en el sistema competitivo.

¿Cuánto le cuesta formarse a un psicoanalista? ¿Y qué consecuencia esto implica? Lo que es adquisición de conocimientos valiosos se transforma por la coerción al pasar por las instituciones, los status y la lucha económica, pervirtiendo su sentido. Recuerden lo que señalamos más arriba del psiquiatra joven; su interés legítimo por formarse en psicoanálisis, exagera su escalada económica y social. Le provee la ganzúa de un salto de clase en el cual corren el riesgo de anularse los objetivos que perseguía con esa apertura científica.

Retomemos la cuestión de los dos tipos de psiquiatras. En la toma de conciencia del psiquiatra crítico han intervenido, a nuestro entender, los siguientes elementos:

- Profundización de la crisis mundial, enfrentamiento de los sistemas sociales contemporáneos y su repercusión en nuestro país.

- Impacto de los movimientos de descolonización política y cultural y reivindicaciones populares, tanto en el terreno internacional como en el nacional.

Estos determinantes hacen que el psiquiatra crítico busque una nueva ubicación de la psiquiatría y del hecho psiquiátrico.

A nivel de la ciencia aparece una corriente de pensamiento que trata de aproximar la filosofía marxista con la psicología psicoanalítica. A nivel de la práctica, el psiquiatra se encuentra con *un nuevo tipo de paciente* que promueve en él nuevas respuestas.

Al nuevo paciente lo presentamos con reservas, pero merece una aclaración. La disminución del abismo entre él y su psiquiatra se presenta en vertiente doble. El paciente ya no percibe su enfermedad como un destino; sino que la liga a sus condiciones concretas de vida. Busca una modificación de su mundo privado y social. La mayor o menor conciencia que tiene de ello va profundizándose en una experiencia psicoterapéutica en la cual existe como persona que habla con otra persona. Si hay diálogo, el conflicto se recupera en los dos interlocutores y replantea tanto la relación entre ambos como su relación con su mundo.

El paciente nuevo es aquél cuyo malestar acerca al psiquiatra a niveles peligrosos para su propia "salud mental" definida por la O.M.S. como la vida "satisfactoria y útil en armonía con su cuadro social". Es un paciente "desadaptante".

Aquí es donde tiene el psiquiatra la posibilidad de optar por dónde salir del malestar tal como lo describimos más arriba: o bien asume su conflicto y hace de sus dificultades nuevos elementos para un conocimiento y una acción más integral y cuestionadora; esto es, recupera su *actividad científica*. O bien "entra" en el orden, *aplica* prolijamente teorías que se implantan de esta manera sin vitalizarse, esto es, realiza una pura *actividad técnica*, cuyas bases ideológicas permanecen inamovibles.

Creemos haber sido bastante explícitos en nuestro cuestionamiento. Resumiendo: hemos hablado de una fragmentación de la práctica profesional basada en una

fragmentación del objeto de conocimiento, hemos hablado del predominio, en la práctica, de la cantidad sobre la calidad, con la consecuente masificación y cosificación, ya que las relaciones entre personas se transforman en relaciones entre cosas.

En conclusión diríamos que todo estudio de los "Cuidados de la Salud Mental" debe apoyarse sobre la consideración del "Hecho Psiquiátrico" como un aspecto de una totalidad más amplia: el de la estructura socioeconómica que engloba al paciente, al profesional y a las teorías mismas. La psiquiatría, entonces, es por un lado más amplia que lo que convencionalmente se postula, ya que debe abarcar el fenómeno psiquiátrico en su *contexto*, so pena de caer en el cientificismo y en la tecnocracia. Pero la psiquiatría es, por otra parte, más restringida en su acción pues *encuentra sus límites en las determinaciones sociales de la salud y de la enfermedad*. Se impone, por tanto, un estudio de los *valores culturales* que son el sostén y el reflejo de la estructura social vigente. Ésta es, básicamente, una labor crítica, y exige una revalorización del significado enfermante o curativo de las condiciones de vida en sus cuatro ejes de análisis: el paciente, el profesional, las instituciones y las teorías.

Labor crítica que es la única posible, y que ofrece un fundamento positivo en la medida en que un cuestionamiento de los valores básicos en los que se produce nuestra actividad, reposa sobre otras categorías, capaces de sustentar otro orden de cosas. Es importante la recuperación del conflicto como esclarecimiento de la realidad y posibilidad modificadora.

Los cuidados de la salud mental no incumben sólo a la psiquiatría; ésta debe *delimitar su campo y definir su objeto*. La relación indispensable con las otras disciplinas: psicología, sociología, antropología, economía política, no debe limitarse a un mero agrupamiento de relaciones multidisciplinarias. Lo multidisciplinario no constituye más que un remiendo -cuando no un encubrimiento- de la fragmentación de las ciencias y del enfrentamiento de los hombres. Pretendemos crear un encuentro realmente *interdisciplinario*, lo que significa referirse, en cada uno de los pasos a la totalidad determinante.

Finalmente, queremos volver al paciente nuevo y al posible psiquiatra nuevo, aunque más no sea como una guía ante tanta incertidumbre. Creemos que el Hecho Psiquiátrico Nuevo se librerá entre el paciente y el psiquiatra nuevo. Esto no será un simple acto intelectual; será un hecho lleno de trampas, de ganchos, de racionalizaciones y de riesgos. Pero es un combate que no se puede eludir. Se trata, no lo duden, de un hecho violento; violencia por el reclamo justo de alivio ante el sufrimiento, violencia ante la impotencia de constatar que no nos bastan los medios con que nos ilusionábamos; violencia al constatar que la psicología o la razón pueden ser insuficientes en nuestros deseos de intervenir activamente en la construcción de una sociedad mejor. ■



confrontaciones



El proceso de reforma en una institución asilar: la experiencia de tres años de gestión en la colonia nacional “Dr. Manuel A. Montes de Oca”

Jorge Rossetto

Licenciado en Psicología, Master en Sistemas de Salud y Seguridad Social, Instituto Universitario ISALUD. Ex Jefe de Servicio de Rehabilitación del Hospital Interzonal Psiquiátrico “Dr. Domingo Cabred”. Director Interventor de la Colonia Nacional “Dr. Manuel A. Montes de Oca”. E-mail: rossetto@speedy.com.ar

Martín de Lellis

Licenciado en psicología. Especialista en Planificación y Gestión de Políticas Sociales y Magíster en Administración Pública. Profesor Titular Regular en la Cátedra Salud Pública y Salud Mental de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Asesor del Ministerio de Salud de la Nación. E-mail: delellis@fibertel.com.ar

Introducción

Los establecimientos con características asilares han sido, de manera hartamente justificada, envueltos en sospechas relacionadas con el desplazamiento de los fines que dieron originalmente sentido a su misión institucional.

Entre las numerosas instituciones asilares surgidas en la República Argentina hacia comienzos del pasado siglo como parte de una política de Estado orientada a dar respuesta al problema de la indigencia, la enfermedad y la locura, la Colonia Nacional “Dr. Manuel A. Montes de Oca” ha sido una de las más cuestionadas por presuntos actos de violencia institucional que tuvieron como damnificados a pacientes asistidos y al personal empleado en la misma. Este fenómeno eclosionó con motivo del caso Giubileo, en el cual se condensó la naturaleza de *lo siniestro* en un hecho de naturaleza penal que aún no ha sido esclarecido, y que ha movilizado una ingente producción de relatos y testimonios a menudo contradictorios en torno a los sucesos que rodearon su misteriosa desaparición.

Si bien tales versiones, junto con aquellas relacionadas con el tráfico ilegal de órganos no han sido fehacientemente comprobadas por las investigaciones judi-

ciales (algunas de ellas todavía en curso), resultan confirmatorias de la presunción arraigada en gran parte de la personal que se desempeña en la Institución y de la sociedad en su conjunto respecto a las condiciones aberrantes de las actividades y procesos que caracterizan a las Instituciones con régimen asilar en la República Argentina.

Hacia comienzos de la presente década, las imágenes de pacientes desnudos, desaseados y en infrahumanas condiciones de hacinamiento que se hallaban asistidos en la Colonia se exhibieron a través de los medios masivos de comunicación con la finalidad explícita de que los poderes públicos pudieran dar urgente tratamiento al problema.

La incorporación en la agenda pública del problema de la violencia ejercida sobre los pacientes asilados en instituciones totales obedecía principalmente a las prioridades fijadas por los medios masivos de comunicación de acuerdo al interés mediático que presentaban los hechos denunciados.

Sin embargo, al concentrarse en casos de extrema desviación y obedecer a coyunturas tan específicas, el tratamiento dispensado a la cuestión no permitió sentar la discusión en torno a las políticas públicas que debían ser adoptadas para favorecer un mayor bienestar en los pacientes alojados.

Entre otros aspectos, a partir del tratamiento mediático pudo observarse lo siguiente:

a) La cuestión se restringió a una Institución en particular; omitiendo referencias a las restantes instituciones que, bajo las mismas características, se hallaban diseminadas a lo largo de todo el país.

b) Se omitió considerar la naturaleza colectiva que tenía el problema de la enfermedad y discapacidad intelectual en Argentina tal que permitiera comprender, entre otros aspectos, el colapso de la red psiquiátrica de atención en la Provincia de Buenos Aires.

c) No se incorporó al análisis los casos de violaciones que ocurrían por la omisión de medidas a ser adoptadas sobre población que, requiriendo o necesitando tratamiento, no era cubierta por el sistema de atención.

d) Se concentraba la denuncia en torno a los hechos que acontecían en las Instituciones psiquiátricas monovalentes y con un régimen asilar, sin reconocer que otra parte importante de las violaciones se planteaban en el primer y segundo nivel de atención.

El problema, al alcanzar ribetes delictivos, se excluyó de la órbita sanitaria y pareció encriptado en un problema de naturaleza judicial, hasta que la opinión pública, influida por la acción mediática, comenzó a cifrar el interés en otra clase de cuestiones públicas. Al comienzo de la década de los '90, y aunque recibiera esporádicas consideraciones, la cuestión de los enfermos y discapacitados mentales recluidos en asilos y, específicamente la situación existente en la Colonia Montes de Oca, se evaporó virtualmente de la agenda pública.

Pero la gran mayoría de los fenómenos que debían ser observados para dar una respuesta de fondo a la problemática de la discapacidad mental quedaron sin revisar:

El rol de la Justicia en el sostenimiento del sistema, dado que la enorme mayoría de los pacientes atendidos en Instituciones asilares se hallan allí recluidos por disposición del Poder Judicial.

La casi virtual ausencia de dispositivos asistenciales que, en distintos niveles jurisdiccionales, actuaran como alternativas al régimen asilar de carácter centralizado.

Los mecanismos de estigmatización que en la sociedad operan como resistencia férrea a toda iniciativa que favorezca la integración y reinserción social de los pacientes asilados.

La baja sensibilización de las autoridades de los servicios públicos acerca de la necesidad de introducir un enfoque de derechos que permita ofrecer una respuesta integral a la situación de las personas asiladas.

Las escasas alternativas de detección temprana y prevención del retardo neurocognitivo aplicadas durante los primeros meses de vida, a fin de evitar las secuelas de discapacidad que son objeto de institucionalización posterior durante casi la totalidad del ciclo vital.

