

VERTEX
REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA
65



INTERNACIÓN PSIQUIÁTRICA

*Amado Cattáneo / Barrionuevo /
Martínez Ferretti / Matusevich / Stagnaro*

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

Volumen XVII - Nº 65 Enero - Febrero 2006

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. Vegh, 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. Matta (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. Podrucny (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, H. López, 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 Erausquin; R. Hidalgo; P. Pizarro; D. Mirsky; C. Toppelberg (Boston); A. Yaryura Tobías (Nueva York). **FRANCIA:** D. Kamienny. **INGLATERRA:** C. Bronstein. **ITALIA:** M. Soboleosky. **ISRAEL:** L. Mauas. **MÉXICO:** M. Krassoievitch; S. Villaseñor Bayardo. **PARAGUAY:** J. A. Arias. **SUECIA:** U. Penayo. **SUIZA:** N. Feldman. **URUGUAY:** M. Viñar.

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@easynet.fr

Diseño
Coordinación y Corrección:
Mabel Penette

Composición y Armado:
Omega Laser Gráfica
Moreno 1785, 5° piso
(1093), Buenos Aires, Argentina

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.

VERIEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XVII N° 65, ENERO – FEBRERO 2006

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
Marcelo Gabriel Balquinta
"La que todo lo ve"
25 x 25 cm
Pintura con acrílico y lápiz
1968

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

- La sesión de comida, el recupero de peso y su interacción con la psicopatología de la anorexia nerviosa adolescente ,
C. Rausch Herscovici pág. 7
- Trastornos cognitivo conductuales en el período crónico de la intoxicación por neurotóxicos laborales y ambientales,
C. A. Mangone, O. Genovese, C. G. Abel pág. 16

DOSSIER

INTERNACION PSIQUIATRICA

- Los psiquiatras y los hospitales psiquiátricos.
Del asilo a la comunidad, J. C. Stagnaro pág. 28
- Entre la ley 22914 y la ley 448: el marco legal de las internaciones psiquiátricas en la ciudad de Buenos Aires,
J. M. Martínez Ferretti pág. 35
- Descripción de los principales condicionantes que afectan las internaciones psiquiátricas en el Hospital "Dr. A. Korn" de Melchor Romero, E. Amado Cattáneo pág. 43
- Indicadores de accesibilidad y desempeño de la internación psiquiátrica, H. Barrionuevo pág. 48
- Modelo de comunidad terapéutica en internaciones psiquiátricas breves. Estudio Descriptivo de la Unidad Psiquiátrica Dinámica de Internación del Hospital Italiano de Buenos Aires, D. Matusevich, M. Ruiz, M. C. Vairo, P. Girard, G. Rozadilla, G. Castagnola, A. Job, I. Pinto, C. Finkelsztejn pág. 55

EL RESCATE Y LA MEMORIA

- Los antiguos "loqueros" de Buenos Aires, por José Ingenieros pág. 65

CONFRONTACIONES

- El encierro dentro del encierro. La situación actual en la Unidad Psiquiátrica Penal Nº 20 del Hospital Municipal J. T. Borda de la Ciudad de Buenos Aires, G. Guilis, R. Amendolaro, A. Del Do, M. L. Wikinski, Laura Sobredo pág. 72

LECTURAS Y SEÑALES

- Lecturas pág. 78
- Índice alfabético de autores pág. 79

EDITORIAL

M

uchas son las noticias que nos afligen a los argentinos cotidianamente. Tantas que, frecuentemente, se olvidan, o quedan diluidas entre las malas nuevas, aquellas contrarias que abren una luz de esperanza para el futuro inmediato. Una de esta última categoría es la publicación reciente de una encuesta realizada a nivel nacional entre los beneficiarios del PAMI. En la misma, realizada por el Centro de Opinión Pública (CEOP) en Capital Federal, Gran Buenos Aires, Tucumán, Córdoba, Mendoza, Rosario, Mar del Plata, Mendoza y otras catorce ciudades más pequeñas del interior del país, se dio a conocer la percepción que sus usuarios tienen de la situación actual de su Obra Social, que con sus cerca de 4.500.000 afiliados constituye la más grande del país y de Latinoamérica.

Según la opinión de los jubilados y pensionados del PAMI la imagen que tienen de la misma es, actualmente, muy buena o buena en una proporción del 61,5% de los afiliados; mientras que es regular para el 34% de ellos y solamente para el 6,6% mala o muy mala. Las razones que encuentran los que se incluyen en el 61,5% mencionado es que reciben una buena atención médica (34,2%), que verificaron "una mejora en el servicio que reciben" (21,5%), que "el jubilado recibe un buen trato" (17,2%) o que "han tenido buenas experiencias (16,2%) en su relación con sus trámites" ante la misma.

Globalmente el 48,8% afirma que el funcionamiento del PAMI es "mejor" desde que asumió la última dirección de la Obra Social y sólo un 3,1% la percibe "peor".

En los detalles del cuestionario aplicado se destaca la "mejora en la atención médica", mientras que el descontento se centra en la "distribución de medicamentos" —aunque se observa una mayor satisfacción en este último rubro respecto de medicinas anteriores— y "en los plazos para obtener turnos de atención con los especialistas" y en "tener repuesta a sus trámites". Por el contrario, los afiliados perciben "más honestidad" (20%) y "mayor lucha contra la corrupción" (13%). En efecto, a diferencia de administraciones anteriores en las que los escándalos fueron frecuentes, durante la actual gestión no hubo denuncias relevantes de casos de corrupción.

En abril del 2005 sólo el 38% de los afiliados entrevistados dijo estar utilizando los servicios de su Obra Social y en octubre del mismo año el porcentaje subió al 58%, lo cual puede interpretarse, según los encuestadores, en una mayor confianza de los afiliados en que el PAMI puede brindarles soluciones.

En suma, un indicio de una tendencia de mejora en la atención sanitaria y social de una franja etárea de principal importancia en nuestra población, tanto por sus necesidades sanitarias como por la crónica precariedad de sus posibilidades económicas.

El asunto trasciende el caso específico y puede ser tomado como ejemplo de que aún en las condiciones difíciles en que se encuentran otras instituciones del Estado en razón de su desorganización, desmantelamiento, ineficiencia y en algunos casos, y no pocos, corrupción estructural, es posible esperar cambios positivos si a la cabeza de ellos se ponen responsables dispuestos a mostrar vocación de servicio y voluntad de llevar adelante sus responsabilidades con honestidad y capacidad técnica. El problema es ético, es ideológico y es político. Esperemos que la tendencia observada en el PAMI perdure mejor y más aún, y hagamos votos en el principio de este año por que el ejemplo cunda ■

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

Cuestiones generales

Vertex es una revista en español que publica trabajos sobre Psiquiatría, Neurociencias y disciplinas conexas. Está dirigida especialmente a profesionales del campo de la Salud Mental.

Las condiciones de presentación y publicación de manuscritos que se detallan más abajo se ajustan a las normas del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y se pueden consultar en <http://www.medicinalegal.com.ar/vanco97.htm> en su versión en español, o en <http://content.nejm.org/cgi/content/full/336/4/309> en su versión original en idioma inglés.

El envío de un manuscrito a *Vertex* constituye en sí mismo una constancia de aceptación de este reglamento de publicaciones, y por lo tanto de las responsabilidades en cuanto a autoría, originalidad y confidencialidad que en él se enuncian.

Originalidad

La manuscritos enviados a *Vertex* serán aceptados en el entendimiento de que son material original, no publicado previamente, ni enviado simultáneamente para ser publicado en otra revista y que han sido aprobados por cada uno de sus autores. Son aceptables trabajos que sólo fueron publicados en forma de resumen de no más de 500 palabras. Esto incluye libros, artículos por invitación en otras revistas, publicaciones en medios de difusión masiva de cualquier clase, como así también bases de datos electrónicas públicas.

Ocasionalmente, el Comité Editorial puede solicitar a un autor o a otra Revista la autorización para reproducir un artículo ya publicado, en función de que éste tenga una importancia particular.

La reproducción de figuras o tablas previamente publicadas, ya sea por los autores del manuscrito, o por otros autores, deberá contar con la autorización por escrito de la fuente (revista, libro, material electrónico u otro) originales.

Autoría

Todas las personas que firman el trabajo deben reunir los requisitos para ser autores de un trabajo científico. De acuerdo con el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas se considera que un autor es una persona que ha realizado una contribución intelectual sustancial a un estudio, entendiendo ésta como el cumplimiento de los tres requisitos que se enumeran a continuación: 1) haber contribuido a la concepción, diseño, adquisición de datos, análisis o interpretación de los mismos; 2) escribir el borrador del artículo o revisarlo críticamente en sus aspectos sobresalientes; 3) proporcionar la aprobación final de la versión enviada para su publicación. A la inversa, cualquier persona que cumpla con los requisitos mencionados debe figurar como autor.

Cuando un grupo lleva a cabo un ensayo multicéntrico, los autores son aquellos que detentan la responsabilidad directa del manuscrito. Son éstos quienes deben reunir los criterios de autoría que acabamos de mencionar. Los demás colaboradores deberán ser enlistados en el apartado de Agradecimientos.

Para *Vertex*, en consonancia con las normas vigentes en las publicaciones médicas, la provisión de fondos, la supervisión general del grupo de investigadores o un rol jerárquico en la institución en que se realizó el trabajo no justifican la autoría.

Todas las personas designadas como autores deben calificar como tales, y todos aquellos que reúnen las condiciones para serlo deben ser mencionados. Cada uno de ellos debe haber participado en forma suficiente en el trabajo como para poder responsabilizarse del mismo públicamente.

En el apartado de "Agradecimientos" puede mencionarse a todos aquellos que hayan contribuido económica o técnicamente al trabajo de manera tal que no justifique su autoría. También puede agradecerse a quienes facilitaron la realización del trabajo o la preparación del manuscrito.

Transferencia de derechos y envío del manuscrito

Vertex solicita que todos los autores aprueben el manuscrito que es enviado para su consideración, como así también que todos cedan a la revista el derecho de publicación. El manuscrito, por lo tanto, debe ir acompañado de una carta en la que todos los autores manifiesten su voluntad en este sentido (formato de la carta en <http://www.polemos.com.ar/revi.html>) o firmando el manuscrito original. Ningún manuscrito será aceptado definitivamente hasta

que esta carta haya sido recibida en la Editorial. Es responsabilidad de los autores contar con la autorización de aquellos a quienes se agradece en el apartado de "Agradecimientos".

Si en el trabajo se realizan citas extensas (de más de 500 palabras) o figuras de otros textos, los autores deben contar con autorización de los editores del material citado.

Aclaración de conflictos de intereses

Toda forma de apoyo (subsidijs, financiación de laboratorios farmacéuticos, etc.) debe ser mencionada en el apartado "Agradecimientos".

Además, los autores deben especificar, en un apartado especial a continuación del apartado de Agradecimientos, y bajo el título "Declaración de conflictos de intereses", los compromisos comerciales o financieros que pudieran representar un aparente conflicto de intereses en relación con el artículo enviado, incluyendo pagos de asesorías, de sueldos, u otras retribuciones. La lista de empresas o entidades privadas o de otro tipo que hubieran pagado al o los autores honorarios en concepto de los rubros antes mencionados debe ser explícitamente aclarada.

Si no hubiera conflicto de intereses, en este apartado se consignará "El /los autor/es no declara/n conflictos de intereses".

Esta información no deberá necesariamente limitar la aceptación del material, y podrá o no, a criterio del Comité Editorial, ser puesta a disposición de los evaluadores del manuscrito.

Preservación del anonimato de los pacientes

El material clínico enviado para su publicación debe cuidar especialmente la protección del anonimato de los pacientes involucrados.

Consentimiento informado

Los trabajos de investigación clínica deben incluir, en el apartado "Materiales y Métodos" una cláusula que señale que todos los pacientes participantes han sido informados de las características y objetivos del estudio y han otorgado el consentimiento para su inclusión en el mismo.

Proceso de revisión de manuscritos

El proceso de evaluación por pares constituye la piedra angular de la comunicación científica. La revista cuenta con un Consejo Editorial y un numeroso grupo de asesores científicos. Todos los trabajos enviados para su publicación son sometidos a la evaluación de al menos dos de los miembros de dichas instancias. Los evaluadores reciben una copia del trabajo en la que se omiten los nombres de los autores, de manera tal de evitar sesgos en el proceso evaluatorio. Si fuera necesario, se podrá solicitar además una evaluación de los procedimientos estadísticos empleados, o la opinión de algún evaluador externo a la revista.

Si las opiniones de ambos revisores fueran divergentes, el Editor o el Comité Científico pueden solicitar una tercera opinión, o decidir como cuerpo colegiado acerca de la publicación o no del trabajo. Si los revisores consultados lo solicitan, el Editor podrá requerir al o los autores modificaciones para adecuar el manuscrito a las sugerencias realizadas. El o los autores recibirán, junto con la decisión del Editor, los comentarios de los revisores a fin de conocer los fundamentos de la decisión final adoptada.

Envío de trabajos

La revista acepta los siguientes tipos de artículos: Investigación original, Revisiones, Cartas de lector y Artículos de opinión. Cada número de la revista incluye una sección, denominada "Dossier", cuyos artículos son escritos por invitación.

Todos los trabajos deberán ser enviados a Moreno 1785, 5to piso, dirigidos a *Vertex* Revista Argentina de Psiquiatría, Att: Comité de Redacción. Se solicitan tres ejemplares del trabajo y un diskette o disco compacto conteniendo el material con la aclaración del procesador de textos utilizado, el título del trabajo y el nombre del primer autor.

Dos de las copias impresas deben entregarse sin el nombre de los autores en la página del título. Todos los manuscritos deben ir acompañados de una carta en la que se especifique el tipo de artículo que se está presentando (ver a continuación).

Antes de enviar el trabajo verifique haber cumplido con las normas utilizando el apartado titulado **antes de enviar el trabajo** que se incluye al final de este Reglamento.

Tipos de trabajos

Investigación original: describe nuevos resultados en la forma de un trabajo que contiene toda la información relevante para que el lector que así lo desee pueda repetir los experimentos realizados por los autores o evaluar sus resultados y conclusiones. Las investigaciones originales no deben exceder los 19.500 caracteres incluyendo un resumen de no más de 200 palabras, texto, referencias y datos contenidos en tablas y figuras. Se recomienda especialmente la utilización del menor número de figuras posible. El Comité de Redacción valora especialmente la capacidad de síntesis, siempre que ésta no comprometa la claridad y exhaustividad del trabajo.

Revisión: estos textos compilan el conocimiento disponible acerca de un tema específico, contrastan opiniones de distintos autores e incluyen una bibliografía amplia. La longitud de estos trabajos no debe exceder los 19.500 caracteres incluyendo un resumen de no más de 200 palabras, el texto propiamente dicho y las referencias bibliográficas. Como se mencionó más arriba el uso de figuras o tablas publicadas previamente por el autor o por otros autores debe haber sido expresamente autorizado por el editor original, y debe ser citado apropiadamente al pie de la figura y en el apartado "Referencias".

Carta de lector: son textos breves en los que se pueden comentar trabajos ya publicados en la revista, proporcionar datos clínicos novedosos pero anecdóticos, o en los que se pueden compartir reflexiones acerca de aspectos teóricos o prácticos de la disciplina. Su longitud no debe exceder las 500 palabras. Los comentarios acerca de trabajos publicados en *Vertex* deben citar en forma completa el trabajo al que se refieren. Pueden o no incluir una breve bibliografía.

Artículo de controversia o de opinión: son trabajos en los que se presentan o discuten temas particularmente polémicos. Pueden publicarse dos o más de estos artículos, sobre un mismo tema en el mismo número o en números sucesivos de la revista. Su longitud no debe exceder los 8000 caracteres incluyendo las referencias bibliográficas.

Organización interna de cada tipo de manuscrito

Instrucciones generales: Todos los materiales enviados a *Vertex* para su publicación serán impresos en papel tamaño A4 (21 cm x 29,7 cm), escritos a doble espacio, en letra de cuerpo de 12 puntos.

Primera página (común a todos los tipos de trabajos, salvo Cartas de lectores).

El texto del trabajo será precedido por una página (página de título) con los siguientes datos: título, nombre y apellido de todos, los autores, títulos profesionales y lugar de trabajo, dirección profesional y de correo electrónico del autor principal, y lugar en el que el trabajo fue realizado.

El título debe ser informativo y lo más breve posible (ver más abajo las restricciones al uso de abreviaturas).

Segunda página (sólo para Investigaciones originales, revisiones y artículos de opinión).

La segunda página contendrá los resúmenes en español y en inglés y bajo el subtítulo "Palabras clave" y "Keywords" se especificarán 5 palabras o frases cortas en español e inglés respectivamente. Se proporcionará un título en inglés.

El resumen de 200 palabras deberá proporcionar los antecedentes del trabajo, los propósitos del mismo, los medios de que se valió para lograrlo, los resultados obtenidos y las conclusiones que de los mismos se desprenden. Cuando se trate de revisiones debe aclararse cuáles son los puntos esenciales que se exploraron y la conclusión principal a la que se llegó.

El resumen es la única parte del trabajo que resulta visible para la totalidad de los lectores, ya que está indexada sobre bases de datos internacionales. Por lo tanto, se recomienda especialmente a los autores que cuiden su redacción, haciéndola lo más informativa y completa posible. Debe también cuidarse que su contenido refleje con precisión el del artículo.

Texto

La organización del texto es distinta según el tipo de trabajo de que se trate.

Investigaciones originales: Las secciones que debe incluir son: Introducción, Métodos, Resultados, Discusión, Referencias bibliográficas. En el caso de artículos de disciplinas vinculadas al campo de la

Salud Mental, que aborden sus investigaciones con métodos diferentes a los de las ciencias medicas, los trabajos se presentarán divididos en Secciones adaptadas a los temas que se traten.

Revisiones, cartas de lectores y artículos de opinión: El formato interno de estos tipos de artículos es más libre. Sin embargo no debe omitirse la mención de los objetivos de la revisión, medio del que se valieron los autores para revisar la bibliografía disponible.

Cartas de lector: Estos dos tipos de artículos tienen una estructura libre. No debe omitir la bibliografía que se discute o que fundamenta la controversia o la comunicación al director (según sea el caso).

Agradecimientos

En un texto breve los autores podrán agradecer a quienes hayan contribuido a la realización del trabajo (por ejemplo colaboradores técnicos). Las fuentes de financiación deberán ser explícitamente mencionadas.

Referencias bibliográficas

Las referencias bibliográficas se incluirán en una página aparte de la del texto.

Las citas bibliográficas deberán ser ordenadas alfabéticamente, numeradas correlativamente, y citadas por su número correspondiente en el texto.

La forma de cita se ajusta a las normas del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas y pueden ser consultados en <http://www.hospitalarias.org/publiynoti/libros/art%3C%ADculos/163/art1.htm>

Se ilustran a continuación los principales casos.

Artículos de revistas

1. Artículo estándar

Incluir los seis primeros autores y a continuación escribir et al.

Molto J, Inchauspe JA. Libertad de prescripción en España. *Ver - tex*, *Rev Arg Psiquiatría* 2005; XVI (59): 130-132.

2. Autor corporativo

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164:282-4.

3. Suplemento de un volumen

Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. *Environ Health Perspect* 1994; 102 Supl 1:275-82.

Libros y otras fuentes de información impresa

4. Autores individuales

Bagnati P, Allegri RF, Kremer J, Taragano FE. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Manual para los familiares y el equipo de salud. Buenos Aires, Editorial Polemos, 2003.

5. Editor(es) como autores

Norman IJ, Redfern SJ, editores. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

6. Capítulo de libro

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. En: Laragh JH, Brenner BM, editores. Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. 2.ª ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

7. Actas de conferencias

Kimura J, Shibasaki H, editores. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

8. Ponencia presentada en un Congreso

Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. En: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editores. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sept 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561-5.

Material no publicado

9. En prensa

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. En prensa 1996.

Material informático

10. Artículo de revista en formato electrónico

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

Comunicación personal

Se deberá limitar al máximo este tipo de citas; se deberá contar con la autorización escrita de la fuente.

Figuras

Las figuras deberán ser en blanco y negro, lo que incluye el trazo de superficies para diferenciar distintos grupos experimentales. No se aceptan medios tonos, grises ni colores.

Las figuras serán identificadas con números arábigos, en orden correlativo según aparecen en el texto. Debe enviarse el número mínimo de figuras que facilite la comprensión de los resultados obtenidos. No se aceptarán figuras que utilicen tres dimensiones (3D), a menos que en éstas se cuantifiquen y relacionen entre sí tres parámetros distintos. En la realización de las figuras los autores deben tener en cuenta que el tamaño de las letras y de los números debe ser tal que, aún reducidos para su inclusión en la revista, éstos sean legibles.

Las figuras serán enviadas en página aparte (documento aparte en el diskette), formato Word. Se desaconseja explícitamente el uso de figuras para mostrar resultados que pueden ser fácilmente enunciados en forma de texto o tabla (por ejemplo la distribución por sexos o edades en una población, la proporción de pacientes que responden a una de tres o cuatro características en una muestra, etc.). Como se menciona más arriba, si se reproducen figuras previamente publicadas, los autores deberán contar con una autorización por escrito para su reproducción. En la leyenda correspondiente se citará la fuente original con la aclaración "Reproducido con autorización de ... (cita de la fuente original)".

Leyendas de las figuras

En página aparte, a continuación del cuerpo principal del manuscrito, deberán consignarse todos los pies de figura correctamente identificados con el número arábigo correspondiente. Las leyendas serán lo suficientemente explicativas como para que los lectores puedan comprender la figura sin recurrir al texto.

Tablas

Se presentarán en hojas aparte y deberán ser identificadas con números arábigos en orden correlativo según sean citadas en el texto. Estarán provistas de su correspondiente encabezamiento, lo suficientemente claro como para que, al igual que las figuras, puedan ser interpretadas sin volver al texto del artículo. La información contenida en las mismas no debe ser incluida en el cuerpo del trabajo.

Abreviaturas

Las únicas abreviaturas aceptadas son aquellas consagradas por el uso, como ADN (por ácido desoxirribonucleico), ATP (por adenosintrifosfato), etc. Cuando un término es excesivamente largo o es una frase de más de tres palabras (ejemplo: trastorno obsesivo compulsivo) y aparece más de seis veces en el cuerpo principal del manuscrito los autores podrán optar por abreviarlo. La abreviatura deberá ser presentada entre paréntesis a continuación de la primera

vez que se utiliza el término o frase, y a partir de ese punto podrá reemplazarlos. Ejemplo: El trastorno obsesivo compulsivo (TOC)...

No se aceptan abreviaturas en el título ni en el resumen. Deben evitarse oraciones con más de una abreviatura, ya que su lectura se hace muy difícil.

No deben utilizarse abreviaturas de frases o palabras escritas en un idioma distinto al español.

Antes de enviar el manuscrito

Antes de enviar el manuscrito controle haber cumplido con los siguientes requisitos:

Hoja de título

- Título
- Autor o autores
- Títulos
- Lugar de pertenencia
- Dirección postal
- Dirección de correo electrónico.

Resumen

- Controle que no tenga más de 200 palabras.
- No utilizar abreviaturas.

Resumen en inglés

- Título en inglés
- Controle que el número de palabras sea igual o menor a 200.
- No utilizar abreviaturas.

Cita correcta de la bibliografía

- ¿Cada una de las citas indicadas en el texto tiene su correspondiente referencia en el apartado de Bibliografía?
- ¿Las referencias están citadas de acuerdo al reglamento de publicaciones?

Figuras

- ¿Están numeradas?
- ¿Cada una está correctamente citada en el texto?
- ¿Se acompañaron los pies o leyendas indicando a qué figura corresponde cada uno?
- ¿La tipografía utilizada es legible una vez reducida la figura al tamaño de una o a lo sumo dos columnas de la revista?

Tablas

- ¿Están numeradas?

La sesión de comida, el recupero de peso y su interacción con la psicopatología de la anorexia nerviosa adolescente

Cecile Rausch Herscovici

Profesora Titular, Facultad de Psicología y Psicopedagogía, Universidad del Salvador, Buenos Aires. Co-Directora de TESIS, Centro de Terapias Sistémicas, J. Salguero 2745, Piso 1º Oficina 13 (1425) Buenos Aires
Tel: 4801-2893 - Fax: 4803-1935. E-mail: cecilerh@fibetel.com.ar

Introducción

La anorexia nerviosa (AN) es una manifestación extrema de morbilidad psiquiátrica que afecta adversamente tanto a las diversas áreas de vida del individuo como a su entorno relacional. Esta enfermedad severa es mucho más frecuente entre las adolescentes femeninas*. Comparadas con una muestra poblacional de mujeres de 14-24 años, estas pacientes tienen 12 veces

más probabilidades de morir como consecuencia de su afección. Además, para este grupo etéreo la AN duplica la mortalidad de otras enfermedades psiquiátricas (72).

* Aproximadamente uno de cada 10 pacientes afectados es varón. De aquí en más y para facilitar la lectura utilizaremos en forma indistinta el artículo vinculado al género tanto para referirnos a los pacientes como a la figura del terapeuta.

Resumen

Objetivo: Evaluar la efectividad de la sesión de comida (SC) sobre el recupero de peso. **Método:** Doce adolescentes con diagnóstico de anorexia nerviosa (AN) fueron admitidos y luego asignados al azar a dos grupos de tratamiento ambulatorio con enfoque familiar que diferían solamente en la inclusión de la SC. Fueron tratados durante 6 meses con un seguimiento a los 12 meses y evaluados en cada una de estas instancias. **Resultados:** Ambos grupos mejoraron considerablemente en cuanto a parámetros biológicos, a depresión, a síntomas psicológicos generales y a los específicos del trastorno alimentario. **Discusión:** Aunque la aplicación de la SC no tuvo un efecto significativo sobre el recupero de peso, los resultados indican que podría tener un beneficio diferencial para el paciente con restricción alimentaria severa y pertinaz y con mayor psicopatología. El hallazgo de que el aumento de peso no trajo aparejada una mejoría en el estado psicológico general de ciertos pacientes con más comorbilidad psiquiátrica parece favorecer una revisión de la práctica clínica cotidiana en el tratamiento de esta patología.

Palabras clave: Anorexia nerviosa – Adolescencia – Terapia familiar – Peso corporal – Comorbilidad

LUNCH SESSION, WEIGHT GAIN AND THEIRS INTERACTION WITH THE PSYCOPATHOLOGY OF ANOREXIA NERVOSA IN ADOLESCENTS

Summary

Objective: Evaluate the effectiveness of the family meal intervention (FMI) on weight gain. **Method:** Upon admission 12 adolescents diagnosed with anorexia nervosa were randomly assigned to two groups of outpatient family-based therapy, treated during 6 months, and followed-up at 12 months. Measures were administered at each of these instances. Groups differed only with regard to the FMI. **Results:** Both treatments produced considerable and comparable improvement in biological parameters, in depression, and in eating and general psychological symptoms. **Discussion:** Although the FMI did not appear to have a significant effect on weight gain, results suggest it might have a differential benefit for the intractable self-starving patient with greater psychopathology. The finding that weight recovery was not associated to general psychological outcome in those patients with more psychiatric co-morbidity, suggests caution when prioritizing clinical goals.

Key words: Anorexia nervosa – Adolescence – Family Therapy – Body weight – Comorbidity.

Es altamente habitual su comorbilidad con depresión, con trastornos de ansiedad, y con trastornos de personalidad(60). La evolución de la AN es poco auspiciosa; el seguimiento a –por lo menos– 4 años de presentación de la enfermedad indica que solamente un 44% se recupera totalmente; mientras que un 25% permanece seriamente afectado y un 5% muere(69). Más aún, es frecuente que la enfermedad promedie 5 años de evolución con el consiguiente retraso evolutivo(71). Su rasgo habitual de egosintonía, sumado al intenso temor a las consecuencias de la ingesta contribuye no solamente a la evitación y restricción alimentaria, sino que también hace que las pacientes sean remisas al tratamiento.

El recupero de peso suele ser el primer objetivo para el paciente desnutrido, no solamente porque evita la muerte, sino también porque contribuye a mejorar el estado de ánimo y a mitigar los pensamientos obsesivos y la distorsión de imagen corporal(35). Dado que la corta duración de la enfermedad y su presentación durante la adolescencia son factores que predicen un mejor pronóstico(54, 67), las intervenciones tempranas y potencialmente beneficiosas tales como la sesión de comida (SC) merecen ser exploradas en su potencial terapéutico.

Si bien la internación puede salvar la vida, es sabido que con frecuencia los pacientes vuelven a perder peso cuando retornan a un régimen ambulatorio(63). A pesar de estos resultados controvertidos, aún hay centros asistenciales que internan a los pacientes durante meses(70, 71). Esta opción de tratamiento resulta costosa para todos los involucrados además de poco disponible en la era de la medicina gerenciada. Los estudios de seguimiento y evolución de AN adolescente han mostrado una respuesta favorable a la terapia familiar(52,12, 63, 31, 19, 59, 18). Hay 5 estudios randomizados con muestra control publicados hasta la fecha, que evaluaron los tratamientos psicoterapéuticos para la AN adolescente; todos ellos incluyen alguna variante de terapia familiar(43, 58, 59, 18, 27). La evidencia resultante de todos ellos es que el abordaje familiar es el tratamiento más efectivo para este grupo de pacientes. El grupo pionero de este enfoque fue el de la *Philadelphia Child Guidance Clinic*(52) que posteriormente derivó en el modelo Maudsley(13) cuyo nombre surge del hospital londinense donde se continuó la consolidación de este enfoque de tratamiento y el establecimiento experimental de su eficacia(18). El modelo Maudsley(15, 47) retoma la SC, una auspiciosa intervención diseñada por Minuchin y colab. en la primera época de la terapia familiar(61, 45). No todos los centros que practican un abordaje familiar incluyen la SC y ello probablemente se deba a la intensidad emocional que conlleva y a la tendencia de los terapeutas de evitar promover cambios por medio de una crisis centrada en el control(37, 64). Al día de hoy la eficacia específica de la SC aún no ha sido establecida en un estudio experimental.

Método

El objetivo principal de este estudio piloto fue establecer la factibilidad de evaluar el impacto de la SC sobre el recupero de peso en la AN adolescente a lo largo de 6 meses de tratamiento. La predicción principal era

que aquellos pacientes tratados con la SC tendrían un recupero de peso mayor; la predicción subsidiaria era que esto se reflejaría en una mejor evolución general en los parámetros psicológicos evaluados. Se analizaron las condiciones previas y posteriores al tratamiento para evaluar si el cambio en la variable dependiente de mayor interés para este estudio (el peso corporal) se debió al efecto de la SC. Se calculó en 12 sujetos el número de participantes necesarios. Éstos eran mujeres o varones adolescentes de 12 a 20 años de edad que reunieran criterios diagnósticos para AN según el DSM IV (APA, 1994) o bien según la definición operacional de AN de *Great Ormond Street** (6), y que convivieran en su hogar con uno o ambos padres.

Procedimientos

Los pacientes fueron evaluados con una entrevista diagnóstica psicológica individual y familiar. Luego de que la evaluación pediátrica confirmara el diagnóstico de AN y la factibilidad del tratamiento ambulatorio, fueron incorporados al estudio, distribuidos al azar, y tratados durante 6 meses. El grupo experimental recibió la SC además del tratamiento familiar y el grupo control recibió solamente el tratamiento familiar, siendo la SC el único elemento diferencial en el tratamiento de ambos grupos. A fin de mantener la variable terapéutica constante, todos los casos fueron tratados por la investigadora principal (CRH), experimentada en terapia familiar y en la SC. La psicóloga asistente de investigación permaneció ciega respecto de a qué tipo de tratamiento fueron adjudicados los pacientes; realizó la evaluación psicológica de los mismos en la admisión (T1), a los 6 meses (T2), y en el seguimiento realizado a los 12 meses de iniciado el tratamiento (T3). Todos los procedimientos fueron aprobados por la Comisión de Ética de la Universidad en donde este estudio se presentó y los participantes firmaron un consentimiento escrito de su aceptación de las condiciones del mismo. Los pacientes fueron atendidos en forma gratuita y admitidos en la Universidad del Salvador o en la institución de la investigadora principal. Para aquellos casos referidos por hospital público, el monitoreo clínico y nutricional se hizo en la institución derivante. Al cabo de los 6 meses del período del estudio, en caso de necesitar continuación del tratamiento el paciente se remitía al hospital derivador. Los pacientes que consultaron por propia iniciativa, tenían la opción de continuar tratamiento en las mismas condiciones de la admisión.

Instrumentos

La evaluación de cada caso tuvo 3 aspectos: individual/biomédica (realizada por el médico); individual/psicológica; y familiar/ interaccional. Parámetros biológicos tales como peso, talla, menstruación, e ingesta fueron monitoreados por el médico a cargo

* Esta clasificación diagnóstica resulta especialmente apropiada para la edad de la población muestral, pues no requiere la presencia de amenorrea ni de un determinado porcentaje de déficit de peso. De este modo no se excluyen aquellos pacientes que tengan déficit de talla por desnutrición aún sin emaciación, ni tampoco a las pacientes pre-menárquicas.

Tabla 1
Presentación clínica y demografía de la población muestral (N=12)

Variable	M (DS)	Mínimo	Máximo	TFSC M (DS)	TF M (DS)
Edad (años)	17,49 (2,08)	14,7	20,4	17,35 (2,79)	17,63 (1,30)
Edad de comienzo (años)	15,33 (2,42)	10	19	15,16 (3,18)	15,5 (1,64)
Duración de enfermedad (meses)	20,67 (12,73)	5	40	22,33 (12,79)	19,00 (13,65)
Talla (m)	1,62 (9,68)	1,44	1,80	1,59 (8,89)	1,66 (,10)
Peso actual (kg)	43,18 (8,56)	30,50	53	41,58 (9,51)	44,77 (8,05)
Peso mínimo	41,01 (8,43)	30,50	53	40,33 (8,57)	41,68 (9,05)
IMC	16,23 (1,92)	12,22	20	16,23 (2,57)	16,22 (1,23)
% Pérdida peso	33,30 (1,61)	16,50	59,33	35,86 (14,50)	30,73 (4,65)
Amenorrea (meses)	14,30 (18,02)	2	60	22,20 (23,69)	6,40 (3,65)
			N=12	TFSC	TF
Síntomas bulímicos	>1/semana <1/semana nunca	3 (25%) 1 (8,33%) 8 (75%)	2 (33,33%) 1 (16,66%) 3 (50%)	1 (16,66%) 5 (83,33%)	
Actividad física excesiva*	6 (50%)	3 (50%)	3 (50%)		
Composición familiar	Nuclear Adoptiva Uniparental Ensamblada		7 (58,33%) 4 (33,33%) 1 (8,33%)	5 (83,33%) 1 (16,66%)	2 (33,33%) 3 (50%) 1 (16,66%)
p < 0,05					
Nota. El desvío standard está entre paréntesis después de la media; IMC = índice de masa corporal; Peso mínimo = peso más bajo alcanzado desde el comienzo de la enfermedad; Síntomas bulímicos = atracones y/o conductas de purga; * > que 4 horas semanales destinadas al control del peso; TFSC = Terapia familiar con sesión de comida; TF= Terapia Familiar.					

quien calculó el IMC (kg/m²) y el peso relativo (PR), y elaboró para cada caso un plan alimentario que permitiera un recupero de peso de aproximadamente 500gr semanales.

Evaluación psicológica individual y familiar: en la primer evaluación se utilizó el SIAB-EX (*Structured Interview for Anorexia and Bulimia Nervosa*)(22, 21), que permite establecer diagnóstico de acuerdo al DSM-IV. También fueron entrevistados con el *Morgan-Russell Assessment Schedule*(54, 53), cuyo puntaje promedio (MROS) surge de promediar 5 dimensiones (estado nutricional, función menstrual, estado mental, ajuste psicosexual, y estado psicosocial). Los pacientes también completaron cinco cuestionarios de auto-administración: el *Eating Attitude Test-26* (EAT-26)(26) y el *Eating Disorder Inventory-2* (EDI-2)(25) miden síntomas de trastorno alimentario; el *Symptom Check List* en su versión revisada (SCL-90-R)(16) evalúa nueve dimensiones de síntomas psicológicos generales; y el *Beck Depresión Inventory II* (BDI-II)(4) mide intensidad de depresión. El funcionamiento familiar fue evaluado a través del *Family Health Scale* (ESF)(40), cuya valuación se basa en la interacción fami-

liar surgida de la *Family Task Interview*(41). En este estudio, la evolución general es definida como la variación en las medidas de síntomas y actitudes propios de los trastornos alimentarios, de la psicopatología asociada, y del funcionamiento familiar. Los primeros fueron evaluados a través del EAT-26, del EDI-2, y del MROS. La psicopatología asociada se midió con el BDI-II y el SCL-90-R. El funcionamiento familiar se evaluó a partir de las variaciones de la ESF.