Una situación que resulta altamente insostenible, dado el consenso actualmente existente en la comunidad científica en torno a la necesidad de instrumentar una respuesta alternativa al régimen asilar, y en virtud de los notables avances logrados en la legislación internacional y nacional respecto de la adecuada tutela jurí-

dica de los pacientes con sufrimiento mental que se hallan institucionalizados.

Nos hallamos, pues, en un momento de delicada tensión, que puede constituirse en una oportunidad inmejorable para avanzar en el proceso de reforma: en la actualidad disponemos de marcos ideológicos, conceptuales y técnicos para dar una respuesta más humana, eficiente e integral a las personas atendidas.

El presente trabajo pretende exponer, con las limitaciones de un informe técnico, el resultado de treinta meses de gestión institucional en uno de los establecimientos más emblemáticos de la República Argentina, convencidos de que los obstáculos y logros aquí expuestos deben permitir avanzar en las reformas estructurales necesarias para resolver la problemática de la enfermedad y discapacidad intelectual.

Marco Institucional

El origen

Hacia fines del siglo XIX, las oleadas de inmigrantes que arribaban a la República Argentina debían adaptarse a las normas y valores del orden, la disciplina y el respeto a la autoridad que caracterizaba el ideario conservador, el mismo que hegemonizó desde la década de 1880 la construcción de un nuevo proyecto de Estado Nacional.

El proyecto estatal de dar asilo a los inmigrantes, en una tierra que prometía oportunidades de trabajo y riqueza para *todos los hombres de bien que desearan habitar el suelo argentino*, se expresaba también en el levantamiento de asilos para quienes no se hallaban en condiciones de afrontar las complejas demandas que por entonces la sociedad planteaba.

En este contexto histórico, se materializaban intensos prejuicios hacia quienes portaban valores juzgados como amenazantes o revulsivos para el orden constituido, y la respuesta disciplinaria o coactiva resultaba una de las más habituales para atender el problema de la marginalidad o, lisa y llanamente, la ausencia de integración social.

La ley 4953 *de Creación de Hospitales y Asilos Regionales*, que se promulgó el 28 de julio de 1906, tuvo una importancia fundamental, ya que institucionalizaba una respuesta al problema de la indigencia y la marginalidad entonces creciente en la Argentina del Centenario. Según el propio Domingo Cabred, significaba una solución completa al problema de la asistencia pública nacional. El perfil de los establecimientos asilares comprendidos en esta iniciativa era el de "*sistema-colonia*" con un carácter de autosuficiencia en el plano económico y autonomía en el manejo administrativo-financiero.

En los veinticinco años que Cabred presidió la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales se diseñaron y construyeron, entre otros, el Asilo Colonia Regional Mixto de Alienados de Oliva; el Sanatorio Nacional de Tuberculosos de Santa María en la Provincia de Córdoba; el Hospital Común Regional de Resistencia; el Hospital Común Regional del Centro de Bell Ville en la provincia de Buenos Aires; el Asilo Nacional Nocturno en Capital Federal; el Sanatorio Nacional de Tuberculosos de Santa María; el Hospital

Común Regional de Allen en Río Negro; el Asilo Colonia Regional de Niños Abandonados en Olivera en la Provincia de Buenos Aires, el Hospital Común Regional Andino Presidente Plaza de La Rioja y el Asilo Colonial Regional Mixto de retardados ubicado en la localidad de Torres cuya denominación actual es Colonia Nacional Montes de Oca (13).

La piedra fundacional del Asilo para niños retardados que hoy se conoce bajo la denominación de Colonia Nacional "Dr. Manuel A. Montes de Oca" fue colocada en el año 1908 y se habilita finalmente en el año 1915, con 30 frenasténicos varones transferidos especialmente desde el Hospicio de las Mercedes. Cabred explica en su discurso inaugural que la Colonia creada originalmente para atender a niños con retardo, "estará destinada a la asistencia y educación de retardados de ambos sexos, cualquiera que sea el grado y la forma de insuficiencia psíquica. Los anormales leves, los medianos y profundos, apáticos, inestables, amorales, con parálisis, con crisis convulsivas o delirantes, adaptables todos al medio escolar y al medio social, se hallarán aquí agrupados y distribuidos convenientemente en las diferentes secciones y subsecciones de que se compone el Instituto" (2).

Respecto del modelo terapéutico que se proponía desarrollar, Cabred adoptó el dispositivo de "puertas abiertas" cuyos principios habían sido definidos por Connolly en Escocia, el cual reconoce como antecedente más directo las experiencias del no restraint (sin opresión, sin coerción) que se aplicaron en los asilos de Gran Bretaña durante el siglo XIX (4).

En dicho modelo de rehabilitación la categoría trabajo facilitaba la integración a las pautas socializadoras del régimen institucional. Entre las actividades que pueden destacarse por aquel entonces se enumeran las que desarrollaban los pacientes desde la inauguración del establecimiento en el año 1915: banda de música, canto y baile, actividades de educación física y prácticas deportivas, laborterapia, talleres productivos, explotaciones agrícolas y ganaderas, imprenta, oficios vinculados con el mantenimiento de la infraestructura edilicia y material eran algunas de las áreas en las que podían desarrollarse actividades laborales en las que se integraba habitualmente el propio paciente.

La rehabilitación social a través del trabajo haría posible, asimismo, el autoabastecimiento de la Institución. Quince años después de la colocación de la piedra fundamental quien entonces ocupaba el cargo de Director, Enrique Reinecke, señalaba en la Memoria Administrativa de ese año lo siguiente: "Los distintos capítulos de la presente Memoria muestran documentadamente que tal programa ha sido cumplido, de acuerdo con los anhelos de su fundador" (2), para luego detallar los logros obtenidos en materia de enseñanza escolar, musical, física, y en el aprendizaje de oficios tales como carpintería, herrería, sastrería, imprenta, escobería, colchonería, hojalatería, panadería, lavadero y taller de costura.

Finalmente, el objetivo de emplazar la institución en un medio rural aislado respondía a un propósito de neto corte rehabilitador, pues se consideraba beneficioso evitar la exposición del paciente a las complejas demandas y tensiones que pondrían en riesgo su precario equilibrio psicológico.

En síntesis, el proyecto y plan de acción en que se sustentaba esta organización respondía a las dos dimensiones fundamentales de la institución asilar:

Reconocer como principal antecedente los trabajos de aquellos pioneros que adoptaron un método de tratamiento moral y humanitaria para las pacientes con trastornos mentales.

Dar un tratamiento médico-pedagógico que permitiera la rehabilitación social a través del trabajo, así como el autoabastecimiento de la Institución, ya sea en talleres donde desarrollarían tareas manuales y oficios, o bien en el campo, mediante el cultivo de la tierra.

Cien años después: el desplazamiento de fines

A casi cien años de colocada la piedra fundacional la Institución fue sufriendo el embate de profundas transformaciones que han tenido como consecuencia un proceso a menudo descrito como desplazamiento de fines(5).

Este fenómeno resulta de habitual observación en los establecimientos con régimen asilar, dado que los procesos de aislamiento y burocratización suelen distanciar progresivamente a sus empleados y enajenarlos respecto de las actividades que deben constituir el eje central de la misión institucional.

Ilustraremos con algunos ejemplos básicos la modalidad mediante la cual fue operándose este proceso:

a) Estabilidad político-institucional

Como queda indicado, la creación de la Colonia Nacional Montes de Oca se planteó en el marco de una política de Estado en el cual la elite dirigente había asumido la necesidad de ofrecer una respuesta social al problema de la indigencia, la enfermedad y la alienación o el retraso mental.

La dependencia política directa al Presidente de la Nación, la extensión territorial del proyecto de Asilos y Hospitales Regionales, los importantes recursos volcados a la creación y mantenimiento de tales proyectos de rehabilitación, la estabilidad institucional que enmarcaba el trabajo en cada una de los establecimientos asistenciales son un ejemplo de cómo esta política pública se hallaba sustentada en una firme decisión de provocar un cambio en la situación entonces vigente. Una concepción estratégica asociada a la necesidad de ubicar el problema de la marginalidad como una cuestión de Estado y que requería, por lo tanto, de una unidad política de acción y de abundantes recursos volcados hacia este fin(12).

Un examen de lo ocurrido en las últimas décadas nos permite establecer un diagnóstico muy diferente respecto de la situación relativa a las instituciones con régimen asilar cuyo origen se remonta a la época de Domingo Cabred y que se dedican a la atención del sufrimiento mental. Deterioro edilicio, escasez de recursos para el mantenimiento de la infraestructura existente, vacíos y superposiciones en la dependencia jurisdiccional, carencia de un plan estratégico general son indicadores de lo anteriormente planteado. Como ejemplo emblemático, puede examinarse la inestabilidad institucional que ha signado a la Colonia Nacional Montes de Oca en los últimos trece años, fecha en la cual se inicia el proceso de intervención a cargo del Ministerio de

Salud de la Nación, y en el cual se han sucedido diversas conducciones cuyo promedio de duración no ha sobrepasado siquiera el año de gestión.

Las presiones corporativas de grupos cuyo interés sectorial colisiona a menudo con el interés general y la perpetuación de diversas formas de clientelismo prebendario han contribuido a diluir el sentido de misión. Resulta en tal sentido evidente cómo se han consagrado en el uso respuestas que tenían por objetivo satisfacer demandas de grupos sectoriales: habilitación de comedor infantil y hogar para la población de la localidad vecina en predios y/o ámbitos edilicios propios de la Colonia, diversas modalidades de racionamiento que, en términos de ayuda social, estarían destinadas al personal más careciente pero que se realizaba de manera discrecional y sin atender lo suficiente a las características de los beneficiarios, ocupación de terrenos y viviendas que siendo propiedad de la Colonia terminaron siendo usufructuadas por el personal empleado. Utilización de vehículos por organizaciones que no tenían relación directa con la misión institucional o para uso particular.

No es de extrañar entonces que el escepticismo y la anomia se hayan manifestado de una manera tan extendida, y que el desplazamiento de fines se haya consagrado como uno de las manifestaciones más notorias del fenómeno institucional.

b) Perfil de los destinatarios

Uno de los factores más relevantes ha sido el cambio en el perfil de los beneficiarios de la Institución. Cabe señalar que, en su discurso fundacional, Cabred preveía un sistema de admisión que permitiera clasificar y orientar el ingreso de pacientes, estableciendo también los destinatarios focales a los cuales debía abocarse específicamente la Institución. *“La primera sección es la de admisión, donde a su ingreso serán examinados y clasificados los anormales, antes de ser distribuidos en las secciones que les corresponda”* (2).

Sin embargo, con el transcurso del tiempo la Colonia fue adecuando su respuesta asistencial a nuevas clases de demandas, algunas de ellas determinadas por cambios en el perfil epidemiológico y demográfico de la población atendida y en otros casos por la ausencia de dispositivos asistenciales en la región norte y oeste del Conurbano bonaerense.

De allí que comenzaran a producirse dos fenómenos concurrentes:

■ La incorporación de mujeres con trastornos mentales, a quienes se requirió brindar atención mediante un dispositivo específico que se fue constituyendo en uno de los pabellones como servicio de terapia a corto plazo; planteando ello diferencias nítidas con las restantes modalidades de atención.

■ El envejecimiento poblacional, lo cual implicaba el rediseño de las actividades asistenciales que deberían ser adoptadas por la Institución: en particular, habilitación de oportunidades y mitigación de barreras físicas y arquitectónicas para la población geronte.