Tratamiento

El enfoque de terapia familiar utilizado se basó en el modelo estructural desarrollado por Minuchin y col. (1978) y que actualmente se denomina modelo Maudsley(17, 13). Los elementos salientes son: a) el terapeuta se alía a la familia enfatizando que no son culpables por la AN sino más bien víctimas de ella, y que el objetivo de la colaboración que se les propone es liberar al paciente de esta enfermedad que tanto compromete su salud y su bienestar general; b) les informa acerca de los efectos psicológicos de la restricción alimentaria así co-

Tabla 2
Cambios en medidas de evolución entre comienzo de tratamiento (T1), fin de tratamiento (T2), y seguimiento (T3)

Variable	TFSC			TF			Efecto de factor tiempo	TFSC x TF
	T1	T2	T3	T1	T2	T3		
Peso	41,58 (9,51)	45,37(1,27)	49,03 (8,9)	44,76(8,05)	50,78 (7,68)	54,63 (11,4)	< 0,001	0,385
IMC	16,23 (2,57)	17,79 (2,71)	18,99 (2,61)	16,22(1,23)	18,31(1,08)	19,59 (2,13)	< 0,001	0,746
Amenorrea	5	2	1	5	2	3		
Síntomas bulímicos	3	0	1	1	2	0		
MROS	6,02 (1,36)	8,11 (2,61)	8,94 (2,23)	6,84 (1,14)	9,15 (1,29)	9,27 (1,57)	0,0001	0,455
EAT-26	45,67 (11,18)	30,83(18,06)	29 (24,74)	15,50 (11)	6,50 (5,68)	5,5 (4,32)	0,003	0,008*
EDI-2	9,50 (2,64)	6,79 (4,78)	7,31 (5,19)	6,38 (1,72)	4,35 (2,75)	3,28 (3,42)	0,008	0,117
SCL-90 R								
(ISG)	63,16 (12,67)	45,50 (14,48)	45,50 (17,55)	53,83 (13,37)	37,83 (8,37)	38,50 (18,83)	0,0002	0,224
BDI-II	31,5 (12,21)	20,33 (19,93)	19,16 (18,48)	17,67 (7,15)	8,33 (4,76)	8,33 (4,76)	0,004	0,08*
ESF	4,72 (,91)	5,58 (,34)		4,19 (1,08)	4,96 (0,59)		0,008	0,137

Nota. El desvío standard está entre paréntesis después de la media, IMC = índice de masa corporal; MROS = *Morgan-Russell Averaged Outcome Score* donde el puntaje va de 0-12 y 12 equivale a funcionamiento normal; EAT-26 = Test de Actitudes Alimentarias-26; EDI-2 = Inventario de Desorden Alimentario-2; SCL-90R (ISG)= *Derogatis Symptom Check List 90R*, (Índice de Severidad Global); BDI-II = Inventario de Depresión de Beck II; ESF = Escala de Salud Familiar; TFSC = Terapia familiar con sesión de comida; TF = Terapia Familiar.
* Diferencia a descartar debido a que en la admisión los dos grupos de tratamiento no estaban equiparados en esta variable.

mo de su aspecto auto-perpetuante; c) los síntomas de la AN se describen como habiéndose autonomizado del control del paciente; d) la familia es encuadrada positivamente y descrita como fuente insustituible de apoyo para ayudar a la paciente a recuperar el control de su vida; e) luego de establecer una alianza terapéutica con la paciente, se promueve la constitución de un frente parental unido a los fines de controlar la conducta alimentaria de la hija, poniendo especial cuidado en evitar la crítica o la culpabilización. Una vez que la paciente acepta los lineamientos del tratamiento y ello se traduce en una estable recuperación de peso, gradualmente se le devuelve el control de la alimentación al tiempo que se favorece la normalización de su actividad. En la fase final, el foco de la psicoterapia se desplaza hacia el desarrollo de las nuevas perspectivas habilitadas por la enfermedad, con especial atención a los temas evolutivamente pertinentes, al tiempo que se pone especial cuidado en la prevención de recaídas. El modo específico en que se abordan estos temas terapéuticos está determinado por las características de cada paciente y su familia.

En la versión manualizada del modelo Maudsley (47) la SC está indicada en la segunda sesión. El objetivo de la SC es que los padres logren que la paciente coma en el consultorio y en un período de tiempo definido “un bocadito más” que lo que habitualmente le permite su enfermedad. El terapeuta monitorea la interacción entre los padres y la hija hasta que logren restablecer la capacidad de comer de la paciente. Algunas veces este intento de cambio conlleva una intensidad emocional importante. Esta crisis suele representar un punto de inflexión a partir del cual la paciente se siente aliviada de poder remontar una dificultad avasallante.

Para este estudio se aplicó una versión levemente modificada de la SC. La diferencia radicó en que previamente se trabajó el aspecto motivacional, acordando con la paciente y los padres qué es lo que iba a comer o beber en la SC y quedando la misma planteada como un desafío y obstáculo a conquistar por parte de todos los involucrados. Además, la comida era traída solamente para la paciente, y los padres eran invitados a intervenir sólo si la paciente no lograba el cometido. En suma, la modificación a la SC aquí introducida radica en enfatizar un ambiente colaborativo y sugiere transacciones que le faciliten a la paciente comer al tiempo que se preserve su capacidad de estar a cargo en la medida de lo posible. Otro elemento distinto es que en este enfoque se realizan tantas SC como lo requiere la dificultad de cada paciente. En todo lo demás, el tratamiento aquí aplicado sigue todos los lineamientos del Modelo Maudsley. Durante los primeros 3 meses de tratamiento las sesiones de terapia familiar tenían una frecuencia semanal; después se establecieron según era apropiado a cada caso.

Participantes

Hubo trece participantes que reunieron los criterios de inclusión y aceptaron las condiciones del estudio; uno de ellos desertó a las 4 semanas. La Tabla 1 muestra la información demográfica y la presentación clínica correspondiente a los 12 pacientes y sus familias que completaron el estudio. Había un solo varón; ocho casos (66%) reunieron criterio para AN de tipo restrictivo y un caso (8,33%) para AN de tipo atracón/purgativa. Todos los pacientes cumplieron con los criterios diagnósticos de Great Ormond Street. La paciente que tenía un IMC de 20, había perdido un

Tabla 3
Cambios en Mediciones desde T1-T2
para Todos los Sujetos

Variable	T1 M (DS)	T2 M (DS)	P
Peso	43,18(8,56)	48,08 (9,10)	0,002
IMC	16,23(1,92)	18,01 (1,99)	0,002
Amenorrea	10	4	
Síntomas Bulímicos	4	1	
MROS* (Promedio)	6,43 (1,27)	8,63 (2,04)	0,003
EAT-26	30,58 (18,97)	18,67(18,01)	0,01
EDI-2	7,94 (2,68)	5,57 (3,93)	0,023
SCL-90R ISG	50 (1,00)	43 (0,74)	0,084
BDI-II	24,58 (11,97)	13,75 (14,06)	0,002
ESF	4,46 (,99)	5,27 (,34)	0,008

p < 0,05

Nota. El desvío standard está entre paréntesis después de la media, IMC = índice de masa corporal; MROS * (Promedio) = Morgan Russell Averaged Outcome Score donde el puntaje va de 0-12 y 12 equivale a funcionamiento normal; EAT-26 = Test de Actitudes Alimentarias-26; EDI-2 = Inventario de Desorden Alimentario-2; SCL-90R GSI=Derogatis Symptom Check List 90R, Índice de Severidad Global; BDI-II = Inventario de Depresión de Beck II; ESF = Escala de Salud Familiar

44% de su peso corporal en los 6 meses previos y estaba severamente desnutrida.

Análisis estadístico

Los datos fueron analizados utilizando el programa STATISTICA v.5 para Windows. Se estableció un nivel alfa de 0,05 para todos los cálculos estadísticos. Cuando resultó necesario, se estimaron intervalos de confianza de 95% para las proporciones y para los promedios. Para comparar los resultados obtenidos a lo largo del tiempo con la variable principal (recupero de peso), se utilizó el "análisis multivariado de variancia (MANOVA)**(2). Cuando resultó adecuado se utilizaron los t-test, el test de Kolmogorov-Smirnov y la correlación de Spearman (rho).

Resultados

La muestra total de pacientes fue tratada en forma ambulatoria por un promedio de 16,16 sesiones (DS = 4,59, rango 10-25) con una frecuencia semanal durante los primeros 3 meses y luego quincenalmente hasta completar los 6 meses de tratamiento; no hubo diferencia significativa en el número de sesiones entre ambos grupos de tratamiento. El número promedio de sesiones de comida fue de 2,5 (DS =5,2, rango 1-8). La evolución clínica hizo que un paciente de cada grupo continuara tratamiento hasta el T3. Aquí se presentan los datos de los 12 pacientes que completaron el estudio y que fueron evaluados en el seguimiento a los 12 meses (T3).

A pesar de estar randomizados los 2 grupos de tratamiento no resultaron totalmente parejos. En la Tabla 1 podemos ver que si bien al ingreso ambos grupos pre-

sentaron una pérdida de peso importante, el grupo experimental (TFSC) tenía menor peso y un mayor porcentaje de pérdida de peso, probablemente debido al descenso de peso de una paciente inicialmente obesa sumado a una media de talla significativamente menor en ese grupo. Dado que al ingreso ambos grupos estaban equiparados en el IMC, ésta fue la medida utilizada como indicador de respuesta al tratamiento. La Tabla 2 muestra que en T1 el TFSC estaba significativamente más deprimido según medición de BDI-II y tenía significativamente más síntomas de trastorno alimentario según medición del EAT-26. Por este motivo los efectos de ambas modalidades de tratamiento en lo que hace al escore de estos dos instrumentos deben ser considerados con cautela. En todos los otros aspectos, ambos grupos eran comparables.

Respuesta general al tratamiento evaluada a las 24 semanas (T2)

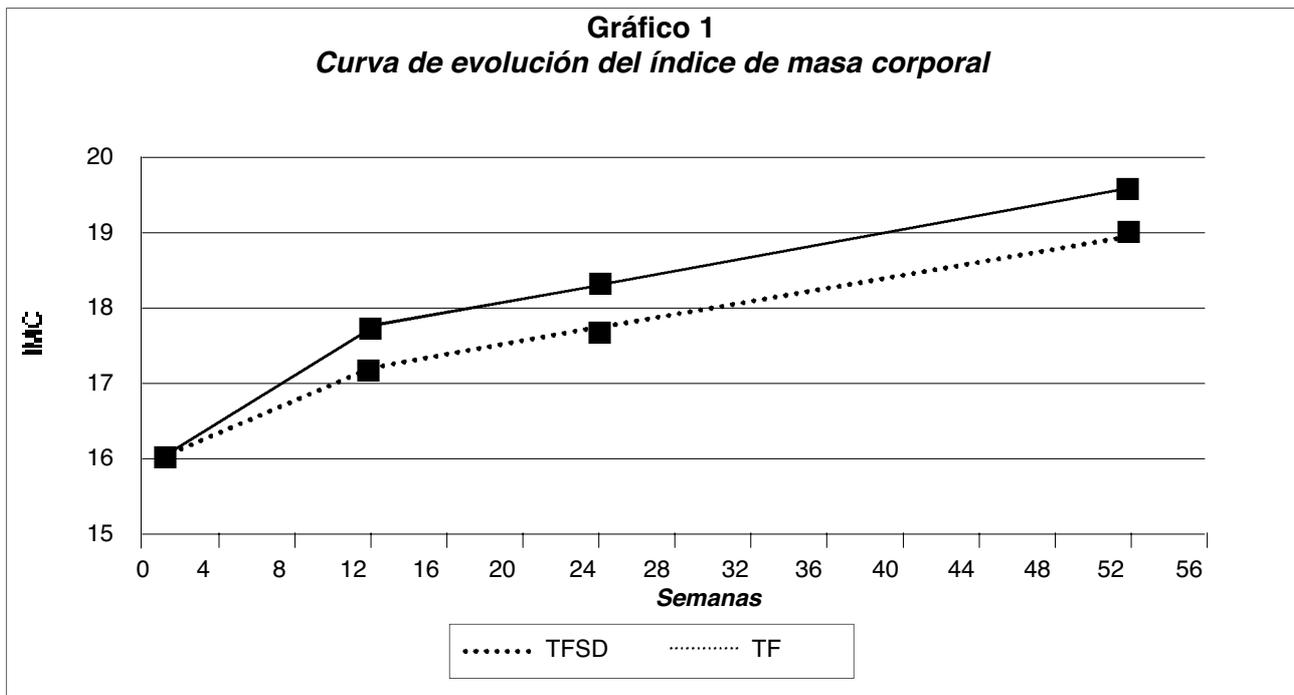
La Tabla 3 muestra cómo variaron las mediciones entre la primer evaluación (T1) y la terminación del tratamiento a las 24 semanas (T2). Tanto el peso como el IMC mejoraron significativamente. El IMC esperado estaba entre el percentil 10 y 25 para la edad. Un 60% (N=8) de los pacientes habían alcanzado un peso normal y 7/11 de las mujeres recuperaron la menstruación. De las 4 pacientes con síntomas bulímicos, en 3 casos éstos remitieron y en uno mejoraron. Una paciente que inicialmente tenía una AN restrictiva, desarrolló atracones durante este período. Hubo mejorías estadísticamente significativas en el puntaje promedio del MROS, en los síntomas de trastorno alimentario medidos por el EAT-26 por el EDI-2, en la evaluación clínica de depresión medida por el BDI II, y en el funcionamiento familiar evaluado por el ESF.

Comparación de medidas de evolución entre ambos grupos de tratamiento

La Tabla 2 muestra la media de los puntajes y la significancia de los cambios en las medidas de evolución para cada uno de los grupos de tratamiento entre la admisión (T1), la finalización del tratamiento (T2), y el seguimiento (T3). La diferencia en la evolución entre ambas formas de tratamiento al finalizar el estudio para cada una de las variables dependientes puede observarse en las columnas p (significancia estadística) que muestran a) el efecto del factor tiempo para los dos grupos de tratamiento (intragrupos); y b) cómo se comparan los grupos de tratamiento entre sí (intergrupos).

Peso, menstruación y síntomas bulímicos: debido a que el IMC era la variable dependiente más importante de este estudio, la significancia estadística de esta diferencia fue calculada a las 12, a las 24 y a las 52 semanas. En las dos primeras mediciones el incremento del IMC mostró un efecto de factor tiempo significativo para los dos grupos de tratamiento (p=0,008) sin diferencias significativas entre ambos. Al seguimiento, el incremento del IMC también mostró un efecto de factor tiempo altamente significativo para los dos grupos de tratamiento, sin diferencias significativas entre ambos. Cinco pacientes de cada grupo (83,3%) habían alcanzado el peso propuesto. El gráfico 1 muestra la curva de evolución del IMC.

Gráfico 1
Curva de evolución del índice de masa corporal



Al seguimiento, la función menstrual se había normalizado en 5/6 casos del grupo TFSC (incluida la paciente que era pre-menárquica a la admisión) y para 2/5 mujeres del grupo control (TF). Las conductas bulímicas remitieron para 3 pacientes del grupo TFSC; otra desarrolló atracones con una frecuencia inferior a la semanal. El grupo control no presentó conductas bulímicas al seguimiento.

Síntomas alimentarios y funcionamiento psicológico general individual y familiar: tal como se aprecia en la Tabla 2, en las escalas de síntomas alimentarios hubo efectos de factor tiempo altamente significativos para los dos grupos de tratamiento. Al comparar ambos grupos esta diferencia adquirió significancia estadística sólo para el EAT-26; pero, como se ha señalado anteriormente, este resultado debe interpretarse con prudencia pues en T1 los dos grupos no eran exactamente equiparables en esta escala.

El puntaje promedio del MROS mostró un efecto de factor tiempo altamente significativo para los dos grupos de tratamiento, sin diferencias significativas entre ambos. La puntuación clínica de depresión mejoró alcanzando un efecto de factor tiempo altamente significativo para los dos grupos de tratamiento, sin diferencias significativas entre ambos. El escore del Índice Global de Severidad (IGS) del SCL90-R mejoró alcanzando un efecto de factor tiempo altamente significativo para los dos grupos de tratamiento, sin diferencias significativas entre ambos. La Escala de Salud Familiar (ESF) también mostró un efecto de factor tiempo altamente significativo para los dos grupos de tratamiento, sin diferencias significativas entre ambos.

Recupero de peso y evolución general: la correlación entre el recupero del IMC al final del tratamiento con el puntaje alcanzado en el MROS, en el BDI-II y en el IGS del SCL90-R no alcanzó significancia estadística para ninguno de los grupos de tratamiento ni para ambos grupos juntos (*Spearmann's rho*). Los resultados indican que si bien todos los pacientes recuperaron peso durante el tratamiento, al medir el IGS del SCL90-R en T1, en

T2 y en T3, para algunos pacientes éste mejoró, en tanto que para otros no fue así o aun empeoró, indicando que el recupero de peso no siempre se vio asociado a una evolución más favorable en los síntomas psicológicos. Además, el grupo TFSC mostró un leve retroceso en T3 en el EDI-2. Aunque el análisis de las subescalas de los instrumentos utilizados excede el marco de este artículo, un hallazgo destacable es que al comparar la evolución al seguimiento en las subescalas del SCL90-R, la mejoría favoreció significativamente al grupo de TF tanto en la subescala de Ideación Paranoide ($p=0,015$) como en la de Ansiedad Fóbica ($p=0,038$). Los síntomas de ansiedad fóbica, medidos por este instrumento aumentaron en ambos grupos de tratamiento, pero significativamente más para el grupo TFSC. Contrariamente, los síntomas de ideación paranoide disminuyeron para ambos grupos, pero significativamente más para el grupo TF.

Discusión

Los resultados de este estudio piloto muestran que la terapia familiar es un abordaje eficaz para el tratamiento de la AN adolescente (63, 43, 58, 13, 59, 18), independientemente de la inclusión de la SC. A los 6 meses, al finalizar el período de tratamiento, dos tercios de los pacientes habían alcanzado un peso normal y superado sus síntomas bulímicos e igual proporción de las mujeres habían normalizado la menstruación. Además, hubo una mejoría significativa en el MROS, en síntomas claves de la AN medidos por el EAT-26 y EDI-2 y en la escala de depresión. El puntaje de la ESF también mejoró significativamente, poniendo de manifiesto que el beneficio de la terapia familiar abarca la calidad del funcionamiento familiar en general, tal como muestran estudios previos (18,77). Steinhäuser (68), a partir de 31 estudios de evolución de AN de comienzo adolescente y pre-adolescente encontró que el 52% se había recuperado en forma total, el 29% había mejorado y el 19% permanecía crónico. Halló que vomitar, tener atracones, y

el abuso de laxantes estaban asociados a un pronóstico desfavorable. En el presente estudio, no hubo abuso de laxantes y sólo un tercio de los pacientes presentaba vómitos al ser admitidos. Es posible que estos aspectos, sumados a la corta edad de los pacientes, estuvieran asociados a la buena evolución de la muestra.

La predicción de que la SC facilitaría el recupero de peso quedó refutada por estos resultados pues no hubo diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos en ninguna de las instancias en que se compararon (12, 24 y 53 semanas). Sin embargo, debe tenerse en cuenta que los grupos de tratamiento estaban emparejados sólo parcialmente al inicio, ya que el grupo TFSC presentaba menos peso y mayor porcentaje de pérdida de peso (aunque no estadísticamente significativos). Además, este grupo tenía con significancia estadística más síntomas de AN medidos por EAT-26 así como mayor depresión según BDI-II. Es sabido que la psicopatología general está directamente asociada a la evolución del trastorno alimentario (30). Además, el ritmo levemente menor de recupero de peso del grupo TFSC probablemente pueda adscribirse al desempeño de dos pacientes quienes previamente a la admisión tenían una severa y prolongada negativa a comer y presentaban gran malestar psicológico. Para ellas, el incremento de peso fue lento y la SC significó el comienzo de la re-alimentación después de un largo período de inanición. Estas contingencias, si bien carecen de fuerza estadística, parecen indicar que la SC puede tener un beneficio adicional para el paciente con restricción alimentaria severa y refractaria y con mayor psicopatología.

El seguimiento realizado al año indica que las mejoras alcanzadas durante el tratamiento se mantuvieron en los dos grupos de tratamiento sin diferencias significativas entre ambos, tanto para las medidas de peso como para casi todas las medidas psicológicas individuales. El hallazgo de una diferencia a favor del grupo de TF tanto en el puntaje del EAT-26 como del BDI-II probablemente se deba a la diferencia que tenían a la admisión. Cabría especular que la mejoría menos manifiesta en los rasgos característicos de la ideación paranoide (p.ej, hostilidad, desconfianza, temor a la pérdida de autonomía, interpretaciones delirantes) en el grupo TFSC, fue consistente con un mayor incremento en los síntomas fóbicos de ese grupo. Si esto fuera así, sería conveniente establecer si la presumible presencia de dos rasgos centrales de la AN como son el exagerado temor tanto a engordar como a la pérdida de control, están asociados a la SC. Solamente investigaciones futuras con muestras de mayor tamaño podrán aclarar estas preguntas.

El hallazgo de que no hubo correlación entre el recupero de peso y la evolución psicológica general medida por el SCL90-R para el grupo TF y para el TFSC, así como entre ambos grupos a pesar de que la mejoría psicológica fue significativa para los dos grupos de tratamiento, puede estar relacionado con el tamaño de la muestra y del desvío standard. Sin embargo, estos resultados apuntan a un aspecto clínico relevante. En la actualidad, el restablecimiento del peso corporal es el primer objetivo en el tratamiento de la AN porque mitiga el riesgo de muerte y además se supone

que facilitará la evolución general. En este estudio, aunque todos los pacientes recuperaron peso, en ambos grupos de tratamiento hubo pacientes para quienes el malestar psicológico tuvo una evolución irregular según la medición del SCL90-R. Es sabido que los pacientes con AN suelen tener más antecedentes de trastornos de personalidad, afectivos, de ansiedad y obsesivo-compulsivos, como así también depresión y fobias (70, 30). Los hallazgos de este estudio sugieren la presencia de subgrupos de pacientes con AN y que sus características intrínsecas debieran ser cuidadosamente identificadas y evaluadas a fin de determinar la adecuada priorización de los objetivos terapéuticos. Tal vez la comorbilidad requiera que la terapia familiar sea complementada con otro tipo de intervenciones aún por desarrollarse, mientras que otros pacientes, además, necesitan terapia individual y/o medicación psicotrópica.

Las limitaciones de este trabajo son de distinto orden. El tamaño muestral de este estudio piloto y la cantidad de comparaciones realizadas hace que los resultados sean considerados de tipo exploratorio e interpretados con prudencia. Además, aquí se incluyeron sólo pacientes ambulatorios de la ciudad de Buenos Aires. Por lo tanto los resultados no se pueden generalizar a pacientes internados, ni a aquéllos que rechacen la terapia familiar o que pertenezcan a población rural o a minorías étnicas. Teniendo en cuenta que estos pacientes fueron tratados solamente durante 6 meses y seguidos al año, los resultados reflejan solamente evolución a corto plazo. Desconocemos cómo puede haber influido en los resultados del seguimiento la performance de los dos pacientes que continuaron tratamiento hasta ese momento. Sin embargo, teniendo en cuenta que cada uno de ellos pertenecía a un grupo diferente de tratamiento y que el objetivo de este estudio fue evaluar el impacto de la SC sobre el recupero de peso inmediato, es probable que la influencia haya sido menor.

Conclusiones

Este estudio confirma que para una proporción significativa de pacientes, el tratamiento familiar de la AN adolescente puede no solamente evitar la internación, sino que también resulta un manejo eficaz de la enfermedad que conlleva el restablecimiento de la salud física y psicológica individual y una mejoría en el funcionamiento familiar. La ventaja del costo sanitario de este abordaje queda demostrada al considerar que todos los pacientes fueron tratados durante el período de tratamiento de este estudio en forma ambulatoria y con menos de 20 sesiones. La eficacia similar que demostraron los dos tratamientos familiares en el recupero de peso indica que la SC puede ser una intervención apropiada para aquellos pacientes severamente emaciados y/o quienes presentan un persistente rechazo alimentario y mayor perturbación psicológica. El hallazgo de que para algunos pacientes el restablecimiento de peso puede exacerbar ciertos síntomas psicológicos, sugiere la conveniencia de considerar la comorbilidad al ordenar los objetivos de tratamiento ■

Referencias bibliográficas

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (4th ed Rev.). Washington, DC: Author, 1994.
2. Arnau Grass J. *Diseños experimentales en psicología y educación*. [Experimental designs in psychology and education]. Mexico, Ed. Trillas; 1981.
3. Beck AT. *Depression Inventory*. Philadelphia: Center for Cognitive Therapy, 1978.
4. Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Manual for the Beck Depression Inventory*. 2nd ed. San Antonio, TX: The Psychological Corporation, 1996.
5. Bonilla J, Bernal G, Santos A, Santos D. A revised Spanish version of the Beck Depression Inventory: psychometric properties with a Puerto Rican sample of college students. *J Clin Psychol* 2004;60(1):119-30.
6. Bryant-Waugh R. Overview of the eating disorders. In: Lask B, Bryant-Waugh R, editors. *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence*. 2nd ed. East Sussex, UK, Psychology Press; 2000. p. 27-40.
7. Burns T, Crisp A. Outcome of anorexia nervosa in males. *Br J Psychiatry* 1984;145:319-25.
8. Castro J, Toro J, Salamero M, Guimera E. The Eating Attitudes Test: Validation of the Spanish version. *Psychol Assess* 1991;7(2):175-90.
9. Channon S, de Silva P, Hemsley D, Perkins R. A controlled trial of cognitive-behavioural and behavioural treatment of anorexia nervosa. *Behav Res Ther* 1989;7:529-35.
10. Cockell SJ, Geller J, Linden W. The development of a decisional balance scale for anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev* 2002;10(5):359-75.
11. Crisp AH, Norton K, Gowers S, Halek C, Bowyer C, Yeldham D, et al. A controlled study of the effect of therapies aimed at adolescent and family psychopathology in anorexia nervosa. *Br J Psychiatry* 1991;159:325-33.
12. Dare C. Family therapy for families containing an anorectic youngster. In *Understanding anorexia nervosa and bulimia*. In: *IVth Ross Conference on Medical Research*; 1983; Columbus, OH, Ross Laboratories, 1983.
13. Dare C, Eisler I. Family therapy for anorexia nervosa. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Vol. Eds.), *Handbook of Treatment for Eating Disorders*. In. 2nd ed. New York, The Guilford Press, 1997, p. 307-24.
14. Dare C, Eisler I, Russell G, Treasure J, Dodge L. Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: randomized controlled trial of outpatient treatments. *Br J Psychiatry* 2001;178:216-21.
15. Dare C, Le Grange D, Eisler I, Rutherford J. Redefining the psychosomatic family: Family process of 26 eating disorder families. *Int J Eat Disord* 1994;16:221-6.
16. Derogatis LR. *Symptom Checklist-90-R. Administration, scoring and procedures manual*. 3rd ed. Minneapolis, National Computer System, 1994.
17. Eisler I. Family models of eating disorders. In: Szmukler G, Dare C, Treasure J, editors. *Handbook of eating disorders. Theory, treatment and research*. West Sussex: John Wiley & Sons, 1995, p. 155-76.
18. Eisler I, Dare C, Hodes M, Russell G, Dodge E, Grange DL. Family therapy for adolescent anorexia nervosa: the results of a controlled comparison of two family interventions. *J Child Psychol Psychiatry* 2000;41:727-36.
19. Eisler I, Dare C, Russell G, Szmukler G, Le Grange D, Dodge E. Family and individual therapy in anorexia nervosa. A 5 year follow-up. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:1025-30.
20. Fichter M, Quadflieg N. El Inventario estructurado para expertos para síndromes de trastornos alimenticios anoréxicos y bulímicos. In: *University of Meunchen, Department of Epidemiology Research website* http://www.epi.med.uni-muenchen.de/sppdf/sp_SIAB-Ex.pdf.
21. Fichter MM, Quadflieg N. The Structured Interview for Anorexic and Bulimic Disorders for DSM-IV and ICD-10 (SIAB-EX): Reliability and Validity. *Eur Psychiatry* 2001;16:38-48.
22. Fichter M, Quadflieg N, Kaye W. Structured Inventory for anorexic and bulimic disorders with DSM IV and ICD-10. In, 1999.
23. Fisher M, Golden NH, Katzman DK, Kreipe RE, Rees J, Schebendach J, et al. Eating disorders in adolescents. A background paper. *J Adolesc Health* 1995;16:420-37.
24. Garfinkel PE, Garner DM. *Anorexia nervosa: A multidimensional perspective*. New York, Brunner/Mazel, 1982.
25. Garner D. *Eating disorders inventory 2: Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 1991.
26. Garner D, Olmstead M, Bohr Y, Garfinkel P. The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med* 1982;12:871-8.
27. Geist R, Heinmaa M, Stephens D, Davis R, Katzman DK. Comparison of family therapy and family group psychoeducation in adolescents with anorexia nervosa. *Can J Psychiatry* 2000;45(2):173-8.
28. Geller J. Estimating readiness for change in anorexia nervosa: Comparing clients, clinicians, and research assessors. *Int J Eat Disord* 2002;31:251-60.
29. Guimera E, Torrubia R. Adaptación española del "Eating Disorder Inventory" (EDI) en una muestra de pacientes anoréxicas. [Spanish adaptation of the EDI in a sample of anorectic patients]. *An Psiquiatr* 1987;3(5):185-90.
30. Herpertz-Dahlmann BM, Wewetzer C, Schultz E, Remschmidt H. Course and outcome in adolescent anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 1996;19:335-45.
31. Herscovici CR, Bay L. Favorable outcome of anorexia nervosa patients treated in Argentina with a family approach. *Eat Disord* 1996;4:59-66.
32. Herzog DB, Keller MB, Lavori PW, Ott IL. Short-term prospective study of recovery in bulimia nervosa. *Psychiatry Res* 1988;23:45-55.
33. Hoek HW, van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord* 2003;34:383-96.
34. Hollingshead AB. *Two Factor Index of Social Position*. New Haven, Connecticut, August B. Hollingshead, 1957.
35. Hsu LKG. *Eating Disorders*. New York, The Guilford Press, 1990.
36. Hsu LKG, Crisp AH, Harding B. Outcome in anorexia nervosa. *Lancet* 1979;1:61-5.
37. Jaffa T, Honig P, Farmer S, Dilley J. Family meals in the treatment of adolescent anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev* 2002;10:199-207.
38. Johnson CL, Lund BC, Yates WR. Recovery rates for anorexia nervosa [Letter to the editor]. *Am J Psychiatry* 2003, April:798.
39. Kaplan A. Psychological Treatments for Anorexia Nervosa: A Review of Published Studies and Promising New Directions. *Can J Psychiatry* 2002;47:235-42.
40. Kinston W. The Family Health Scales for global assessment of family functioning. In: Keller PA, Heyman SR, editors. *Innovations in clinical practice: A source book*. Vol. 7. Sarasota, FL, Professional Resource Exchange Inc, 1988, p. 299-330.
41. Kinston W, Loader P. The Family Task Interview: A tool for clinical research in family interaction. *J Marital Fam Ther* 1988;14:67-87.
42. Leeb B, Hahlweg K, Goldstein MJ, Feinstein E, Mueller U, Dose M, et al. Cross-national reliability, concurrent validity, and stability of a brief method for assessing expressed emotion. *Psychiatry Res* 1991;39:25-31.
43. Le Grange D, Eisler I, Dare C, Russell GFM. Evaluation of family treatments in adolescent anorexia nervosa: a pilot study. *Int J Eat Disord* 1992;12:347-57.
44. Levin PI, Hinrichs JV. *Experimental Psychology. Contemporary methods and applications*. Madison, Brown & Benchmark Pub, 1995.
45. Liebman R, Sargent J, Silver M. A family systems orientation to the treatment of anorexia nervosa. *J Am Acad Child Psychiatry* 1983;22:128-33.
46. Lock J, Le Grange D. Can family-based treatment of anorexia nervosa be manualized? *J Psychother Pract Res* 2001;10:253-61.
47. Lock J, Le Grange D, Agras WS, Dare C. Treatment Manual

- for Anorexia Nervosa: a family based approach. New York, The Guilford Press, 2000.
48. Lucas AR, Beard CM, O'Fallon WM, Kurland LT. 50-year trend in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minnesota: A population-based study. *Am J Psychiatry* 1991;148:917-22.
 49. Magaña AB. *Manual for Coding Expressed Emotion From the Five Minute Speech Sample*. Los Angeles, UCLA Family Project, 1993.
 50. Magaña AB, Goldstein MJ, Karno M, Miklowita DJ, Jenkins J, Falloon IRH. A method for assessing expressed emotion in relatives of psychiatric patients. *J Psychiatr Res* 1986;17:203-12.
 51. Miller W, Rollnick S. (Eds). *Motivational Interviewing-Preparing People to Change Addictive Behavior*. New York, Guilford Press, 1991.
 52. Minuchin S, Rosman BL, Baker L. *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1978.
 53. Morgan HG, Hayward AE. Clinical assessment of anorexia nervosa: The Morgan-Russell Assessment Schedule. *Br J Psychiatry* 1988;152:367-71.
 54. Morgan HG, Russell GFM. Value of family background and clinical features as prediction of long-term outcome in anorexia nervosa: A follow-up of 41 patients. *Psychol Med* 1975;5:355-72.
 55. North C, Gowers S, Byram V. Family functioning and life events in the outcome of adolescent anorexia nervosa. *Nord J Psychiatry* 2002;56(5):363-69.
 56. Pike KM. Long-term course of anorexia nervosa: response, relapse, remission, and recovery. *Clin Psychol Rev* 1998;18:447-75.
 57. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. *Am Psychol* 1992;47:1102-14.
 58. Robin AL, Siegel PT, Koepke T, Moye AW, Tice S. Family therapy versus individual therapy for adolescent females with anorexia nervosa. *J Dev Behav Pediatr* 1994;15:111-6.
 59. Robin A, Siegal PT, Moye AW, Gilroy M, Dennis AB, Sikand A. A controlled comparison of family versus individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:1482-9.
 60. Rosenvinge JH, Martinussen M, Ostensen E. The co-morbidity of eating disorders and personality disorders: A meta-analytic review of studies published between 1983 and 1998. *Eat Weight Disord* 2000;5(2):52-61.
 61. Rosman BL, Minuchin S, Liebman R. Family lunch session: an introduction to family therapy in anorexia nervosa. *Am J Orthopsychiatry* 1975;45:846-54.
 62. Russell GFM. Involuntary treatment in anorexia nervosa. *Psychiatr Clin North Am* 2001; 24(2):337-49.
 63. Russell GFM, Szmukler GI, Dare C, Eisler I. An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:1047-56.
 64. Scholz M, Asen E. Multiple family therapy with eating disordered adolescents: Concepts and preliminary results. *Eur Eat Disord Rev* 2001;9:33-42.
 65. Shore R, Porter J. Normative and reliability data for 11-18 year olds in the eating disorder inventory. *Int J Eat Disord* 1990;9(4):519-28.
 66. Stein DM. The prevalence of bulimia: A review of empirical research. *J Nutr Educ* 1991;23:205-13.
 67. Steinhausen HC. The course and outcome of anorexia nervosa. In: Brownell KD, Fairburn C, editors. *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook*. New York, Guilford, 1995, p. 234-7.
 68. Steinhausen HC. Outcome of anorexia nervosa in the younger patient. *J Child Psychol Psychiatry* 1997;38:271-6.
 69. Steinhausen HC. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry* 2002;159:1284-93.
 70. Steinhausen HC, Seidel R. & Metzke, CW. Evaluation of treatment and intermediate and long-term outcome in adolescent eating disorders. *Psychol Medicine*, 2000; 1089-1098.
 71. Strober M, Freeman R, Morrell W. The long term course of severe anorexia nervosa in adolescents: Survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study. *Int J Eat Disord* 1997; 22:339-60.
 72. Sullivan PF. Mortality in anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 1995;152:1073-4.
 73. Szmukler GI, Eisler I, Russell GFM, Dare C. Anorexia nervosa, parental expressed emotion' and dropping out of treatment. *Br J Psychiatry* 1985;147:265-71.
 74. Treasure JD, Todd G, Brolly M. A pilot study of a randomized trial of cognitive-behavioral analytical therapy versus educational behavioral therapy for adult anorexia nervosa. *Behav Res Ther* 1995;33:363-7.
 75. Treasure J, Ward A. A practical guide to the use of motivational interviewing in anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev* 1997; 5:102-14.
 76. Van Engeland H, Van der Ham T, Van Furth EF, Van Strien DC. The Utrecht prospective longitudinal studies on eating disorders in adolescence: course and the predictive power of personality and family variables. In: Steinhausen HC, editor. *Eating Disorders in Adolescence*. Berlin, Nueva York, de Gruyter, 1995, pág 339-359.
 77. Wallin U, Kronvall P. Anorexia nervosa in teenagers: change in family function after family therapy, at 2-year follow-up. *Br J Psychiatry* 2002;171:545-9.
 78. Whitaker AH. An epidemiological study of anorectic and bulimic symptoms in adolescent girls: Implications of pediatricians. *Pediatr Ann* 1992;21:752-9.

Agradecimiento: La autora agradece profundamente al Profesor Gerald F. M. Russell, M.D. F.R.C.Psych. por sus valiosos comentarios en la preparación temprana de este manuscrito.

Trastornos cognitivo conductuales debidos a la intoxicación crónica con sustancias neurotóxicas laborales y ambientales

Carlos A. Mangone

Prof Adj. de Neurología, Universidad de Buenos Aires. Coordinador de Clínica de Memoria, Servicio de Neurología, Htal. "Santojanni", GCBA.
E-mail: camangone@fibertel.com.ar

Oswaldo Genovese - Carlos G. Abel

Médicos Neurólogos, Sector Actividad Cerebral Superior, División Neurología, Htal. "J. M. Ramos Mejía", GCBA.
E-mail: ogenovese@fibertel.com.ar - -mail: dakar58@amet.com.ar

Introducción

Dada la escasa tendencia a indagar con respecto a la exposición crónica a neurotóxicos ambientales y laborales (metales, plaguicidas, solventes y gases) en la anamnesis de un trastorno cognitivo-conductual observada, se propuso realizar una revisión sistematizada del tema, considerando que su diagnóstico a tiempo y su tratamiento específico pueden revertir el proceso.

Las manifestaciones agudas producidas por los agentes neurotóxicos generan un disturbio clínico multisistémico (cardiovascular, gastrointestinal, hepático, hematológico, del medio interno) asociado con una encefalopatía aguda.

Es fácil diagnosticar este cuadro cuando se cuenta con el antecedente de la exposición reciente.

Cuando en la consulta médica existe signo-sintomatología de la esfera cognitivo-conductual, no se considera habitualmente a la exposición crónica a tóxicos como un diagnóstico diferencial(11). La única excepción

la constituye la intoxicación gaseosa aguda por CO (monóxido de carbono), con consecuencias neuropsiquiátricas subagudas sobre las que hará énfasis esta revisión, dada la importancia de conocer el algoritmo mínimo para su tratamiento, el que evitaría las secuelas posteriores (ver Cuadro 1).

Mecanismo básico de la neurotoxicidad(11)

El sistema nervioso central (SNC) es altamente rico en lípidos, confiriéndole este hecho una mayor vulnerabilidad a los tóxicos. Las alteraciones cognitivo-conductuales ocasionadas más habitualmente por neurotóxicos son las siguientes:

1. *Síntomas por trastornos del humor y de la personalidad:*

Trastornos del sueño, excitabilidad, inquietud, depresión, desasosiego, delirios y alucinaciones.

2. *Alteraciones cognitivas:*

Resumen

Dada la escasa predisposición a indagar respecto a la exposición crónica a neurotóxicos ambientales y laborales (metales, plaguicidas, solventes y gases) en la anamnesis de un trastorno cognitivo-conductual, se propuso realizar una revisión del tema, considerando que su diagnóstico precoz tiene un tratamiento específico que puede revertir el proceso. Objetivos: determinar el patrón cognitivo-conductual de presentación, el diagnóstico y tratamiento específico de la toxicidad crónica por neurotóxicos (NT). Metodología: revisión sistematizada en Cochrane y Medline Reviews, Embase y Lilacs. Resultados: los mismos pueden ocasionar: Trastornos del humor y de la personalidad (Trastornos del sueño, excitabilidad, inquietud, depresión, desasosiego, delirios y alucinaciones) y alteraciones cognitivas (trastornos de la memoria, del aprendizaje, del lenguaje, de velocidad de reacción cognitiva y fatiga mental). Los neurotóxicos generan cambios en la morfología de la neurona y de las estructuras subcelulares, afectando tanto la fisiología como la bioquímica (síntesis de proteínas y neurotransmisores) de las mismas. Se discuten la anamnesis, el diagnóstico y el tratamiento específico para cada tóxico. Conclusión: ante un paciente con un cuadro cognitivo conductual bizarro se debe considerar una posible etiopatogenia tóxica.

Palabras clave: Síndrome neuropsiquiátrico tóxico – Exposición crónica – Tóxicos ambientales – Tóxicos laborales

BEHAVIORAL-COGNITIVE DISORDERS DUE TO CHRONIC EXPOSURE TO INDUSTRIAL AND ANVIROMENTAL TOXIC SUBSTANCES

Summary

A review of neurotoxics is made, given the low tendency to investigate for chronic exposure to environmental and industrial potential central nervous system toxic substances (heavy metals, insecticides, organic solvents and carbon monoxide) in the history of a patient consulting for behavioral-cognitive complains, and considering the potential overturn of the disease if a correct diagnosis and early treatment is made. Objective: to determine the onset of the cognitive-behavioral features, presentation pattern, diagnosis and treatment of such neurotoxics (NT). Methodology: systematized search in Cochrane & Medline reviews, Embase and Lilacs. Results: chronic exposure to neurotoxics can produce personality changes (sleeping problems, excitation, depression, delusions and hallucinations) as well as cognitive problems (memory, learning, language and cognitive reaction problems). NT may cause changes in the neuron morphology and its sub cellular structures, affecting its normal biochemistry and physiology (proteins and neurotransmitters synthesis). The clinical history, diagnosis and treatment of each neurotoxic are discussed. Conclusion: The NT must be taken in consideration among the possible different etiologies when a patient with a bizarre behavioral cognitive syndrome is examined.

Key words: Toxicos neuropsychiatric syndromes – Chronic exposure – Environmental toxics – Industrial toxics.

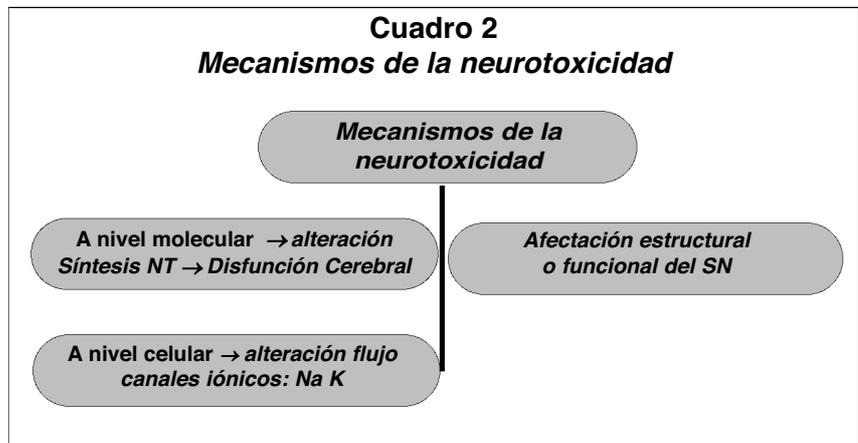
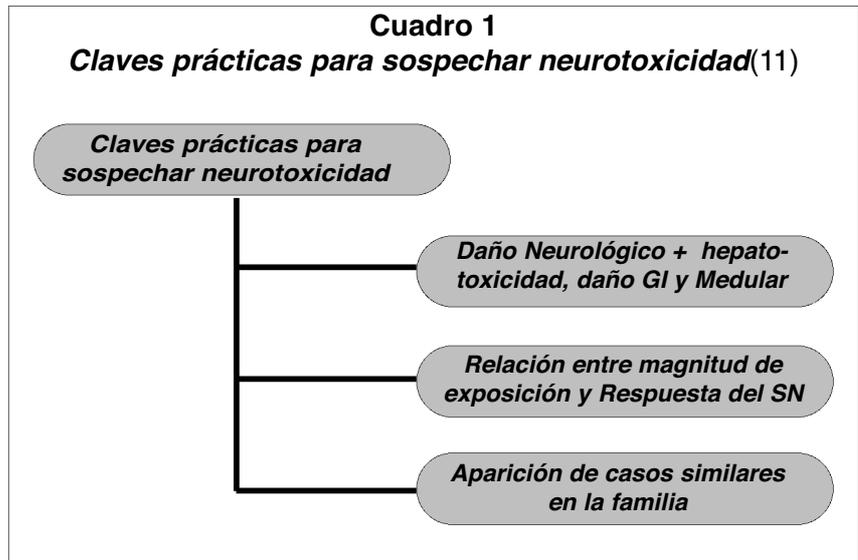
Disfunción de la memoria, el aprendizaje y el lenguaje; disminución de la reacción cognitiva y fatiga mental.

En el SNC los tóxicos generan cambios estructurales y funcionales (ver Cuadro 2); éstos incluyen cambios en la morfología de la célula y de las estructuras subcelulares, afectando tanto la fisiología como la bioquímica (síntesis de proteínas y neurotransmisores) de las neuronas y la glía: a) a nivel celular generan alteraciones en el flujo de los canales iónicos de sodio (Na⁺) y potasio (K⁺), afectando todas las funciones que de ello dependen; b) a nivel molecular alteran la síntesis de neurotransmisores, dando por resultado, invariablemente, una disfunción cerebral de las funciones cognitivo-conductuales, motoras y sensitivas reguladas por esos neurotransmisores. Las áreas cerebrales más susceptibles al daño son las estructuras neocorticales y septohipocámpicas (ver Figura 1).

Susceptibilidad crónica a los neurotóxicos

La susceptibilidad a los neurotóxicos depende de:

1. La toxicidad del agente, el tiempo de exposición y su mecanismo de acción;
2. La edad, comorbilidades, estado nutricional y tipo de trabajo del individuo. Los trabajadores que están más expuestos son los que desarrollan sus tareas en la industria y la agricultura, situación favorecida en muchos casos por la falta de medidas de protección, las que se deben adaptar a cada tóxico según su puerta de entrada (respiratoria o cutánea).



3. Los fetos y niños, al tener un menor desarrollo de la barrera hematoencefálica, son más vulnerables, ya que el aumento de la permeabilidad de dicha barrera favorece el ingreso de las sustancias tóxicas al sistema nervioso central (SNC).
4. Los adultos mayores, que poseen menor capacidad de compensación, presentan mayor susceptibilidad a la afectación por neurotóxicos (3, 11).

Siguiendo los lineamientos iniciales, se abordarán las siguientes sustancias tóxicas que, en forma crónica, generan manifestaciones cognitivo-conductuales:

1. **Metales Pesados:** plomo, mercurio, arsénico, aluminio, manganeso.
2. **Insecticidas** órgano-fosforados y carbamatos.
3. **Solventes:** tolueno, cloruro de metilo, tetracloruro de carbono.
4. **Gases:** monóxido de carbono.

En el Cuadro 3 se señala la sintomatología general que estos tóxicos producen. Como puede observarse, existe entre ellos mucha superposición de la sintomatología, motivo por el cual es fundamental la anamnesis en lo referente a la exposición. En las Tablas 1 a 4 se profundizan, en cada una, su anamnesis, diagnóstico y terapéutica.

Figura 1
Áreas del cerebro más susceptibles a los neurotóxicos(11).

A: El cadmio causa una destrucción total del neocortical (en la foto, cerebro de rata).

B: El trymethyltin provoca pérdida neuronal en el hipocampo, generando dificultades en la memoria y el aprendizaje.

Cuadro 3
Complicaciones cognitivo-conductuales producidas por neurotóxicos

TRASTORNOS CONDUCTUALES	
<p align="center">SIGNO-SINTOMATOLOGÍA</p> <p>Conducta repetitiva, estereotipada, obsesivo-compulsiva, irritabilidad</p> <p>Depresión y humor plano</p> <p>Dificultad en el reconocimiento facial</p> <p>Alucinaciones. Hábito delirante</p> <p>Conducta suicida</p> <p>Trastornos del sueño</p> <p>Problemas de atención y fijación ocular</p>	<p align="center">INTOXICACIÓN</p> <p>Mercurio, plomo, solventes, tolueno y otros.</p> <p>Arsénico, cobre, plomo y mercurio.</p> <p>Mercurio, Manganeseo</p> <p>Cobre, mercurio , órgano fosforados</p> <p>Plomo, mercurio, talio</p> <p>Plomo, mercurio, órgano fosforados</p>
TRASTORNOS DEL LENGUAJE	
<p align="center">SIGNO-SINTOMATOLOGÍA</p> <p>Disfasia de comprensión, de expresión o disartria</p>	<p align="center">INTOXICACIÓN</p> <p>Aluminio, mercurio, órgano fosforados. El TOLUENO, no lo produce (como diagnóstico diferencial)</p>
TRASTORNOS COGNITIVOS	
<p align="center">SIGNO-SINTOMATOLOGÍA</p> <p>Retardo Mental, Bajo IQ.</p> <p>Trastornos en las funciones ejecutivas</p> <p>Déficit en la memoria verbal reciente</p> <p>Síndrome demencial</p> <p>Enlentecimiento de los tiempos de reacción cognitivos</p>	<p align="center">INTOXICACIÓN</p> <p>Arsénico, plomo, mercurio.</p> <p>Aluminio, plomo, tolueno y otros solventes, CO.</p> <p>Aluminio, plomo, manganeso, CO.</p> <p>Aluminio, manganeso, tolueno y otros solventes.</p> <p>Plomo, tolueno y otros solventes, CO.</p>

Tratamiento antidótico general de las manifestaciones generales y cognitivo-conductuales de presentación crónica

a. Neurotóxicos metálicos (Tabla 1)

Son pasibles de un tratamiento específico basado en su reactividad química, lo que permite la formación de complejos con diversas sustancias, denominadas agentes quelantes(3). Se forman compuestos coordinados atóxicos e hidrosolubles que se eliminan por la orina. La teoría de quelación de los metales señala que los cationes de metales blandos, como el Hg²⁺, forman complejos estables con moléculas donantes de sulfuros (BAL-*British Anti-Lewisite*), mientras que los cationes de metales duros, alcalinos y alcalinotérreos tienen más afinidad por los grupos COO⁻ (EDTA) y los intermedios como el Pb²⁺ o el As³⁺ se unen con ambos tipos de ligandos y con los donantes de nitrógeno(5).

El BAL (*British Anti-Lewisite, dimercaprol*) se ha utilizado en las intoxicaciones por arsénico, mercurio y plomo(5).

El DMPS (ácido 2,3-dimercapto-1-propanosulfónico) y el DMSA (ácido meso-2,3-dimercatosuccínico o Succimer) son derivados hidrosolubles del BAL y se emplean en la intoxicación crónica por los mismos agentes(6).

El DMSA(10) es un quelante de administración oral, soluble en agua, no tóxico, que contiene sulfhidrilos.

Recientes investigaciones clínicas avalan la eficacia y la seguridad de este compuesto y lo establecen como el compuesto quelante de primera elección.

Los derivados del ácido etilendiaminotetracético (EDTA), constituyen una sal cálcico disódica que es capaz de quelar diversos metales pesados, pero se la ha empleado con mayor frecuencia en la intoxicación por plomo(7).

La penicilamina (β,β-dimetilcisteína) se utiliza para las intoxicaciones por plomo, arsénico y mercurio, por vía oral(1, 12).

La desferoxamina se indica en las intoxicaciones con hierro y con aluminio, ya que forma complejos con dichos metales(12).

b. Intoxicaciones por órgano fosforados(15) (Tabla 2).

El término COPIND(15) (*chronic organophosphates-induced neuropsychiatric disorder*) designa la presencia de manifestaciones neuropsiquiátricas debidas al contacto crónico con sustancias órgano fosforadas.

Son criterios diagnósticos para esta intoxicación:

1. Exposición reiterada al compuesto órgano fosfórico.
2. Al menos cuatro de las siguientes características:
 - a. cambios en la personalidad y desestabilización de su humor;
 - b. afeción en la concentración y la memoria;

Tabla 1
Anamnesis, diagnóstico y tratamiento de la intoxicación por metales en fase de toxicidad crónica

TÓXICO	PREGUNTA <i>¿Trabajaba o estuvo usted mucho tiempo en contacto con....?</i>	DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO
Plomo (3-5,6,7)	Gasolina, fundiciones Empleo con pinturas (uso de plomo en pinturas domesticas, pica*), baterías, tuberías, plaguicidas. * Pica: niños que muerden y mascan pinturas de los muebles.	1. Determinación directa de plomo en sangre y orina o tras provocación por quelación con EDTA. 2. biomarcadores de efecto, entre los que se cuentan la determinación de porfirinas, la hemoglobina y hematocrito y el punteado basófilo de los hematíes. 3. Plombemia > 20-25 ug/ml tóxico	Los quelantes indicados en la intoxicación por plomo son el BAL(5), empleado en dosis de 3 mg/kg. por vía intramuscular, seguido por la pauta de administración de EDTA cálcico disódico(7) iniciada 4 horas después, a dosis de 935 mg en 500 ml de suero fisiológico, a pasar en 6 horas, repetido cada 12 horas durante 5 días. El BAL atraviesa la barrera hematoencefálica (BHE) y actúa en los espacios intra y extracelular. En las intoxicaciones crónicas se emplea la misma pauta o bien la d-penicilamina*(12) por vía oral, comenzando con dosis de 10 g/kg/día en 4 tomas hasta alcanzar 40 mg/kg/día, durante 2 semanas. Es preciso evaluar la eficacia del tratamiento mediante la verificación de la eliminación urinaria. * DSMA (6,10) oral 10 mg/kg cada 8 hs durante 5 días, seguido de la misma dosis cada 12 hs durante 14 días. Asociado con vitamina C aumenta la excreción urinaria de plomo.
Mercurio (1)	Actividad minera, fabricación de vinilo y fungicidas, pinturas antifúngicas, fotografía, pirotecnia, baterías secas y pilas, industrias papeleras y laboratorios médico-veterinarios y dentales.	1. Hg en sangre no > 10 ug/l. 2. Hg en orina no > 20 ug/l 3. Dosaje de Hg en pelo.	– BAL, vía IM: 3mg/kg cada 4 hs durante 48 hs, seguido con igual esquema cada 6 hs durante 48 hs y terminando con igual esquema posológico cada 12 hs durante 6 días. – DSMA: 250-500 mg por vía oral en ayunas, días alternos durante 5 semanas.
Aluminio	Trabajadores expuestos a polvo de aluminio u oxido de aluminio.	1. Aumento del aluminio urinario. 2. Presencia de aluminio en uñas y pelos.	– Deferroxamina, vía IV, 20-40 mg/kg, 2 veces por semana durante 3 a 6 meses (12).
Manganeso	Sobre-exposición ocupacional (p.ej. soldador), trabajo con piedra de rodocrosita.		1. EDTA (ácido etilendiaminotetraacético) 2. suplementar con: a) levodopa o tizanidina para el cuadro rigido-distónico y b) olanzapina o quetiapina para los trastornos psiquiátricos ("locura mangánica").

- c. tolerancia disminuida al ejercicio;
- d. tolerancia disminuida al alcohol;
- e. hipersensibilidad a los órganos fosfóricos;

3. Al menos tres de los siguientes:

- a. pensamiento suicida impulsivo;
- b. trastornos del lenguaje;
- c. deterioro en la escritura;
- d. sentido del olfato hipersensible.

En esta fase crónica no es relevante el uso de pralidoxina (como reactivador de colinesterasa) ni de la atropina. En cambio, sí es muy importante el uso de estabili-

zadores del humor, como el divalproato de sodio, comenzando con dosis muy bajas por la hipersensibilidad a estos compuestos que presentan los pacientes: 125 mg/día durante quince días, aumentando posteriormente a 250 mg/día, con observación de la evolución.

También se utilizan antidepresivos del grupo de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) en dosis muy bajas, las que se aumentan gradualmente hasta llegar a la mayor dosis tolerada. Por ejemplo, con fluoxetina o con paroxetina se comienza con 2 mg/día durante tres días, luego se aumenta a 5 mg/día

Tabla 2
Anamnesis, diagnóstico y tratamiento de la intoxicación por órgano fosforados, en su fase de toxicidad crónica

TÓXICO	PREGUNTA <i>¿Trabajaba o estuvo usted mucho tiempo en contacto con....?</i>	DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO
Órgano fosforados, parathion, malathion, carbamatos (15).	Trabajos de fumigación en el campo. Intento suicida.	1. Criterios Clínicos COPIND* 2. Colinesterasa sérica (de poco valor en las intoxicaciones crónicas).	1. Pralidoxina (para episodios agudos, 1 gr/EV continuo en UTI) 2. Atropina 3. ISRS (fluoxetina o paroxetina, en dosis bajas).

* chronic organophosphates-induced neuropsychiatric disorder (ver texto); UTI: Unidad de Terapia Intensiva; EV: endovenoso.

Tabla 3
Anamnesis, diagnóstico y tratamiento de la intoxicación por solventes orgánicos en su fase de toxicidad crónica

TÓXICO	PREGUNTA <i>¿Trabajaba o estuvo usted mucho tiempo en contacto con....?</i>	DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO
Solventes orgánicos, tolueno, benceno, tricloroetileno (T-CE)(4,8,9).	Trabajos con gasolina, pegamentos, barnices, removedores de pinturas, manicuras que trabajan con esmalte de uñas.	1. Dosaje de fenol urinario para bencenos. 2. Dosaje urinario de ácido hipúrico para tolueno (> 2,5 gr %). 3. Dosaje plasmático de benceno y tolueno.	1. Remoción de la fuente tóxica, cambios de trabajo. 2. Uso de ISRS o antidepresivos tricíclicos a dosis habituales (4,8,9).

durante otros tres días, y así sucesivamente hasta alcanzar los diez mg/día, probando tolerancia y aparición de efectos colaterales. Esas dosis muestran, en la gran mayoría de los pacientes, eficacia y tolerabilidad.

c. *Intoxicación por solventes orgánicos*(4, 8, 9) (Tabla 3).

La conducta terapéutica incluye la remoción del paciente de la fuente tóxica y la utilización de antidepresivos: ISRS o antidepresivos tricíclicos, a dosis habituales.

Tabla 4
Anamnesis, diagnóstico y tratamiento de la intoxicación con orgánicos en su fase de toxicidad subaguda

TÓXICO	PREGUNTA <i>¿Trabajaba o estuvo usted mucho tiempo en contacto con....?</i>	DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO
Intoxicación gaseosa (CO) (2, 13,14).	Exposición a combustiones en espacios cerrados sin ventilación, hornos de gas, chimeneas, calentadores con madera.	Nivel plasmático de la COhg.	1. COhg < 25: oxigenoterapia al 100%. 2. COhg > 25: sesiones de cámara hiperbárica (ver cuadro 4).

COhg: (la COhg es un derivado tóxico de la Hg con el CO (ver texto) y su dosaje es en mg%- valor de corte 15 mgr %)

d. Intoxicación con CO(2, 14, 15) (Tabla 4).

En el momento agudo, lo que domina el cuadro es el compromiso neumonológico y cardiológico por la formación de carboxihemoglobina (COHb). Ésta se forma al desplazar un átomo de hierro, estableciendo una fuerte unión con la hemoglobina e impidiendo su remoción de la sangre; si esto no es prontamente resuelto el paciente ingresa en el período subagudo, en el cual la liberación de NO (óxido nítrico) afecta al SNC, generando deterioro neurocognitivo y disfunción extrapiramidal(14).

Los síntomas de deterioro neurocognitivo retardado luego de una exposición tóxica al CO incluyen: indiferencia-apatía, apraxia, déficits de memoria, retardo psicomotor, enlentecimiento en la reacción cognitiva, retardo en los procesos de atención sostenida, parkinsonismo.

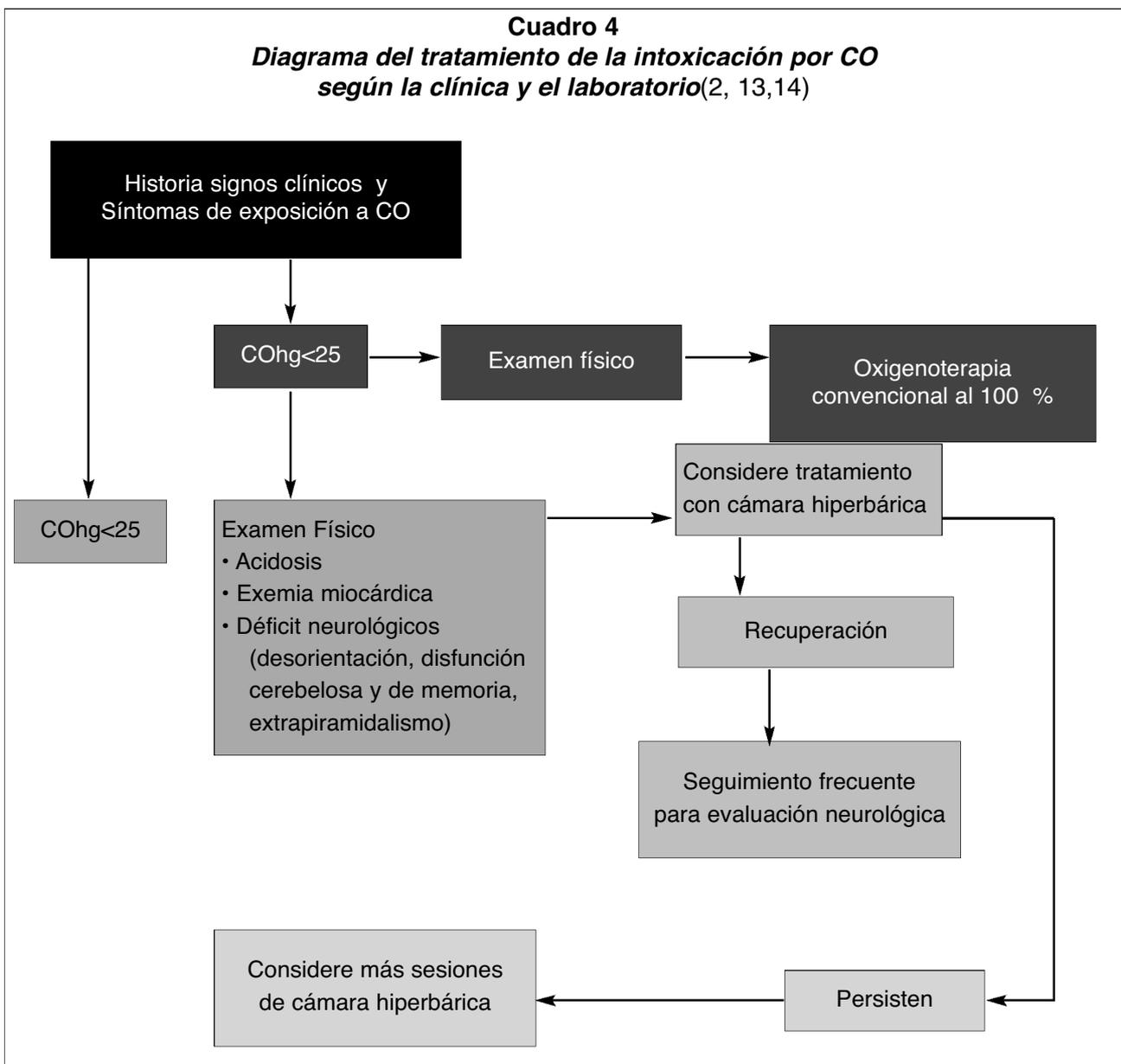
En el Cuadro 4 se discuten las opciones terapéuticas de acuerdo con la clínica, la evolución y los parámetros de laboratorio. Ellas son: la oxigenoterapia al 100% y las sesiones de cámara hiperbárica.

Conclusiones

Las intoxicaciones crónicas son frecuentes y no muchas veces se piensa en ellas. Una adecuada anamnesis alerta sobre su presencia al descubrir la fuente de la exposición.

Ante un paciente que consulta por sintomatología cognitiva-conductual con una presentación y evolución bizarras es necesario ahondar sobre su posible exposición a sustancias tóxicas, tanto en su trabajo como en su medio ambiente, y en la duración de la misma. De esta forma, con la solicitud de exámenes específicos se podrá llegar al diagnóstico patogénico e instaurar el programa terapéutico específico para detener el proceso evolutivo ■

Cuadro 4
Diagrama del tratamiento de la intoxicación por CO
según la clínica y el laboratorio(2, 13,14)



Centros para consultar ante la sospecha de una toxicidad crónica como las que se acaban de describir:

- Programa Nacional de Prevención y Control de las Intoxicaciones, Dirección de Promoción y Protección de la Salud, Av. 9 de Julio 1925, piso 12º. TE: 4379-9087. FAX: 4379-9086. Correo electrónico: detoxico@msal.gov.ar
- Centro de Toxicología, Htal. de Pediatría "Ricardo Gutierrez", teléfonos: 4962-6666/2247.
- Hospital Posadas, teléfonos: 4654-6648 / 4658-7777.

Referencias bibliográficas

1. Agency for Toxic Substances and Disease Registry. Potential for human exposure. En: Toxicological profile for mercury. Atlanta: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, ATSDR, 1992.
2. Carbon monoxide poisoning. available at: <http://www.cdc.gov/communication>. Accessed November 21, 2004
3. Ferrar A. Intoxicación por metales. *Toxicología Clínica. Anales de Sistema Sanitario de Navarra*. 2003; 26 (Supl. 1):141-155
4. Hormes J, Filey C, Rosenberg N. Neurologic sequelae of chronic solvent vapor abuse. *Neurology* 1986 36:698-702..
5. Howland MA. Antidotes in Depth. Dimercaprol (BAL). En: Goldfrank LR, Flomenbaum NE, Lewin NA, Weisman RS, Howland MA, Hoffman RS, editors. *Goldfrank's Toxicologic Emergencies*, 6ª edición. Stamford: Appleton and Lange, 1998: 1274-1276.
6. Howland MA, Graziano JH. Antidotes in Depth. Succimer (2,3-Dimercaptosuccinic Acid, DMSA). En: Goldfrank LR, Flomenbaum NE, Lewin NA, Weisman RS, Howland MA, Hoffman RS, editores. *Goldfrank's Toxicologic Emergencies*, 6ª edición. Stamford: Appleton and Lange, 1998: 1310-1314.
7. Howland MA. Antidotes in Depth. Calcium Disodium Edetate. En: Goldfrank LR, Flomenbaum NE, Lewin NA, Weisman RS, Howland MA, Hoffman RS, editors. *Goldfrank's Toxicologic Emergencies*, 6ª edición. Stamford: Appleton and Lange, 1998: 1310-1314.
8. Lee B-K, Lee S-H, Lee K-M. Dose-dependent increase in subjective symptom prevalence among toluene-exposed workers. *Ind Health* 1988; 26:11-23..
9. LoSasso Gina L, Rapport LJ, Axelrod BN, Whitman R, Douglas Ph.D..Neurocognitive Sequelae of Exposure to Organic Solvents and (Meth)Acrylates Among Nail-Studio Technicians. *Neuropsychiatry, Neuropsychology, & Behavioral Neurology*. 2002;15(1):44-55.
10. Miller A. Dimercaprol Acid (DMSA) *Altern Med Rev* 1998;3(3):199-207)
11. Neurotoxicity. Identifying and controlling poisons of the nervous system. Chapter 3- Fundamentals of Neurotoxicology. U.S. Congress Office of Technology Assessment April 1990. www.mindfully.org/Pesticides/Neurotoxicity-Identifying
12. Nogué S. Protocolos de tratamiento de las intoxicaciones de la Sección de Toxicología Clínica de la Asociación Española de Toxicología. wzar.unizar.es/stc/index.htm
13. Rapheal JC, Elkharrat D, Jars-Guinestre MC. et al. Trial of normobaric and hyperbaric oxygen for acute carbon monoxide intoxication. *Lancet*. 1989;2(8660):414-419
14. Raub JA, Mathieu-Nolf M, Hampson NB, Thom SR. Carbon monoxide poisoning -a public health perspective. *Toxicology* 2000; 145: 1-14
15. Robert Davies, Ghouse Ahmed and Tegwedd Freer. Psychiatric aspects of chronic exposure to organophosphates: diagnosis and management *Advances in Psychiatric Treatment* (2000) 6: 356-361.



- Comunidad Virtual de psicoanalistas
- Cursos y libros virtuales
- Directorios internacionales
- Contenidos y servicios especializados



klinos
centro de salud mental

Internación y Hospital de Día

*Bvar. Artigas 449 Punta Carretas
Montevideo, Uruguay
Tels.(05982) 711 1588 - 712 5771
www.centroklinos.com*



Asociación
Psicoanalítica
de Buenos Aires



IUSAM

Instituto Universitario de Salud Mental
ASOCIACION PSICOANALITICA DE BUENOS AIRES

Instituto Universitario de Salud Mental

*** CARRERAS DE POSGRADO UNIVERSITARIO CON LOS REQUISITOS
DE LA ASOCIACION PSICOANALITICA INTERNACIONAL - IPA**

*** ESPECIALIZACION EN PSICOANALISIS**

**MAESTRIA EN PSICOPATOLOGIA
Y SALUD MENTAL**

*** ESPECIALIZACION EN PSICOANALISIS
DE NIÑOS Y ADOLESCENTES**

MAESTRIA EN FAMILIA Y PAREJA

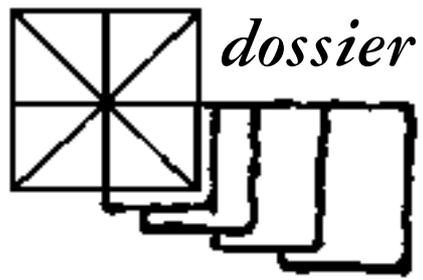
**ESPECIALIZACION EN PSICOPATOLOGIA
Y SALUD MENTAL**

**MAESTRIA EN CULTURA
Y SALUD MENTAL**

Informes

Maure 1850 C1426CUH Buenos Aires Tel.: 4775 7867 / 7985 Int. 19 info@iusam.edu.ar

AUTORIZADO PROVISORIAMENTE POR DECRETO N° 352/05 DEL P.E.N. CONFORME AL ART. N° 42 DE LA LEY 24521 EDUCACION SUPERIOR



Internación psiquiátrica

Coordinadores:

Miguel Gabay, Daniel Matusevich y
Alexis Mussa

En este número de Vertex elegimos como temática la internación psiquiátrica por su importancia y por el alto contenido ideológico del que está teñida. El primer hospital psiquiátrico del que se tiene noticia fue creado por los árabes. Antes de esa época y ya desde la Antigua Grecia, los orates eran encerrados, primero en sus casas y a cargo de sus familias y luego en cárceles y mazmorras, o condenados a muerte, o expulsados de la comunidad, con gran riesgo para su vida. En parte, esto no difiere de lo que ocurre en los EE.UU., en donde muchos enfermos mentales no son internados pero vagan por las calles o terminan en la cárcel (Clarín, 7 de marzo de 1998), iniciando un círculo vicioso del que les resulta muy difícil salir (Kushel MB et al., Am J Public Health, 2005).

El origen de la psiquiatría moderna se vincula, justamente, con la aparición de los hospicios, en los que se internaba a los enfermos mentales para su protección y cuidado –ya que era casi la única estructura de tratamiento de la que se disponía– y no únicamente para aislarlos del resto de la sociedad y que no molestaran. “Está por ver todavía si el loco encerrado en un manicomio en 1650, 1750 o 1850 lo pasaba peor que aquel a quien se permitía vagar por los caminos, o que era encadenado en el granero, o que (...) permanecía encerrado con llave en la buhardilla” (Porter R, Historia social de la locura, 1987). Entonces fue necesario contar con alguien que se

hiciera cargo del cuidado y tratamiento de los reclusos; esto dio origen a un nuevo tipo de especialista: el psiquiatra.

Indudablemente, hubo muchos abusos y se utilizó la internación también para deshacerse de familiares molestos o por cuestiones de índole política o económica. No muy distinto, en esencia, de lo que ocurrió en pleno siglo XX con los discapacitados mentales en la Alemania nazi y con los disidentes soviéticos.

Luego de trescientos años de asilos, la aparición del psicoanálisis en Viena, a fines del siglo XIX primero y, fundamentalmente, la aparición del primer neuroléptico, la clorpromazina, con Delay y Deniker en Francia, a mediados de 1950, provocaron en poco tiempo un cambio paradigmático en el tratamiento psiquiátrico: del asilo a la comunidad, del hospital cerrado al consultorio. Fue posible controlar los trastornos de conducta de manera continuada e influir en los pacientes más graves con otros tipos de tratamiento, impensables anteriormente.

Diversas cuestiones ideológicas y económicas llevaron a posturas enfrentadas con respecto a los tratamientos: psicoterapia versus psicofármacos, internación versus tratamiento ambulatorio, y a extremos en los cuales no se mira la utilidad de un tratamiento para un paciente determinado en un momento específico sino que se lo pre-juzga de acuerdo con conceptos preconcebidos, como en el caso del tratamiento electroconvulsivo. Aún

hoy, entre algunos profesionales que se ocupan de la salud mental (quizás en forma inconsciente) persiste el mito popular de que la medicación "cambia la personalidad" y/o que las posturas que defienden su uso sólo le hacen el juego a los laboratorios que producen los medicamentos. Otra vez, el paciente y su sufrimiento son dejados de lado.

Otro prejuicio es confundir una internación durante un episodio agudo con un manicomio del siglo XVIII. En muchas ocasiones, la falta de cuidado por los pacientes, verdaderos minusválidos a causa de su patología crónica y sus periódicas exacerbaciones, se disfraza de respeto por su libre albedrío y sus derechos. Pareciera que muchos sólo tienen el derecho de sufrir grandes privaciones en aras del "respeto" a su libre elección. Las enfermedades mentales graves tienen como característica destacada la falta de conciencia de las mismas por parte de quienes las padecen. Ante esto, ¿cómo podrían elegir el tratarse o no? ¿Quién puede decidir cuándo un paciente está en condiciones de preferir no tratarse? ¿Un psiquiatra? ¿Un abogado? ¿Un juez?