En virtud de tales procesos, la población se compone actualmente en su gran mayoría de pacientes cuyo diagnóstico al ingreso ha sido de retardo moderado, grave o profundo, hallándose un porcentaje (cerca al

10% de los mismos) que presenta multidiscapacidades, principalmente de tipo motor, acústico o visual.

Todo este proceso se ve impedido, además, por la carencia de un sistema de admisión que identifique, evalúe y asigne los pacientes a programas de tratamiento diseñados específicamente para cubrir sus necesidades de atención.

La convivencia de pacientes con manifestaciones heterogéneas en términos de capacidades funcionales y adaptativas les impide participar satisfactoriamente en actividades comunes de rehabilitación, lo que redundará en una menor eficacia de dichas acciones y en la baja motivación percibida por los profesionales y técnicos participantes.

El dispositivo de puertas abiertas:

Como ha sido señalado, Cabred adscribe en el año 1899 a la reforma radical que encarna, en Escocia, el sistema Open Door, y efectúa una convincente exposición de sus ventajas desde el punto de vista científico, técnico y humanitario: *“La observación ha demostrado que, por lo menos, el 80% de la población de los asilos de alienados puede usar de una real libertad, con positivas ventajas para su salud física y mental, y sin perjuicio alguno para los que lo rodean. La secuestación a que están condenados todos los enfermos, sin excepción, en los asilos cerrados es, pues, no sólo innecesaria, sino también contraria a los derechos del hombre y a las exigencias del tratamiento científico de la locura. Y son tan mezquinos los resultados curativos alcanzados en estos establecimientos que Marandon de Montyel, uno de los primeros y más entusiastas partidarios del Open Door en Francia, los llama “fábricas de locos e incurables”* (1).

En la actualidad, diversos indicadores nos indican que la Institución se ha visto impedida de instaurar un dispositivo de “puertas abiertas” en el cual los pacientes puedan circular libremente por la Institución y efectuar salidas (con permiso de las autoridades) fuera de la misma. Si bien no se trata de un establecimiento cercado por muros exteriores, al comenzar la actual gestión la mayoría de los pabellones tenían sus puertas permanentemente cerradas, justificando esta práctica por el carácter “fuguista” de los pacientes allí alojados. Dicho término ponía de relieve una de las principales contradicciones respecto de la misión original, pues el mismo proviene del ámbito carcelario, en el cual el interno se halla privado de su libertad y, por esa misma razón, adopta la decisión de recuperar la misma abandonando compulsivamente la Institución.

Al interior de los pabellones se habían habilitado también las eufemísticamente denominadas “salas de contención”. Estos ámbitos, cuya reducida superficie privaban al paciente de adecuada estimulación sensorial y de posibilidades suficientes para su desplazamiento motriz, ponían de manifiesto que el dispositivo de reclusión se reforzaba hacia el interior mismo de los pabellones. Asimismo, se observaba la instalación de rejas cuya finalidad explícita era evitar distinto tipo de accidentes, pero que en realidad servían al propósito de cuidar al mayor número de personas con el menor número de agentes, lo que reforzaba las características custodiales del modelo de atención.

El régimen de internación indefinida y a menudo compulsiva generó efectos en los propios empleados, quienes no vislumbran a menudo otra alternativa al

actual régimen asilar; y que por esta misma razón se constituyen en uno de los núcleos más resistentes a todo intento de transformación en la cultura institucional. Este factor se ve a la vez reforzado por la conformación de redes familiares e institucionales que trascienden la convivencia en la Institución para proyectarse en el ámbito más cercano a su emplazamiento geográfico, representado en este caso por el Municipio de Torres.

Si bien durante las últimas décadas se han multiplicado las vías de acceso que conectan al Municipio de Luján con otras importantes localidades de la zona oeste de la provincia de Buenos Aires y con la red de servicios básicos y sanitarios allí emplazados, la Colonia no ha superado totalmente este relativo aislamiento geográfico, que influye asimismo en su aislamiento institucional. Como organismo nacional enclavado en la zona oeste de la Provincia de Buenos Aires, las principales redes de intercambio se establecen con instituciones locales (centros educativos, guarderías, comedores, talleres protegidos, centros asistenciales), pero son escasas las iniciativas tendientes a restituir redes institucionales que permitan la realización de emprendimientos conjuntos con organismos reguladores, de asistencia técnica o bien con otras instituciones sanitarias de alcance regional y/o nacional.

c) *El modelo pedagógico y laborterapéutico*

Cabred cifraba en la educación y el trabajo dos pilares fundamentales del posible éxito en el proceso de rehabilitación: *“Los trabajos de colonización agrícola han recibido un impulso considerable con el sistema del open door, no sólo porque están de acuerdo con este principio sino porque constituyen el más poderoso agente de tratamiento moral”*(1).

No obstante el hecho de que Cabred adopta el método de rehabilitación a través del trabajo, poco a poco fueron decayendo las actividades vinculadas con la ocupación de los internos, en parte por las denuncias de los abusos y explotación que se efectuaba de los mismos como “mano de obra disponible” y también por las escasas inversiones en equipamiento y en el mantenimiento preventivo de los existentes. Pero también puede atribuirse a una transformación en la cultura de los empleados que asumían tareas en los distintos talleres ocupacionales, ya que este personal fue siendo progresivamente destinado a dar respuestas a las demandas que surgían de la propia institución y no a las actividades que incorporaban al paciente en la tarea de rehabilitación de acuerdo a las capacidades de que él disponía.

Coexistía esta situación con la sobreexplotación de pacientes con mayor grado de lucidez, ya que aún demandándosele más actividades y responsabilidades no podían siquiera aspirar a los beneficios que, bajo el régimen de peculio y/o talleres protegidos, se hallaban previstos para los trabajadores con enfermedad o discapacidad intelectual.

Asimismo, gran parte de las actividades que antes quedaban a cargo de pacientes adecuadamente supervisados fueron concedidas a terceros o, lisa y llanamente, privatizados. Estas empresas, cuya finalidad era netamente lucrativa, no tomaba entre sus responsabilidades la contratación de internos para emplearlos en tareas protegidas, aún cuando el marco legal promoviera estas medidas y, en ocasiones, las impusiera como parte de la concesión o tercerización de servicios.

En relación al factor educativo, fueron también debilitándose de forma progresiva todas aquellas oportunidades de promover el mejor desarrollo y adaptación de los pacientes a las más complejas demandas del medio social, cubriendo a una cada vez más exigua proporción de los pacientes asistidos.

d) *Política de Recursos Humanos*

Otro de los aspectos que dificulta la realización de las actividades es la carencia de un equipo de trabajo interdisciplinario que conjugue una visión científica y técnicamente fundamentada acerca de las modalidades de tratamiento en torno a la problemática del retardo mental, y el progresivo debilitamiento de los espacios institucionales que sirvan a la coordinación técnica y operativa y la discusión científica en torno a métodos, procedimientos y resultados obtenidos en el proceso de atención dispensada por el personal a cargo del servicio.

Dicho obstáculo desalienta la realización de actividades compartidas y/o consensuadas entre los distintos miembros, o bien favorece la implementación de iniciativas erráticas o asistemáticas de parte de profesionales y técnicos de la Institución.

Cabe hacer una mención a la carencia de una política sostenida de recursos humanos que implicara adoptar criterios definidos de selección, entrenamiento, evaluación y desarrollo del personal empleado en la Institución. Ante la ausencia de criterios técnicos y de políticas que sustentaran la toma de decisiones en relación a dichas cuestiones, las presiones corporativas han ido configurando una estructura de personal que no se adapta a las actuales necesidades de la Institución. Podemos mencionar, como ejemplo de ello, la actual conformación de los recursos profesionales vinculados a tareas asistenciales y/o de contacto, en el cual se advierte una presencia poco significativa de especialidades vinculadas al área de la rehabilitación psicofísica y, como contrapartida, una excesiva presencia de trabajadores adscritos al área de mantenimiento, servicios generales o bien a especialidades vinculadas a la asistencia médica general(3).

La atención del enfermo mental y el discapacitado intelectual desde la perspectiva de los derechos humanos

Durante gran parte del siglo XX, el modelo de la beneficencia ha sido la respuesta hegemónica al problema de la enfermedad y la discapacidad mental. En gran medida, esta respuesta se hallaba sustentada en el liderazgo del médico que, investido del conocimiento científico, ejercía su rol como reformador social.

Pero hacia fines del siglo se abre camino una nueva visión acerca de la enfermedad y el retardo mental centrada en la idea fundante de que el enfermo es, por sobre todas las cosas, un sujeto cuyos derechos deben ser protegidos y respetados.

Es a partir del enfoque de los derechos humanos aplicado a la situación específica de las personas con sufrimiento psíquico y discapacidad intelectual que es posible reconocer un conjunto de experiencias institucionales de reforma y avances en el plano normativo que permiten abonar los supuestos filosóficos que orientan el proceso de transformación institucional:

La reclusión indefinida se constituye en la principal vulneración de los derechos humanos de las personas con discapacidad mental.

El enfoque acerca de la reforma en el modelo de atención hállase sustentado en la actualidad de manera indisoluble a la perspectiva de protección y defensa de los derechos humanos del paciente con sufrimiento mental, y un abigarrado conjunto de leyes, normativas, acuerdos y declaraciones internacionales abonan o justifican una transformación en el régimen de atención actualmente vigente(9).

Se producen a lo largo del siglo un conjunto de declaraciones y documentos sobre la materia que hallan consenso en el ámbito de las Organizaciones internacionales, y que ponen el acento en los derechos específicos que asisten a personas con este tipo de problemas, muchos de ellos amparados a la vez en acuerdos formulados en torno a la Declaración Universal de Derechos Humanos (específicamente en los artículos 3, 5, 7, 12 y 17) o bien a Pactos y acuerdos que amplían los derechos de ciudadanía.

El reconocimiento de las características opresivas que implicaba el régimen de las Instituciones Totales estaba fuera del horizonte ideológico en el que Cabred se había formado y a partir del cual había diseñado la respuesta asilar. Pero aun cuando la ideología de la beneficencia propia de dicho período hará luz sobre aquellas características de protección, cuidado y refugio que también connota el concepto de asilo, se sentaban algunos fundamentos que permitirían, décadas más tarde, reconocer los efectos degradantes que la institucionalización tenía sobre la calidad de la vida de las personas alojadas.

Por ejemplo, en la presentación de los fundamentos de su proyecto institucional, Cabred identifica aquellas prácticas aberrantes que eran comunes a la época inmediatamente anterior a Pinel: la ducha, el chaleco de fuerza, todo género de ligaduras y el ejercicio prolongado y sistemático, mientras que enumera luego las buenas prácticas que se instauran en el Asilo inspiradas en el modelo promovido por Connolly del no restraint: supresión del chaleco de fuerza, aislamiento pasajero en celdas acolchadas, disminución del número de celdas, principio de la vida en común, aumento de las diversiones y entretenimientos, impulso a la ocupación en tareas agrícolas, el reposo prolongado en el lecho que se generaliza como parte del tratamiento. En el Discurso Inaugural que brinda en la Colonia Nacional de Alienados de Luján señala expresamente: *“La practicabilidad de este sistema no depende, como creen algunos, de la supuesta índole especial que tendrían los alienados de determinados países, sino de la misma naturaleza de la locura. En efecto, de igual manera que los antiguos medios de coerción y fuerza irritaban al alienado, cualquiera fuera su nacionalidad, hasta el grado del furor, la secuestro carcelaria de los asilos le entristece y le humilla, pues el sentimiento de libertad persiste en el mayor número de estos enfermos. De ahí la incesante protesta contra la privación de ese bien que no se resigna a perder, y el continuo deseo, frecuentemente satisfecho, de las evasiones”* (1).