Es verdad que el tratamiento comunitario es de elección, pero ello implica crear y mantener las instituciones y redes que lleven a cabo la tarea, con la carga económica correspondiente. Y tampoco es aplicable para todos los pacientes en todos los momentos de su evolución. Los tratamientos deben ser personalizados y adaptados a cada etapa de la enfermedad. Lo contrario sería poner el carro delante del caballo.

Hoy en día, la enfermedad mental, quienes la padecen, sus familias, los profesionales y las instituciones que los atienden sufren modernas formas de discriminación que, en esencia, no se diferencian de las que vienen ocurriendo en la historia de la humanidad.

Por ejemplo, en nuestro país y por ley nacional, los fabricantes de ropa para damas deben hacerlo en todos los talles para evitar la discriminación. En cambio, los sistemas de salud brindan sólo 30 días de internación y 52 consultas al año, sin tener en cuenta cuáles son las necesidades reales de los enfermos y los tiempos de evolución de las crisis, que no se rigen por un nomenclador dado.

Por el lado de los profesionales, la consulta se abona entre \$5 y \$15, en general varios meses después. Una consulta en salud mental, a diferencia de algunas otras especialidades, no puede efectuarse en pocos minutos. Resulta obvio que no es posible escuchar al paciente y sobrevivir, física y económicamente, en estas condiciones.

A esto se suma la interpretación de las leyes concernientes a los pacientes con afecções psíquicas, que queda a cargo de abogados y no de psiquiatras. Nadie da conceptos claros y contundentes, todo es opinable. En el medio, los pacientes con su sufrimiento y los médicos con la espada de Damocles del juicio por mala praxis sobre sus cabezas, tratando de ayudar sin perder su patrimonio ni su profesión en el intento. La internación involuntaria puede ser equiparada con el secuestro y la no internación con el abandono del paciente. Por un lado, debe respetarse el derecho a la intimidad del paciente con su terapeuta, por el otro, el director de una clínica es co-responsable de las decisiones que tome ese profesional, sin conocer profundamente el caso, acuerde o no con el médico tratante. Ante esta imprecisión legal, los profesionales, en ocasiones, establecen qué es lo mejor para sus pacientes, luego de tomar los recaudos que creen necesarios para evitar alguna consecuencia legal en su contra. Los costos de esta forma de "medicina defensiva" los paga, básicamente, el paciente. El prejuicio de que existen intereses de poder y/o económicos por parte del profesional sobrevuela todo el panorama; éste debe demostrar su buen juicio y vocación de servicio permanentemente.

La reforma de la atención psiquiátrica implica una reforma profunda de las leyes. Un psicótico "no necesariamente hace de todos sus actos de conducta actos de conducta psicótica. El psicótico puede ser legalmente responsable". Si por el hecho de ser psicótico alguien es inimputable, esto "coloca al psicótico en una situación de auténtica impunidad" (Desviat Muñoz, XXI Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2000). Al respecto, Alfredo Achával señala: "Un planteo común de la responsabilidad en psiquiatría hace preguntarse si el paciente tiene la capacidad suficiente para

comprender y asimilar la información que se le brinda y su significado. En ese sentido, considero que no se puede presuponer, que la comprensión debe adecuarse al paciente y no a la enfermedad psiquiátrica, que principalmente deben exponerse al paciente los riesgos de no comenzar el tratamiento. Interesa para la comprensión del paciente, más la psicodinámica de los síntomas y signos que el diagnóstico; y que aquellos aconsejan la internación, mientras que éste incluye la internación que se considera." Y también en referencia a esto, Alfredo Kraut agrega: "No se trata de desestimar la peligrosidad de un enfermo mental como una condición apta para justificar, a veces, un tratamiento obligatorio. Lo que es jurídicamente inadmisibles es catalogar rutinariamente como peligroso a quien se supone mentalmente afectado".

Para ayudar a esclarecer algunos de estos conceptos brindamos en este Dossier una serie de trabajos relacionados con diferentes aspectos que conciernen a la internación psiquiátrica.

En su artículo Juan Carlos Stagnaro explora los orígenes de la institución psiquiátrica postulando la consustancialidad de la misma con el rol mismo del especialista e invitando a utilizar el método genealógico para comprender algunos fenómenos actuales de la psiquiatría.

Daniel Matusevich y colaboradores, del Hospital Italiano, presentan un trabajo de investigación en el cual comunican un proyecto de internación aguda con orientación de comunidad terapéutica. Para ello realizaron un estudio de cuantificación, prospectivo, observacional y transversal, en el que concluyen que el trabajo asistencial durante la internación puede generar cambios favorables y persistentes, sentando las bases para un cambio estructural en la continuidad del tratamiento al alta.

José María Martínez Ferreti nos brinda una exhaustiva comparación entre las dos leyes, la N° 22.914 y la N° 448, que aportan el marco regulatorio a las internaciones psiquiátricas en la Ciudad de Buenos Aires. Pone énfasis en las discrepancias no resueltas por estas leyes, a pesar de que la protección del derecho constitucional a la libertad individual es el objetivo de estas legislaciones específicas.

El artículo de Barrionuevo propone el uso de indicadores de accesibilidad y desempeño de la internación psiquiátrica para evaluar la efectividad de las internaciones. Si bien esto no resolvería el problema de fondo, ya que cada caso es único como lo son los individuos afectados, puede acercar una ayuda a los encargados de administrar el presupuesto de salud y dar un feedback a los equipos tratantes.

En su trabajo, Amado Cattáneo analiza los determinantes de las internaciones en el HIEAC "Dr. A. Korn", distinguiendo las necesarias de las que no lo son. Para ello enumera algunos factores sobre cuyo control se optimizaría la disponibilidad del recurso. Muestra el desequilibrio existente entre la intención de internación y la disponibilidad de camas en detrimento de la efectivización de las internaciones. Como señala Amado Cattáneo, los servicios de salud mental se convierten, en demasiadas oportunidades, en "bolsas de gatos" en las que cae mucha de la problemática social por deficiencias en los sistemas que deberían hacerse cargo. Muchas veces los jueces, a falta de otra solución, envían a internar a personas quienes, por padecer trastornos mentales, son hospitalizadas en servicios sobrecargados sin que su patología psiquiátrica lo justifique, por sus problemas sociales.

En la sección Confrontaciones de este mismo número de Vertex se publica un artículo del CELS referido a la internación en los servicios psiquiátricos de las cárceles, a esos pacientes doblemente reclusos. Duro y polémico, explora un área sobre la que es difícil tener información científica en nuestro país.

Es nuestra intención que los trabajos que siguen a continuación ayuden a esclarecer algunos aspectos relacionados con la internación, brindando la posibilidad de reflexionar sobre sus consecuencias para las personas que se ven involucradas en ella, además de abrir nuevos interrogantes que ofrecen alternativas a los parámetros establecidos y que permitan, con argumentos científicos sólidos, dejar de lado la ideologización y prejuicios que afectan a esta modalidad terapéutica, por el bien de los pacientes ■

Los psiquiatras y los hospitales psiquiátricos

Del asilo a la comunidad

Juan Carlos Stagnaro

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

“En nuestro país no hay psiquiatras porque no hay manicomios, y no hay manicomios porque no hay psiquiatras”

Lucio Meléndez, 1888

Introducción

La sentencia de Lucio Meléndez, fundador de la especialidad en la Argentina, utilizada como epígrafe de este artículo, ilustra acerca de la consustancialidad que tuvo el origen de la especialidad –para ser rigurosos en los términos utilizados a lo largo del siglo XIX: alienismo primero, psiquiatría después– con la invención de la institución que albergaba a las personas con sufrimiento mental. En efecto el asilo para locos, la casa de dementes, el manicomio, el hospicio u hospital para enfermos mentales, o como quiera que se lo designara en diferentes publicaciones de la época, contribuyó, como ninguna otra institución sanitaria respecto de las otras especialidades médicas, a la definición de lo que eran los psiquiatras y la psiquiatría.

Los Hospitales Generales y el movimiento filantrópico

A lo largo de los siglos XVII Y XVIII en Europa, los locos o bien eran conservados por sus familias en condiciones precarias o bien eran reclusos, junto a los demás marginados (prostitutas, ancianos indigentes, niños abandonados, delincuentes comunes, vagabundos) en el reducto infecto de los Hospitales Generales –de hospitales no te-

nían nada sino que eran verdaderas prisiones con un alto índice de mortalidad y no pocas fugas– que habían creado las monarquías para sacar de la circulación a los “perturbadores” del orden social de todo tipo(5, 22).

Ridiculizados por la opinión pública los enfermos mentales formaban una suerte de casta estigmatizada como indigna de la condición humana. Algunas de las instituciones que los albergaban se constituían en verdaderos “zoológicos” que eran visitados por la población a cambio de una propina para sus cuidadores.

En la Francia del *Ancien Régime* (que tomaremos como ejemplo por haber sido quizás el mejor estudiado entre los países europeos) el encierro de los locos en los Hospitales Generales estaba legalmente pautado y dirigido, especialmente, a aquellos sujetos que alteraban el orden familiar y/o social: delirantes, furiosos, libertinos, pródigos, escandalosos, etc. En esos casos, las familias podían solicitar al soberano el encierro de sus deudos por medio de la emisión por parte del monarca de una Orden del Rey (*Lettre de cachet*), procedimiento expeditivo que conducía a la internación del señalado como enfermo. En el caso de los sujetos errantes, generalmente indigentes y sin familia, era la autoridad policial, en París, o los intendentes en las provincias, quienes podían acudir a la autoridad real(5).

Poco antes de su caída, Luis XVI, bajo la presión de severas denuncias presentadas por los simpatizantes del movimiento filantrópico, encomendó a J. Colombier, Inspector general de los Hospitales Civiles, y a su adjunto, F. Doublet, la redacción de un informe sobre el estado de los locos internados en los Hospitales Generales

Resumen

El asilo para locos, la casa de dementes, el manicomio, el hospicio u hospital para enfermos mentales, o como quiera que se lo designara durante el siglo XIX, contribuyó, como ninguna otra institución sanitaria respecto de las otras especialidades médicas, a la definición del rol del psiquiatra y de la psiquiatría como especialidad médica. En cada etapa de transformación de la medicina mental la evolución social y los cambios en la percepción de las enfermedades mentales en el seno de la sociedad occidental así como en las teorías, las instituciones psiquiátricas y el rol del psiquiatra, conservan aspectos heredados desde el origen de la especialidad, articulados con efectos de innovación introducidos por la evolución histórica.

Palabras clave: Historia de la psiquiatría – Hospital psiquiátrico – Psiquiatría comunitaria

PSYCHIATRISTS AND PSYCHIATRIC HOSPITALS. FROM ASYLUM TO COMMUNITY

Summary

The asylum, the madhouse, the hospital for insane patients, the psychiatric hospital, whenever were the names given to these institutions in the XIX th century psychiatric literature, have made a mayor contribution to the definition of the psychiatry as a medical speciality. The legacy of the origins of the psychiatry as a speciality may be found at each stage of its historical evolution, articulate with the theoretical and clinical innovations.

Key words: History of Psychiatry – Psychiatric hospital – Community psychiatry

del reino. Como resultado de una gira por todas las instituciones de Francia destinadas a alojar alienados, ambos médicos presentaron, en 1785, su famoso texto: *Instruction sur la manière de gouverner les insensés, et de travailler à leur guérison dans les asyles qui leur sont destinés*, que sentó las bases esenciales del asilo terapéutico que se pondrían en práctica a principios del siglo XIX(1, 22).

Un elocuente pasaje de la *Instruction...* citado por P. Morel y C. Quétel (en 22) da una idea de la miserable existencia de los locos en los Hospitales Generales: "...millares de insanos son encerrados en las prisiones sin que nadie piense en el menor de los remedios. El semiinsano que se confunde con el insano perdido; el furibundo con el loco tranquilo: a unos se los encadena, a otros se les deja en libertad en su cárcel; en resumidas cuentas, a no ser que la naturaleza acuda en su auxilio y los cure, el término de sus males es el de sus días, y desgraciadamente hasta entonces, la enfermedad no hace sino aumentar en lugar de disminuir". Pero las intenciones de reforma se vieron interrumpidas por la Revolución de 1789.

El nacimiento del alienismo

Se acepta situar, en fecha y lugar, el comienzo de la nueva especialidad médica orientada al estudio y tratamiento de la locura (a la que J. C. Heinroth denominará en 1818, psiquiatría) en 1800, en París, más precisamente en la época en que Phillipe Pinel (1745-1826), profesor de *Nosographie* de la Facultad de Medicina de París, fue designado como director del hospicio de Bicêtre por el Comité de Salud Pública de la Revolución(1, 11, 14, 30).

En realidad, como lo señala Jacques Postel(22) la atribución exclusiva a Pinel de ese fenómeno histórico tiene algo de abusivo. Efectivamente, corría en Europa un viento de reforma de los viejos e infrahumanos Hospitales Generales. Esa corriente de opinión se había plasmado en las obras y acciones institucionales de médicos de diversos países: J. Ch. Reil en Alemania, V. Chiaruggi en Florencia, J. Daquin(8) en Chambery, W. Tuke en "El Retiro" de York, J. Th. Held en Praga; poco después F. Sabler en Moscú. Todos ellos reflexionaron sobre el tema, denunciaron, propusieron cambios y, algunos, lograron plasmar experiencias prácticas en las que los principios del movimiento filantrópico, caro a los enciclopedistas y libre pensadores defensores de una suerte de secularización de la caridad, encontraron aplicación. El mito pineliano de la "liberación de los locos de sus cadenas" se difundió y se mantuvo durante más de un siglo gracias a los escritos laudatorios de su hijo Scipión y de su sobrino bisnieto René Semelaigne(26).

Sin embargo, todos los historiadores contemporáneos de la psiquiatría(4, 22, 29) coinciden en que el hecho de que haya quedado ligado, aún hoy, el nombre de Pinel al acontecimiento que estudiamos pudo deberse al lugar central que ocupaba Francia dentro de la cultura europea en los años previos y posteriores a la Revolución Francesa, pero mucho más a que el profesor parisino supo sintetizar, como ningún otro de sus contemporáneos, los presupuestos de una nueva forma de concebir la locura y su tratamiento.

La concepción de la alineación mental en el pensamiento de Pinel y sus consecuencias terapéuticas

Phillipe Pinel inauguró una nueva concepción optimista respecto de la curación de la locura y fundó una tradición clínica como "camino consciente y sistemático"(4).

Pinel descubrió que más de la mitad de los alienados que recibía en el asilo, observación que comenta en la primera edición de su Tratado (1800), lo eran por "causas morales": "La mayor disposición para contraer la manía en ciertos períodos de la vida más expuestos a pasiones tumultuosas que los otros se concilia fácilmente con los resultados de los hechos que se observan en los hospicios. En la lista que formé de los locos de Bicêtre el año tercero de la República, conocí que las causas determinantes de esta enfermedad son por lo común las afecciones morales muy vivas, como una ambición exaltada y frustrada en su esperanza, una devoción supersticiosa o incongruente con las sólidas máximas del evangelio, las profundas pesadumbres, y un amor desgraciado. De ciento y trece locos, acerca de los cuales pude informarme muy por menor, supe lo siguiente: a treinta y cuatro los habían puesto en aquel estado las pesadumbres domésticas, a veinte y cuatro el no haberseles dejado casar a su gusto, a treinta los acontecimientos de la revolución y a cinco una devoción falsa y supersticiosa"(19).

En el título de la Sección Tercera de la misma edición Pinel pregunta "¿Consiste la manía en una lesión orgánica del cerebro?", y responde: "Ha sido opinión general y muy conforme a la naturaleza, que la enajenación mental consiste en una alteración o lesión de una parte cualquiera de la cabeza ...de aquí provino la preocupación de considerarla incurable, de separar de la sociedad a los locos y de negarles los auxilios que pide toda enfermedad; pero, las muchas curas que se han hecho en Inglaterra y en Francia, el éxito feliz de la curación moral en muchos casos, el resultado de muchas disecciones que no han manifestado ninguna lesión orgánica, y finalmente, los escritos de un médico inglés que considera la manía como una afección puramente nerviosa, parece que establecen una opinión contraria"(19).

En la segunda edición de su Tratado (1809), completamente modificada y ampliada, Pinel detalla más precisamente las causas de la alienación mental ubicando nuevamente a las pasiones (debilitantes, opresivas, alegres o expansivas) como las principales determinantes de la misma y a las causas físicas como meros condicionantes o facilitantes de la enfermedad(11, 20).

El tratamiento moral introducido por Pinel provino en gran medida de las sugerencias y opiniones de Jean-Baptiste Pussin, administrador del asilo que había acumulado una gran experiencia en el encuentro con los recluidos en la institución(4, 11, 14, 15, 32). Pinel rechazó los nocivos tratamientos intervencionistas y activos (sangrías, purgas, vomitivos), suprimió los métodos crueles y punitivos (encadenamiento, encierro prolongado, etc.), y propugnó el "trabajo mecánico" en el tiempo libre sometiendo, sin embargo, a los pacientes a una disciplina severa y a una dependencia paternal en la que consejos, duchas frías, amenazas, recompensas, indicadas por el médico ("un hombre que por sus cualidades físicas y morales, [es el] adecuado para ejercer sobre él [el paciente] un poder irresistible y para cambiar el círculo vicioso de sus ideas"(19). El médico a quien el paciente quedaba totalmente dependiente en la institución (por acción del "secuestro" que lo

sustrae a la vida exterior con sus influjos nocivos) debía ser asistido por la "policía interior" del asilo, es decir, el Supervisor Jefe y sus ayudantes, encargados de hacer cumplir estrictamente los órdenes del facultativo y observar estrechamente los cambios del enfermo. El conjunto constituía en el modelo pinelano la "institución curativa", el manicomio o asilo psiquiátrico moderno(4, 15, 31).

La interpretación de la obra de Pinel

El libro de Gladys Swain *Le Sujet de la folie*, y el publicado junto a Michel Gauchet *La pratique de l'esprit humain, l'institution asilaire et la révolution démocratique*(29, 12) retoman la investigación sobre los orígenes de la psiquiatría, dedicándose a mostrar que los comienzos del saber psiquiátrico, alrededor de 1800, representan una fecha decisiva para las ciencias del hombre. Los autores mencionados inauguraron una nueva interpretación sobre el tema de la sinrazón en el Occidente moderno, que M. Foucault había descrito como una vasta reducción al silencio que culminaba con la pretensión de la razón de proveerse una ciencia objetiva para el alienado. La reconstitución que aportó Swain, del momento fundacional de la clínica psiquiátrica en sus términos exactos, nos ofrece una imagen profundamente diferente: allí donde la tradición veía un loco encerrado en la soledad de su delirio o la ceguera de su furia, los médicos descubrieron bruscamente un ser que no está cerrado a los otros ni a lo que le acontece. Ni encierro en sí ni ausencia de sí en el alienado, sino una desgarrante presencia que se interroga sobre el sentido de su trastorno y una constante preocupación por el otro. De allí la posibilidad de acceder a un intercambio terapéutico con ese sujeto que sabe algo de su alienación y se defiende contra ella. En otras palabras, Swain y Gauchet pusieron el acento sobre el concepto fundamental de la empresa de Pinel: cualquiera sea el grado de locura del alienado, este último no está nunca completamente ajeno a sí mismo; el paciente no adhiere jamás totalmente a su propia alienación. Es precisamente esa distancia entre el loco y su propia locura lo que hace posible en los hospicios de Bicêtre y La Salpêtrière emprender el "tratamiento moral"; ya que se podrá establecer con esa parte sensata del insensato el diálogo terapéutico. Mientras Michel Foucault en su *Histoire de la folie à l'âge classique* hace de Pinel un heredero directo de toda una tradición, Swain y Gauchet subrayan, por el contrario, el valor de ruptura teórica de su propuesta. Si bien es cierto que retirar a los locos del Hospital General para alojarlos en asilos específicos dio testimonio de una voluntad de exclusión creciente, también debe reconocerse que ese aislamiento en las instituciones monovalentes constituyó a la locura como objeto teórico a parte entera. Y es, entonces, en ese momento, en el que el loco devino el objeto de una verdadera investigación científica que se impuso la presencia de la parte inalienable de su subjetividad.

La sanción legal del nuevo orden de la locura

La obra clínica y terapéutica de Pinel se completó con una legislación que sancionó, diez años después de su muerte, el marco jurídico de la internación psiquiátrica. Dos de los principales alumnos de Pinel, Esquirol (1772-1840) y Ferrus (1784-1861)(10, 18) fueron los promotores de la famosa ley promulgada el 30 de junio de 1838 bajo la monarquía de Julio que reglamentó por

más de 150 años en Francia (recién fue modificada en 1990) la hospitalización de los enfermos mentales en los establecimientos privados y públicos, su protección y la de sus bienes. Inspirados en los ideales filantrópicos y humanistas del siglo XVIII se creó así una doctrina de la psiquiatría en Francia (que sirvió como modelo para numerosos países) con las siguientes características:

a. Creó condiciones decentes de recepción y de tratamiento para los enfermos mentales, imponiendo a cada Departamento la organización y la carga financiera de esas estructuras hospitalarias: los asilos de alienados.

b. Dictaminó una serie de medidas de protección social contra los riesgos de la peligrosidad de los enfermos mentales sobre la población general.

c. Reglamentó de manera precisa las circunstancias en las cuales un ciudadano podía ser encerrado en un asilo de alienados contra su voluntad, y las medidas de protección legal para la persona, tanto en lo relativo a sus bienes como a su libertad individual.

La ley de 1838 se propuso poner fin, definitivamente, a las prácticas brutales de tratamiento de la enfermedad mental que prevalecían hasta entonces. Podría decirse, y a justo título, que dicho instrumento legal respondía, simultáneamente, más allá del espíritu humanista de sus mentores a una lógica que puede calificarse de represiva; fundamentalmente creada para proteger al cuerpo social del efecto destabilizador del trastorno social provocado por la locura. Pero deberá reconocerse también que entre los beneficios novedosos que otorgó se cuenta la legitimación de la medicina para el tratamiento de la enfermedad mental(22).

En efecto, el reconocimiento legal del médico alienista y de la disciplina psiquiátrica revistió una importancia capital: la medicina limitada por una deontología profesional debió reconocer en el enfermo mental el derecho a la calidad de los cuidados que debía recibir y el respeto a su dignidad como persona.

El psiquiatra y el manicomio

El hospital psiquiátrico formó así, desde su origen, parte indisoluble de un dispositivo terapéutico pensado para modificar la conducta desviada designada por Pinel y sus contemporáneos como alineación mental. Su disposición edilicia, su estructura organizativa (médico jefe, enfermeros guardianes), la admisión, salida y circulación de sus internos ("secuestro" y encierro obligado hasta el alta decidida unilateralmente por la autoridad médica), sus actividades internas (clínica, tratamientos biológicos, tratamiento moral, laborterapia, recreación y visitas dosificadas de los allegados), no surgió del capricho autoritario de sus creadores sino de una serie de maniobras terapéuticas enderezadas a modificar, a restablecer el estado previo de lucidez y razonamiento claro de los considerados enfermos de alienación mental.

Fue así como, en un entrelazamiento inextricable, la especialidad nació entre los muros del asilo del *Ancien Régime* el cual se transformó, a su vez, en función de una teoría de la locura que lo utilizó como herramienta, en el asilo (hospital) psiquiátrico.

El asilo adoptó las características institucionales que adoptó porque fue pensado como una institución para albergar a sujetos alterados por una forma de afección (la alienación mental) que requería, según la teoría de Pinel que le adjudicaba un origen preciso, una tecnolo-

gía (el tratamiento moral), también precisa, para permitir el retorno del sujeto a su normalidad razonable.

Esta consustancialidad dialéctica, a pesar de la evolución posterior (ver la cita de S. Arieti más abajo) no ha podido ser superada y quizás sea imposible, de tal manera que el psiquiatra y sus instituciones evolucionarán siempre al unísono definiéndose mutuamente en sus roles y funciones.

Relativización del efecto nocivo del manicomio en su origen. Efectos de innovación y efectos heredados

En el prólogo a la obra *Miserables y locos. Medicina mental y orden social en la España del siglo XIX* del español Fernando Alvarez Uría, Robert Castel señala que la historia en presente se caracteriza por utilizar, para llevar adelante su operación historiográfica, el método genealógico(6).

“Este método –dice Castel– busca las filiaciones. Más exactamente intenta, cuando se trata de un suceso determinado comprender la relación existente en su constitución entre los efectos de innovación y los heredados. Aprender un suceso histórico partiendo de un enfoque genealógico consiste, pues, tanto en evitar convertirlo en un suceso radicalmente nuevo, como en una simple repetición del pasado; se trata de comprenderlo inserto en una encrucijada de efectos heredados y de innovación tratando de reconocer, precisamente en aquello que el presente propone como inédito, el lastre que lo ata a su propio pasado.

El nacimiento de la psiquiatría en el siglo XIX fue, sin duda alguna, una innovación considerable: la creación de una nueva institución –el manicomio–, de una legislación especial nueva, de un cuerpo de nuevos especialistas –los médicos psiquiatras–, de un estatuto del loco convertido ahora en enfermo, etc. En estas decisivas transformaciones, los historiadores de la medicina suelen ver de buen grado una ‘revolución’ y el comienzo de una era radicalmente nueva. La importancia del cambio no debe, sin embargo, ocultar que tal cambio reconduce determinados rasgos fundamentales de dicha situación y que estas permanencias tienen, por lo menos, tanto peso como las innovaciones, en la comprensión del significado del fenómeno. Así, la necesidad del ‘aislamiento terapéutico’, en cuyo nombre todo el nuevo sistema se pone en marcha, reconduce la segregación anterior de los alienados en los Hospitales Generales y en las prisiones; el estatuto de minoría legal del enfermo mental es homólogo al estatuto del condenado, tal como aparece en el código penal, puesto que tanto uno como el otro se ven privados de sus derechos; la tutela médica de la razón sobre la locura se ejerce con la misma buena conciencia que la tutela jurídica del juez sobre el delincuente, etc. La primera ‘revolución psiquiátrica’, la que se produjo en el momento de Pinel (podría hacerse un análisis del mismo tipo para las siguientes y, entre ellas, para la inspirada en Freud), supone el paso de una lógica directamente represiva (salvaguarda del orden público-arresto-juicio-secuestro) a una lógica médi-



Hospicio de la Salpêtrière
N. Perielle (1631-1695)

co-humanista (interés del enfermo-aislamiento-ingreso en un establecimiento especial-tratamiento médico)”.

“¿Es lo mismo una cosa que otra? –se interroga Castel– En absoluto –afirma– : se trata de un desplazamiento esencial que permite la emergencia de ese conjunto considerable de prácticas nuevas que van a desarrollarse bajo el label de la medicalización. Sin embargo, no es menos cierto que el aislamiento terapéutico va a ser tan riguroso como el secuestro penal; que impone en relación al medio social un desarraigo del sujeto condenado; que regula una organización de la existencia cotidiana en el manicomio semejante en sus características a la de cualquier ‘institución totalitaria’, incluida la prisión, etc. Se comprende pues que, bajo su novedad, la invención de la psiquiatría pueda reproducir cierto número de rasgos estructurales característicos de la antigua solución segregativa en relación a la desviación”(6).

Evolución de la institución psiquiátrica

A lo largo del siglo XIX y hasta bien entrado el XX la institución y las prácticas de la psiquiatría se modificaron poco. La figura emblemática del viejo asilo de alienados permaneció prácticamente igual. Los especialistas, de la medicina mental, desprovistos de recursos terapéuticos efectivos se dedicaron a clasificar y describir los cuadros clínicos construyendo pacientemente el edificio de la clínica clásica. Sin embargo, con el correr de los años se fueron produciendo cambios en el paradigma psiquiátrico(17) y dialécticamente con ellos también los hubo en la percepción de la enfermedad mental.

Esos cambios en el paradigma psiquiátrico incluyeron, obviamente, a los recursos terapéuticos. Para cada época y lugar la forma que fue tomando la asistencia psiquiátrica resultó de la combinación estructural de tres factores mayores: las concepciones doctrinales (el paradigma dominante para ese período) sobre la locura, los recursos terapéuticos existentes (entre los cuales tuvo una importancia preponderante el tipo/s de institu-

ción(es) y la estructura política y socioeconómica de la sociedad concernida.

Es así que, por ejemplo, como se describió antes en el momento fundacional de la psiquiatría con Pinel cristalizó una estructura que contenía al gran asilo, centrado alrededor del poder omnímodo del médico, la teoría de las pasiones como etiología y los conceptos de encierro, aislamiento y tratamiento moral en correspondencia con una época en la que dominaban los ideales humanistas surgidos de la Revolución Francesa unidos a la necesidad de implantación del nuevo orden democrático burgués.

Esta herramienta de análisis puede ser aplicada a cualquier etapa en la historia de la asistencia psiquiátrica.

En las décadas posteriores a la Segunda Guerra Mundial las instituciones psiquiátricas atravesaron un momento de gran transformación. Después de la conflagración el número de los designados como enfermos mentales aumentó notablemente en los países anglosajones. Importantes contingentes de pacientes surgían de entre los veteranos, los ex prisioneros de campos de trabajo y de exterminio, los inmigrantes civiles y otros excluidos sociales resultantes de los efectos de la contienda armada y sus consecuencias, muchos de los cuales presentaban problemas de adaptación y por ende de incorporación al mercado de trabajo. Por otro lado, la masiva incorporación de mujeres a ese mercado, el achicamiento del grupo familiar por el pasaje de las formas de familia ampliada a nuclear con disminución de la tolerancia de las mismas para sostener en su seno a los miembros enfermos, la creciente demanda que se hacía sentir desde los pueblos por mejoras sociales luego de los años de penurias ocasionadas por la guerra, las economías de los países industrializados que exigían una disminución de los costos por cada atención individual manteniendo y mejorando la efectividad de las mismas, el reconocimiento de un número elevado de neurosis graves para el tratamiento de las cuales el hospital psiquiátrico era excesivo y el simple dispensario un recurso insuficiente, una urbanización acelerada y una gran expansión tecnológica e industrial, planteaban la necesidad de inventar nuevas soluciones alternativas al hospital psiquiátrico clásico.

También los recursos terapéuticos y las concepciones doctrinales sobre la locura sufrieron cambios. Desde los años '40 la aplicación de métodos biológicos activos como las terapias de shock (cardiazólico de L. von Meduna y eléctrico de U. Cerletti y L. Bini) y la cura insulínica de Sakel habían modificado ciertos aspectos del viejo asilo para enfermos crónicos y alimentaban en los psiquiatras la esperanza de obtener una mejoría en sus pacientes que permitiera otorgar altas del hospital (22, 27).

La aparición de los neurolépticos y los antidepresivos, en la década del '50, generadores de la llamada "Revolución psicofarmacológica", acrecentó aún más esa perspectiva, al tiempo que las técnicas de psicoterapia individual y grupal y las terapias de familia, que aparecieron en los años '50, se expandieron ampliamente. El psicoanálisis, aplicado al abordaje psicoterapéutico de los pacientes internados en las instituciones psiquiátricas, condujo a centrar la atención en los fenómenos interpersonales y, en consecuencia, en el ambiente vincular en los Servicios. Simultáneamente al atenuar la barrera existente entre lo normal y lo patológico el psicoanálisis promovía un estilo menos segregativo respecto de los enfermos mentales, alentando prácticas y actitudes más permisivas y respetuosas de la libertad indivi-

dual del paciente al atender la dimensión del deseo en la demanda y la importancia del contrato terapéutico.

Numerosos investigadores provenientes del campo de la sociología como A. H. Stanton, M. S. Schwartz en Chesnut Lodge (28), y sobretudo I. Goffman con su concepto de "institución total" (13), denunciaron los resultados deletéreos de la hospitalización crónica a tiempo completo y ahondaron el cuestionamiento a las viejas instituciones psiquiátricas.

El aporte proveniente de las ciencias sociales que estudiando el entorno social del enfermo mental también instaló las nociones de integración, reinserción, potencial terapéutico o patógeno de la comunidad y generó la convicción de una acción sobre el terreno y la ruptura de la segregación como instrumentos de la empresa terapéutica (9).

Se verificó, entonces, cómo la conjunción de todos esos factores fue desplazando el epicentro del quehacer de la psiquiatría desde el viejo hospital psiquiátrico al terreno de la psiquiatría social, a la planificación de la salud, al concepto de Salud Mental en la Comunidad.

En el vasto movimiento cultural de los años '50 y '60 en los países centrales nació y se expandió una nueva perspectiva en la que la noción de tratamiento, apoyada en nuevos y poderosos recursos, primó por sobre la noción de segregación.

En 1966, Silvano Arieti, autor del manual de psiquiatría más utilizado hasta ese entonces en los EE.UU., describía las virtudes y la capacidad evolutiva de los hospitales psiquiátricos occidentales en los siguientes términos: "El hospital psiquiátrico ha modificado repetidas veces su status y ha dado, además, distintas imágenes. Al principio era un lugar aislado dedicado al cuidado y custodia de los enfermos; luego se transformó en un establecimiento sanitario en el que se aplicaban preferentemente terapias físicas. En un tercer momento se convirtió en un lugar en el que la psicoterapia individual y la terapia ambiental desempeñaban un papel predominante. En el cuarto período, que es el actual, el hospital moderno ha incorporado, a los roles antes mencionados, una posición clave dentro de la comunidad psiquiátrica en continuo desarrollo"(3). Pero este proceso fue lento y diferente en los distintos países.

En Inglaterra, simultáneamente con la aparición de la corriente antipsiquiátrica liderada por R. Laing y D. Cooper, surgió la "comunidad terapéutica" (M. Jones) y el movimiento de los Hospitales de Día como alternativa o reconversión del hospital psiquiátrico y se desarrollaron importantes programas de resocialización y reintegración social de los enfermos internados, todo ello englobado en una Psiquiatría Social potenciada por el Estado.

En Francia la humanización de las instituciones –luego de los miles de muertos de inanición en los hospitales psiquiátricos durante la guerra– fue el punto de partida para el desarrollo de la Psicoterapia Institucional y de la posterior Psiquiatría del Sector, asumida e impulsada por el gobierno.

En los EE.UU., el presidente J. F. Kennedy puso en marcha un ambicioso programa de Psiquiatría Comunitaria, consistente en la creación de numerosos centros comunitarios de Salud Mental coincidentemente con la externación masiva (en 1955, aún se contaban 550.000 pacientes hospitalizados en los grandes asilos psiquiátricos) de enfermos internados. La actividad de esos centros se fue haciendo cada vez menos médica, introdu-

ciendo, por la vía de la prevención y de equipos multidisciplinarios, un nuevo modelo de intervención sobre los problemas psicosociales de la comunidad.

Y en Italia, por influjo de la escuela de F. Basaglia, se clausuraron los manicomios, al tiempo que se ejercía una práctica antipsiquiátrica en el territorio que encontró su expresión jurídica en la famosa ley 180.

Desde los años '60 la reforma psiquiátrica emprendida en esos países fue desplazando el eje de la asistencia desde el hospital psiquiátrico al trabajo con la población afectada. Lo que supuso una cierta descomposición de la psiquiatría y la recomposición de una nueva disciplina de lo mental, de nuevas políticas de salud mental. Si tradicionalmente la psiquiatría teorizaba e institucionalizaba la locura, ahora los dispositivos de Salud Mental debían cubrir prioritariamente tres conjuntos de demandas: aquellos que se desviaban del comportamiento social normativo (psicóticos, alcohólicos, toxicómanos, psicópatas, etc.); los que por distintas razones fracasaban en su adaptación social (neuróticos, depresivos, deficientes mentales ligeros, etc...), y los que presentaban mayor riesgo de enfermar (personas en situaciones críticas, grupos de edad avanzada, etc...). Cualquiera de estos padecimientos podía ser aislado de su contexto y tratado como enfermedad, significando una respuesta psiquiatrizante, o por el contrario, podía ser contextualizado como un desarrollo conflictivo y tratado con intervenciones psicosociales, significando una respuesta típica de la salud mental. Las políticas de salud mental comunitaria pretendían operar sobre conjuntos sociales, con intervenciones tendentes a reforzar el compromiso comunitario y la solidaridad grupal, sin descuidar la asistencia técnica a los más afectados.

Con los equipos multidisciplinarios se quería la integración de saberes diversos y la superación de distintas profesiones, para lograr un nuevo orden disciplinar abarcativo de prácticas diferenciadas. Aunque la hegemonía ideológica de la Salud Mental no significó de hecho una novedosa disciplina, sino más bien una "transdisciplina", o sea, la simple aceptación de superponer, adicionar enfoques y prácticas diferentes, manteniendo su heterogeneidad y evitando toda ilusión unitaria. De modo que las nuevas prácticas comunitarias no supusieron la superación o la anulación de las que antes se ejercían, sino que quedaban en reserva y podrían ser reactualizadas en cualquier momento. Se esperaba que el equipo de Salud Mental, al reunir las diferentes dimensiones que intervenían en la salud y en la enfermedad mental, unificase conocimientos, pues, por adición, esas dimensiones contenían la posibilidad de un discurso totalizante. La hegemonía de lo sociopolítico en la gestión de la salud mental muchas veces escinde y empobrece el campo teórico en que pretende basarse. Prevalece un eclecticismo pragmático, generador de unas prácticas simplistas y supuestamente eficaces, que no se discuten en los equipos. Se reducen las acciones preventivas y las intervenciones psicosociales en una comunidad que actualmente no parece existir como tal.

La nueva disciplina de la Salud Mental pretende haber superado posiciones antagónicas, mostrándose en sus textos programáticos a favor de las acciones comunitarias, pero integrándose de hecho en el sistema de salud general. De esta manera, el enfermo mental es considerado un enfermo como cualquier otro. Se priorizan los aspectos preventivos de la enfermedad, pero los enfermos crónicos tienden a ser desatendidos. Se trata, bajo el paraguas de la Salud Mental, de una remedicaliza-

ción de la asistencia psiquiátrica, complementada por una "psicosocialización" ambigua de la prevención y una rehabilitación evanescente.

Las nuevas soluciones plantearon nuevos problemas y retos actuales de la salud mental comunitaria: *descuido de los enfermos crónicos* (insuficiente apoyo comunitario, familia hostil o inexistente, escasez de recursos comunitarios...); *grupos infra-atendidos* (minorías, grupos marginales); *problemas de roles profesionales* (roles hiperespecializados, difuminación de funciones); *confusión con servicios sociales* (superposición de los aspectos sanitarios y sociales); *excesiva medicalización*; *ausencia de integración de los servicios* con detrimento en la continuidad de cuidados; *dificultades para la hospitalización de los pacientes* (legales y prácticas en cuanto a los derechos del paciente en la internación involuntaria, quién la hace y cómo se hace, mala coordinación sanidad-justicia-policía etc.); *transinstitucionalización, judicialización y criminalización* (escasa tolerancia social ante los enfermos mentales y problemas para la ubicación del enfermo mental con actos delictivos); *dificultades en la relación con los familiares de los pacientes* (necesidad de un mayor apoyo socioeconómico y de los servicios sanitarios a las familias y de desarrollo de competencias en las mismas); *escasez de estructuras intermedias* (hospitales de día, casa de medio camino, etc.); *alana social* (estigmatización del enfermo mental); *conflictos organizacionales internos al servicio de salud sanitario* (aclaración de funciones y dependencia funcional-organizativa, por ejemplo la dependencia contractual de los profesionales del hospital con sus intereses asistenciales, reducción lista de espera); *carencias graves en la prevención primaria* (aunque existen ciertos programas de prevención primaria de salud, la prevención primaria de salud mental está prácticamente ausente)(24).

Simultáneamente, frente a esas tendencias reformistas se erigió un modelo "medicalizado" de la psiquiatría que ha tenido un enorme desarrollo apoyado en la investigación neurobiológica, la psicofarmacología, las clasificaciones basadas en criterios (serie de los DSM de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría) y las psicoterapias cognitivo-comportamentales, que obtuvo un gran predicamento entre numerosos contingentes de psiquiatras.

El panorama general es el de una crisis paradigmática de grandes proporciones que ha conducido a críticas y autocríticas(2).

Discusión y conclusiones

El modelo del viejo hospital psiquiátrico manicomial ya no se puede sostener. No existen razones médicas, técnicas ni económicas que lo justifiquen. La psiquiatría contemporánea en todas sus manifestaciones internacionales véase la Declaración de Caracas(7) por ejemplo, recomienda terminar con esa forma de hospitalización por el carácter deletéreo que tiene sobre los enfermos mentales y, por el contrario, aconseja el tratamiento en forma ambulatoria, en instituciones de tiempo parcial y en la comunidad, para evitar el desarraigo, el hospitalismo y la anomia consecuentes a las prolongadas internaciones en los hospitales psiquiátricos tradicionales(16). La necesidad de mantener ciertas instituciones especializadas, de giro cama rápido, para la atención de crisis y períodos breves de compensación psíquica, puede seguir siendo necesaria pero, entre otras características, su tamaño (nú-

mero de pacientes que alberguen) y la cualidad intensiva de los tratamientos administrados debe ser una condición *sine qua non* de su funcionamiento. Los Servicios de Salud Mental en los hospitales generales, los Centros de Crisis, la atención en Centros periféricos y las instituciones intermedias (Hospitales de Día, Casas a medio camino, etc.) son, a tal efecto, efectores complementarios válidos para disminuir más aún la necesidad de esos centros psiquiátricos monovalentes.

Sin embargo, y aunque parezca muy racional esta propuesta se verifica una particular inercia del sistema de atención de la locura y en algunos países en los que la situación había evolucionado hacia sistemas de atención más adecuados, se observa una involución.

Causas corporativas, jurídicas, culturales y, sobre todo, más económico-políticas que científicas pueden explicar esos fenómenos (p. ejemplo: el progresivo desmantelamiento del Sector en Francia, los *homeless* norteamericanos como saldo de la desinstitucionalización, la diferencia de la reforma italiana en el norte (rico) y el

sur (pobre) de Italia, la progresiva judicialización de pacientes mentales en muchos países europeos, la falta de reformas que superen las estructuras manicomiales en los países en desarrollo, etc.)

Es necesario analizar más de cerca, con instrumentos historiográficos más adecuados, los conceptos que, cargados de un fardo ideológico frecuentemente no explicitado, tienden a demonizar el hospital psiquiátrico, sin tener en cuenta su función en el nacimiento de la psiquiatría, clamando por su desaparición lisa y llana sin proponer una estructura de reemplazo, como así también aquellos que lo defienden como estructura central de un sistema de salud mental anticuado y hospitalocéntrico con el inconfesado propósito de defender intereses corporativos, de pequeños grupos de poder o personales. Un correcto estudio de los hechos actuales a la luz de una historia en presente puede permitirnos descubrir en todos los cambios del paradigma psiquiátrico lo que hay de verdaderamente nuevo y lo que se repite incesantemente como residuo del pasado ■

Referencias bibliográficas

1. AA. VV. *Phillippe Pinel*. Jean Garrabé éd. Les Empêcheurs de penser en rond, Paris, 1994.
2. Andreassen N. Reportaje. *New scientist*, N° 2526, november 2005: <http://www.newscientist.com/home.ns>
3. Arieti S. "Prefacio" en Gralnick Alexander: *The Psychiatric Hospital as a Therapeutic Instrument*, Brunner/Mazel, New York, 1966 [versión castellana: *Alexander Gralnick, El hospital psiquiátrico como instrumento terapéutico*, Paidós, Buenos Aires, 1974].
4. Bercherie P. *Les fondements de la clinique, histoire et structure du savoir psychiatrique*, Navarin, Paris, 1980 [versión castellana: *Los fundamentos de la clínica, historia y estructura del saber psiquiátrico*, Manantial, Buenos Aires, 1986].
5. Castel R. *L'ordre psychiatrique*. Les Éditions de minuit, Paris, 1976 [versión castellana: *El orden psiquiátrico*, La Piqueta, Madrid, 1980].
6. Castel R. "Prólogo" en Fernando Alvarez Uría, *Miserables y locos. Medicina mental y orden social en la España del siglo XIX*, Tusquets, Barcelona, 1983.
7. Conferencias sobre la Reestructuración de los Servicios Psiquiátricos en América Latina, Declaración de Caracas, Caracas, Venezuela, 1990. Reproducida en *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, vol II, N° 6, Diciembre 1991.
8. Daquin J. *La philosophie de la folie*. Gorrin père et fils, Chambery, 1791. Réed. Insanía, Paris, 1987.
9. Dörner K. Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. Europäische Verlagsanstalt, Frankfurt am Main, 1969 [versión castellana: *Historia social de la Psiquiatría*, Taurus, Madrid, 1974].
10. Esquirol J-ED. *Des maladies mentales*, J-B Baillière, Paris, 1838. Réed. facs. Frenésie, Paris, 1989.
11. Garrabé J, Weiner D. "Prologue" en Phillippe Pinel, *Traité médico philosophique sur l'alienation mentale* (réed) Les Empêcheurs de penser en rond, Paris, 2005.
11. Gauchet M, Swain G. *La pratique de l'esprit humain. La institution asilaire et la révolution démocratique*, Gallimard, Paris, 1980.
12. Goffman I. *Asylums. Essays on the Social situations of Mental Patients and Other Inmates*, Anchor Books, New York, 1961.
13. Goldstein J. *Console and Classify. The French Psychiatric Profession in the Nineteenth Century*. Cambridge University Press, New York, 1987.
14. Juchet J. "Jean-Baptiste Pussin et Phillippe Pinel à Bicêtre en 1793. Une rencontre, une complicité", une dette en AA. VV. *Phillippe Pinel*. Jean Garrabé éd. Les Empêcheurs de penser en rond, Paris, 1994.
15. Kallert TW, Glöckner M, Onchev G, Raboch J, Karastergiou A et al. Proyecto EUNOMIA sobre la coacción en psiquiatría: diseño del estudio y datos preliminares. *World Psychiatry*, Vol 3, 3, Diciembre 2005.
16. Lanteri-Laura G. *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*. Éditions du temps, Paris, 1998.
17. Morel P. *Dictionnaire biographique de la psychiatrie*. Les Empêcheurs de penser en rond, Paris, 1996.
18. Pinel P. *Traité médico philosophique sur l'alienation mentale ou la manie*, Caille et Ravier, Paris, 1800. [versión castellana: *Tratado médico filosófico sobre la alineación mental o la manía*, Ediciones Nieva, Madrid, 1988].
19. Pinel P. *Traité médico philosophique sur l'alienation mentale*, 2ème éd. Paris, 1809. Réed. Les Empêcheurs de penser en rond, Paris, 2005.
20. Postel J. "Introduction" en Étienne Georget, *De la folie* (réed.), Privat, Paris, 1972.
21. Postel J, Quétel C. *Historia de la psiquiatría*, Fondo de Cultura Económica, México, 1987.
22. Postel J, Allen DE, Mousnier Lompré A. "Le mythe revisité: Phillippe Pinel à Bicêtre de 1793 à 1795", en AA. VV. *Phillippe Pinel*. Jean Garrabé éd. Les Empêcheurs de penser en rond, Paris, 1994.
23. "Principios de salud mental comunitaria: Las funciones del psiquiatra y del psicólogo clínico en los servicios de salud mental del S.A.S.", España, 2002, <http://personales.ya.com/laemental/artic25>
24. Rosen G. *Madnes and Society. Chapters in the Historical Sociology of Mental Illness*. Harper and Row, New York, 1968 [versión castellana: *Locura y sociedad. Sociología histórica de la enfermedad mental*. Alianza Universidad, Madrid, 1974].
25. Sémelaigne R. *Phillippe Pinel et son oeuvre au point de vue de la médecine mentale*. Thèse de doctorat, Paris, Imprimeries réunies 1888. Réed.: Phillippe Pinel et son oeuvre au point de vue de la santé mentale L'Harmattan, Paris, 2001.
26. Shorter E. *A History of Psychiatry*. John Wiley and Sons, New York, 1997 [versión castellana: Edward Shorter, *Historia de la psiquiatría*, J&C editors, Barcelona, 1999].
27. Stanton AH; Schwartz MS. *The Mental Hospital*, Basic Books, New York, 1954.
28. Swain G. *Le sujet de la folie*. Privat, Toulouse, 1977.
29. Vessier M. *La Pitié-Salpêtrière, quatre siècles d'histoire et d'histoires*, Assistance Publique, Hôpitaux de Paris, Paris, 1999.
30. Weiner DB. *Comprendre et soigner. Phillippe Pinel (1745-1826) La médecine de l'esprit*, Fayard, Paris, 1999

Entre la ley 22914 y la ley 448: el marco legal de las internaciones psiquiátricas en la ciudad de Buenos Aires

José María Martínez Ferretti

Médico psiquiatra (UBA). Médico especialista en Medicina Legal (UBA). Jefe del Servicio de Terapia a Corto Plazo de Mujeres, Hosp. "J. T. Borda" (GCBA). Médico Psiquiatra Forense de la Justicia Nacional.
E-mail: jmmartinezferretti@yahoo.com.ar

El lugar de la hospitalización en la medicina contemporánea

La medicina en general ha vivido cambios incontestables durante el siglo XX. Los avances en las disciplinas científicas y técnicas que rodean a la biología han generado un panorama completamente distinto de recursos diagnósticos y terapéuticos. Como contrapartida, se ha crecido en planteos bioéticos, en especial sobre la autonomía de decisión de los pacientes y en la necesidad de humanizar las prácticas médicas que aquel desarrollo tecnológico ha producido. Entre luces y sombras, se logran visiones y actitudes superadoras e integradoras, encaminadas a mejorar la salud y la calidad de vida de la población.

Pero, sin duda, un cambio fundamental lo ha constituido el giro de la asistencia médica centrada en los hospitales hacia el acento prioritario actual en la prevención. En ese sentido para la medicina, hoy, la hospitalización de un paciente es un recurso extremo, que se aplica cuando ha fallado la prevención y no es posible o suficiente un abordaje ambulatorio. Los hospitales generales son actualmente "hospitales de agudos" y no ya los hospitales-asilos que existían en nuestro país en la época de la Colonia o, incluso, en el siglo XIX¹. Durante el siglo que ha finalizado, para la medicina asistencial en general destacó, entonces, que la hospitalización se ha convertido en el último recurso y no ya en el primero de atención a un paciente.

Los enfermos mentales y los infecciosos vienen rezagados en la posibilidad de gozar de estos beneficios. Mucho podríamos decir de los prejuicios, discriminaciones y temores que subyacen a este fenómeno, pero justo es destacar –para los pacientes que nos ocupan en este ar-

tículo– que los psicofármacos son una incorporación relativamente cercana para la historia en comparación con el resto de los tratamientos médicos, que las estrategias psicoterapéuticas tienen una genuina incorporación aún más reciente en las estructuras hospitalarias, y que los modelos socioeconómicos de los nuevos tiempos vuelven cada vez más difícil la reinserción social de nuestros pacientes. Pero entonces el concepto de hospitalización psiquiátrica –al igual que en la medicina en general– ha dejado de ser el recurso *único* de tratamiento para pasar a ser el recurso *último*.

Sin embargo, aquello en lo que la internación de enfermos mentales se mantendrá distante de las del resto de las especialidades médicas, es lo constituido por su régimen legal. Que el acto quirúrgico llevado a cabo por un cirujano no constituya una *lesión* en el sentido contemplado por el Código Penal (art. 89 y ss.), lo produce el hecho de que, previamente a la operación, el paciente da su *consentimiento*. En las internaciones psiquiátricas, el estado psíquico del paciente que requiere dicha medida extrema, la mayoría de las veces –si no siempre– no reúne las condiciones básicas de capacidad para un consentimiento válido. Es más, el mismo examen de ingreso volcado en la historia clínica así lo expresa, coincidiendo con la decisión de la internación. Esta falta de consentimiento válido –sólo en oportunidades suplido por una familia presente o advertida– podría encuadrar la internación en una *privación ilegítima de la libertad* (art. 141 y ss. Código Penal). Por más *puertas abiertas* que queramos tener en estos establecimientos, toda internación implica, en mayor o menor medida, una *privación de la libertad con fines asistenciales*.

Resumen

La internación de enfermos mentales es hoy un recurso terapéutico extremo dentro del tratamiento de estos pacientes. La protección del derecho constitucional a la libertad individual es el objetivo de las legislaciones específicas al respecto. En la ciudad de Buenos Aires, coexisten una Ley nacional y la local que generan aún algunos puntos de debate, abiertos a propuestas superadoras.

Palabras clave: Internación psiquiátrica – Legislación en Argentina – Protección de pacientes

LEGAL FRAMEWORK OF PSYCHIATRIC HOSPITALIZATION IN BUENOS AIRES REGARDING LAWS 22914 AND 448

Summary

Hospitalization is today the last resort in mental health treatment. Specific laws protect individual freedom, a constitutional right. Two different laws (local and federal) are of application in Buenos Aires, yielding issues for discussion.

Key words: Psychiatric hospitalization – Specific laws in Argentina – Protection of patients

El régimen legal argentino de internación de enfermos mentales

Todas las legislaciones del mundo prevén un régimen específico para estas circunstancias. En nuestro país, dentro de un ordenamiento de tres Poderes del Estado (Ejecutivo, Legislativo y Judicial), el único autorizado para privar de la libertad a un ciudadano lo constituye el Judicial². Desde el año 1867, el Código Civil redactado por Vélez Sarsfield legislaba en ese sentido: “no podrá ser trasladado a una casa de dementes sin autorización judicial”³, no contemplando una internación psiquiátrica que sólo fuera sostenida por la decisión del profesional médico, lo que fue confirmado luego por la jurisprudencia⁴. Aquella normativa, aún vigente, ya consideraba esta medida como algo extremo y excepcional al expresar que “no será privado de su libertad personal sino en los casos en que sea de temer que, usando de ella, se dañe a sí mismo o dañe a otros”⁵.

A escala nacional, esta norma constituyó la única legislación de fondo hasta la Reforma del Código Civil de 1968 a través de la Ley 17.711, que le incorporó dos párrafos al mismo artículo. Contempla así la internación de sujetos sin necesidad de una declaración de insania como lo hacía antes la norma –pudiendo actuar el juez con una información sumaria–, la conducta hacia alcoholistas y toxicómanos, la posibilidad de internación con fines de tratamiento, la intervención de la policía en los casos en que se alterase el orden público y la actuación de un defensor especial para que la internación no se prolongue más de lo necesario⁶. Sin embargo, nada específica sobre la situación de urgencia cuando no puede consultarse al juez, si el egreso requiere o no autorización judicial, o acerca de la capacidad legal de los pacientes durante la internación⁷.

Consideramos oportuno señalar aquí que el Código Civil, como leíamos, se refiere a *riesgo de daño* y no a la expresión muy frecuentemente utilizada desde ámbitos jurídicos y asistenciales de *peligrosidad*. Sin embargo, el Código Procesal usa este último término en los artículos 624º y 629º, haciéndolo también las disposiciones judiciales que ordenan los exámenes de pacientes o su internación⁸. Creemos que la “letra” de las Leyes, reglamentaciones y certificados debe expresar su sentido sin prestarse a equívocos innecesarios. Consideramos que la expresión “*riesgo de daño*” y su contrapartida jurídica de “*profilaxis de daños*”, resultan fórmulas más adecuadas a la circunstancia real que determina la hospitalización de una persona afectada por trastornos mentales. Los términos “*peligroso*” o “*peligrosidad*” contribuyen a exacerbar la discriminación del enfermo mental, favoreciendo lecturas que sustentarán, aún hoy, un modelo custodial de internación, no correspondiendo tampoco semánticamente con la realidad de la mayoría de los pacientes que requieren esta medida. Muchas legislaciones, entre ellas la española y la italiana, prescindieron de la figura de la *peligrosidad* como motivo de internación⁹. Ya Nerio Rojas destacaba el riesgo que constituía la aceptación legal de la tipificación de una “*peligrosidad predelictual*”¹⁰ y, actualmente, es considerada por diversos autores como absolutamente contraria a la seguridad jurídica¹¹.

Pero el Código Civil reformado en 1968 necesitaba, igualmente, una reglamentación, y así fue entendido por el Poder Judicial que propició la redacción de la que terminó siendo la Ley 22914 del año 1983. La misma, al

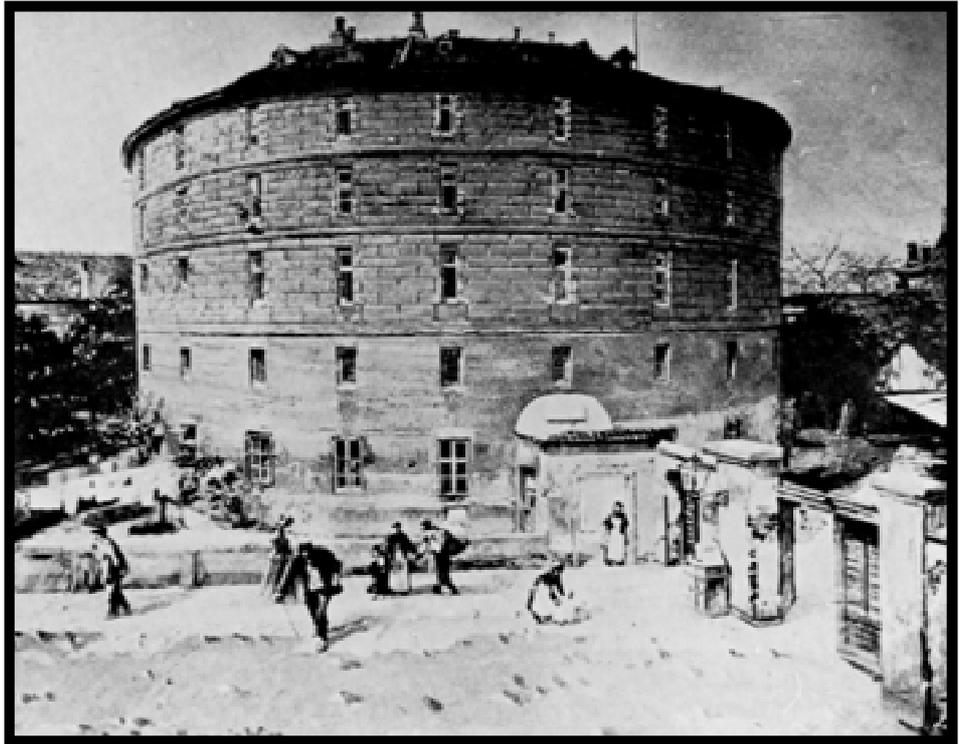
ser de carácter nacional, sólo tuvo vigencia efectiva en la Capital Federal y los Territorios Nacionales. Su concepción, como era de esperarse por su origen, era a medida de las necesidades procesales de la Justicia, tenía una terminología específicamente jurídica y fue de difícil implementación e, incluso, resistida en los ámbitos asistenciales que, sin embargo, terminaron adaptándose a su utilización¹².

La Ley 22914 describe cuatro tipos de internación: por orden judicial, a pedido del propio interesado o su representante legal, por disposición de la autoridad policial y en caso de urgencia. Es decir, reglamenta las judiciales y policiales, ya contempladas en el art. 482 con las reformas de la Ley 17711, incorporando ahora la posibilidad de situaciones en las que, a solicitud de alguien, se produjera directamente la internación en el centro asistencial, con una posterior comunicación al Ministerio Público. Los solicitantes pueden ser, como se dijo, el propio paciente o su representante legal y, en el caso de la urgencia, “*las personas enumeradas en los incisos 1) a 4) del art. 144 del Código Civil*” (artículo 1º). Estas son: el esposo o la esposa no separados, los parientes, el Ministerio de Menores y el Cónsul, si fuera extranjero. Ante cualquiera de estas solicitudes, el Director del establecimiento, a través de su dictamen médico, acepta la internación o debe rechazarla fundadamente.

La incorporación de este tipo de internaciones permitió convalidar legalmente las vías de ingreso de pacientes más habituales, esto es, cuando un familiar o el mismo paciente se acercan a la institución buscando ayuda. Sin embargo, el texto estricto utilizado y la intencional exclusión del inciso 5) del mencionado artículo 144 del Código (“*cualquier persona del pueblo...*”¹³), impidió que la solicitaran amigos, vecinos, novios e, incluso –y esto ha sido lo más cuestionable– el mismo médico, como resultaría necesario prever en el caso de encontrarse el paciente solo, descompensado, en serio riesgo y negándose a la internación. Otros países contemplan esta situación con una rápida comunicación posterior al juez, como forma de solucionar estas genuinas y frecuentes urgencias médicas, pero sin descuidar la protección de la libertad del paciente¹⁴. No es un hecho desdeñable, ya que en algunos hospitales monovalentes de la Ciudad de Buenos Aires, estas circunstancias llegan a constituir una quinta parte del total de los ingresos.

Constituye éste uno de los puntos menos claros de esta normativa, ya que el médico debe actuar en virtud de sus “*obligaciones profesionales*” (art. 19º, incisos 3º y 5º, Ley 17.132 de Ejercicio de la Profesión) o a efectos de no incurrir en “*abandono de persona*” u “*omisión de ayuda*” (art. 106 y 108 del Código Penal). Desde lo que atañe a su responsabilidad profesional, el médico podría recurrir a la internación amparándose en un “*estado de necesidad*” para evitar un mal mayor (art. 34, inc. 3º del Código Penal) o actuando en “*cumplimiento de un deber*” (art. 34, inc. 4º del Código Penal) pero, igualmente, resulta elocuente que el texto legal omita una mención esclarecedora de estas situaciones. Debemos reconocer el motivo de esta ausencia, en el origen judicial y no asistencial de la Ley 22914, con un claro sesgo en la apreciación de esas circunstancias.

Otra dificultad que presentaba el texto legal era con respecto a los egresos, que requerían una explícita autorización judicial para producirse. Esto constituía una clara invasión sobre el terreno asistencial, debiendo pri-



Torre de los locos. Viena, 1860

mar el criterio profesional en un acto que no viola la libertad individual protegida porque es devuelta en ese mismo acto y que, la mayoría de las veces, producía lo contrario al prolongar la internación en espera de una respuesta judicial que, a veces, nunca llegaba¹⁵. Pero esta situación fue subsanada por la Acordada Nº 958 de la Cámara de Apelaciones en lo Civil de la Capital Federal del 09/12/87 que, en un instructivo a los jueces, dispone una espera de 48 horas para los centros asistenciales a efectos de que, luego de solicitada el alta al Juzgado, procedieran según su criterio a la externación¹⁶.

La Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires – Ley Nº 448

Nos ocuparemos ahora de la controvertida Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires, promulgada como Ley Nº 448¹⁷. En especial, y atentos al tema de este artículo, de su Título II –que se dedica a la internación de sujetos que sufren padecimientos mentales– desde el artículo 19° hasta el artículo 48°. Hoy podemos analizar algunos puntos de esta norma contando con su tardía reglamentación, que recién se produjo el 26/04/04, a través del decreto Nº 635¹⁸.

La primera frase incluida en el artículo 19° constituye una definición y una síntesis, en cierto modo, del espíritu de la norma. Leemos: “La internación es una instancia del tratamiento que evalúa y decide el equipo interdis-

ciplinario cuando no sean posibles los abordajes ambulatorios”. Analicemos los términos en juego:

- **“instancia del tratamiento”**: con el criterio sanitario que inspira todo el texto, se refuerza el fundamento asistencial de la internación. Queda apartado todo criterio custodial o de reclusión que pueda acompañar una actitud de discriminación o marginación del enfermo mental.

- **“que evalúa y decide el equipo interdisciplinario”**: aquí destacaremos dos líneas temáticas. Una, elemento esencial de esta Ley, se refiere al equipo interdisciplinario y no sólo al médico, en una evidente colegiación de la decisión. La segunda, sin duda menos polémica que la anterior, resultaba la más conflictiva hasta la reglamentación en lo que respecta a la aplicabilidad jurídica de esta norma: la internación es *decidida* por dicho equipo, en contradicción con los textos legales vigentes, como analizamos antes, que sólo otorgan esa potestad al juez. Volveremos sobre ambos temas.

- **“cuando no sean posibles los abordajes ambulatorios”**: otro pilar de la norma al priorizar la aplicación de instancias terapéuticas que restrinjan lo menos posible la libertad del sujeto. Así manifiesta “*prioritaria la pronta recuperación y resocialización de la persona*”, promoviendo “*la creación y funcionamiento de dispositivos para el tratamiento anterior y posterior a la internación*” (artículo 19°). Esto, como decíamos al principio, coloca a la internación de enfermos mentales en consonancia con los criterios generales de hospitalización de la medicina

contemporánea. Asimismo, se ubica a la altura de las doctrinas jurídicas respecto de la libertad individual¹⁹.

En el artículo 21º, procede a clasificar a las internaciones, según su forma de producción, en: voluntarias, involuntarias y por orden judicial. Pasaremos a hacer algunos comentarios sobre cada una de ellas.

En ese mismo artículo, hace las dos especificaciones centrales sobre la **voluntaria**. Dice: “*si la persona consciente a la indicación profesional o la solicita a instancia propia o por su representante legal*”. Parece obvio y suficiente pero, si tenemos en cuenta que el cuadro psíquico que motiva una internación, como analizamos antes y a través de la misma historia clínica, pone en evidencia un estado “*público*” y “*notorio*” de enfermedad mental (según lo detalla el artículo 473 del Código Civil), sus decisiones no gozan de la plena capacidad para un consentimiento²⁰. Sobre este punto, la Ley 22914 en su artículo 2º, contemplando la internación “*a pedido del propio interesado*”, como ya mencionamos, y no haciendo mención a “*voluntariedad*”, ordenaba una rápida información a la instancia judicial sobre si el estado mental podía incluir al sujeto en las previsiones de incapacidad o inhabilitación (artículos 141 y 152 bis del Código Civil). Pensemos aquí en el serio riesgo para el profesional –no solamente en lo que compete al régimen legal de una internación psiquiátrica– de haber procedido a actos médicos sin un consentimiento válido dado el caso de encontrarse ante una demanda por “*mala praxis*”²¹.

Con respecto a la **involuntaria** –sin duda la circunstancia más delicada desde todo punto de vista– en sucesivos artículos la norma hace una serie de especificaciones que resumiremos. Se insiste con la “*extrema ratio*” de la medida, que sólo se justifica si “*mediare situación de riesgo cierto o inminente para sí o para terceros*” (artículo 29º). Cabría aquí preguntarnos a qué se refiere la Ley con “*cierto*”, porque si nos atenemos a la definición de esa palabra²² nos encontraríamos en algo muy lejano a la posibilidad científica.

Con un definido criterio asistencial, incluye la posibilidad de efectuar una internación involuntaria en situación de urgencia por 72 horas a través del concurso de un solo profesional (artículo 33º). No resulta claro si en su instrumentación constituye pieza imprescindible la “*formal solicitud por un familiar*” como expresa el artículo 30º. De no ser necesario –como creemos– esa solicitud de un familiar, por primera vez en nuestra legislación se contemplaría una posibilidad cuyas circunstancias resultan tan frecuentes en la práctica clínica: la de un sujeto alienado, con riesgo inminente de daño, sin acompañantes y que se niega a ser internado. La falta de esta figura, habíamos mencionado antes, generaba un vacío legal para la protección, tanto de la salud del paciente como del accionar responsable del profesional.

Atendamos, igualmente, que el artículo 30º habilita para solicitar la internación involuntaria de un enfermo mental a las “*demás personas con legitimidad para actuar conforme al Código Civil u organismo estatal con competencia*”. Además de incluir a las instituciones públicas –suponemos hospitales, SAME– no se refiere solamente a las personas contempladas en el artículo 144 del Código Civil, sino que abarca, también, la doctrina del “*tercero responsable*” contemplada en nuestro ordenamiento civil. Resulta más abarcativo aún si tenemos en cuenta que la Ley 22914 había restado entre los posibles solicitantes de la internación a “*cualquier persona del pueblo*”,

contemplada en el inciso 5º del artículo 144º ya mencionado.

En el resto de los casos la necesidad de internación debe ser certificada por “*dos profesionales*”, haciéndose mención en el artículo 31º a ciertos resguardos necesarios para evitar una intencionalidad oscura: que no pertenezcan a la misma institución privada o que tampoco existan otros vínculos de intereses, afectivos o familiares. Sin embargo, ni en la Ley ni en la reglamentación de ninguno de estos artículos, se hace una discriminación clara de a qué profesionales del “*equipo interdisciplinario*” se refiere esta capacidad de certificación, pudiéndose habilitar potestades mayores que las conferidas por las legislaciones de ejercicio profesional respectivas, según analizaremos más adelante.

Insistiendo en el espíritu de la Ley, en el artículo 34º se exige hacer constar –amén de dictámenes y certificados– la “*ausencia de otra alternativa eficaz para el tratamiento*” y un “*informe acerca de las instancias previas implementadas, constando detalles acerca de la duración y alcance de las mismas*”. Esta insistencia, nuevamente expresada en este artículo, pone de manifiesto, aun para el lector improvisado, el celo que tuvo el legislador en “*uno*” de los aspectos del problema de la internación de enfermos mentales –importante, sin duda, pero no el único–. Contrasta notoriamente con ausencias, omisiones o referencias vagas o genéricas que venimos destacando en otros aspectos.

Finalmente se refiere a la **internación judicial**. Sabiéndose la legislatura sin jurisdicción sobre los Juzgados Nacionales de la Capital Federal, explícita en la tercera de las Disposiciones Transitorias que tres de estos artículos no tienen vigencia hasta que “*sean transferidos al Poder Judicial de la Ciudad*”. Uno de los dos artículos restantes de este Capítulo ordena al Director del establecimiento comunicar mensualmente al juez las novedades sobre las internaciones producidas de esta manera. El otro artículo dispone que la autoridad de aplicación deberá informar “*trimestralmente al Consejo de la Magistratura los casos en que las internaciones dispuestas judicialmente no fueran necesarias a juicio del equipo de salud mental interviniente*” (artículo 39º). Si el objetivo es evitar la falta de pertinencia en la internación de acuerdo con la patología (por ejemplo: personalidades antisociales, drogadependientes, retrasos mentales, demencias), una solución más adecuada sería que la Ley obligara al Gobierno de la Ciudad a crear los establecimientos para dichos pacientes. Igualmente, iniciativas del tipo de la Sala de Observación y Evaluación del Hospital “*Dr. José T. Borda*”, en donde el equipo profesional interdisciplinario conjuntamente con un médico forense psiquiatra proponen a los jueces las conductas sanitariamente apropiadas a cada caso, resultarían menos burocráticas y superadoras de habituales prejuicios y desconfianzas²³.

Debates aún abiertos sobre la Ley 448 con respecto a las internaciones

Varios son los puntos en los que la Ley 448 ofrece poca claridad y que creemos importante comentar, fundamentalmente para evitar errores en su manejo que conduzcan a consecuencias no deseadas.

El primero es respecto de los destinatarios de la protección legal. Leemos, en el artículo Nº 20, que la nor-

ma se está refiriendo a **“la internación de personas con padecimientos mentales”**. Si tenemos en cuenta que el artículo 482 del Código Civil y la Ley 22914 mencionan a **“enfermos mentales, alcoholistas y toxicómanos”**, desde el ámbito jurídico se ha afirmado que esta Ley excluye, entonces, a alcoholistas y toxicómanos²⁴. Podríamos ofrecer los profesionales de la salud mental un sinnúmero de datos prácticos y teóricos en contra de dicha afirmación pero, sin embargo, estaríamos descuidando un elemento diferencial esencial y con muchas implicancias legales.

En efecto, las internaciones de alcoholistas y toxicómanos, la mayoría de las veces, se producen con el sujeto fuera de los efectos de dichas sustancias, lo que hace que el **“riesgo de daño”** no sea **“inminente”** sino **“potencial”**, es decir, ante la eventual circunstancia de que consuma y que lo haga en cantidad suficiente para su tolerancia. En los casos de las internaciones involuntarias contempladas por esta misma Ley, nos encontraríamos con muchas dificultades de cumplir las exigencias puestas por ella misma. No necesitamos hacer mención aquí al conocido caso de un personaje público que, lúcido y tranquilo, rechazó la internación, falleciendo luego al caer de un balcón bajo efecto de las drogas, con los consecuentes cuestionamientos legales y mediáticos para los colegas intervinientes.

En este sentido, compartiendo con la mayoría de los profesionales de la salud mental el padecimiento existente en los drogadependientes y los alcoholistas como sustrato de personalidad o como enfermedad en sí, consideramos igualmente atendible esta diferenciación. Es válida la idea de conjeturar que estas internaciones se producirán solamente mediando una orden judicial que la disponga pero, justamente desde el ámbito jurídico, surge el planteo de continuar usando la legislación anterior para estos casos, por el vacío supuesto al no ser mencionados explícitamente²⁵.

Igualmente creemos que el celo puesto por los autores en limitar la internación podría haber cedido a la mención de **“riesgos inminentes y potenciales”** en los cuadros antes considerados, aclarándose las limitaciones del caso y las especificaciones que se considerasen necesarias. Los criterios de internación no se modifican en virtud de las leyes sino por cambios de mentalidad surgidos de la seriedad científica, la interdisciplina, y la genuina preocupación por el paciente.

Un segundo aspecto con aristas difíciles es respecto a **quién decide la internación**. Ya hemos hecho mención a que el régimen constitucional y de fondo, estipulado en el Código Civil, otorgaba esta decisión solamente a la persona del juez. Con un buen criterio, la Ley 22914 lo extendió a ciertas circunstancias de urgencia y la Ley 448, avanzando correctamente en las necesidades asistenciales, incorporó a otros **terceros responsables** y enmarcó la situación extrema del paciente sin acompa-



ñantes que rechaza la internación y en el que el profesional detecta un riesgo que no admite dilaciones.

Pero la Ley 22914 habilitaba urgencias, obligando comunicaciones en plazos precisos para comunicar la medida al Ministerio Público y no incurrir en ilegales privaciones de la libertad. Asombrosamente, el texto de la Ley 448 omitió toda comunicación a instancia que no fuera la autoridad de aplicación²⁶ (excepción hecha de los ingresos que se produjeran directamente por la orden judicial, así como en los casos de menores o de incapaces ya declarados²⁷), colocando en serio riesgo de privaciones ilegítimas de la libertad a las instituciones asistenciales y a los profesionales de la salud mental, tan desafortunados a escribir o hacer comunicaciones, máxime si no se le ordenan claramente. Sin embargo y gracias a sostenidas presiones al respecto –unas veces solitarias y otras verdaderamente qui-jotescas– la Reglamentación promulgada en el 2004 salvó estas dificultades. Para las internaciones voluntarias plantea un régimen de comunicación semejante a la Ley 22914, unifica las involuntarias en una comunicación antes de las 72 horas de producidas y, sabiamente, para las discrepancias con las judiciales habilita espacios al estilo de la Sala de Observación y Evaluación mencionada antes²⁸.