Evidencias de orden clínico, científico y económico avalan los mejores resultados en torno a la situación de las personas atendidas en comparación con la reclusión indefinida en establecimientos asilares.

En la actualidad hallamos un conjunto de evidencias y aportes teóricos en los cuales se denuncian las consecuencias aberrantes que cabe esperar del modelo asilar de atención. Los aportes de Goffman (1984)(7) en torno a los efectos de desposeimiento, lesiones a la identidad, uniformización y sobreadaptación que cabe esperar del régimen de las Instituciones Totales; las propuestas fuertemente críticas respecto del poder psiquiátrico que ensayan autores como Michel Foucault (2005)(6) o Thomas Szasz (1994)(11) son un ejemplo de cómo se ha ido abriendo camino una perspectiva que asocia el asilo a un régimen opresivo y degradante, en el cual el paciente padece la reclusión indefinida como la perspectiva de futuro más próxima a su vivencia personal.

Desde una perspectiva centrada en la eficiencia propia de la gestión se señala también el carácter más adecuado, desde un análisis costo-efectividad, de la atención brindada en Instituciones de pequeña escala. Un examen de los costos que demanda la atención de pacientes bajo programa de tratamiento mediante subsidios destinados a cuidadores y/o instituciones encargadas de su asistencia reflejan claramente las ventajas, en términos de inversión social que se hallan asociadas con estas alternativas asistenciales y el alto costo adicional que demanda el sostenimiento de las Instituciones totales.

Se ha comprobado, a partir de la evidencia recogida en diversos países, que la relación entre el individuo y la familia desempeña un papel esencial: la asistencia y cooperación persistente hacia el retrasado mental favorece notoriamente una mejor calidad de vida del sujeto y una mayor inserción del mismo en la sociedad(8).

La reinserción en el entorno domiciliario, entonces fomenta un variado conjunto de potencialidades que permiten llevar una vida más independiente y con mayor autonomía.

Es necesario hacer alusión también al creciente protagonismo que han tenido en el período reciente pacientes y familiares de los mismos para incidir sobre el proceso de atención, demandando por el cumplimiento de pautas y normativas tendientes a resguardar los derechos de las personas asistidas. Estas nuevas tendencias han generado un amplio y variado conjunto de oportunidades para institucionalizar de muy diversos modos la participación de familiares y amigos en el seguimiento del proceso de atención.

El proceso de reforma del modelo de atención

La situación inicial

Entre los principales problemas que, al año 2004, afectaban el funcionamiento de la Institución cabría señalar al momento de iniciarse la actual intervención:

- Graves problemas de hacinamiento en la mayoría de los servicios (especialmente varones) agravado ello por la baja utilización de la infraestructura disponible.

- El 100% de los pacientes se hallaba judicializado, observándose que los mismos cuentan en una abrumadora mayoría con la asignación de un curador oficialmente designado por el Poder Judicial para su tutela y cuidado.

- Aún cuando se trata de una Institución de carácter nacional, cerca del 96% de los pacientes ingresados durante los últimos 3 años provienen de la Provincia de Buenos Aires.

■ El 69% de los pacientes llevaba más de 10 años de internación y apenas el 15% de los pacientes se hallarían en condiciones de alta.

■ Durante el último semestre del año 2004, apenas un 11,38% de los pacientes habían recibido visitas de sus familiares o mantuvieron alguna forma de contacto familiar.

■ Se calculaba en aproximadamente un porcentaje los pacientes ocupados en actividades laboroterapéuticas o de rehabilitación.

■ Débil articulación entre los servicios asistenciales y de rehabilitación, cuya consecuencia más notoria es la fragmentación del proceso de atención.

■ Baja cantidad de altas y externaciones, de aproximadamente 12 altas anuales.

■ Bajo grado de articulación de la Colonia con las instituciones municipales, provinciales y/o de las organizaciones civiles que actúen en el nivel local.

■ Carencia de indicadores de gestión y bajo grado de normatización, que dificultaban el monitoreo y la evaluación del trabajo desempeñado por las distintas áreas y/o servicios de la Institución.

■ Alto porcentaje de pacientes con salidas terapéuticas prolongadas, constatándose pacientes que llevaban más de 5 años en esta situación.

■ En la estructura organizacional convive el agrupamiento funcional de acuerdo a un modelo tecnoburocrático propio de los Hospitales generales con una asignación de tareas y responsabilidades en el Pabellón, ámbito en el que residen y satisfacen sus necesidades cotidianas los pacientes a ser asistidos.

■ El proceso de atención se halla dislocado, fragmentado, en un proceso en el cual los servicios o Pabellones han ido autonomizándose de todo control o supervisión emanado desde el nivel directivo.

En este escenario, la actual gestión institucional se propone la mejora de la calidad de atención de las personas asistidas y una defensa irrestricta de los derechos humanos a través del acuerdo institucional en torno a la siguiente misión : *"Ser una Institución especializada destinada a brindar asistencia médica, psicológica, social, de habilitación y rehabilitación a personas con retraso mental, constituyéndose en referente para la internación dentro del área programática de influencia y como referente técnico nacional copartícipe en la definición e implementación de políticas específicas en el área(10).*

Formulación e implementación del Programa

Queda señalado entonces que al momento de asumir la actual intervención eran claramente evidentes los problemas que afectaban la organización y gestión institucional. No se constataba asimismo la existencia de Documento Institucional en el cual se fijara metas de resultado, se ordenaran acciones, se definieran criterios para asignar los recursos y se establecieran procedimientos e indicadores de evaluación. La carencia de un Plan o Programa impedía reconocer cuáles habían sido las prioridades que intervenciones anteriores habían considerado para el transcurso de los años más recientes, e impedía establecer la continuidad de las acciones sobre la base de las existentes.

Este déficit institucional se trató de mitigar mediante la formulación de un programa que, respondiendo a una determinación política de las autoridades, permitiera una mayor previsibilidad y continuidad, dos factores que históricamente erosionaron la legitimidad de todo proceso de gobierno, afectado ello por los incesantes cambios de intervención que se sucedieron desde aproximadamente quince años atrás.

Se procede entonces al diseño y formulación de un Programa de Reforma del Modelo de Atención y Rehabilitación Integral cuyo objetivo fundamental era mejorar las condiciones de atención de las personas residentes en la Institución, brindando mayores oportunidades para su desarrollo personal e integración social.

El Programa toma como referencia las bases del Plan Federal de Salud y las normativas nacionales vigentes en materia de Discapacidad y Salud Mental, y plantea la ejecución de proyectos innovadores que permitan brindar una respuesta más efectiva para las personas que, por diversos motivos se hallaban alojadas en la institución, especificándose los mismos en tres subprogramas o componentes operativos:

■ Reestructuración de servicios; comprendiendo ello el establecimiento de un servicio de admisión que permita regular el ingreso de pacientes; el fortalecimiento de las acciones de rehabilitación; la creación de una Unidad de Rehabilitación y Cuidados Especiales para pacientes que presentan graves problemas de adaptación que resultan de su discapacidad mental, la conformación de un equipo de planificación del alta que efectúe evaluación de los pacientes y la implantación de un servicio de terapia a corto plazo para mujeres con trastornos mentales severos.

■ Externación; previéndose aquí la habilitación de viviendas aptas para funcionar como unidades residenciales que sirvan como Casas de Convivencia o bien como Casas de Medio Camino, el Subsidio a familias biológicas y/o sustitutas para favorecer la revinculación familiar y reinserción social del paciente y la apertura de pequeños hogares en predios de la Colonia que se hallan emplazados en áreas vecinas para personas con multidiscapacidades y/o retardos profundos.

■ Fortalecimiento Institucional, en el cual se incluyen todas las acciones tendientes hacia la reconversión y/o formación continua de los profesionales, los acuerdos para el intercambio técnico mediante convenios o pasantías con otras instituciones y el desarrollo de un sistema de indicadores de gestión que permitiera el monitoreo y/o evaluación de los resultados del Programa.

La estrategia elegida fue someter a consideración y consenso los ejes y lineamientos centrales del Programa, a fin de que el mismo pudiera ser interiorizado como una herramienta de gestión y transformación por los propios empleados.

Asimismo, y a los fines de su implementación, el Programa preveía la articulación con organizaciones de la sociedad civil, que mediante su asesoramiento podían acompañar y fortalecer el proceso de reforma y legitimaran los cambios implementados.

Al poco tiempo de iniciada la implementación del Programa comenzaron a plantearse los principales obstáculos, que podrían resumirse en los siguientes:

■ Se acrecentó la resistencia de importantes grupos de profesionales y empleados que se oponían a los fines que planteaba el Programa, arrogándose en su oposición la representatividad de los legítimos intereses institucionales.

■ Se cuestiona la convocatoria elegida; aludiendo a que se hubiera requerido una mayor participación en la formulación e implementación de los distintos grupos que representan a la Institución, sin que medie un examen imparcial de las oportunidades ofrecidas para la discusión acerca de los lineamientos del Programa.

■ Se desata una intensa oposición a la presencia y el protagonismo asumido por representantes de organizaciones civiles que se asocian a la intención de privatizar servicios o áreas claves de la Institución.

■ Se asocia la política de reforma al vaciamiento institucional, y el interés de terceros (empresas con fines de lucro, sectores vinculados al área económica) para convertir el vasto predio de la Institución en un emprendimiento turístico que originaría pingües ganancias económicas. Se renovará, de esta manera, el principal factor que actuará como amenaza a la inestabilidad institucional: el cierre de la Colonia y la virtual desaparición de las fuentes de trabajo.

Esta resistencia se materializó en una serie de conductas que, sin reconocerse en su totalidad como francamente opositoras a la conducción institucional, no permitía cristalizar los consensos necesarios; lo que se veía reflejado incluso en las dificultades para acordar una propuesta de estructura organizacional acorde con la misión y los objetivos trazados en el proceso de reforma.

Se inicia entonces una nueva etapa en el proceso de reforma, en el cual se convierte en imperiosa la necesidad de reformular la estrategia demostrando la viabilidad del cambio y una reconfiguración en el tejido de alianzas institucionales que hasta entonces se habían mostrado como más sólidas y efectivas.

En virtud del tamaño y complejidad de la Institución, una transformación en los procesos de gestión y de atención que abarque a la totalidad de la misma resulta una tarea que desborda las posibilidades de un solo período de gobierno institucional.

Por ello, la instauración de una experiencia acotada o focalizada sobre un Pabellón podría constituirse en una experiencia testigo que permitiera vislumbrar las oportunidades y riesgos de un proceso de cambio concebido "desde dentro", es decir apoyado en la historia, los saberes y valores de la comunidad de práctica profesional.