Pero, continuando con el planteo de quién decide la internación, en todos los artículos de la Ley y de la reglamentación se hace mención al **“equipo interdisciplinario”**. El mismo se encuentra conformado por: médico psiquiatra, psicólogo, asistente social y enfermero universitario²⁹. Nada tendríamos que objetar en los casos en que exista unanimidad de criterios pero, ¿qué ocurre si hay discrepancias? Podemos suponer que la decisión final corresponderá al jefe del equipo, pero en la misma

Ley se habilita para dicho cargo a cualquiera de los profesionales de ese equipo con título de grado³⁰. Cabe preguntarnos a esta altura del razonamiento ¿qué profesiones se encuentran habilitadas por sus Leyes de ejercicio profesional a internar enfermos mentales?

Ninguna mención tenemos sobre enfermeros y asistentes sociales, como es obvio, ya que la curricula de sus carreras no prevé una formación clínica psicopatológica suficiente. Pero la Ley 23277, de ejercicio de la psicología, sí hace una mención específica en su artículo 8°, inciso 1°, expresando que los mismos se encuentran "*obligados a aconsejar la internación*" de estos enfermos. Sin embargo, observemos las diferencias con el artículo 19°, inciso 5°, de la Ley 17132 de ejercicio de la medicina, que expresa que los médicos se encuentran "*obligados a promover la internación*" de los alienados.

Si en los casos de discrepancias de criterios la decisión final recayera sobre un jefe asistente social, enfermero o, incluso, psicólogo, nos encontraríamos que una Ley local de la ciudad de Buenos Aires habría habilitado a un profesional a hacer algo que la Ley Nacional de ejercicio de su profesión no habilita. Las incompatibilidades resultan evidentes.

Agreguemos dos detalles más a este tema. El primero surge de la lectura del artículo 33° de la Ley antes mencionado y que habilita a mantener la internación a un solo profesional por 72 horas. Ni el texto legal ni el de la reglamentación específica a qué profesión se refieren. Nos preguntamos ¿será un psicólogo?, ¿un asistente social? o acaso ¿un enfermero? Se ha puesto mucho énfasis en la Ley en limitar la internación, como hemos venido analizando, pero se omite discriminar que estos profesionales no pueden promover la misma porque resulta incompatible a sus profesiones. Al menos podemos decir que llaman la atención las diferencias de celo en precisarlo.

Pero podemos avanzar en el segundo detalle que encontramos. Nos preguntamos cuál debe ser la actitud de un médico que no se encuentra de acuerdo con la decisión de su jefe de otra profesión, de no internar a un paciente que él considera que sí debe ser internado ¿Acata la orden jerárquica o cumple con las obligaciones emanadas de su Ley de ejercicio profesional? ¿Sobre quién recaerá la responsabilidad profesional si sobreviene un daño al paciente o a terceros por no haberlo internado? Algo parecido podríamos decir sobre el indicar o no medicación, pero no constituye el tema de esta nota.

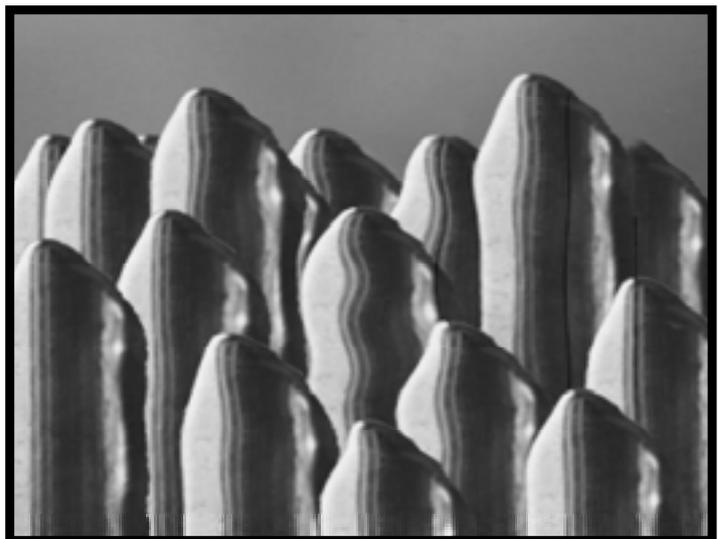
Tenemos una firme convicción sobre las bondades y el carácter esencial a nuestra tarea del trabajo interdisciplinario, pero no creemos que ello signifique diluir o eliminar incumbencias específicas que tiene cada profesión. En este sentido, consideramos todavía necesaria una reglamentación pormenorizada y adecuada, basada en un abierto diálogo científico y no en la obtención de réditos políticos³¹.

Apuntes finales

La Ley 448 dedica 30 de sus 48 artículos al tema de las internaciones de enfermos mentales. El solo dato expresado llama la atención en una norma que centra la acción en salud mental, como creemos correcto, en los ámbitos comunitarios de la prevención y el abordaje ambulatorio de tratamientos y estrategias de rehabilitación.

Destacamos que avanza en un ámbito que había sido causa de dificultades, al autorizar internaciones involuntarias de pacientes sin acompañantes o a solicitud de terceros no previstos anteriormente, constituyendo una valiosa herramienta asistencial. Por otra parte, sin embargo, ofrece problemas jurídicos con respecto a la internación de drogadependientes y alcoholistas lúcidos al momento del ingreso, debido a no encontrarse en situaciones de riesgo de daño inminente sino potencial, como describiéramos. Finalmente, y dentro de uno de los aspectos más debatidos de esta Ley, no discrimina claramente las incumbencias de cada uno de los profesionales del equipo de salud mental con respecto a la internación, generando aún pujas y conflictos entre las diversas disciplinas.

No existe la Ley perfecta y creemos que, en este sentido, la Ley 448 constituye una norma que, respecto al tema de las internaciones de enfermos mentales, todavía nos ha dejado a mitad de camino con respecto a una legislación que proteja adecuadamente los derechos de los pacientes constituyendo, además, una herramienta ágil para el ámbito asistencial y una adecuada guía para el ejercicio responsable de las profesiones. Los tratamientos en el área de la salud mental no comienzan ni se agotan en el recurso de la internación, como venimos expresando desde el comienzo, pero la particular naturaleza de este procedimiento, según también hemos detallado, exige una legislación clara, precisa y eficiente que, creemos, aún no se ha logrado. En el trabajo interdisciplinario y la práctica democrática deberá continuarse el camino emprendido ■



Notas

1. Saurí, Jorge: "Historia de las ideas psiquiátricas", Editorial Carlos Lohlé, Buenos Aires, 1969, pág. 137-149. Mora, George: "Tendencias históricas y teóricas en psiquiatría", en Freedman - Kaplan - Sadock: "Tratado de Psiquiatría", Salvat, Barcelona, 1982, Tomo I, pág. 74-89. Bringas Núñez, Exequía: "La peligrosidad del enfermo mental en los fueros del derecho civil y del derecho penal" en Revista Argentina de Psiquiatría Vertex, vol. II, Nº 6, 1991/1992, pág. 283-285. Miróli, Alejandro: "La medicina en el tiempo", El Ateneo, Buenos Aires, 1979, pág. 165-174. Ey, Henri: "En defensa de la psiquiatría", Huemul, Buenos Aires, 1979, pág. 22-26.

2. La Constitución Nacional, ya en su Preámbulo, garantiza "asegurar los beneficios de la libertad"; así mismo el artículo 14º, expresa que "todos los habitantes de la Nación" tienen el derecho de "entrar, permanecer, transitar y salir del territorio argentino"; finalmente, en el artículo 18º reza: "Nadie puede ser... arrestado sino en virtud de orden escrita de autoridad competente". Debemos recordar que con la Constitución Nacional de 1994 fueron consagrados con jerarquía constitucional, varios Tratados Internacionales que protegen celosamente la libertad personal, como la Declaración Universal de Derechos Humanos, la Declaración Americana de los Deberes y Derechos del Hombre, la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica) y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.

3. Código Civil de la República Argentina. Con las notas de Vélez Sarsfield y Legislación Complementaria, A-Z editora, Buenos Aires, 19ª edición, 1994, Ley 17.711, pág. 1316/7. Belluscio, Augusto (Director): "Código Civil y Leyes Complementarias. Comentado, Anotado y Concordado", Tomo 2 Astrea, Buenos Aires, 1987, pág. 402-403. El texto completo del artículo 482 del Código Civil, es el siguiente: "El demente no será privado de su libertad personal sino en los casos en que sea de temer que, usando de ella, se dañe a sí mismo o dañe a otros. No podrá tampoco ser trasladado a una casa de dementes sin autorización judicial". (hasta aquí el texto de la redacción original de Vélez Sarsfield). "Las autoridades policiales podrán disponer la internación, dando inmediata cuenta al juez, de las personas que por padecer enfermedades mentales, o ser alcoholistas crónicos o toxicómanos pudieren dañar su salud o la de terceros o afectaren la tranquilidad pública. Dicha internación sólo podrá ordenarse, previo dictamen de médico oficial". "A pedido de las personas enumeradas en el artículo 144 el juez podrá, previa información sumaria, disponer la internación de quienes se encuentren afectados de enfermedades mentales aunque no justifiquen la declaración de demencia, alcoholistas crónicos y toxicómanos, que requieran asistencia en establecimientos adecuados, debiendo designar un defensor especial para asegurar que la internación no se prolongue más de lo indispensable y aún evitarla, si pueden prestarle debida asistencia las personas obligadas a la prestación de alimento". (estos dos últimos párrafos son los agregados por la Ley 17711/1968)

4. Fallos 139 Corte Suprema de Justicia de la Nación (1923) "Es insostenible dentro de un régimen constitucional que ofrece las garantías de no ser arrestado sino en virtud de orden escrita de autoridad competente... la facultad de un director de un hospicio de alienados para juzgar por sí solo de la insania de las personas internadas en el establecimiento y para mantenerlas recluidas por su propia autoridad"

5. Fantoni, Bruno: "La internación del enfermo mental" en Jurisprudencia Argentina, 1967 III (sección doctrina), pág. 27-34.

6. Martínez Ferretti, José María: "Aportes para la legislación sobre internación de enfermos mentales", Revista de Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis, Asociación Argentina de Psiquiatras, Nº 9, Buenos Aires, 1998. En este artículo podrán obtenerse estas legislaciones con explicaciones que superan las necesidades del presente. Sugerimos su consulta en www.aap.org.ar

7. Ghirardi, Juan Carlos: "La inhabilitación judicial", Editorial Astrea, Buenos Aires, 1980, pág. 58 y ss. Fantoni, Bruno: "Los semialienados en la legislación civil argentina", en Jurisprudencia Argentina, 1968 V (sección doctrina), pág. 834 y ss.

8. Dentro de los procedimientos para la Declaración de Demencia, el artículo 624º plantea el requisito inicial de "certificados de 2 médicos, relativos al estado mental del presunto incapaz

y su peligrosidad actual". El artículo 629º expresa en su segundo párrafo: "Si se tratase de un presunto demente que ofreciese peligro para sí o terceros, el juez ordenará su internación". Código Procesal Civil y Comercial de la Nación. Leyes Complementarias. A-Z Editora, Buenos Aires, 10ª edición, 1993.

9. Cobreros Mendazona, Eduardo: "Aspectos jurídicos del internamiento de los enfermos mentales" en Revista de Administración Pública, Centro de Estudios Constitucionales, Madrid, vol. 94, 1981, pág. 145. Bercovitz Rodríguez-Cano: "El régimen de internamiento involuntario en centros sanitarios" en Delgado Bueno - Esbec Rodríguez - Rodríguez Pulido - González de Rivera - Revuelta : "Psiquiatría Legal y Forense", Colex, Canarias, 1994, pág. 836.

10. Rojas, Nerio: "La psiquiatría en la Legislación Civil", Valerio Perrot, Buenos Aires, 1938, pág. 202. Cabe destacar que la expresión predelictual utilizada por Nerio Rojas, es debida al origen jurídico del uso del término *peligrosidad*. El mismo se asocia al de *temibilidad* que, desde la criminología, describía la posibilidad que un delincuente volviera a cometer un delito. En ese sentido, coincidimos en lo inadecuado de continuar utilizando dicha expresión para el enfermo mental internado dentro del marco civil. Desde una perspectiva asistencial, consideramos que el uso indiscriminado en lo jurídico de los términos *peligroso* y *peligrosidad* contribuye a sostener temores, mitos y discriminaciones hacia el enfermo mental. En este sentido, ver Kraut, Alfredo J.: "Responsabilidad Civil de los Psiquiatras en el contexto de la práctica médica", Ediciones La Rocca, Buenos Aires, 1998, pág. 420-431. Coincidimos con el autor en lo estereotipado y difícil de interpretar y aplicar de ambas expresiones, intentando destacar la necesidad de utilizar palabras y, sin duda prácticas, menos estigmatizantes y vulneradoras de los derechos de los pacientes..

11. Romeo Casabona, Carlos María: "El tratamiento jurídico del enfermo mental en el CEE y sistema de garantías en el derecho español" en Delgado Bueno y otros "Psiquiatría legal y Forense", obra citada, pág. 800. Habla el autor español de una "peligrosidad predelictual social (no necesariamente criminal)" a la que considera inadmisibles al disponer medidas de seguridad privativas de la libertad hacia el enfermo mental centradas en el control y defensa social y no en la búsqueda de su tratamiento y curación. Podemos sintetizar, de una forma más adaptada al uso asistencial los siguientes motivos para proceder a una internación: a) para procurar un tratamiento y atención intensivos, especializados y constantes, que en otras partes serían imposibles de instrumentar, ya sea por la gravedad del caso o por la negativa emanada del desvío judicial que sufra la persona; b) debido a la posibilidad que consecuencias adversas puedan resultar si la persona no es internada, considerándolo profiláctico de acciones que se reputan socialmente dañosas para sí mismo o para otros; y c) cuando por cualquier motivo, nadie pueda o desee hacerse cargo del paciente, y el grado de afección le impidan atender sus propias necesidades básicas de supervivencia (alimento, vestido, seguridad, higiene, etc.), debiéndose en estos casos seleccionar adecuadamente la institución dentro del ámbito asistencial o social. Ver en Firestone, Marvin H.: "Psychiatric patients and forensic psychiatry" en Sanbar-Gibofsky-Firestone-Le Blang : "Legal Medicine", Mosby, St. Louis, 1995, p 588.

12. Para mayores detalles sobre el origen, espíritu y normativa de esta Ley remitimos al ya citado artículo Martínez Ferretti, José María "Aportes para la legislación..." (www.aap.org.ar) o al libro de varios de los autores mismos del texto legal: Cárdenas, Eduardo; Grimson, Ricardo; Alvarez, José: "El juicio de insania y la internación psiquiátrica", Editorial Astrea, Buenos Aires, 1985.

13. Art 144º, 5): "cualquier persona del pueblo si el demente fuera furioso o incomodara a los vecinos"

14. Carrasco Gómez, Juan José: "Responsabilidad Médica y Psiquiatría", Editorial Colex, Madrid, 1998, pág. 225 y ss. Mercuel A. y otros: "Loi du 27 juin 1990", Editions Techniques, Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Paris.France), Psychiatrie, 37-901-A-10, 1993, 7 p. Firestone, Marvin H.: "Psychiatric patients and forensic psychiatry", obra citada, pág. 586-587.

15. Delgado Bueno - Rodríguez Pulido - Gonzalez de Rivera:

"Aspectos médico-legales de los internamientos psiquiátricos", en Delgado Bueno y otros "Psiquiatría Legal y Forense", obra citada, pág. 647-650. Heredia Martínez, Fernando: "La hospitalización psiquiátrica sin consentimiento del paciente en el ámbito civil, en los países de la C.E.E.", en Delgado Bueno y otros: "Psiquiatría Legal y Forense", obra citada, pág. 699-701. Martini, Jorge José: "Consideraciones acerca de la internación de enfermos mentales" en Alcmeon Revista de Clínica Neuropsiquiátrica, vol. 2, Nº 1, Marzo 1992, Argentina, pág. 86.

16. El texto de la **Acordada** expresa: "En la providencia que decreta o mantiene la internación, los jueces dispondrán que cuando el causante se encuentre en condiciones de externación, el director del establecimiento deberá informarlo al juez y pedir el egreso. En caso de que no se comuniquen ninguna objeción en el plazo de 48 horas, el director deberá otorgar la externación y hacerlo saber al Tribunal dentro de las 24 horas siguientes a que se llevó a cabo la medida. En ese informe, también deberá indicarse, en caso de ser posible, el lugar de residencia futura así como la persona que se hará cargo del externado, o en su caso, manifestar lo innecesario de esta última precisión". Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil de la Capital Federal, Memorandum Nº 887 de la Secretaría General, del 23 de diciembre de 1997.

17. Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires – Nº 1022 – 07/09/00 – pág. 18898 a 18903.

18. Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires – Nº 1927 – 26/04/04 – expte. 1826/2003.

19. A nivel jurídico es reconocida internacionalmente en la actualidad la denominada doctrina de la **alternativa menos restrictiva de la libertad** ("least restrictive alternative"). La misma tiene su origen jurídico en los Estados Unidos en el año 1966, a raíz del caso *Lake vs. Cameron* que involucraba la internación involuntaria de una mujer de 60 años de edad con diagnóstico de demencia senil, pero que no revestía riesgo para ella o los demás. En la sentencia del mismo el presidente del tribunal expresó "que una persona no podrá ser internada contra su voluntad en un hospital psiquiátrico si pueden ser instrumentadas otras alternativas de abordaje que sean menos restrictivas del derecho constitucional del paciente a su libertad personal" Firestone, Marvin: "Psychiatric patients and forensic psychiatry" en Sanbar-Gibofsky-Firestone-Le Blang: "Legal Medicine", Mosby, St. Louis, 1995, pág. 589. Lamb, Richard: "Institutionalization and deinstitutionalization" en Escuela Latinoamericana de Bioética: "Ética en Salud Mental y Neurociencias", Centro Colaborador OMS en Salud Mental, pág. 1273-1279. Chambers, David: "Alternatives to civil commitment of mentally ill: practical guides and constitutional imperatives" en Michigan Law Review, Ann Arbor, 1972, vol. 70, Nº 6, pág. 1168 a 1173.

20. Rivera, Julio Cesar: "Instituciones de Derecho Civil. Parte General", Abeledo Perrot, Buenos Aires, 1998, pág.508-513.

21. Martínez Ferretti, José María: "Dificultades para la aplicación de la nueva Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires en lo referente al régimen de internación", en IV Jornadas de Rein-geriería en Salud Mental y II Jornadas de Salud Mental y Derecho, FACAP (Federación Argentina de Cámaras y Asociaciones Psiquiátricas), Buenos Aires, Noviembre 2000. Trabajo que mereció el Primer Premio en Ciencias Médicas en dichas Jornadas y fue publicado en los Anales de la misma.

22. "Ciertamente (del latín *certus*) adj. Conocido como verdadero, seguro, indudable" Gran Enciclopedia Universal Espasa Calpe, Grupo Editorial Planeta/Espasa Calpe, Buenos Aires, 2005.

23. Mezzena, Laura - Míguez W. Mario: "Funcionamiento de la Sala de Observación y Evaluación - SOE", en Boletín Borda, Nº 63, Año VII, Junio 1997, pág. 131-135. Giudice, Francisco - Mendes, Alberto - Arias, Ana María - Label, Héctor Pablo: "Sala de Observación y Evaluación. Análisis institucional. Nuevo paradigma y sus vicisitudes" en Revista de Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis de la Asociación Argentina de Psiquiatras, Año 4, Vol. 2, Nº 2, 6, Mayo 1997, pág.145-152.

24. Tobías, José W.: "La internación y externación de quienes tienen 'padecimientos mentales' y la Ley 448 de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires", La Ley, Año LXVII, Nº 60, Buenos Aires, Marzo 2003.

25. En el ya citado artículo de Tobías, José W.: "La internación y externación ..."

26. Artículo 4º Ley 448: "La autoridad de aplicación de la presente Ley es el nivel jerárquico superior del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires en materia de Salud Mental", o sea, el Poder Ejecutivo; lo que no constituye "autoridad competente", constitucionalmente hablando, como analizamos antes.

27. Martínez Ferretti, José María: "Dificultades para la aplicación de la nueva Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires en lo referente al régimen de internación", ya citado anteriormente. Sólo el artículo 32º prevé comunicación al Ministerio Público en el caso de "niñas, niños, adolescentes e incapaces". Más allá de haber sido más claro hablar de *menores*, menciona a *incapaces* lo que implica ya interdicción judicial previa (artículo 140º del Código Civil). Los artículos 26º, 28º, 37º, 42º, 43º y 46º dispone comunicar al juez en los casos de internaciones ya dispuestas judicialmente.

28. El texto del Decreto 635/04 expresa al respecto, en la *reglamentación del "artículo 21º"*:

a) El Director del establecimiento deberá comunicar la internación **voluntaria** en el plazo de setenta y dos (72) horas al Ministerio Público sólo si se configurase alguno de los siguientes casos: 1) que la persona se encontrase en alguno de los supuestos contemplados por los arts. 141, 152 bis incs. 1 y 2, o 482 párrafo 2º y 3º del Código Civil; 2) que la persona ya hubiese sido internada con anterioridad; 3) que la internación se hubiese prolongado más de veinte (20) días continuos.

b) El Director del establecimiento deberá comunicar la internación **involuntaria** de inmediato, o en su defecto, en un plazo no mayor a las setenta y dos (72) horas al Ministerio Público.

c) En los casos de las internaciones previstas en el artículo 21 inciso c), a fin de efectuar la correspondiente derivación, se dará intervención, previa a la **orden judicial** de internación, al Servicio de Observación y Evaluación pertinente del subsector estatal, el cual estará constituido por el equipo interdisciplinario en función de admisión y por un médico psiquiatra del Cuerpo Médico Forense, o al equipo interdisciplinario en función de admisión que se constituya al efecto en el subsector privado, al que se agrega un médico psiquiatra del Cuerpo Médico Forense".

29. Artículo 10º, inciso H) del Decreto Reglamentario Nº 635.

30. Artículo 12º, inciso L), de la Ley 448.

31. Delgado Bueno, Santiago: "Alternativas al internamiento involuntario" en Delgado Bueno y otros "Psiquiatría Legal y Forense", obra citada, pág. 690-693. El autor advierte sobre los fracasos de una reforma en la atención psiquiátrica meramente ideologizada y que no contemple la creación previa de los adecuados recursos alternativos a la internación.

Descripción de los principales condicionantes que afectan las internaciones psiquiátricas en el Hospital “Dr. A. Korn” de Melchor Romero

Eduardo Amado Cattáneo

Médico, Doctor en Medicina, Especialista en psiquiatría y psicología médica. Jefe de Servicio. Servicio de Atención en Crisis. Hospital Interzonal Especializado de Agudos y Crónicos “Dr. A. Korn”. Melchor Romero, Buenos Aires, Argentina. E-Mail: amcatt@intramed.net

La salud mental es ciertamente un aspecto relevante de la salud(3). La consecuencia de su impacto es altamente invalidante, ocasionando no sólo un sufrimiento subjetivo sino que, mediante los cambios conductuales, produce severas alteraciones en las relaciones interpersonales y entre el individuo y la sociedad. En este contexto se establece la necesidad de internación como una de las tantas intervenciones posibles. En rigor, el planteo de una internación podría implicar la insuficiencia de otros encuadres o estrategias asistenciales. La experiencia desarrollada desde la jefatura de un Servicio de Admisión –en la modalidad de internación– de un hospital emblemático de la Provincia de Buenos Aires¹ será, en este artículo de opinión, la base sobre la cual intentaré, de la manera más descriptiva posible, establecer la relevancia del tema y la naturaleza del problema.

La problemática inherente al proceso de internación en salud mental es compleja y complicada por la falta aparente de recursos. Los datos del Proyecto Atlas(2) confirman que muchos profesionales de la salud mental saben desde hace tiempo que en la mayoría de los países los servicios de salud mental son insuficientes comparados con las necesidades de atención.

1. Hospital Interzonal Especializado (Neuropsiquiátrico) de Agudos y Crónicos –HIEAC– “Dr. A. Korn”, Melchor Romero, Provincia de Buenos Aires. Servicio de Atención en Crisis.

La insuficiencia del servicio prestado a la comunidad puede ser de diversa naturaleza, aunque no necesariamente por falta de recursos. El análisis de la proporción de ciertos componentes de este sistema deja de manifiesto extremos notables; sirva como ejemplo la disponibilidad de “camas psiquiátricas” en el área de la ciudad de La Plata, en la sumatoria de las existentes en los subsectores público y privado –mayor que la que se obtiene de la media entre los principales países– y su contracara: la crónica y conflictiva “falta de camas” en el hospital “Dr. A. Korn”.

No ha habido un cuerpo de conocimiento en el área que plantee estas contradicciones y otras dificultades en forma abarcativa, ni es claro que exista un conocimiento recíproco de los distintos actores, ni mucho menos un procedimiento formal que los vincule o relacione. El escaso conocimiento de los recursos/acceso a los mismos, incumbencias o alternativas, redundan en una consecuencia indeseable: la falta de control sobre la provisión de la mejor asistencia a un ciudadano afectado en su salud mental, o su accesibilidad y su calidad.

Estas cuestiones no son, ciertamente, novedosas. El Hospital Interzonal Especializado de Agudos y Crónicos (HIEAC) “Dr. A. Korn” fue fundado en 1884, como Hospital Provincial de Alienados “Melchor Romero” y, al poco tiempo de funcionamiento se evidenciaron –y documentaron– los problemas de la naturaleza aquí reseñada, tal la nota que le remite el Director General del

Resumen

En el contexto de los distintos procedimientos que se aplican en salud mental, el tratamiento en la modalidad de internación es muy sensible a la disponibilidad del recurso. En el ámbito público son notables las dificultades que esto plantea. En particular en el HIEAC “Dr. A. Korn”, donde las internaciones psiquiátricas se efectivizan con los recursos que dispone el Servicio de Atención en Crisis, se observa un desequilibrio entre la intención de internación y la disponibilidad de camas en detrimento de la efectivización de las internaciones. Se analizan algunos determinantes de las internaciones, aquellas que son inadecuadas y las innecesarias. Se enumeran algunos factores sobre cuyo control se optimizaría la disponibilidad del recurso.

Palabras clave: Salud mental – Internaciones psiquiátricas – Hospital “Dr. A. Korn”.

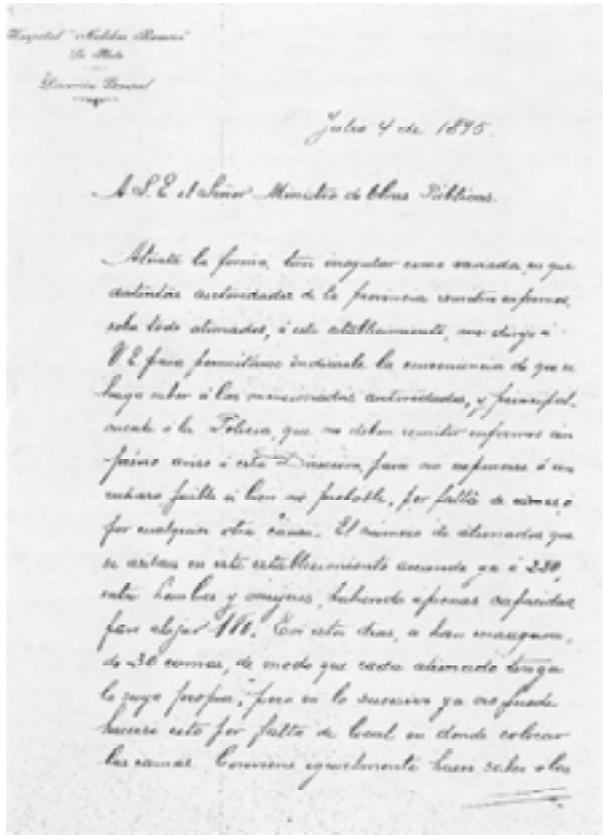
A DESCRIPTION OF THE MAJOR ISSUES AFFECTING PSYCHIATRIC HOSPITALIZATION IN “DR. A. KORN” HOSPITAL

Summary

From all mental health procedures, the inpatient assistance depends particularly on resources' availability. Especially in public health, this is a major problem. In the HIEAC “Dr. A. Korn”, this fact is not an exception, and the gap between the intention of psychiatric internments and the effective psychiatric internments is significant. Some internments determinants are analyzed in order to illustrate the inadequate and the unnecessary ones. The main causes are mentioned, and by managing them the resource availability would be optimized.

Key words: Mental Health – Psychiatric hospitalization – Hospital “Dr. A. Korn”.

Primera de las hojas de la nota del Director General del Hospital "Melchor Romero" al Ministro de Obras Públicas de la Provincia de Buenos Aires



Julio 4 de 1895

A S. E. el Señor Ministro de Obras Públicas

Atento á la forma, tan irregular como variada, en que distintas autoridades de la provincia remiten enfermos, sobre todo alienados, á este establecimiento, me dirijo á V. E. para permitirme indicarle la conveniencia de que se haga saber á las mencionadas autoridades, y principalmente á la Policía, que no deben remitir enfermos sin previo aviso á esta Dirección, para no exponerse á un rechazo, posible si bien no probable, por falta de camas, o por cualquier otra causa. El número de alienados que se asilan en este establecimiento asciende ya á 250 entre hombres y mujeres, habiendo apenas capacidad para alojar 180. En estos días, se han inaugurado 30 camas, de modo que cada alienado tenga la suya propia, pero en lo sucesivo ya no puede hacerse esto por falta de local en donde colocar las camas. /.../

A. Korn

hospital al Ministro de Obras Públicas de la Provincia de Buenos Aires el 4 de julio de 1895.

Distintas discusiones se han establecido en relación con los modelos de asistencia en salud mental. Se ha criticado fuertemente el modelo centrado en el hospital neuropsiquiátrico que, naturalmente, simboliza al manicomio, y así es que, también naturalmente, parece anacrónico.

Estas cuestiones han sido reiteradamente observadas y es casi imposible que alguien piense en la actualidad en el hospital neuropsiquiátrico como eje de la asistencia. Sin embargo, tantas buenas observaciones, a lo largo de los años, no han podido instalar mejores alternativas, resultando un hecho contundente: los "neuropsiquiátricos" se encuentran "completos". Si nos colocáramos en la piel del profesional que trabaja en un neuropsiquiátrico nos daríamos cuenta de que no son ellos quienes arrebatan a los pacientes mentales de la comunidad y los encierran entre sus paredes, sino que las internaciones se efectivizan muchas veces innecesariamente, muchas veces interminablemente, por falta de alternativas reales extramuros a valorar y, así sucesivamente, dando la sensación de que es una fortuna disponer de un manicomio en nuestro sistema de salud, y en nuestra comunidad, sin que podamos dejar de reconocer que las opiniones y soluciones teóricas en pos de tantos derechos escritos, realmente abundan.

Se pueden determinar varios ejes principales que impactan en este proceso de internación. El factor común que los define es la perspectiva de análisis: la médica, la ju-

dicial, la social, la individual, la familiar y la económica. La internación propiamente dicha está condicionada, en distintas formas, por cada una de estas perspectivas.

No es la intención de este artículo analizar la problemática en general sino sólo las principales cuestiones derivadas del accionar diario en nuestro Servicio de atención en crisis.

Estos ejes forman parte de una situación aceptada. Se sabe que hay un procedimiento que culmina en la disposición judicial de internación, que hay una percepción social de la enfermedad mental que induce a la necesidad de acercamiento a un hospital psiquiátrico, que en una Sala de Guardia de un hospital general se determina que lo más conveniente es una derivación al HIEAC "Dr. A. Korn", y así otras situaciones generales que concluyen en el planteo o disposición, más o menos perentorio, de internación.

Desde el punto de vista médico, la necesidad de internación psiquiátrica en el HIEAC "Dr. A. Korn" está determinada por dos grandes condiciones:

A. Las derivadas de una emergencia, a saber:

1. la condición de riesgo de vida: intencionalidad suicida.
2. la incapacidad de comprensión de las consecuencias (riesgosas) de las propias acciones por fallas en el juicio de realidad o del sano inferir del entendimiento, característico de las distintas psicosis o reacciones con alteración grave del comportamiento:
 - 2.1. en algún momento del curso evolutivo de

ciertos trastornos mentales (esquizofrenia y otras psicosis relacionadas, trastornos del humor con síntomas psicóticos, etc.)

2.2. psicosis secundarias a intoxicaciones/abstinencia o condiciones médicas.

2.3. excitación psicomotriz de distinta causa, incluidas las mencionadas en los puntos anteriores; *bouffée délirante* en débiles mentales y personalidades inmaduras, episodios psicóticos polimorfos agudos y transitorios, etc.

B. Las derivadas de la provisión de un ámbito de tratamiento de continencia idónea, con generación de internaciones programadas, más o menos perentorias:

3. Adecuación/control de tratamientos: por incumplimientos, titulación de medicamentos críticos, control de eventuales eventos adversos, previsión de riesgo suicida en el inicio del tratamiento con antidepresivos, etc.

4. Control de conductas de uso desadaptativo, bebidas alcohólicas.

En cuanto a emergencias, y tratándose de un hospital, la situación –médica– que requiere de una intervención inmediata debe distinguirse de cualquier otra situación que, aunque determinante también de una rápida solución, corresponda a otros ámbitos de asistencia, por ejemplo el ámbito “social”.

En este sentido, es pertinente tener en mente las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud en su declaración de *Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental*(5), adoptados por la Asamblea General en su resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991 que, si bien no son de aplicación obligatoria, son un imperativo ético en nuestro desempeño. El primer principio, Libertades Fundamentales y Derechos Básicos, recomienda en su segundo punto que *“todas las personas tienen derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental, que será parte del sistema de asistencia sanitaria y social”*. Es dable observar que las internaciones por “causa social” no son una rareza. Así es que personas encontradas en la vía pública –no auto válidas, sea porque tienen un desarrollo madurativo insuficiente, o por causa de una demencia, muchas veces no identificados– son evaluados por algún profesional del cuerpo médico policial y trasladados a nuestro hospital para ser internados en virtud del Art. 482 del Código Civil de la República Argentina. Por el contrario, estas personas debieran ser asistidas por algún dispositivo social que garantice su derecho a la mejor asistencia posible [Principio 8, Normas de la atención. 1. *Todo paciente tendrá derecho a recibir la atención sanitaria y social que corresponda a sus necesidades de salud y será atendido y tratado con arreglo a las mismas normas aplicables a los demás enfermos*] y, en todo caso, debieran ser evaluadas en cualquier hospital general al efecto de determinar su estado de salud general y de allí ser contenidas en algún dispositivo pertinente, sea orientado a la asistencia de la discapacidad mental (por ejemplo Hogar para Discapacitados o Institución Gubernamental de asistencia de personas con Retraso Mental) o un Hogar para Ancianos o dependencia pública de orientación geriátrica. Sin embargo, estas personas se convierten en “pacientes psiquiátricos”. En la Región Sanitaria XI hay 21 hospitales, según se desprende de la información que el Ministerio de Salud aporta en su página web (www.ms.gba.gov.ar), entre los que hay algunos para discapacitados y gerontes. Sin embargo, el ingre-



Alejandro Korn
1860-1936

so a estas instituciones parece más dificultoso que una internación en nuestro hospital.

Estas internaciones no corresponden a las generadas en causas médicas y son motivo de la utilización innecesaria de un recurso idóneo (puntos 1 a 4) con la consiguiente distorsión en su disponibilidad oportuna.

De la misma manera debiera desestimarse el recurso que aporta nuestro hospital al dispositivo asistencial en general cuando se trata de personas cuya conducta está determinada por el consumo desadaptativo de drogas, en todo caso, no contemplado por los puntos 1 y 2.

Cabe recordar que en el punto 4 se excluye el consumo desadaptativo de drogas, siendo taxativo en cuanto al de bebidas alcohólicas, ya que el HIEAC dispone de un recurso específico, la Sala Carrillo (Internación y Consultorios Externos), de referencia provincial, para la asistencia de personas con conductas de dependencia al alcohol. De hecho, las internaciones por este motivo son altamente significativas en las estadísticas de nuestro hospital.

Es observable que algunas personas con diagnóstico de Retraso Mental o de Demencia de cualquier causa, o con conductas disruptivas que originan estrés familiar notable –p.ej., drogadependientes con conductas displicentes o violatorias de los estilos de convivencia familiar/social– por la situación agobiante que generan, son motivo de intervenciones judiciales o policiales que culminan en la “psiquiatrización” del conflicto y su ulterior asistencia en internación, para lo cual los intervinientes debieran reparar en el siguiente principio: *Principio 4, Determinación de una enfermedad mental, 1. La determinación de que una persona padece una enfermedad mental se formulará con arreglo a normas médicas aceptadas internacionalmente. (...) 3. Los conflictos familiares o profesionales o la falta de conformidad*

con los valores morales, sociales, culturales o políticos o con las creencias religiosas dominantes en la comunidad de una persona en ningún caso constituirán un factor determinante del diagnóstico de enfermedad mental.