En relación a las acciones comprendidas en el Programa que se juzgan prioritarias, se focalizan en aquellas áreas en las que se concentraban una violación a los derechos humanos de los pacientes internados y porque podía generarse desde allí un efecto de irradiación sobre otros sectores de la vida institucional: a) La Reestructuración del Pabellón 7, b) El establecimiento de un Centro de Día en el ámbito de la comunidad de Torres; c) El programa Regreso al Hogar cuyo objetivo es facilitar el proceso de externación y reinserción social de pacientes

Reestructuración del Pabellón 7

Este pabellón es el de más infausta memoria: allí se concentraron permanentemente las denuncias mediáticas que señalaban la situación de abandono y despojo en el que se hallaban las personas alojadas.

Al momento de iniciarse la actual gestión, se hallaban alojados aproximadamente 120 pacientes, hacinados en planta baja, en una situación de virtual abandono, encerrados y sin ningún tipo de actividad ocupacional.

Pacientes desnudos, hacinados y cuya conducta de incontinencia fecal convertía en virtualmente imposible el objetivo de mantener un ambiente en condiciones mínimas de higiene y confort. Allí se encontraban, específicamente, los denominados *gatosos* cuyo tratamiento es considerado como el más arduo, y cuyos resultados son indicados como más inciertos por su comportamiento funcional y social. Son pacientes que mantienen conductas de incontinencia (urinaria y/o fecal), no son capaces de ejercer conductas de autocuidado básicas que favorezcan algún grado de autonomía y valimiento para la vida cotidiana y, principalmente, se destacan por su incapacidad para mantenerse vestidos, ya que desgarran sus ropas especialmente en aquellas situaciones que no se hallan observados o controlados por sus cuidadores más cercanos.

El estigma comprendía a los internos alojados, (a quienes se desahuciaba como irrecuperables) pero también a los trabajadores que allí se desempeñaban, quienes concebían como una suerte de penalidad vergonzante su inclusión en dicho ámbito laboral. Primaba entre los mismos (y el resto del personal) una percepción *generalizada en torno a la imposibilidad de cualquier tipo de rehabilitación en la población objetivo del servicio*, lo que impedía toda motivación de logro que podía juzgarse asociada al mejoramiento progresivo de la calidad de atención.

Los derechos del personal a cargo de los mismos se hallaban prácticamente vulnerados por las condiciones de trabajo allí predominantes. El propio personal se hallaba sometido a una carga de trabajo que desbordaba el límite de las propias capacidades y ponía a los sectores más expuestos y en contacto más directo con los pacientes en situación de *burnout* profesional.

Con el objetivo de revertir esta situación, se decide la reorganización del Pabellón 7, dividiendo al mismo en tres unidades funcionales independientes y autónomas, cada una a cargo de un equipo responsable, constituido por personal de enfermería, de rehabilitación, psicólogos y asistentes, todos ellos bajo la coordinación general de un médico psiquiatra, tal que permita avanzar en la descentralización técnica y administrativa de cada una de las unidades.

De esta forma, se redistribuye a los pacientes de la siguiente forma: a) En el piso superior se hallan los pacientes mas independientes en cuanto a su alimentación e higiene y también con más capacidad de incorporar consignas; b) En el primer piso, los pacientes con los que sólo se pueden hacer actividades recreativas, así como también actividades de la vida diaria, supervisado todo ello por personal destinado a tal efecto; c) En planta baja, finalmente, se hallan los pacientes con dificultades motoras más severas y con multidiscapacidades.

Entre las medidas adoptadas se incluyen, por un lado, aquellas destinadas a reestructurar el servicio otorgándole mayor autonomía técnica y administrativa, y tratando de que los logros obtenidos en este sector específico puedan ser diseminados a los restantes servicios de la Institución; y por otro lado instaurar un programa de tratamiento que permita a los pacientes una ocupación acorde a su grado de autonomía y capacidad funcional.

En forma simultánea, se realiza: a) Un examen exhaustivo de la medicación que era administrada a los pacientes, y se efectúan las indicaciones que permitirían que los mismos pudieran aumentar su nivel de concentración y así lograr su participación en los distintos talleres; b) Se inicia un trabajo con los familiares de los pacientes en el que participan distintos profesionales del equipo, con el objetivo de aumentar las visitas en la Institución, las salidas terapéuticas y, si las condiciones lo permiten, la externación de los mismos.

Centro de Día Yenu Aikén

A efectos de desarrollar un modelo de atención personalizada que preserve la dignidad, autonomía y singularidad de los pacientes se procedió a la apertura de Centro de Día para la Rehabilitación Integral de pacientes con multidiscapacidades y retraso mental profundo en predio de la Colonia situado en la localidad de Torres, cubriendo a 30 pacientes que se hallaban entonces alojados en Pabellón Nº 7.

El carácter innovador de la experiencia queda señalado en que se trataba del primer Centro de rehabilitación ubicado fuera de la Colonia y enteramente dependiente de ella. Los pacientes continuaban recibiendo atención y alojamiento en la sede central, pero durante el día eran objetos de una atención intensiva, personalizada y con un amplio esfuerzo concedido a las actividades de rehabilitación.

Como paso previo, se seleccionaron aquellos pacientes que presentan una mayor severidad en el grado de discapacidad neurocognitiva, y que se hallan alojados según niveles de hacinamiento que dificultaban la eficacia de las acciones rehabilitadoras.

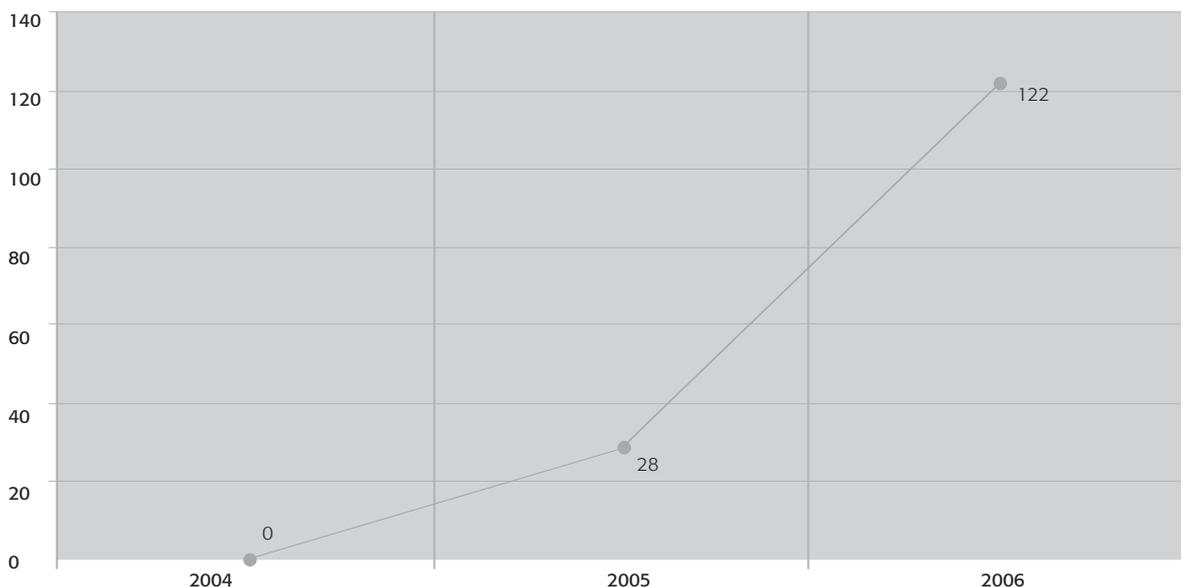
En dichos Centros de Día comenzó a establecerse una combinación de actividades recreativas, laboroterapéuticas, de estimulación sensorial y de formación de hábitos con la finalidad de mejorar la habilitación y rehabilitación, y lograr así mayor grado de autonomía en la situación de cada uno de los pacientes.

Se enriquece y perfeccionan las relaciones que ligan a los integrantes del equipo, quienes desarrollan una actividad de continuo mejoramiento sostenidos en un ambiente que crea un clima positivo de trabajo, y que promueve la protección y respeto a los derechos humanos, así como la articulación entre la habilitación y la rehabilitación de los pacientes bajo programa.

En el corto tiempo de implementación de la experiencia se han obtenido resultados significativos, en relación a las mejoras comprobadas en el estado funcional de los pacientes y en el grado de satisfacción y motivación del personal empleado. Se profundizan, al mismo tiempo, las relaciones con integrantes significativos del entorno familiar y social, que facilitaron la recuperación de la identidad en pacientes anteriormente catalogados como NN.

A partir de esta experiencia se han habilitado 4 nuevos Centros de Día (Abriendo Puertas, Dulce Sonrisa, Vivir Mejor y Centro II), en alojamientos residenciales pertenecientes a la Colonia, cumpliendo con los objetivos del proyecto de que la mayoría de los pacientes allí alojados se encuentren en programas desarrollados en centros de día fuera del pabellón cuya actividad se extiende todos los días de la semana de 8 a 17hs.

**Pacientes en Centros de día
Año 2004-2006**



Subprograma Regreso al Hogar

El débil apoyo y contención familiar de que disponen la mayoría de las personas también debe atribuirse a la ausencia de dispositivos o programas de integración comunitaria, ya que ante la situación de abandono la institucionalización de las personas con discapacidad en establecimientos asilares se convirtió en una de las respuestas más comunes.

Sin embargo, y según la información con que cuenta el Servicio Social de la Institución, existe una proporción de internos cuyas familias estarían en condiciones de asegurar su cuidado y/o manutención de contar con recursos económicos suficientes para subvenir a las necesidades básicas de las personas con discapacidad mental (ej: alimentación, higiene y vestuario).

Hacia mediados del año 2006 se decide implantar el programa denominado "Regreso al hogar" el cual surge como producto de un trabajo realizado por los equipos técnicos interdisciplinarios de la institución. El mismo se propone mejorar la calidad de vida de los pacientes alojados en la Institución favoreciendo su reinserción social y familiar, mediante el otorgamiento de un subsidio económico destinado al familiar y/o cuidador responsable.

La puesta en marcha del Subprograma "De regreso al hogar" se inscribe en la estrategia de protección y defensa de los derechos humanos, pues parte del supuesto de que el Estado no debe privar ilegítimamente de la libertad a personas que, por el hecho de presentar algún grado de discapacidad mental, permanecen sin justificación alojados en tales instituciones.

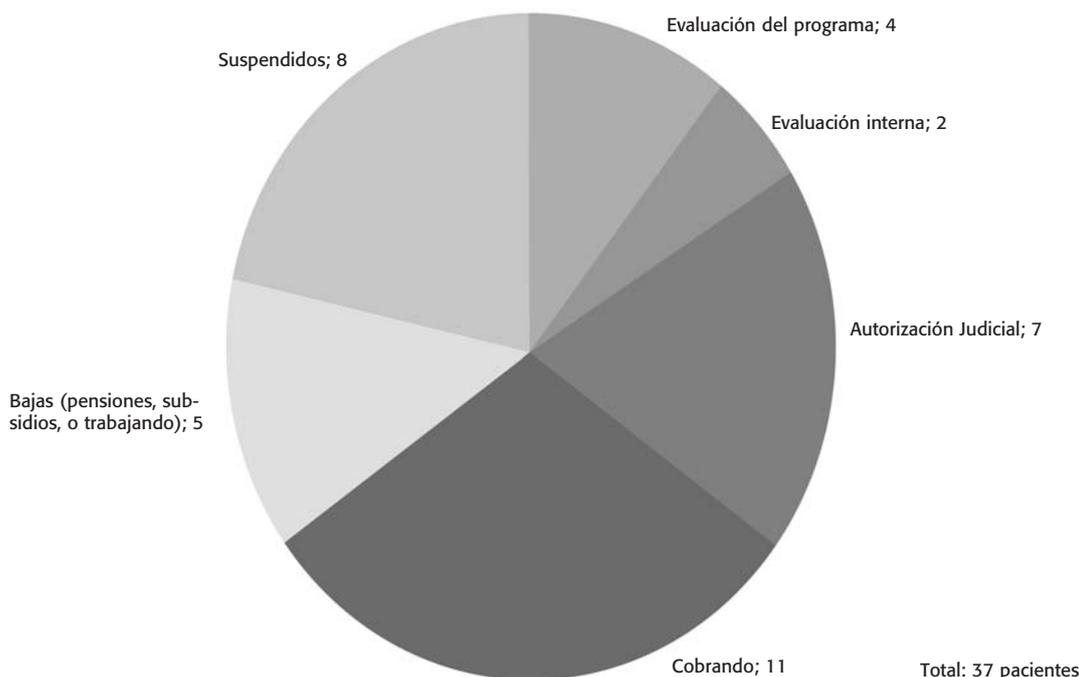
El otorgamiento de un subsidio económico se plantea como una alternativa indispensable para aquellos pacientes que, en condiciones de alta médica de internación disponen también de familiares o cuidadores directos que se hallarían en condiciones de recibirlos si se garantizara el apoyo económico necesario que requiere su reinserción al medio familiar y social.

Hasta el día de la fecha, el Programa ha logrado la conformación de un equipo coordinador que, articulado con los equipos que se desenvuelven en cada uno de los Pabellones, han logrado la evaluación de aproximadamente 15 (quince) pacientes cuyos cuidadores responsables están próximos a recibir el Subsidio que facilitará su rehabilitación y reinserción social.

Hasta el día de la fecha, el Programa ha logrado la conformación de un equipo coordinador que, articulado con los equipos que se desenvuelven en cada uno de los pabellones, han logrado la evaluación de aproximadamente 37 (treinta y siete) pacientes. Si bien el Programa ha despertado, hacia el interior de la Institución, profundas resistencias de parte de quienes juzgan inviable toda posibilidad de reinserción en esta clase de pacientes y porque los equipos constituidos en cada uno de los pabellones resisten las pautas técnicas que son formuladas por el equipo coordinador relativas a la externabilidad de numerosos pacientes, se ha instalado como una de las principales estrategias que apuntan a profundizar el proceso de des-asilarización.

Como consecuencia indirecta de su implementación, cabe señalar que se ha jerarquizado el área de servicio social, se ha logrado una mayor articulación y compromiso del poder judicial en el proceso de externación y se han comenzado a establecer acuerdos con redes sociales de apoyo y con instituciones que actúan en el nivel sanitario local.

Pacientes en Programa "Regreso al Hogar"



Defensa de la Salud Mental

En vista de la decisión de que el Programa centre su foco en un conjunto de proyectos o experiencias testigo que demuestren la viabilidad del cambio y un futuro distinto para la Institución, se impuso como una necesidad insoslayable la difusión de ideas y la transformación de los valores en ámbitos claves para la formación de opinión, que comprendían a las instituciones sanitarias, las Universidades, el Poder Judicial y los Organismos de derechos humanos.

Con el objeto de fortalecer y dar mayor continuidad a este proceso de cambio se establecen alianzas con actores institucionales con los cuales se irán desarrollando acciones concertadas, apuntando a lograr que la temática de los derechos humanos se constituya en eje rector de las políticas de reforma, y al mismo tiempo se interiorice como un horizonte de valores que permita guiar las prácticas de los propios profesionales.

El dictado de cursos sobre Prevención de la Violencia a cargo de la Secretaría de Derechos Humanos en la propia Institución se constituyó en una importante estrategia de desnaturalización de aquellas prácticas como el desnudo de los pacientes, el hacinamiento, las lesiones a la identidad y el desposeimiento general que, si bien afectaban los derechos de las personas alojadas, eran aceptadas como normales por los propios trabajadores. Estas acciones se acompañaron con la producción de material audiovisual que tenía por objeto, además de documentar el proceso de cambio, promover una mirada crítica en torno a las condiciones y los resultados del proceso de atención.

De vital importancia resultó la alianza estratégica efectuada con Instituciones sanitarias que habían desarrollado un proceso de transformación con características similares a las que se observara en la Colonia Montes de Oca. En tal sentido, se efectuaron acuerdos de cooperación técnica con el Hospital Escuela de Salud Mental de San Luis, el Hospital "Erasmé" de París, el Hospital "Oliveros" de Santa Fe y el Instituto de Rehabilitación Psicofísico del Sur, a fin de que, mediante pasantías y seminarios de formación, los participantes logaran interiorizar un nuevo modelo de atención.

Se obtiene, asimismo, un firme apoyo de parte del nivel central, a través de la Unidad de Salud Mental y Comportamientos Saludables. Se realiza, por vez primera en la Institución, el Encuentro Nacional en Salud Mental, con participación de los Directores que concurren en representación las principales jurisdicciones del país para tratar temas vinculados a transformación institucional, justicia y salud mental.

Las Universidades se constituyeron en otro de los actores que configuró el mapa de alianzas claves del

proceso de reforma. Ello se dio a través de la habilitación de espacios académicos en distintas Universidades nacionales para exponer los resultados de la gestión y permitir el desarrollo de pasantías en áreas claves de la Institución en las cuales se detectaba la carencia de recursos humanos adecuadamente calificados para la tarea; sobresaliendo en tal sentido el área de Rehabilitación y Servicio Social.

Simultáneamente a este proceso, se desarrolla una intensa gestión con actores relevantes del Poder Judicial para ejercer una suerte de abogacía en torno a la situación de los pacientes con sufrimiento mental institucionalizados en los asilos psiquiátricos de todo el país.

La Institución se integra por entonces a la Red Federal de Derechos Humanos y Salud Mental que cuenta con el patrocinio de la Organización Panamericana de la Salud, uno de cuyos fines será incluir en la agenda del Poder Judicial de la Nación la situación de los pacientes con sufrimiento mental. Ello ocurre a partir del fallo Tuffano,¹ el cual sienta un precedente muy importante en torno a cómo dar protección a los derechos de los pacientes largamente institucionalizados.

Asimismo, y dada la alta tasa de pacientes judicializados, se iniciaron contactos con los a fin de exponer la situación de los pacientes institucionalizados y desarrollar iniciativas conjuntas en relación a la marcha del programa de revinculación y apoyo económico a familias.

A los fines de incrementar las oportunidades de participación y la canalización institucional de las demandas, se convocó a familiares de pacientes, con los cuales se socializaron pautas y lineamientos básicos para la atención del enfermo y discapacitado mental.

Finalmente, se desarrolló un conjunto de eventos cuyo impacto mediático podía dar cuenta de los logros obtenidos y, al mismo tiempo, obtener una mayor adhesión de parte de la sociedad al proceso de cambio iniciado.

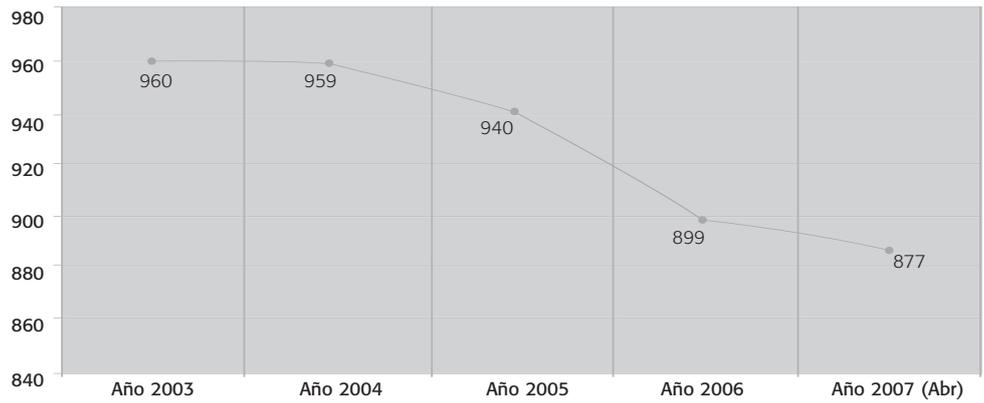
Algunos indicadores de desempeño

A continuación se describen indicadores que demuestran las mejoras producidas en la población asistida en esta Institución en el último período, comprendiendo incluso los años correspondientes a la actual gestión:

En relación al propósito de disminuir el hacinamiento que afecta desde hace décadas a la Institución, podemos destacar que se ha producido una significativa disminución de camas disponibles para internación, de 978 a 887 en el transcurso de los últimos 6 años (73 en los últimos 3 años).

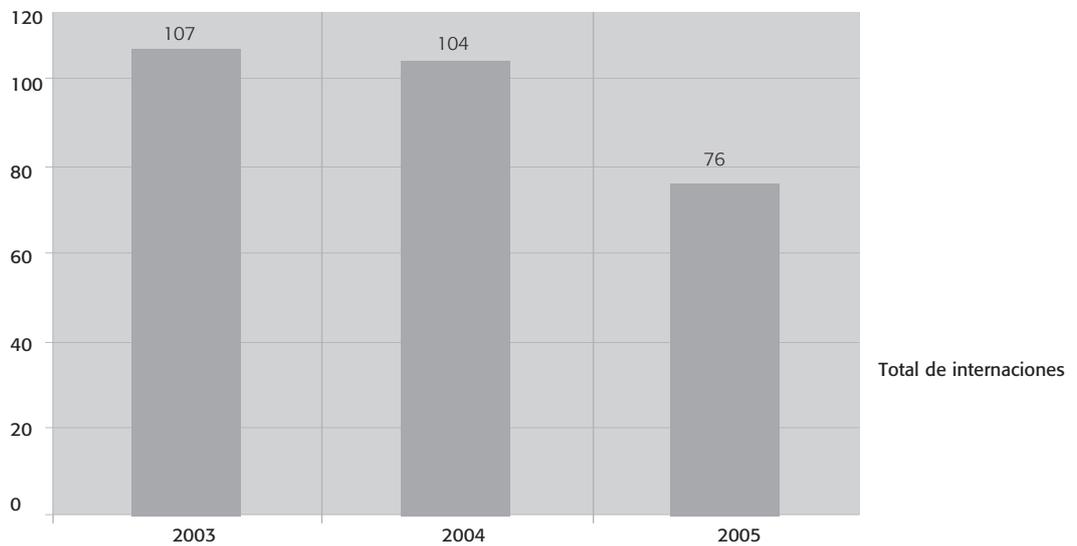
1. Recientemente, la Corte Suprema de Justicia de la Nación emitió un importante fallo en el cual interpretó el derecho a la libertad personal de las personas con trastornos mentales de acuerdo a lo establecido por el artículo 8 de la Convención Americana de Derechos Humanos. Siguiendo los principios de la Convención, la Corte se refirió a las garantías judiciales a las que tiene derecho toda persona institucionalizada. La sentencia observa asimismo que "las personas que, por padecer enfermedades mentales, o ser alcoholistas crónicos o toxicómanos," pongan en riesgo su salud o a terceros pueden ser internadas por decisión policial. Pero advierte que en estos casos ha de darse inmediata intervención a un juez, debe haber un "dictamen independiente sobre la posible enfermedad mental" y no puede faltar la asistencia de "un defensor especial para asegurar que la internación no se prolongue más de lo indispensable y aun evitarla". Las reglas del debido proceso -señalaron los magistrados-, como el derecho a ser oído por el juez, "deben con mayor razón ser observadas en los procesos en los que se plantea una internación psiquiátrica coactiva, en virtud del estado de vulnerabilidad, fragilidad, impotencia y abandono en el cual se encuentran quienes son sometidos a tratamientos de esta índole".