El mismo principio da cuenta de otra situación que es el hecho de que cualquier situación producida por alguien que estuvo internado no determina, *a priori*, que deba ser nuevamente internado: 4. *El hecho de que un paciente tenga un historial de tratamientos o de hospitalización no bastará por sí solo para justificar en el presente o en el porvenir la determinación de una enfermedad mental.*

Para el caso de internaciones sujetas a programación, puntos 3 y 4, debiera primar la accesibilidad del recurso de asistencia al núcleo de pertenencia del paciente. Para la población asistida en la modalidad de internación en nuestro hospital se destaca, como causa, el incumplimiento y el abandono de los tratamientos indicados. Esta causa, a su vez, está condicionada principalmente por las grandes distancias que median entre la vivienda del paciente y el hospital, problemas económicos y la provisión no siempre asegurada del recurso farmacológico, que implican una mayor frecuencia en las consultas o cambios bruscos en los medicamentos prescritos.

Las reinternaciones, que utilizan una proporción importante del recurso, muchas veces pueden deberse al fenómeno de la "puerta giratoria". No es deseable que los pacientes crónicos ocupen camas y espacios terapéuticos por descompensaciones evitables, las que dejan de estar disponibles para casos agudos (1, 4). Si bien el tratamiento de pacientes egresados del HIEAC "Dr. A. Korn" implica otros dispositivos asistenciales y sociales, en la práctica el SAC se encuentra en una situación disociada del resto de estos recursos en la mayoría de las situaciones.

La intención de internación está generada en estructuras judiciales, en intervenciones policiales, en el mismo interesado o sus familiares o en otros ámbitos asistenciales, en ese orden de importancia numérica. Desde una disposición judicial hasta una consulta donde se analizan las mejores intervenciones posibles, se despliegan los criterios médicos con muy distintos condicionantes.

La internación efectiva a su vez depende de la *disponibilidad del recurso*. Este recurso se suele sintetizar en la disponibilidad de cama, que no debe tomarse en forma literal ya que, si así fuera, no parecería un inconveniente agregar camas en tanto quede espacio libre, sino que el término "cama" sintetiza los recursos humanos y estructurales necesarios para asistir digna y profesionalmente a un paciente. El balance entre la intención de internación y la disponibilidad del recurso resulta en una sobrecarga del dispositivo asistencial y en una calidad de atención no óptima.

La relación descripta –intención de internación/disponibilidad de recursos– es sólo –aunque muy elocuente– la "punta del iceberg" de un sistema más amplio de salud mental.

Podría ser beneficioso que la intención de internación se ajustara a los criterios institucionales aplicados a la definición de las incumbencias asistenciales del HIEAC, que al ser definidas por el Ministerio de Salud contemplan desde una visión amplia la totalidad de los recursos disponibles y la óptima utilización de los mismos para beneficio de la población, a saber:

1. Criterios éticos y de diagnóstico según la resolución del Ministerio de Salud, N° 00046 del 17 de enero de 1980, que establece: "*Artículo 1: En los Hospitales Psiquiátricos no*

se internarán oligofrénicos, pacientes menores de 18 años ni mayores de 60 años que no presenten patología psiquiátrica activa. Asimismo, no se internarán cuadros de alcoholismo que no se encuentren en estado de alienación (demencia o cuadro subagudo), los que deberán ser asistidos en Hospitales Generales. Se exceptúan aquellos casos que se justifiquen o a solicitud del Poder Judicial, que a través de una junta médica psiquiátrica del establecimiento, evalúe al paciente".

2. En caso de derivaciones desde otro hospital, dentro de la región sanitaria de incumbencia, deberá justificarse como medida tendiente a mejorar la situación asistencial médica. Las limitaciones sociales no deberían resolverse con el traslado de un paciente de un hospital a otro.

3. La regionalización sanitaria implica una zona geográfica de incumbencia. Se le asigna responsabilidad asistencial al HIEAC en las regiones XI y IX.

4. El tratamiento de las conductas de uso desadaptativo de drogas y aún las asociadas a otra patología psiquiátrica –"doble patología"– se resuelve en estructuras asistenciales que no incluyen al HIEAC "Dr. A. Korn". Debe distinguirse el tratamiento de las conductas de uso de sustancias del de los emergentes psiquiátricos del uso, tal el caso de psicosis secundaria, excitación psicomotriz u otra condición que ponga en riesgo su integridad o la de terceros por falla judicial o intencionalidad suicida que se asistirá hasta su remisión en el HIEAC "Dr. A. Korn".

5. El reconocimiento del HIEAC "Dr. A. Korn" como carente de recursos custodiales o de seguridad.

No obstante, se internan pacientes menores de 18 años y mayores de 60, con diagnóstico de retraso mental sin patología psiquiátrica concomitante, derivados de hospitales de otras regiones sanitarias sin causa médica que lo justifique, drogadependientes sin otra condición relevante, provenientes de otras regiones sanitarias, etc. Podemos denominar a estas internaciones como inadecuadas.

En nuestra práctica cotidiana, los pacientes concurren al hospital trasladados por personal policial, espontáneamente o en ambulancia, en ese orden de frecuencia y, en cualquier caso, con o sin acompañamiento familiar.

Los pacientes llegan al hospital mayormente por mecanismos no asistenciales-sanitarios y, cuando éstos intervienen, son de características no específicas. El "paciente psiquiátrico" no es fácilmente abordable por el médico generalista y la información que acompaña al paciente derivado suele ser insuficiente.

En todo caso, la evaluación de un paciente (la apreciación de su estado de salud mental o de su salud en general) es una capacidad que tiene un profesional vinculado – en la promoción, prevención o asistencia – con la salud mental o entrenado para evaluar situaciones complejas. Es deliberada la definición del profesional idóneo, no por su título de grado sino por su incumbencia, ya que en esta particular disciplina son observables intervenciones de médicos en general, particularmente de especialistas en psiquiatría, de psicólogos y de asistentes sociales. Y esto es así porque en salud mental las "emergencias" no sólo son de incumbencia médica, sino que se verifican con similar impacto en las decisiones de internación: las de causa vincular, social, por auto-negligencia, por conductas complejas (violencia, riesgo autolítico), etc.

Es importante que las decisiones de internación/institucionalización sean la resultante de una evaluación especializada, tanto por la indicación de la misma (un

recurso de la máxima complejidad dentro del espectro de intervenciones posibles), como de la selección de la institución más adecuada en donde efectivizarla.

No pasa siempre así. La evaluación que culmina en la internación puede ser canalizada:

a. con *intervención policial*, que agrega a la situación de crisis un factor de estrés adicional y a veces una disrupción en la evolución de la crisis con acciones intempestivas, que dejan de lado el valioso aporte familiar;

b. por *disposición judicial*, que aún siendo recomendada por algún profesional, son intervenciones de un observador y no acciones cuyo desarrollo mismo podría impedir la internación; o

c. por *presentación espontánea* o mediante la participación familiar o de allegados, que también dejan de lado posibles intervenciones *in situ* que pudieran haber sido más continentales y específicas desde lo asistencial.

En no pocas oportunidades es inevitable la internación, ya que la crisis ha evolucionado a un estatus riesgoso, o las "presiones" judiciales restan objetividad al profesional asistente, originando una incierta interacción entre la disposición judicial, la familia y el paciente desconocido que, ante la duda, concluye en una internación. Estos podrían ser ejemplos de internaciones innecesarias.

Por otro lado, la disponibilidad del recurso –sintetizado como "cama"– no sólo está determinada por la internación efectivizada sino también por los egresos. Las altas dependen de la coexistencia de una buena respuesta terapéutica y de una buena continencia extramuros y las derivaciones a otros Servicios dentro del hospital – Sala Carrillo, Servicio de Agudos Hombres/Mujeres, Servicio de Subagudos Hombres/Mujeres, Salas de Rehabilitación, Sala de Clínica Médica de pacientes Mentales o Guardia General– dependen de la disponibilidad de cama en el destino, excepto, claro está, para la Guardia General.

Son diversos los factores que afectan los egresos, algunos sensibles a los tratamientos indicados, otros a la



gestión y muchos a las opciones extramuros, cerrándose un círculo de difícil solución.

Conclusiones

Sin temor a equivocarnos, interviniendo en el control de las internaciones innecesarias y las inadecuadas, y favoreciendo una más dinámica liberación de camas, el Servicio de Atención en Crisis del HIEAC "Dr. A. Korn" sería más que suficiente para asistir a la población sobre la que, teóricamente, tiene responsabilidad asistencial (por área de residencia y por diagnóstico/situación).

Adicionalmente, debe considerarse que si se actuara sobre la crisis *in situ*, si se monitoreara el curso de los tratamientos (cumplimiento, provisión de medicamentos, factores de riesgo, síntomas precoces, etc.) y se respetaran las incumbencias de los recursos asistenciales (por condición clínica, edad, y región sanitaria), los recursos se utilizarían en forma eficaz y, en caso de necesidad de intervenciones de mayor complejidad (la internación), ésta se efectivizaría sin dilación, con asistencia idónea y sin perjuicio del afectado ■

Referencias bibliográficas

1. "Un modelo de gestión para la asistencia de pacientes con trastornos mentales crónicos severos". Amado Cattáneo, E., Fernández, I. I., Gabay, P. M., Ghelman, L., Linetzky, L., Mendizábal, V. J., Sehinkman, M. D.,. Maestría en gestión de servicios de salud mental. Planificación y gerencia de Servicios de Salud Mental. 2003.
2. Atlas. Recursos de Salud Mental en el Mundo, Organización Mundial de la Salud. 2001.
3. Caldas de Almeida, José M. Conferencia sobre *La salud mental en el mundo*. Dictada en la Maestría de Gestión de Servicios de Salud Mental. Instituto Universitario ISALUD. Buenos Aires. 17 de mayo de 2002.
4. Dratcu L. "Cuidado comunitario y tratamiento hospitalario en psiquiatría: lecciones de la experiencia británica", en Fernández Bruno MD y Gabay PM, "Rehabilitación psiquiátrica y reinserción social de las personas con trastornos mentales crónicos graves", cap. 13. Editorial Polemos, Buenos Aires, 2003.
5. Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, G.A. Res. 119, U.N. GAOR, 46 Sesión, Supp No. 49, Anexo, p. 188-192. U.N. Doc.A/46/49 (1991).

Indicadores de accesibilidad y desempeño de la internación psiquiátrica

Hugo Barrionuevo

Médico Psiquiatra (UBA). Especialista en Sistemas de Salud y Seguridad Social (UNLZ). Especialista en Auditoría y Garantía de Calidad de la Atención Médica (Universidad Favaloro). Director de la Maestría en Gestión de Servicios de Salud Mental. (Instituto Universitario Isalud). Venezuela 925/931, Cap. Fed. Tel. 5239-4000 E-mail: hugobarrionuevo@fibetel.com.ar

Dentro de las modalidades asistenciales en salud mental, la “hospitalización” o “internación” es una de las de mayor trascendencia tanto para la vida de las personas afectadas como para la “vida” de los sistemas de atención de la salud.

Por un lado se trata de un dispositivo terapéutico eficaz y aún no superado para el abordaje y resolución de ciertas situaciones de extrema gravedad y riesgo que se presentan en la práctica cotidiana. Por otra parte constituye una forma de cuidado que, por su propia naturaleza, requiere de la restricción de libertades esenciales de las personas y, en el caso de los trastornos mentales, de personas con su capacidad de autocuidado disminuida. Finalmente, se trata de uno de los servicios más costosos en términos económicos y consume una porción importante del gasto en salud mental.

Objetivo

El presente trabajo tiene por objetivo proporcionar un conjunto mínimo de indicadores que permitan la comparación, evaluación y monitoreo de la internación

psiquiátrica como parte del sistema de atención, y contribuir a la planificación sanitaria en términos de recursos técnicos y económicos en salud mental.

El nombre propuesto es Conjunto de Indicadores Básicos de Internación Psiquiátrica (CIB-IP) y pertenece a un grupo más amplio e integral, el Conjunto de Indicadores Básicos de Atención en Salud Mental (CIB-ASM), también desarrollado por el autor y que incluye la atención en consultorios externos, hospital de día, y la atención domiciliaria y de emergencia¹.

Este conjunto de indicadores fue desarrollado para ser utilizado por autoridades sanitarias, obras sociales, prepagas y redes de prestadores. El lector reconocerá fácilmente su capacidad didáctica para los mismos proveedores de servicios de salud mental, de manera que también puede constituirse en una herramienta de evaluación y gestión para los propios prestadores.

Dada la escasez actual de información pertinente, confiable y oportuna sobre el funcionamiento de los sistemas y servicios de salud mental, la implementación de este “paquete” de indicadores podría proveer en un tiempo breve la información necesaria tanto para establecer estándares operativos, donde los distintos siste-

Resumen

En nuestro medio, la falta de información necesaria para la evaluación de sistemas de atención, programas y servicios de salud mental, agudiza la necesidad de desarrollar e implementar sistemas de indicadores que provean información relevante, confiable y oportuna. El presente trabajo propone un Conjunto de Indicadores Básico de Internación Psiquiátrica (CIB-IP) para evaluar la accesibilidad y el desempeño de la internación psiquiátrica en los sistemas de atención de salud mental. Se describe cada uno de los indicadores propuestos y se analiza su utilidad y alcances. La evaluación de impacto de políticas específicas, el monitoreo de programas, la vigilancia epidemiológica, la mejora de la accesibilidad, la planificación de recursos, el diseño de programas de cobertura y su presupuestación, pueden apoyarse en este conjunto de indicadores. Como características salientes se destacan su confiabilidad y oportunidad, la factibilidad en su obtención y el bajo costo de operación. Su aplicación puede proveer de información relevante en plazos relativamente breves por lo que se recomienda su pronta implementación.

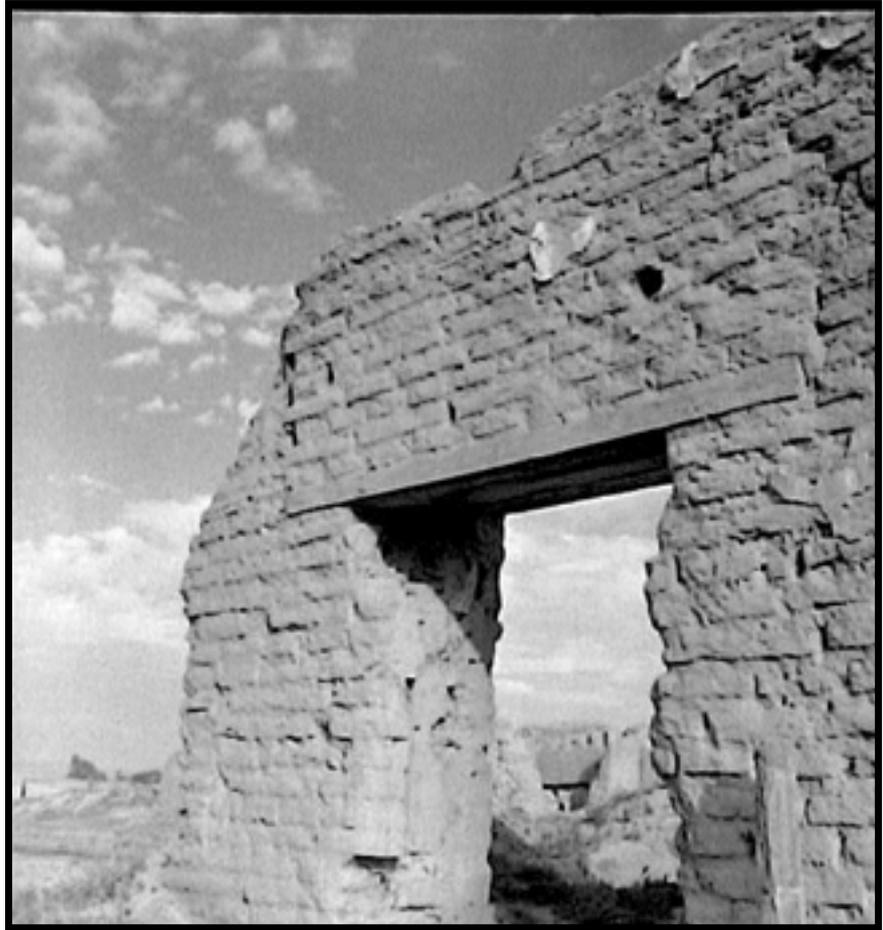
Palabras clave: Indicadores Salud Mental – Internación Psiquiátrica – Evaluación – Accesibilidad – Desempeño – Planificación

INDICATOR SET TO MEASURE ACCESSIBILITY AND PERFORMANCE OF INPATIENT PSYCHIATRIC SERVICES

Summary

In our country, the lack of necessary information to assess health-assistance systems, programs, and services highlights the need to develop and implement a set of indicators that provides relevant, reliable and in-time information. The present paper proposes a basic set of indicators for inpatient-psychiatric services (CIB-IP), which helps assess their accessibility and performance. Each of the proposed indicators is described, together with its convenience and limitations. The assessment of specific-policy impact, program monitoring, epidemiologic surveillance, accessibility improvement, resource planning, program coverage design, and quotation can be supported by this set of indicators. As relevant characteristics we highlight its reliability, timing convenience, feasibility, and low-cost operation. Its implementation can provide relevant information in a relatively short term. Thus, we recommend the immediate implementation of this indicator set.

Key words: Indicator set – Measurement – Inpatient Psychiatric Services – Assessment – Accessibility and Performance – Planning



mas de cobertura podrán compararse en busca de mejorar los servicios que brinda, como para orientar a los tomadores de decisiones en materia de planificación, monitoreo, evaluación y auditoría, en sistemas y servicios de salud mental.

También permitirá pronosticar la utilización de servicios y por ende calcular los costos y presupuestar los sistemas de atención en salud mental en materia de internación psiquiátrica.

Sólo a título de ejemplo, si se aplica este *set* de indicadores en los sistemas de atención de las Obras Sociales, en un tiempo relativamente breve podrían obtenerse valores de referencia en los que apoyarse en busca de mejorar sus programas de atención, sus sistemas de auditoría e, incluso si se analizan datos globales, podría mejorarse sustancialmente el Programa Médico Obligatorio como herramienta de regulación.

Se propone también que el mismo pueda ser utilizado por los Ministerios de Salud provinciales para compararse con otras jurisdicciones o evaluar el impacto de una política específica.

Se espera a su vez que los interrogantes que surjan del presente trabajo señalen los puntos de partida de futuras investigaciones en materia de planificación, evaluación de calidad, diseño de planes de cobertura y financiamiento de Servicios de Salud Mental.

El trabajo está organizado en tres partes: en primer lugar se identifican los indicadores propuestos y se analiza la utilidad de cada uno de ellos; en segundo lugar

se aborda la factibilidad de la recolección de la información y se indican las fuentes (aspecto clave y frecuente causa de fracaso en la implementación de sistemas de indicadores); finalmente se aportan algunas conclusiones y recomendaciones para un mejor aprovechamiento de la herramienta.

Los Indicadores

Los indicadores constituyen la principal herramienta para comparar y por lo tanto evaluar el funcionamiento de los Servicios y sistemas de salud. Se trata de una expresión indirecta de un fenómeno que se desea evaluar pero que por sus características no se puede abordar de manera directa. Su objetivo es la cuantificación y comparabilidad.

En un sentido más restrictivo los indicadores deben poder expresarse matemáticamente como una división, pero en un sentido amplio se suele utilizar el término indicador para referirse a la ocurrencia de cualquier acontecimiento o evento que señala otra cosa, que "indica" algo.

En el presente trabajo utilizamos el término en su sentido acotado, es decir como fórmula compuesta por un numerador y un denominador, cuya finalidad es la comparabilidad a través del ajuste que permite este último, el denominador. El numerador suele expresar la presencia y magnitud del acontecimiento o evento que

deseamos evaluar y se pone en relación con una población de referencia, el denominador, para permitir la comparación.

Existe una definición anónima que merece destacarse por su sencillez y expresividad y que dice que un indicador es "una medida simple de una realidad compleja"².

El conjunto de indicadores que se propone a continuación fue construido teniendo en cuenta muy especialmente la factibilidad de obtener los datos necesarios según las posibilidades actuales en nuestro medio. Es relativamente sencillo construir un indicador teórico y descubrir luego que los datos necesarios no se producen o no están disponibles y su costo de obtención supera el beneficio que proporcionaría el indicador.

Con respecto a las conclusiones que pueden obtenerse a partir del uso de cualquier tipo de indicador, tanto para comprender un fenómeno como para sostener la toma de decisiones, la interpretación de los mismos debe ser prudente y apoyada en una visión de conjunto con la ayuda del resto de los indicadores.

Nuestro país no cuenta aún con estadísticas confiables que permitan la construcción de estándares o valores de referencia para hacer comparaciones, pero esto no debe ser una excusa para la inacción sino justamente una fuerte motivación para la implementación de este tipo de indicadores que, por su simplicidad, podrían arrojar rápidamente información relevante y oportuna para distintos tipos de evaluaciones.

A continuación se lista el conjunto de indicadores propuestos:

1. Tasa de pacientes internados por habitante.
2. Tasa de ingresos por habitante.
3. Días-cama por habitante.
4. Estadía media.
5. Porcentaje de internados de menos de 30 días.
6. Porcentaje de internados de más de 1 año.
7. Porcentaje de egresos con Alta Médica.
8. Porcentaje de internados mayores de 65 años.
9. Porcentaje de internadas mujeres (o varones).
10. Porcentaje de internados con Diagnóstico de Esquizofrenia..
11. Porcentaje de internados con Diagnóstico de Demencia.
12. Porcentaje de internados con Diagnóstico de Retraso Mental.
13. Porcentaje de ingresos de mayores de 65 años.
14. Porcentaje de ingresos de mujeres (o varones).
15. Porcentaje de ingresos con Diagnóstico de Esquizofrenia.
16. Porcentaje de ingresos con Diagnóstico de Demencia.
17. Porcentaje de ingresos con Diagnóstico de Retraso Mental.
18. Porcentaje de ingresos con Diagnóstico de Trastorno por Consumo de Sustancias.

¿Qué indican los indicadores?

A continuación se describen los indicadores y se analiza brevemente su utilidad y alcances.

Tasa de pacientes internados (por beneficiario/habitante por mes)

Relaciona el volumen de las internaciones con la población bajo cobertura. Su fórmula es:

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ total de pacientes que estuvieron internados en el mes} \times 10.000}{\text{Total de población bajo cobertura (mismo período)}}$$

La presencia de una tasa de internados "baja" podría estar señalando algún problema de accesibilidad a los servicios de internación. Por el contrario una tasa de internados "elevada" podría corresponderse con un sistema de atención que privilegia la internación por sobre las otras modalidades de cuidado en salud mental.

Tasa de ingresos (por beneficiario/habitante por mes)

La tasa de ingresos está compuesta por el número total de ingresos a internación que se produce en un período dividido por la población bajo cobertura:

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de ingresos producidos en el mes} \times 10.000}{\text{Total de población bajo cobertura (mismo período)}}$$

La relación de estos dos términos permite dar una primera mirada al comportamiento del sistema de atención ambulatoria en cuanto a su capacidad de "contención" y seguimiento de los pacientes graves.

Promedio de días-cama por beneficiario/habitante por mes

Este indicador mide la cantidad de días-cama utilizados en un cierto período en relación con una población de referencia:

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ total de días-cama utilizados en el mes} \times 10.000}{\text{Total de población bajo cobertura (mismo período)}}$$

Se trata de un indicador resumen dado que la cantidad de días-camas que se utilizan está en relación directamente proporcional con el número de internaciones y la duración de las mismas.

Si a este hecho le agregamos que la unidad día-cama puede utilizarse como una unidad de recurso en la planificación sanitaria, tenemos aquí una medida de necesidad de recursos así como de evaluación, por ejemplo en la implementación de políticas o programas de fortalecimiento de dispositivos de base comunitaria, atención ambulatoria, domiciliaria y sistemas de emergencia.

Estadía media de los egresos del período

La estadía media mide la duración que en promedio tuvieron las internaciones producidas en un determinado período:

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ total de días-cama utilizados por los egresos (del período)}}{\text{N}^{\circ} \text{ de egresos (del período)}}$$

Como se deduce de la misma fórmula la estadía se obtiene sobre los egresos, es decir que se trata de las internaciones que finalizaron, excluyendo del cálculo

Cuadro 1 Conjunto de Indicadores Básicos de Internación Psiquiátrica (CIB-IP)	
Indicador	Fórmula
1. Tasa de pacientes internados por habitante	$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes que estuvieron internados en el mes} \times 10 \text{ mil}}{\text{Total de población bajo cobertura (mismo período)}}$
2. Tasa de ingresos por habitante	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de ingresos del mes} \times 10 \text{ mil}}{\text{Total de población bajo cobertura (mismo período)}}$
3. Días/cama por habitante	$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de días-cama utilizados en el mes} \times 10.000}{\text{Total de población bajo cobertura (mismo período)}}$
4. Estadía media Nº de egresos (del período)	$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de días-cama utilizados por los egresos (del período)}}{\text{N}^\circ \text{ de egresos (del período)}}$
5. Porcentaje internados de menos de 30 días	$\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes internados con menos de 30 días de internación} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total pacientes internados}}$
6. Porcentaje internados de + de 1 año	$\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes internados con más de 1 año de internación} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total pacientes internados}}$
7. Porcentaje de egresos con Alta Médica	$\frac{\text{N}^\circ \text{ egresos con Alta Médica (del período)} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de egresos (del período)}}$
8. Porcentaje internados mayores de 65 años	$\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes internados} > 65 \text{ años} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total pacientes internados}}$
9. Porcentaje internados mujeres (o varones)	$\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes internados mujeres} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total pacientes internados}}$
10. Porcentaje internados con Diag. Esquizofrenia	$\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes internados con Diagnóstico de Esquizofrenia} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total pacientes internados}}$
11. Porcentaje internados con Diag. de Demencia	$\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes internados con Diagnóstico de Demencia} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total pacientes internados}}$
12. Porcentaje internados Diag. Retraso Mental	$\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes internados con Diagnóstico de Retraso Mental} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total pacientes internados}}$
13. Porcentaje ingresos de mayores de 65 años	$\frac{\text{N}^\circ \text{ ingresos} > 65 \text{ años del período} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total ingresos (mismo período)}}$
14. Porcentaje ingresos de mujeres (o varones)	$\frac{\text{N}^\circ \text{ ingresos mujeres del período} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total ingresos (mismo período)}}$
15. Porcentaje ingresos con Diag. Esquizofrenia	$\frac{\text{N}^\circ \text{ ingresos con Diagnóstico de Esquizofrenia del período} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total ingresos (mismo período)}}$
16. Porcentaje ingresos con Diag. Demencia	$\frac{\text{N}^\circ \text{ ingresos con Diagnóstico de Demencia del período} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total ingresos (mismo período)}}$
17. Porcentaje ingresos con Diag. Retraso Mental	$\frac{\text{N}^\circ \text{ ingresos con Diagnóstico de Retraso Mental del período} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total ingresos (mismo período)}}$
18. Porcentaje ingresos con Diag. T. Cons. de Sust.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ ingresos con Diagnóstico T. Consumo de Sustancias del período} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total ingresos (mismo período)}}$

Fuente. Elaboración propia.

aquellas que se encuentran en curso durante la aplicación del indicador. Esta limitación debe ser tenida en cuenta en el análisis de los resultados que arroje el indicador. Hemos desarrollado diversas maneras de resolver este obstáculo que no es posible incluir en el presente trabajo pero que podrán ser tratadas más adelante³.

Porcentaje de internados de menos de 30 días

Se trata de una proporción que mide el peso relativo de las internaciones "agudas" dentro del total de las internaciones:

$$\frac{\text{Nº pacientes internados con menos de 30 días de internación} \times 100}{\text{Nº total pacientes internados}}$$

Independientemente del valor de referencia que pudiera tomarse o construirse, es deseable que el mayor porcentaje posible de pacientes internados no supere una cierta "antigüedad" de la internación en curso. Este tipo de indicador necesita un valor de corte para poder operar; la ubicación de este valor (30 días en nuestro caso) podría ser modificada a la luz de nuevos avances, pero es aconsejable que los distintos sistemas de atención utilicen el mismo indicador para no perder su capacidad de comparación.

Porcentaje de internados de más de 1 año

En forma complementaria con el anterior, esta proporción mide el peso relativo de las internaciones "crónicas" dentro del total de las internaciones:

$$\frac{\text{Nº internados con más de 1 año de internación} \times 100}{\text{Nº total pacientes internados}}$$

Resulta claro que lo deseable es que el valor del indicador tienda a cero. Con respecto al valor de corte le corresponden las mismas consideraciones que para el indicador anterior.

Porcentaje de egresos con Alta Médica por mes

La proporción de pacientes que egresan en condiciones de Alta Médica, es el único dentro de este grupo de indicadores que mide resultado de la atención:

$$\frac{\text{Nº egresos con Alta Médica (del período)} \times 100}{\text{Nº de egresos (del período)}}$$

Evaluar el resultado de la atención en los Servicios de salud es difícil y costoso. En el campo de la Salud Mental este problema es especialmente complejo y no existen aún indicadores confiables que gocen de consenso para la evaluación de resultado de los Servicios. Sin embargo, sí es posible medir el grado en que se han logrado ciertos objetivos asistenciales (siendo en este caso el Alta Médica el resultado deseable de toda internación) y de esta manera obtener una aproximación indirecta a los resultados esperados en términos de mejora de la salud y el bienestar de nuestros pacientes. En este sentido merece destacarse que se trata de un indicador confiable y de fácil construcción.

Indicadores de perfil epidemiológico

Hasta aquí hemos abordado indicadores que aportan información sobre la utilización de los servicios, la accesibilidad, su capacidad y desempeño.

Los indicadores que se describen a continuación son de distinta naturaleza con respecto al objetivo de la medición: nos permiten obtener un cierto perfil epidemiológico de la población en internación.

Teniendo en cuenta que la implementación de este tipo de indicadores está sujeta a múltiples obstáculos, es aconsejable comenzar con datos lo más confiables posible y de mayor facilidad en su obtención. En función de ello hemos seleccionado tres variables para la construcción de este subgrupo de indicadores: edad, sexo y diagnóstico.

Dentro de las posibilidades que ofrece la variable edad, la decisión de focalizar la mirada en la población mayor de 65 años obedece a diversas razones: se trata de un grupo etéreo en aumento en la población mundial, representa una importante porción de las internaciones psiquiátricas, genera necesidades específicas en los cuidados que reciben en internación (riesgos de caídas, mayor prevalencia de patologías médicas, etc.) y se trata de una población muy sensible a las condiciones de otras instancias de cuidado, como la accesibilidad a establecimientos geriátricos, la atención y cuidados domiciliarios, los cambios culturales en los cuidados familiares, etc.

Los grupos diagnósticos seleccionados (Esquizofrenia, Demencias, Retraso Mental y Trastorno por Consumo de Sustancias) obedecen al menos a dos razones: se trata de patologías de alta prevalencia dentro de las internaciones y constituyen diagnósticos relativamente confiables a la hora de recoger información de rutina en los Servicios de internación.

La posibilidad de ampliar o recortar las categorías diagnósticas seleccionadas debe ser evaluada en función de las necesidades locales y los cambios temporales.

Utilizando estas mismas variables hemos a su vez desagregado este subgrupo de indicadores según dos perspectivas distintas y complementarias: una estática y la otra dinámica.

Desde el punto de vista estático se encuentran aquellos indicadores referidos a la población internada en un determinado período, es decir los que miden la "carga" relativa de las distintas patologías o situaciones: Porcentaje de internados mayores de 65 años, Porcentaje de internados mujeres (o varones), Porcentaje de internados con Diagnóstico de Esquizofrenia, Porcentaje de internados con Diagnóstico de Demencia, Porcentaje de internados con Diagnóstico de Retraso Mental.

Si bien tampoco contamos aquí con estándares o valores de referencia, sería deseable, por ejemplo, que la proporción de pacientes internados con diagnóstico de Demencia y Retraso Mental fuera sumamente reducida, teniendo en cuenta las otras alternativas terapéuticas o de cuidados que el sistema de salud posee o debe poseer para este tipo de patologías. Por lo tanto el indicador para estos diagnósticos podría funcionar de manera similar que los indicadores de "eventos no deseados".

Si por el contrario monitoreamos la composición de los ingresos, es posible evaluar la dinámica de las internaciones, es decir los cambios en el tiempo del patrón de internaciones o "case mix": Porcentaje de ingresos mayores de 65 años, Porcentaje de ingresos mujeres (o varones), Porcentaje de ingresos con Diagnóstico de Esquizofrenia, Porcentaje de ingresos con Diagnóstico de Demencia,



Porcentaje de ingresos con Diagnóstico de Retraso Mental, Porcentaje de ingresos con Diagnóstico de Trastorno por Consumo de Sustancias.

Como puede observarse, hemos agregado el Trastorno por Consumo de Sustancias en el grupo de indicadores dinámicos, por la gran variabilidad en el tiempo esperable para este tipo de trastorno.

Tanto en la composición de la población internada como en los ingresos, una alta proporción de pacientes con diagnóstico de Demencia o Retraso Mental, podría estar indicando una falla en otras instancias dentro del sistema de salud (atención ambulatoria, domiciliaria, de emergencia), en los sistemas de contención y participación social (familia, recursos comunitarios, geriatría, etc) e incluso en los sistemas educativo y laboral (integración de personas con discapacidad mental).

¿Qué datos se necesitan para construir estos indicadores?

Una de las características del conjunto de indicadores propuestos es que han sido seleccionados y construidos teniendo en cuenta su factibilidad, especialmente en la disponibilidad de los datos.

Existen dos posibilidades para obtener la información: la recolección de los datos numéricos que formarán parte de la fórmula de cada indicador (por ejemplo "número total de paciente internados en el período") o la recolección nominada de los listados de pacientes (listado de pacientes internados en el período).

En la primera forma, la instancia encargada de la construcción y manejo de los indicadores debe recoger un Conjunto Mínimo de Datos de Internación Psiquiátrica (CMD-IP), según se detalla a continuación:

1. Total población de referencia.
 2. Número de pacientes internados por mes.
 3. Número de ingresos a internación por mes.
 4. Número de egresos del mes.
 5. Número de pacientes internados por franja etárea.
 6. Número de ingresos por franja etárea.
 7. Número de pacientes internados de menos de 30 días.
 8. Número de pacientes internados de más de 1 año.
 9. Número de pacientes internados con Diagnóstico de Esquizofrenia.
 10. Número de pacientes internados con Diagnóstico de Demencia.
 11. Número de pacientes internados con Diagnóstico de Retraso Mental.
 12. Número de ingresos con Diagnóstico de Esquizofrenia.
 13. Número de ingresos con Diagnóstico de Demencia.
 14. Número de ingresos con Diagnóstico de Retraso Mental.
 15. Total de pacientes-día del período.
 16. Número de egresos con Alta Médica por mes.
- Como puede observarse se trata de datos que se obtienen a partir de información de rutina, que en líneas generales manejan los proveedores de servicios de salud mental en nuestro medio, más allá de algunas diferencias regionales que pudieran existir.
- En la segunda forma de recolección de información propuesta, se trata de un Listado Mínimo de Pacientes Internados por Psiquiatría (LMP-IP) que debe ser remitido mensualmente por los distintos efectores con la siguiente información:
1. Identificación del paciente.
 2. Género.

3. Fecha de nacimiento.
4. Fecha de ingreso.
5. Fecha de egreso.
6. Tipo de egreso.
7. Diagnóstico (CIE-10 o DSM-IV).

También se destaca aquí que se trata de información que los establecimientos de salud mental producen rutinariamente, lo cual no agrega costos adicionales para su implementación y ofrece cierto grado de confiabilidad respecto de los datos remitidos.

Conclusiones

Como puede observarse se trata de un número acotado de indicadores, confiables, de fácil obtención y cuya interpretación y análisis prudente y oportuno podría permitir comparar, evaluar, monitorear y servir de apoyo en el diseño de políticas específicas, en la planificación de recursos y en la toma de decisiones fundada en datos observables.

La capacidad comparativa de la mayoría de estos indicadores se puede obtener en dos ejes:

- *Eje temporal*: permite comparar su evolución en forma mensual, dado que la mayoría de los indicadores están contruidos con información mensualmente sensible a cambios.

- *Eje espacial*: permite fácilmente la comparación entre jurisdicciones, Obras Sociales, redes o prestadores.

La facilidad en su obtención junto con la capacidad de ser analizados en un tiempo relativamente breve permite:

- Una rápida caracterización del volumen y perfil la demanda.

- Una rápida identificación de algunos patrones de comportamiento de la oferta.