Cuadro I: Camas de internación



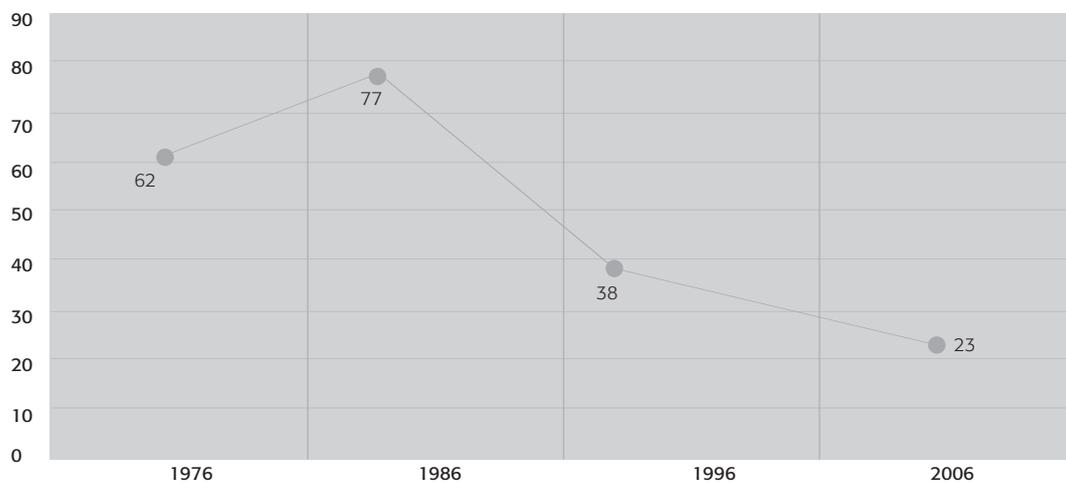
Fuente: Departamento de Estadística. Colonia Nacional Manuel A. Montes de Oca. Ministerio de Salud de la Nación. 2006.

Cuadro II: Total de internaciones



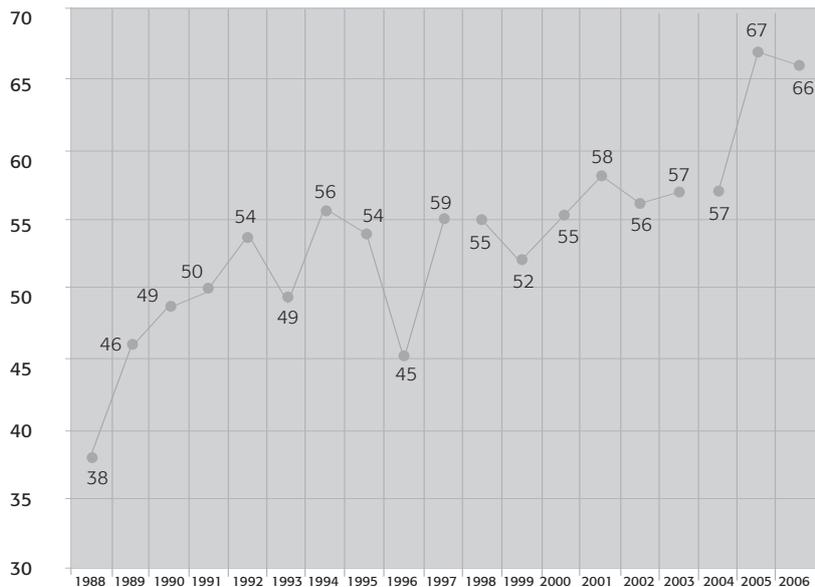
Fuente: Departamento de Estadística. Colonia Nacional Manuel A. Montes de Oca. Ministerio de Salud de la Nación. 2006.

Cuadro III: Defunciones período 1976-2006



Fuente: Departamento de Estadística. Colonia Nacional Manuel A. Montes de Oca. Ministerio de Salud de la Nación. 2006.

Cuadro IV: Promedio de edad en pacientes fallecidos I: Camas de internación



Fuente: Departamento de Estadística. Colonia Nacional Manuel A. Montes de Oca. Ministerio de Salud de la Nación. 2006.

Como se indica en el siguiente gráfico, la tasa de defunciones continúa disminuyendo, resultando la más baja en el transcurso de los últimos 30 años:

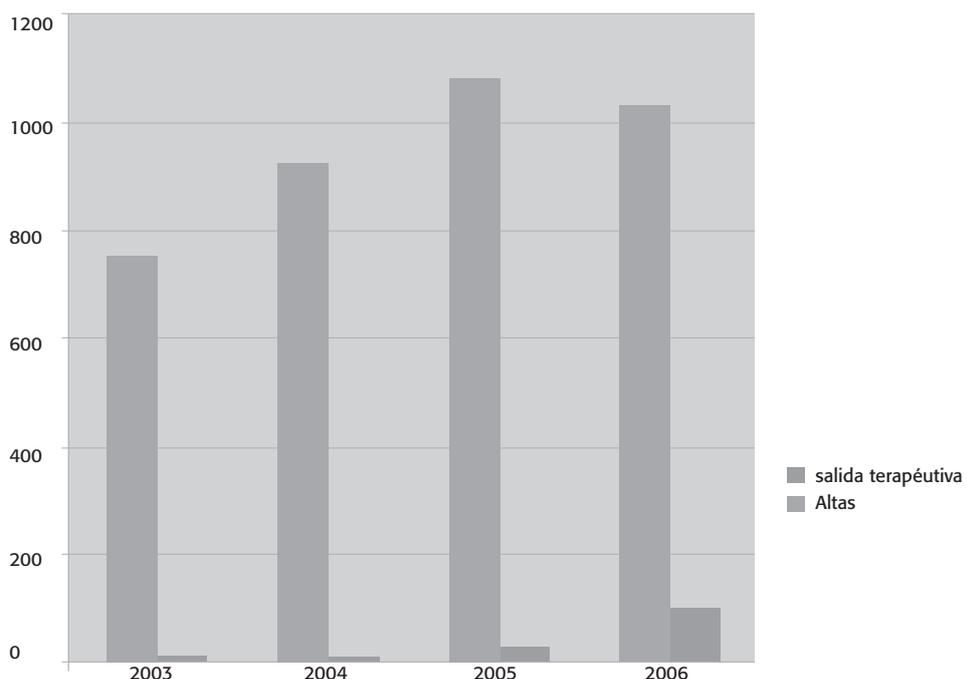
Se produce al mismo tiempo un incremento en la expectativa de vida de los pacientes internados, ya que el promedio de edad de los pacientes fallecidos se ha incrementado aproximadamente en 10 (diez) años a lo largo de todo el período.

El total de abandonos voluntarios (denominados como fugas en la jerga institucional) sin autorización continúa su tendencia descendente marcada desde el año 2000 a la fecha, alcanzando durante el período 2005 la suma de 37 pacientes, representando ello la tercera parte de los pacien-

tes que abandonaron voluntariamente la Institución durante el año 1994. Cabe señalar, asimismo, que el 84% de los internos que abandonaron voluntariamente a la Institución retornaron a la misma en el transcurso de dicho período.

Las altas transitorias, como resultado del proceso de normalización administrativa que la Dirección resolvió adoptar como política institucional ha ascendido a un número de 1031, lo que representa más del 100% de las altas en comparación con aquellas que se otorgaron durante el año 1994, que ascendieron a una cifra de 501, sextuplicándose en el año 2006 el total de altas definitivas, si se compara esto con los valores obtenidos durante los años anteriores a 2005.

Cuadro V: Pacientes que Egresaron con Salidas Terapéuticas y Pacientes que Pasaron a ser Altas.



Fuente: Departamento de Estadística. Colonia Nacional Manuel A. Montes de Oca. Ministerio de Salud de la Nación. 2006.

El escenario futuro: condicionantes de la sustentabilidad

La Colonia surgió como respuesta asistencial en una época en la cual no se hallaban alternativas para el tratamiento de la indigencia y la enfermedad mental.

Quedaba claramente establecido que el proyecto Cabred era, antes que médica, una respuesta social y política al problema de la enfermedad mental en un contexto de incipiente marginalidad, y que reconocía como fuente inspiradora el esfuerzo de integración que entonces se materializaba en la Ley de Asilos y Hospitales Regionales. El alcance nacional que tenía por entonces el proyecto era también un indicador de que la respuesta no aspiraba a ceñirse al ámbito de la ciudad capital o las principales concentraciones urbanas del país.

Las transformaciones que se han operado en torno a nuevos dispositivos asistenciales, nuevos recursos tecnológicos (innovaciones en materia de psicofármacos) y los avances logrados en materia de normativas técnicas y judiciales no parecieron ejercer un impacto positivo sobre el mejoramiento en el bienestar y la calidad de vida de las personas alojadas.

Por el contrario, el desplazamiento de fines, el escepticismo y la anomia se han extendido entre gran parte del personal y se han convertido en el clima institucional que ha resultado predominante durante décadas.

Esta cuestión ha tendido a agravarse y agudizarse por la crónica inestabilidad política, que ha corroido toda posibilidad de generar proyectos sustentables que trasciendan a las intervenciones de turno.

En la determinación del futuro deseado para la Institución (lo que puede traducirse directamente como visión compartida), se cuentan los siguientes indicadores:

Institución con menor número de camas de internación, a fin de que dicha reducción permita paliar los principales problemas que afectan actualmente a la Institución: el hacinamiento, el abandono, la deshumanización en el proceso de atención.

Servicios habilitados de acuerdos a normas nacionales, ya que resulta imperioso que el propio Estado Nacional asegure el cumplimiento de las normas que definen la habilitación, categorización y acreditación de servicios en las instituciones que dependan de su órbita.

Desconcentración de servicios en un área territorial, permitiendo que la Institución desarrolle un conjunto de alternativas asistenciales descentralizadas, con articulación a programas y servicios del nivel local, tal que favorezcan el proceso de rehabilitación y reinserción social.

Centro de referencia técnico nacional en el campo de la discapacidad intelectual, a partir de lograr la capacitación continua y el perfeccionamiento de los cuadros técnicos y profesionales que allí se desempeñan.

Cambio de denominación, para evitar que se asocie la Institución a un pasado en el cual primó la siniestralidad, la irregularidad administrativa, la inestabilidad político-institucional y la violación continua de los derechos de las personas atendidas y de los trabajadores allí empleados.

Conclusiones

En síntesis, el futuro de la Institución estará probablemente condicionado por la posibilidad de profundizar el proceso de cambio y posicionarla como entidad de referencia en torno a la temática de la discapacidad mental, articular la respuesta asistencial con el sistema sanitario y de ayuda social que actúe en el nivel local y hacer efectiva la apertura de dispositivos asistenciales que faciliten la rehabilitación y reinserción social.

Será de vital importancia para la sustentabilidad de todo proyecto futuro un mínimo marco de estabilidad, la construcción de consensos y la adhesión al proceso de cambio de las redes profesionales, sociales y familiares que conforman el tejido humano de la Institución, sujetos en gran parte por los lazos de interdependencia que se han establecido históricamente entre la Institución y la localidad vecina de Torres y mantener un perfil de la población asistida que restituya la misión institucional que ha dado fundamento histórico a su creación.

Para ello, será menester ampliar el campo de intervenciones a fin de identificar oportunidades más tempranas de acción, que actúen preventivamente en la evitación de las consecuencias invalidantes del retardo mental en los primeros treinta y tres meses de vida, ciclo que es considerado esencial para desarrollar acciones que con probado grado de eficacia permita un mejor pronóstico de los casos identificados como de riesgo para sufrir alguna afección invalidante en el transcurso de su posterior desarrollo. ■

Referencias bibliográficas

1. Cabred D. Discurso Inaugural de la Colonia Nacional de Alienados (1899). *Vertex, Rev Arg Psiq.* II:3. Marzo-Abril-Mayo, 1991.
2. Cabred, Domingo. *Discurso Inaugural con motivo de la colocación de la piedra fundacional en la Colonia para niños con retardo.* Colonia Nacional Montes de Oca, Memoria Médico Administrativa, Torres, 1923.
3. de Lellis M, Rossetto J. Hacia la reformulación de las políticas públicas en salud mental y discapacidad intelectual. En: de Lellis, Martín. *Psicología y políticas públicas de salud.* Buenos Aires: Paidós, 2006.
4. Dornier K. *Ciudadanos y locos.* Madrid: Taurus, 1974.
5. Etzioni A. *Organizaciones modernas.* México: Uteha, 1965.
6. Foucault, M. *El poder psiquiátrico.* Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires. 2005.
7. Goffman E. *Internados.* Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1984.
8. González Uzcátegui R, Levav, I. (eds.) Reestructuración de la atención psiquiátrica: bases conceptuales y guías para su implementación. OPS, Washington D.C.
9. Kraut A. *Salud mental y tutela jurídica.* Buenos Aires: Editorial Rubinzal Culzoni, 2006.
10. Ministerio de Salud. *Programa de Reforma del Modelo de Atención y Rehabilitación Integral de la Colonia Nacional Montes de Oca.* Resolución Nro. 1810/06.
11. Szasz T. *El mito de la enfermedad mental.* Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1994.
12. Veronelli JC. *Los orígenes institucionales de la Salud Pública en Argentina.* OPS. Argentina, 2004.
13. Vezzetti H. Domingo Cabred y el asilo de puertas abiertas. *Vertex, Rev Arg Psiq.* II:3. Marzo-Abril-Mayo, 1991.

lecturas y señales



LECTURAS

Gustavo P. Rossi

Acompañamiento terapéutico.

Lo cotidiano, las redes y sus interlocutores.

1ª Edición, Polemos, Buenos Aires, 2007, 224 p.

El Acompañamiento Terapéutico (AT), una creación argentina, forma parte del horizonte actual de los tratamientos en Salud Mental y su efectividad es evidente.

Sin embargo, sus fundamentos, sus indicaciones y su técnica son temas en constante evolución. Es por ello que este libro tiene una alta pertinencia. Gustavo Rossi posee una vasta experiencia práctica y teórica y ha hecho contribuciones anteriores que difundieron el trabajo del acompañamiento terapéutico a través de múltiples actividades docentes, ponencias presentadas a congresos de la especialidad, artículos y libros. Esa profusa actividad trascendió las fronteras de nuestro país y ha encontrado eco en profesionales de América Latina y España ampliando la influencia de la producción local en el tema.

La Primera Parte se inicia con una necesaria exploración de la historia y los desarrollos del AT y luego introduce las nociones propias al quehacer específico del AT. Se pasa revista a las modalidades de inclusión del AT en los Sistemas de Salud, su indicación de acuerdo a cada paciente y sus circunstancias, la relación del acompañamiento con la familia, las vicisitudes del trabajo en equipo, las particularidades de la tarea de coordinación y supervisión y los finales del acompañamiento, comentando con viñetas clínicas las nociones presentadas.

En la Segunda Parte, el libro da cuenta de las articulaciones del AT con el dispositivo psicoanalítico, estudiando, entre otros muchos e importantes tópicos, la cuestión de la demanda y la transferencia.

En sucesivos apartados, Rossi y sus invitados recorren diversas facetas de

la aplicación del AT. La utilidad en relación con la internación psiquiátrica y al trabajo con pacientes ancianos son acertadas contribuciones a la comprensión del espectro de situaciones en las que el AT demuestra su potencia y aptitud para evitar la permanencia en las instituciones de pacientes con cuadros complejos en el plano psicopatológico, social y familiar.

En el capítulo final, ubicando en una construcción socio-política la noción de Salud Mental, el autor localiza al AT en relación a las Políticas en ese campo, en el marco de los Derechos Humanos y los derechos ciudadanos y estudia la incidencia de los mismos en el diseño de los dispositivos terapéuticos.

En suma, el conjunto del texto marca un hito singular en la investigación del rol del AT. Centrando el interés en la eficacia y el trabajo en equipo y en red, la obra resulta indispensable para quienes se forman en el tema y para todos los profesionales que se aproximen a la utilización de este recurso terapéutico.

J. C. S.

Sara Baringoltz, Ricardo Levy (Comps.)
Terapia Cognitiva. Del dicho al hecho.

1ª Edición, Polemos, Buenos Aires, 2007, 384 p.

Los autores forman un compacto grupo de terapeutas que nos abren las puertas para conocer una filosofía de trabajo asistencial, la del Centro de Terapia Cognitiva, a través de una presentación panorámica de su quehacer cotidiano.

El arco expositivo de la obra se extiende desde las consideraciones teóricas de Gabriel Brarda hasta las reflexiones sobre la supervisión de Sara Baringoltz, recorriendo un delta terapéutico que nos permite contemplar una extensa variedad de paisajes: tratamientos para diferentes niveles de edad, para distintos trastornos, con formatos y dispositivos específicos para situaciones particulares.

El tema de los objetivos es otra columna vertebral, probablemente el eje de la concepción alrededor del cual todos estos terapeutas organizan sus diseños de tratamiento.

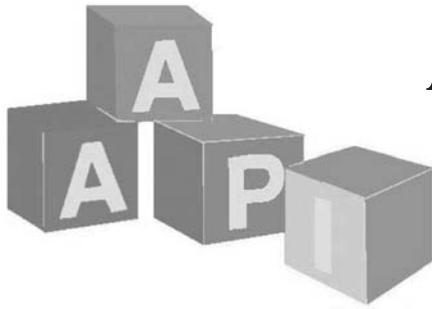
En el recorrido, el lector tendrá la posibilidad de entender a fondo por qué la terapia cognitiva no tiene un número fijo ni predeterminado de sesiones y que un tratamiento puede ser un viaje en etapas capaz de ayudar al paciente en distintas situaciones y momentos de su vida. También podrá constatar que este enfoque terapéutico es susceptible de alcanzar efectividad con pacientes de edades muy diversas, utilizando formatos y dispositivos muy variados. Niños y adolescentes, individuos y parejas y muchas otras condiciones clínicas son el foco de atención de este heterogéneo grupo de terapeutas.

La terapia cognitiva debe su prestigio, fundamentalmente, a su probada efectividad en el tratamiento de algunos trastornos. La depresión y la ansiedad en primer lugar. Hoy existen buenas razones para esperar que un tratamiento correctamente indicado y llevado a cabo por expertos pueda ofrecerle a las personas que padecen esas perturbaciones una recuperación muy positiva en poco tiempo, con buenas perspectivas de sostener los resultados en el tiempo.

En la actualidad, la terapia cognitiva ha extendido notablemente su campo de aplicaciones. Muchas situaciones clínicas están recibiendo este tipo de tratamiento, entre ellas perturbaciones severas de la personalidad, enfermedades físicas y fenómenos de patología social cada día más frecuentes. Y el libro avanza sobre ellas, con una muestra de tratamientos diseñados para ayudar a quienes componen la población de los que llamamos pacientes difíciles: trastornos obsesivo-compulsivos, trastornos de personalidad límite, trastornos alimentarios e, inclusive, pacientes adictos, pacientes con cáncer. En esas condiciones más complejas el trabajo del psicoterapeuta no sólo requiere disponer de una gran flexibilidad para el diseño y las intervenciones psicológicas sino que tiene que aprender a trabajar en el contexto de equipos multidisciplinares donde desfilan nutricionistas, oncólogos, trabajadores sociales, entre otros.

Del prólogo de
Héctor Fernández Álvarez

SEÑALES



XIII Congreso de la Asociación Argentina de Psiquiatría Infanto Juvenil y Profesionales Afines

Buenos Aires - Sede Hotel Regente - Suipacha 964
 Sub sede - Hotel Conquistador - Suipacha 948
 9, 10 y 11 de Agosto de 2007.

TEMAS CENTRALES

Patologías prevalentes	Violencia escolar
Emergencias	Conductas disruptivas
Psicosis	Adolescentes transgresores
Ezquizofrenia	Autismo
Tratamientos	Trastornos del desarrollo
Depresión y suicidio	Patologías que comienzan en la infancia
Trastornos de ansiedad	Psicoterapias
Fobias	Distintos abordajes terapéuticos
Trastornos obsesivo compulsivos	Enfoques diagnósticos
Trastornos del estado de ánimo	Psicofarmacología pediátrica
ADDH	Novedades en investigación
Tratamientos psicofarmacológicos	Temas en:
Trastornos psicosociales	Psicología
Intoxicaciones	Fonoaudiología
Violencia	Psicopedagogía
Trastornos de la impulsividad	Servicio Social
Trastornos psicósomáticos	Adopción
Trastornos alimentarios	Educación
Trastornos adictivos	Acompañamiento
Novedades en psicofarmacología	Guardia, Consultorio externo,
Discapacidad	Hospital de Día, internaciones
Ética en Psiquiatría Infanto juvenil	Hospitales monovalentes,
Abuso y maltrato infantil	Hospitales generales
Hostigamiento entre pares	

Secretaría de AAPI: Organización Bayfem, Av. Córdoba 2302 6º K
 (C1120AAS) Ciudad de Buenos Aires. Tel/Fax: 54 (11) 4951-8139 / 4952-4501
 E-mail: aapi@bayfem.com.ar / aapi@aapi.org.ar

COMISIÓN DIRECTIVA

PRESIDENTE
 Dra. Nora LEAL MARCHENA

VICEPRESIDENTE
 Dr. Roberto PALLIA

SECRETARIO GENERAL
 ERNESTO WAHLBERG

SECRETARIO DE ACTAS
 Dr. Fernando ZAN

**SECRETARIA DE RELACIONES
 INTER-INSTITUCIONALES**
 Dra. Griselda MOYA
 Dra. Flavia SINIGAGLIESI

TESORERO
 Lic. Carlos REALE

VOCALES TITULARES
 Dra. Viviana CHIAPPE
 Dr. Norberto GARROTE
 Dra. Andrea ABADI
 Dr. Bernardo KERMAN
 Dr. Fernando BARRERA

VOCALES SUPLENTE
 Lic. Norma KRASNAPOLSKI
 Dra. Susana SARUBI
 Dra. Adriana MELENDEZ

REVISORES DE CUENTA
 Dr. Fernando BARRERA
 Dr. Carlos BERNARD