La ausencia de indicadores y estándares para evaluar el funcionamiento de los sistemas de atención en salud mental, refuerzan la necesidad de una pronta implementación de este tipo de indicadores, la cual podría arrojar en un plazo relativamente breve algunos valores de referencia confiables y adecuados al contexto local ■

Referencias bibliográficas

1. Aranguren EC, Rezzónico RA. *Auditoría Médica. Garantía de Calidad en la Atención de la Salud*. Centro Editor de la Fundación Favalaro. Buenos Aires. 1996.
2. Barrionuevo HH. *Gestión del Programa Médico Obligatorio en Salud Mental*. Ediciones Isalud. Buenos Aires. 2004.
3. Barrionuevo HH. *Salud Mental y Discapacidad Mental en las Obras Sociales Nacionales*. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Buenos Aires, 2005. Versión electrónica en www.wpa.org
4. Barrionuevo HH. *Indicadores de Gestión en Salud Mental*. Ediciones Isalud. En prensa.
5. Basauri VA, "Evaluación de los servicios de salud. Componentes y conceptos". En: Basauri, VA. (ed.). *Evaluación de Servicios de Salud Mental*. Pág. 15-50. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid. 1993.
6. Caldas de Almeida J, Torres González F. Ed. *Atención Comunitaria a Personas con Trastornos Psicóticos*. Organización Panamericana de la Salud. Washington. 2005.
7. Didia Attas J, Graña DO. y otros. *Indicadores de Resultados de Tratamientos a Adicciones a Sustancias Psicoactivas*. Becas Carrillo-Oñativia. CONAPRIS. Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Nación. Buenos Aires. 2004. www.msal.gov.ar
8. Domínguez MA. *Perspectivas del Programa de Cobertura de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad en las Obras Sociales Nacionales*. Ediciones Isalud, Buenos Aires, 2004.
9. Eguigaray M. "El Registro de los Casos Psiquiátricos". En: Basauri VA. (ed.). *Evaluación de Servicios de Salud Mental*. Pág. 103-123. Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid, 1993.
10. González de Chávez M. "Posibles indicadores para el análisis de las reformas psiquiátricas". En: Basauri VA. (ed.). *Evaluación de Servicios de Salud Mental*. Pág. 53-94. Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid, 1993.
11. Graña DO, Barrionuevo HH. y otros. *Manual de Acreditación para Establecimientos y Programas de Salud Mental*. Instituto Técnico de Acreditación de Establecimientos de Salud (ITAES), Buenos Aires, 2005.
12. López Ibor Aliño JJ. y otros. *Estudio Socioeconómico sobre: El coste social de los trastornos de salud mental en España*. Sociedad Española de Psiquiatría. OFISALUD. Madrid. 1998.
13. Lyons JS, Howard KI, O'Mahoney MT, Lish JD. *The Measurement and Management of Clinical Outcome in Mental Health*. John Wiley & Sons Inc, New York, 1997.
14. Ministerio de Salud de Dinamarca. *The Danish National Indicator Project: Schizophrenia: Indicators, Standards and Prognostic Factors*. Ministerio de Salud, Dinamarca, 2005. www.nip.dk
15. Ministério da Saúde do Brasil. *Reforma psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil*. Conferencia Regional de Reformas de Servicios de Saúde Mental: 15 años depois de Caracas, Brasilia, noviembre de 2005.
16. Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Nación. *Programa Médico Obligatorio de Emergencia*, Buenos Aires, 2002.
17. Organización Mundial de la Salud. *Proyecto Atlas: Cartografía de los recursos de salud mental en el mundo*. OMS, Ginebra, 2001.
18. Torricelli F, Barcala A. "Epidemiología y Salud Mental: un análisis imposible para la Ciudad de Buenos Aires", *Vértex Revista Argentina de Psiquiatría*. 2004, Vol. XV.10-19.

Notas:

1. Este conjunto de indicadores está desarrollado en: Barrionuevo H.H. *Indicadores de Gestión en Salud Mental*. Ediciones Isalud. En prensa.
2. Definición anónima de evaluador suizo-francés, citada como material de cátedra por Dante Graña Profesor Titular de la Materia "Calidad de la Atención en Salud Mental". Maestría en Gestión de Servicios de Salud Mental. Instituto Universitario Isalud. saludmental@isalud.org
3. Material de Cátedra de la Materia "Planificación y Gerencia de Servicios de Salud Mental". Maestría en Gestión de Servicios de Salud Mental. Instituto Universitario Isalud. saludmental@isalud.org

Modelo de comunidad terapéutica en internaciones psiquiátricas breves

Estudio Descriptivo de la Unidad Psiquiátrica Dinámica de Internación del Hospital Italiano de Buenos Aires

Daniel Matusevich

Médico Especialista en Psiquiatría. Jefe de la Sala de Internación, Servicio de Psiquiatría, Hospital Italiano de Buenos Aires. Gallo 1543 PB "C" (1425). Tel: 4822-3218. Ciudad de Buenos Aires. E-mail: dmatusevich@ciudad.com.ar

Martín Ruiz, María Carolina Vairo, Paula Girard, Gustavo Rozadilla, Guido Castagnola, Alfredo Job, Inés Pinto, Carlos Finkelsztein

"El último paso en la carrera del pre-paciente puede conllevar la certeza, justificada o no, de su abandono: ha quedado al margen de la sociedad y sus allegados le han vuelto la espalda".

Erving Goffman, *Internados*

En primer término realizaremos un recorrido histórico-epistemológico en referencia a las posibilidades de desarrollar un proyecto de internación aguda con orientación de comunidad terapéutica en el contexto socio-cultural actual. En segundo lugar describiremos cuantitativamente el trabajo llevado adelante en la Unidad Psiquiátrica Dinámica de Internación (UPDI) del Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA).

Los antecedentes de publicaciones que se hayan ocupado de realizar esta tarea en nuestro país son más bien escasos, a pesar de la relevancia de la cuestión; en el año 1992 Gaudio y col.(8) relevaron 150 pacientes admitidos entre abril y junio en el Hospital Borda con el objeto de mostrar la problemática subyacente a este tema; en el año 2002 Strejilevich y col.(35) publicaron un ar-

Introducción

En esta comunicación nos ocuparemos de diferentes aspectos relacionados con la internación psiquiátrica a través de un análisis que comprenderá variables estadísticas, descriptivas y epidemiológicas con el objeto de tratar de capturar la complejidad subyacente a esta tarea.

Resumen

Objetivo: comunicar un proyecto de internación aguda con orientación de comunidad terapéutica, valorando aspectos cualitativos y cuantitativos y teniendo en cuenta el contexto sociocultural actual. **Introducción:** La internación psiquiátrica que abarque aspectos psicodinámicos, intervenciones farmacológicas en un contexto facilitador, centrada en la intensidad de las interacciones entre los miembros de la comunidad terapéutica e integrada a la estructura del hospital general será clave a la hora de considerar la recuperación y la reinserción del paciente a la sociedad, permitiendo avanzar sobre los prejuicios que afectan a las personas internadas. **Material y Métodos:** estudio de cuantificación, prospectivo, observacional y transversal, en una Unidad Psiquiátrica Dinámica de Internación (UPDI). Se incluyeron 605 pacientes. **Resultados:** promedio de días de internación 16,34 +/- 14,56; principales motivos de ingreso: depresión (19,4%), ideas suicidas (17,7%), episodio autoagresivo (17,6%), abuso/dependencia de sustancias (14,3%), descompensación psicótica (13,8%), síntomas conductuales de la demencia (6%). Se registraron 75 reingresos (12,4%), siendo 47 (7,76%) los pacientes que se reinternaron. El 14,88% estuvo contenido físicamente. **Principales diagnósticos de egreso del Eje I (DSM IV):** 32,1% depresión, 13,2% dependencia de sustancias, 10,2% enfermedad bipolar, 7,6% demencia, 7,5% esquizofrenia y 5,8% trastorno psicótico; **Eje II (DSM IV):** trastorno límite 27,3%, narcisista 8,9%, histriónico 5,3%. **Discusión:** Consideramos que el trabajo asistencial en internación entendido de esta manera puede traer cambios favorables y duraderos, sentando las bases para un cambio estructural en la continuidad del tratamiento al alta.

Palabras clave: Internación psiquiátrica breve – Comunidad terapéutica – Modelo psicodinámico de hospitalización

THERAPEUTIC COMMUNITY MODEL IN SHORT PSYCHIATRIC HOSPITALIZATION. DESCRIPTIVE STUDY ON THE DYNAMIC PSYCHIATRIC INPATIENT UNIT OF THE ITALIAN HOSPITAL OF BUENOS AIRES.

Summary

Objective: the aim of this paper is to communicate a project of short term psychiatric hospitalization, based on a therapeutic community model, considering qualitative and quantitative aspects in the present socio-cultural context. **Introduction:** this psychiatric hospitalization model that embraces psychodynamic and pharmacological interventions is focused in the intensity of interactions between members of the therapeutic community and integrated to the administrative structure of a general hospital; this will be the key to consider patient's return to the community and to move forward over the prejudices that inpatients suffer. **Material and Methods:** quantitative, prospective, observational and transversal study on a Dynamic Psychiatric Inpatient Unit. 605 patients were included. **Results:** mean length of stay was 16.34 days; principal causes of admission were depression (19.4%), suicide ideas (17.7%), suicide attempt (17.6%), substance abuse or dependence (14.3%), psychosis (13.8%), behavioral and psychological symptoms of dementia (6%). There were 75 readmissions. 14.88% patients were physically restrained. **Principal Axis I diagnosis were depression (32.1%), substance dependence (13.2%), bipolar disorder (10.2%), dementia (7.6%), schizophrenia (7.5%), and psychotic disorder (5.8).** Axis II diagnosis were borderline personality disorder (27.3%), narcissistic personality disorder (8.9%), histrionic personality disorder (5.3%). **Discussion:** this kind of approach shows a structural model that allows possible and persistent favorable changes for psychiatric inpatients.

Key words: Psychiatric Inpatient Unit – Therapeutic Community – Psychodynamic Model – Hospitalization

título en el que analizaban epidemiológicamente los registros de los egresos ocurridos durante el periodo 1994-1998 en la Unidad de Internación Psiquiátrica de hombres del Servicio de Psicopatología del Hospital Parmenio Piñero de la Capital Federal.

En el año 2003 Nemirovsky y col.(26) caracterizaron la población psiquiátrica internada por medio de una empresa de medicina prepaga en la Ciudad de Buenos Aires poniendo especial énfasis en los tiempos de estadía, los diagnósticos y las reinternaciones.

La ausencia de este tema en las publicaciones vernáculas puede tener variados motivos: en primer lugar consignamos la dificultad de realizar relevamientos epidemiológicos en nuestro país, tanto por cuestiones metodológicas como por la desvalorización del método dentro del mundo "psi"(23); en segunda instancia debemos considerar que el trabajo en una sala de internación psiquiátrica, clásicamente, ha estado devaluado por los propios profesionales, ya que éste es visto como una tarea relacionada con los aspectos más represivos de nuestra especialidad(18).

Primera Parte

Internación psiquiátrica: controversias actuales

La comunidad terapéutica hoy

Una de las preguntas a responder cuando nos enfrentamos al tema de la internación psiquiátrica es qué lugar ocupa la comunidad terapéutica en los tiempos de la atención gerenciada o, mejor dicho, si es posible el enfoque comunitario en épocas en las que parecen coexistir dos posiciones: los espacios asilares clásicos para personas de nivel socioeconómico bajo y las clínicas privadas subcontratadas por los sistemas de medicina prepaga para aquellos que pueden afrontar sus costos.

En primer término debemos analizar si estos espacios presentan tantas diferencias como pareciera en una aproximación inicial. Un contraste fundamental que tenemos que mencionar son los tiempos de estadía: mientras que en el espacio asilar es necesario pensar en meses o hasta en años, en las internaciones privadas en general hablamos de semanas, ya que, según los pocos estudios con los que contamos, es muy raro llegar al mes(9, 10, 12, 24). Esto plantea una diferencia fundamental, pero dicha diferencia no establece el modelo comunitario en un espacio en detrimento del otro sino que, más bien, lo que marca es que la variable económica define los tiempos de estadía(16, 17).

Es necesario resaltar que una estadía breve de ninguna manera garantiza el enfoque comunitario, creemos más bien que, en algunos casos, la estructura asilar clásica ha sido reemplazada por lo que podríamos denominar "asilos de corta estadía", por donde los pacientes pasan y en los que se definen un número variado de intervenciones con el objetivo de cubrir aspectos legales y médicos, pero con un sentido último de "cambiar algo para que todo siga igual"(5).

Esta circunstancia produce una gran desmoralización en el equipo médico, que ve cómo su trabajo consiste, cada vez más, en aplicar protocolos, llenar documentos y sistematizar estrategias de externación y menos en pensar

los nuevos modos de sufrimiento mental y sus maneras de inserción en las diferentes estructuras sociales(9).

Consideramos que el enfoque de comunidad terapéutica no debe perderse, debido a que es clave tanto para la recuperación del paciente como para la reinserción del mismo en el entramado social; en referencia a esta cuestión nos gustaría decir que si bien los tiempos de internación han disminuido, esto no se ha reflejado en una disminución del prejuicio contra las personas que han debido afrontar internaciones psiquiátricas; múltiples ejemplos en nuestra práctica diaria avalan que las largas estadías aumentan el prejuicio pero de ninguna manera lo construyen. Aunque en nuestro país existen cada vez más grupos autogestionados por pacientes y familias, aún no se ha conseguido desterrar el pesado estigma que acarrea el paso por el manicomio.

Debería ser de consulta obligatoria para todos los profesionales que se desempeñan en una internación psiquiátrica la obra de Goffman *Internados*(11), en donde el autor describe con mucho detalle la situación social del enfermo mental institucionalizado; a pesar de que la edición original data de 1961, el texto mantiene la vigencia de los clásicos y narra, utilizando el método de la historia natural, el devenir de las personas cuando son sometidas al proceso de hospitalización.

Estamos de acuerdo con Kernberg(16) cuando sostiene que la comunidad terapéutica debe estar integrada a la estructura administrativa del hospital general en el que opera; esta idea central pone el foco en que las enfermedades mentales deben ser tratadas en hospitales y quizás sea en esa integración donde deba buscarse la clave para avanzar sobre los prejuicios y los estigmas que afectan a las personas internadas.

Continúa siendo muy dificultoso para los pacientes procesar las enfermedades mentales y, tal vez, la máxima expresión de esa cuestión sea la elaboración del proceso de la internación psiquiátrica; dicha situación es equiparada en el imaginario social con estar loco y esa circunstancia está muy lejos del glamour que puede presentar un personaje de Woody Allen¹ cuando va al analista o confiesa públicamente que toma Prozac®; el temor a perder el trabajo en caso de que la internación conste en el registro médico de la cobertura de salud o el miedo a que el entorno significativo se entere son situaciones cotidianas de la práctica médica en una sala de agudos, que nos alertan acerca de que el estigma sigue vivo y, en el mejor de los casos, solamente se ha travestido con los ropajes que le aporta la postmodernidad, que, al vaciar de contenidos a las polémicas, lo que hace no es resolverlas sino más bien silenciarlas y ocultarlas.

Pensar cómo se atiende a los pacientes internados nos lleva inevitablemente a pensar cómo se forma a los médicos en nuestra especialidad. La ideología de la comunidad terapéutica tiene sus raíces en los trabajos y en las experiencias psicodinámicas llevadas adelante por Maxwell Jones en 1953(14), quien planteaba un entorno terapéutico democrático teniendo en cuenta tres pilares fundamentales: la cultura terapéutica, el tratamiento comunitario y la confrontación asociada al aprendizaje.

Este modelo ha ido cediendo su lugar a otro que se sostiene en la falta de formación en los aspectos psicodinámicos de la especialidad, facilitando la instalación de un paradigma biológico sin sujeto que propone res-

puestas puramente farmacológicas sin dar cuenta de otras caras del sufrimiento humano; los aspectos psicosociales son considerados solamente para cuidar el costado "políticamente correcto" de la cuestión, ya que hasta el más acérrimo defensor de la biologización de la especialidad tendrá un discurso en el que rescata aspectos sociales, psicológicos y hasta antropológicos, no por convicción sino por cómo circulan las ideas en tiempos en los cuales muchos pacientes internados son dados de alta en condiciones en las que una década atrás se los hubiera internado(9, 10).

La comunidad terapéutica de diez días

Creemos que es posible definir un modelo de trabajo que amalgame el vértigo de la llamada postmodernidad con algunos de los valores y el espíritu de la comunidad terapéutica, sin desoír la advertencias que realizó Goffman(11) en referencia a los espacios de internación asilar.

La disminución de los tiempos de estadía nos permitió pensar los procesos de internación psiquiátrica aguda construyendo un modelo similar al de una unidad de cuidados intensivos, con diagnósticos rápidos, intervenciones farmacológicas y psicoterapia psicodinámica focalizada en un contexto facilitador, donde el todo es más que la suma de las partes; la analogía se sostiene en que, así como los pacientes no salen curados de la terapia intensiva sino que deben continuar su tratamiento, la internación psiquiátrica aguda es un escalón más en un *continuum* de cuidados y no el tratamiento en su totalidad abarcativa(9).

Kernberg(16) sostiene que es imposible el enfoque comunitario asociado a las internaciones breves porque considera que el elemento tiempo es "de importancia crucial para determinar el éxito o fracaso de los ambientes de comunidad terapéutica, pues parecería ser que es en unidades para pacientes con regresión aguda, con una rotación rápida relacionada con una corta estadía y con problemas médicos que requieren atención urgente y constante, donde el enfoque de comunidad terapéutica funciona mal".

Creemos que en la UPDI el factor tiempo es reemplazado por la gran intensidad que se le imprime a los vínculos entre los integrantes; los mismos se sostienen en un monitoreo permanente de las interacciones y conductas, poniendo permanentemente el eje en la necesidad de una rápida compensación de los síntomas agudos. Así como en una unidad de tiempo mínimo la sobrecarga que sobrepasa la capacidad de procesamiento del aparato psíquico tiene consecuencias traumáticas,



del mismo modo pero en sentido contrario, una interacción humana significativa a través de la palabra, gesto o actitud, aún en una unidad de tiempo mínimo, puede lograr cambios favorables y duraderos en los pacientes.

Nuestro objetivo no es "cambiar estructuras intrapsíquicas" a la manera de Kernberg(17), sino más bien sentar las bases para un futuro cambio estructural, posible en la continuidad de los tratamientos al alta; podemos decir, entonces, que una UPDI debe, inevitablemente, estar inserta en un sistema de atención que brinde a los pacientes un abanico de posibilidades terapéuticas (hospital de día, consultorios externos, acompañamiento terapéutico, casas de medio camino, servicio social, tratamientos grupales, etc.) adaptadas a las necesidades de cada uno.

Retomando los tres puntos claves de Main y Jones(13, 14, 20) podemos decir que:

- La democratización en la internación breve se sostiene a partir de un permanente empoderamiento² de las capacidades de los pacientes y de un trabajo en equipo con los mismos, apuntando a objetivos comunes y tratando de resolver las diferencias sin apelar a recursos autoritarios que tienen su origen en el modelo médico hegemónico.

- Las actividades e interacciones se relacionan con la reeducación y la rehabilitación social; en este punto la única diferencia significativa con Main y Jones (13, 14,

20) es el tiempo de desarrollo de estas tareas que, a pesar de ser más corto, está definido desde el primer momento por un estrecho contacto con el afuera. Podemos decir que el primer objetivo de la internación es la exte-
 rnalización³.

- El análisis de todas las conductas, y su interpretación, es el corazón del funcionamiento comunitario que no se afecta por la corta estadía ya que, desde el comienzo, el paciente es "atravesado" por intervenciones significativas por parte de todo el personal con el objetivo de resignificar vivencias traumáticas y poder enfrentarlas.

Las actividades comunitarias (asambleas y reuniones de todos los integrantes de la comunidad) adquieren características particulares debido al gran giro-paciente que existe, con la consiguiente dificultad para transmitir la experiencia; el hecho de poder discutir grupalmente los conflictos ejerce un efecto positivo en los enfermos, disipando conductas antidemocráticas y psicopáticas, al tiempo que produce una retroalimentación en la comunicación entre terapeutas y pacientes que tiene un enorme valor para la reconceptualización constante del tratamiento.

Siguiendo a Caudill(2) creemos de fundamental importancia no aislar a los pacientes del personal imponiendo una estructura jerárquica de funcionamiento que debilita la interacción entre los diferentes miembros de la comunidad.

Si bien las intervenciones psicofarmacológicas son centrales en la compensación de los pacientes, el estilo comunitario plantea una mirada multidisciplinaria en la construcción de la enfermedad y, por consiguiente, en su resolución. Diferentes estrategias delineadas en un plano de igualdad son fundamentales para poder reflejar la complejidad de la patología mental. Un enfoque puramente biológico produce un empobrecimiento en el horizonte de posibilidades con que cuenta el equipo tratante y limita los recursos, las opciones y los desarrollos(3).

La UPDI debe estar capacitada para cumplir las siguientes funciones:

- Intervenir en el diseño de tratamientos "a la medida del paciente"(6).
- Intervenir en situaciones de autoagresión.
- Intervenir en situaciones de heteroagresión.
- Intervenir en situaciones de descompensación médica.
- Intervenir en la implementación de estrategias farmacológicas de tratamiento.
- Intervenir en la implementación de estrategias psicodinámicas de tratamiento.
- Intervenir en el ajuste de los tratamientos implementados.
- Intervenir en la definición de diagnósticos complejos.
- Intervenir en el apoyo y la contención familiar.
- Intervenir en el desarrollo de estrategias para favorecer la adherencia de los diversos grupos familiares.
- Intervenir en la implementación y el diseño de estrategias de psicoeducación.
- Intervenir en la interfase médico-legal.
- Intervenir en situaciones de ruptura de la red social.
- Intervenir en estrategias de prevención de episodios de reinternación.

Segunda Parte

Internación psiquiátrica: estudio descriptivo de la Unidad Psiquiátrica Dinámica de Internación del Hospital Italiano de Buenos Aires

Objetivo

Determinar la frecuencia de distintas variables epidemiológicas en pacientes internados en una sala de internación psiquiátrica.

Población y Muestra

El siguiente estudio se realizó en una población de pacientes internados en la Sala de Psiquiatría del Hospital Italiano de Buenos Aires.

En la Sala de Psiquiatría se internan pacientes afiliados al sistema prepago del Plan de Salud del Hospital Italiano, que cuenta con 108.944 socios. Además se internan pacientes de otros sistemas de salud, de características similares; pertenecen a la clase social media y media alta y viven en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en el Conurbano Bonaerense.

Para obtener la muestra se incluyeron todos los pacientes internados correlativamente desde el 1° de Junio de 2004 hasta el 30 de Agosto de 2005. Creemos que la muestra es representativa de la población de pacientes internados en nuestra Sala, dados los 15 meses de inclusión en forma correlativa de todos los pacientes.

En dicho período fueron internados 612 pacientes, pero 7 fueron eliminados del análisis porque la Hoja de Egreso correspondiente no presentaba la totalidad de los datos requeridos.

Para el análisis estadístico se incluyeron 605 pacientes, de los cuales el 34,72% (n= 210; IC 95% 0,3471 ± 0,0379) fueron hombres y el 65,28% (n= 395; IC 95% 0,6528 ± 0,0379) mujeres. La edad promedio fue de 45,20 ± 18,97 años (IC 95% 0,4517 ± 0,0151; mínimo 14 y máximo 92 años).

Material y Métodos:

El siguiente es un estudio de cuantificación, prospectivo, observacional y transversal.

Los datos de los pacientes se volcaron en Hojas de Egreso de Internación confeccionadas *ad hoc*. Su utilización comenzó sistemáticamente a partir de junio de 2004, aplicándose a todo paciente que egresa de la Sala de Psiquiatría con el objetivo de obtener distintos datos que consideramos relevantes para conocer a nuestra población de pacientes. Las Hojas de Egreso son completadas al momento del egreso del paciente por el médico psiquiatra tratante con la supervisión del Coordinador de Equipo.

Las variables de análisis consideradas fueron edad, género, motivo de ingreso, fecha de ingreso, fecha de egreso, total de días de estadía, diagnóstico de egreso, tipo de derivación al alta, tipo de alta, contención física durante la internación, tratamiento previo, internaciones previas, vivir solo.

Definimos a las siguientes variables como:

1. *Edad*: en años
2. *Sexo*: masculino-femenino
3. *Motivo de ingreso*: motivo por el cual se decide la internación del paciente. Decidimos englobar los motivos de ingreso en 11 categorías: 1. episodio autoagresivo, 2. síntomas conductuales o psicológicos de demencia, 3. descompensación psicótica, 4. fracaso de

Tabla 1
Motivos de Ingreso

Motivo de Ingreso	N	Porcentaje (%) [*]	IC 95%
<i>Depresión</i>	149	19,4	0,1940 ± 0,0280
<i>Ideas suicidas</i>	136	17,7	0,1771 ± 0,0270
<i>Episodio autoagresivo</i>	135	17,6	0,1558 ± 0,0269
<i>Abuso/dependencia de sustancias</i>	110	14,3	0,1432 ± 0,0248
<i>Descompensación psicótica</i>	106	13,8	0,1380 ± 0,0244
<i>Síntomas conductuales o psicológicos de demencia</i>	46	6	0,0599 ± 0,0168
<i>Episodio maníaco</i>	28	3,6	0,0365 ± 0,0133
<i>Evaluación diagnóstica</i>	12	1,6	0,0156 ± 0,0088
<i>Fracaso de tratamiento ambulatorio</i>	10	1,3	0,0130 ± 0,0080
<i>Descompensación de trastorno de la conducta alimentaria</i>	8	1	0,0104 ± 0,0072
<i>Otros motivos</i>	28	3,7	0,0365 ± 0,0133
TOTAL	768	100	

**Proporción entre motivo de ingreso y total de motivos de ingreso*

Tabla 2
Diagnósticos de Egreso Eje I

Diagnóstico	N	Porcentaje (%)	IC 95%
<i>Trastornos Depresivos</i>	194	32,1	0,3207 ± 0,0372
<i>Dependencia a Sustancias</i>	80	13,2	0,1322 ± 0,0270
<i>Enfermedad Bipolar</i>	66	10,2	0,1091 ± 0,0248
<i>Demencia</i>	46	7,6	0,0760 ± 0,0211
<i>Esquizofrenia</i>	45	7,5	0,0744 ± 0,0209
<i>Trastorno Psicótico Breve y No Especificado</i>	35	5,8	0,0579 ± 0,0186
<i>Dependencia Sustancias + Trastorno Depresivo</i>	34	5,7	0,0562 ± 0,0184
<i>Esquizofrenia + Dependencia Sustancias</i>	17	2,8	0,0281 ± 0,0132
<i>Trastorno Conducta Alimentario</i>	15	2,5	0,0248 ± 0,0124
<i>Enfermedad bipolar + Dependencia Sustancias</i>	15	2,5	0,0248 ± 0,0124
<i>Esquizofrenia + Trastorno Depresivo</i>	13	2,2	0,0215 ± 0,0116
<i>Demencia + Trastorno Depresivo</i>	11	1,8	0,0182 ± 0,0106
<i>Trastorno Esquizoafectivo</i>	9	1,5	0,0149 ± 0,0096
<i>Síndrome Confusional – Delirium</i>	5	0,9	No Válido
<i>Trastorno del Control de los Impulsos</i>	4	0,8	No Válido
<i>Trastorno Conducta Alimentaria + Trastorno Depresivo</i>	3	0,6	No Válido
<i>Trastorno Delirante</i>	3	0,6	No Válido
<i>Otros</i>	10	1,7	0,0165 ± 0,0102
TOTAL	605	100	

tratamiento ambulatorio, 5. descompensación de trastorno de la conducta alimentaria, 6. evaluación diagnóstica, 7. abuso/dependencia de sustancias, 8. depresión, 9. ideas suicidas, 10. episodio maníaco, 11. otros motivos. Cada paciente puede ser ingresado por más de un motivo.

4. *Diagnóstico de egreso*: diagnóstico con el que el paciente se retira de la Sala de Internación. Los mismos se obtienen a través de entrevistas individuales, grupales, familiares, tests psicodiagnósticos, tests neurocognitivos, escalas específicas como DIB-R*, estudios complementarios, reuniones de staff, etc. Al momento del egreso se codifican según DSM-IV*. Para este estudio focalizamos en el Eje I y en el Eje II.

5. *Tipo de derivación al alta*: tipo de tratamiento indicado al paciente para continuar luego de ser externado: tratamiento ambulatorio, hospital de día, internación prolongada, institución geriátrica, comunidad terapéutica.

6. *Tipo de alta*: programada, traslado, voluntaria contra opinión médica, fuga o fallecimiento.

7. *Contención física durante la internación*: si el paciente requirió medios físicos de contención y los motivos de aplicación de los mismos.

8. *Tratamiento previo*: si el paciente se encontraba en tratamiento psiquiátrico o psicológico cuando se produjo la internación.

9. *Internaciones previas*: si el paciente estuvo internado previamente en alguna institución psiquiátrica, agregándose el dato de cuántas veces lo estuvo.

10. *Vivir solo*: si el paciente vivía solo al momento de la internación.

Análisis Estadístico

Los datos fueron volcados en una planilla de cálculo del programa *Excel Microsoft 2000* (versión 9.0.2812) y fueron analizados empleando el paquete estadístico de *EpiInfo 2000* versión 1.1.2 (CDC y OMS). Para todas las variables se establecieron la distribución de frecuencias y/o los porcentajes en relación con el total de casos; el análisis estadístico consistió en un análisis cuantitativo a partir de la determinación de medidas de tendencia

* Entrevista diagnóstica para trastorno límite de personalidad; Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

Tabla 3
Diagnósticos de Egreso Eje II

Trastorno de la Personalidad	N (%)¹	Porcentaje	IC 95%³ (%)²	Porcentaje	IC 95%⁴
Límite	165	43	0,4297 ± 0,0495	27,3	0,2727 ± 0,0355
Narcisista	54	14	0,1406 ± 0,0348	8,9	0,0893 ± 0,00227
Histriónico	32	8,3	0,0833 ± 0,0276	5,3	0,0529 ± 0,0178
Antisocial	23	6	0,0599 ± 0,0237	3,8	0,0380 ± 0,0152
Esquizoide	3	0,8	No Válido	0,5	No Válido
Evitativo	11	2,9	0,0286 ± 0,0167	1,8	0,0182 ± 0,0106
Dependiente	10	2,6	0,0260 ± 0,0159	1,7	0,0165 ± 0,0102
Paranoide	7	1,8	0,0182 ± 0,0134	1,1	0,0116 ± 0,0085
Obsesivo	-	-	-	-	-
Esquizotípico	-	-	-	-	-
No Especificado	79	20,6	0,2057 ± 0,0404	13	0,1306 ± 0,0268
TOTAL	384	100		63,4	

1. Proporción entre Trastorno específico de la personalidad y total de pacientes con Trastornos de la personalidad

2 Proporción entre Trastorno específico de la personalidad y total de pacientes (n= 605)

3 Intervalo de confianza del porcentaje ¹

4 Intervalo de confianza del porcentaje 2

Tabla 4
Motivos de Contención Física

Motivo	N	Porcentaje (%)	IC 95%
Excitación Psicomotriz	34	37	0,3778 ± 0,1002
Riesgo Autoagresivo	32	35	0,3889 ± 0,1007
Riesgo Heteroagresivo	10	11	0,1110 ± 0,0649
Resistencia a Internación	5	6	No Válido
Intento de Fuga	5	6	No Válido
Conducta Desorganizada	4	5	No Válido
TOTAL	90	100	

Tabla 5
Número de Internaciones Previas

Número de Internaciones Previas	N	Porcentaje (%)	IC 95%
1	141	58	0,5802 ± 0,0620
2 y 3	67	27,6	0,2757 ± 0,0562
4 a 6	22	9	0,0905 ± 0,0361
Más de 6	13	5,4	0,0535 ± 0,0283
TOTAL	243	100	

central y de dispersión, obteniéndose proporciones, medias aritméticas, rangos, medianas o desvío estándar, según correspondiera para cada variable estudiada. Para el análisis de intervalos de confianza se utilizó el programa *Smith Statistical Package* (v. 2.80, 2005)

Resultados

Los motivos de ingreso pueden observarse en la Tabla 1. Los mismos pueden ser más de uno por paciente (total = 768 motivos de ingreso).

El promedio de días de internación fue de 16,34 ± 14,56 (IC 95% 0,1594-0,1674; mínimo 1 y máximo 128).

Los diagnósticos de egreso pueden apreciarse en la Tabla 2 (Eje I) y la Tabla 3 (Eje II). Trescientos ochenta y cuatro (63,47%; IC 95% 0,6347 ± 0,0384) pacientes presentaron comorbilidad entre el Eje I y el Eje II.

De los 605 pacientes, 455 (75%; IC 95% 0,7521 ± 0,0344) fueron extimados con altas programadas, 68 (11,6%; IC 95% 0,1124 ± 0,0252) fueron trasladados, 79 (13%; IC 95% 0,1306±0,0268) se retiraron de alta contra opinión médica, 2 (0,3%, IC 95% no válido) se fugaron y un (0,1%; IC 95% no válido) paciente se suicidó durante un permiso de salida.

En cuanto a los tipos de deriva-



ciones al alta, contabilizamos un total de 523 derivaciones, ya que 2 pacientes se fugaron, uno se suicidó y 79 se retiraron por alta voluntaria contra opinión médica. Doscientos noventa y dos (55,8%; IC 95% $0,5583 \pm 0,0426$) pacientes fueron derivados a consultorios externos, 122 (23,3%; IC 95% $0,2333 \pm 0,0362$) pacientes a Hospital de Día, 43 (8,3%; IC 95% $0,0822 \pm 0,0235$) a instituciones geriátricas, 38 (7,3%; IC 95% $0,0727 \pm 0,0222$) a comunidad terapéutica para adictos y 28 (5,4%; IC 95% $0,0535 \pm 0,0193$) pacientes a internaciones prolongadas.

Noventa (14,88%; IC 95% $0,01488 \pm 0,0284$) pacientes estuvieron contenidos físicamente en algún momento de la internación; en la Tabla 4 se consignan los motivos.

Más de la mitad de los pacientes se encontraban en tratamiento psiquiátrico o psicológico previamente a la internación (349 pacientes; 57,68%; IC 95% $0,5769 \pm 0,0394$). 243 Doscientos cuarenta y tres (40,17%; IC 95% $0,4017 \pm 0,0391$) pacientes habían estado internados previamente en alguna institución psiquiátrica (ver Tabla 5). El 20% (122; IC 95% $0,2017 \pm 0,0320$) de los pacientes vivía solo.

En el período de 15 meses se registraron 75 (12,4%; IC 95% $0,1240 \pm 0,0263$) episodios de reingresos de pacientes, en los que se reinternaron 47 (7,76%; IC 95% $0,0777 \pm 0,0213$) pacientes.

Discusión

En un lapso de 15 meses se han internado en nuestra sala 612 pacientes, de los cuales 605 fueron incluidos en este estudio. El 34,72% (n= 210; IC 95% $0,3471 \pm 0,0379$) estuvo constituido por hombres y el 65,28% (n= 395; IC 95% $0,6528 \pm 0,0379$) por mujeres. La edad promedio fue de $45,20 \pm 18,97$ años (IC 95% $0,4517 \pm 0,0151$; mínimo 14 y máximo 92 años).

Estos datos son similares a los de las muestras de pacientes analizadas por Nemirovsky y col.(26) y por Strejilevich y col.(35), hallando en nuestro estudio un promedio de edad levemente más alto (en la población de medicina prepaga citada anteriormente fue de 41,5 años y en la del Hospital Piñero fue de 31,8 años). Pensamos que la diferencia se puede deber a que el sistema de salud del

Hospital Italiano incluye un Plan Mayor que incorpora pacientes de edad avanzada. Gaudio y col.(8) publicaron en 1993 que, en el Hospital Borda, el 73,3% de las personas internadas tenía entre 18 y 40 años, el 22,6% entre 41 y 60 y el 4% más de 60 años.

Inferimos que existe un aumento en el promedio de edad de los pacientes internados que refleja el aumento de la expectativa de vida de la población general y produce, lógicamente, un cambio en los diagnósticos que debería originar un cambio en el entrenamiento médico y en los modos de tratamiento.

Contabilizamos un promedio de $16,34 \pm 14,56$ días de internación, mientras que Nemirovsky y col.(26) hallaron 11,8 días promedio y Strejilevich y col.(35) 42,8 días promedio. Glick y col.(9) mencionan que las internaciones psiquiátricas actuales duran entre 3 y 10 días. Si bien tenemos un promedio de estadía mayor que el sistema de medicina prepago citado y que lo mencionado por Glick(9), creemos que menos tiempo de internación impediría el desarrollo del programa de atención y convertiría el dispositivo meramente en un lugar de paso. Strejilevich y col.(35) conjeturan que el promedio de estadía hallado podría deberse a "elementos sociales y económicos".

Pensamos que nuestros tiempos de internación se adecuan a las necesidades actuales de atención impuestas por los sistemas de salud, permitiendo una rápida pero efectiva reinserción social del paciente.

En cuanto a los motivos de ingreso, en nuestra muestra fue la depresión (19,4%) la causa más frecuente, seguida por la ideación suicida (17,7%) y el episodio autoagresivo (17,6%); el abuso y dependencia de sustancias, junto con las descompensaciones psicóticas, suman un 28,1%. No es posible comparar estos motivos de ingreso con los hallados por Gaudio y col.(8) en el Hospital Borda ya que, por la alta presencia de causas judiciales y sociales en ese ámbito, los motivos que hallaron estuvieron vinculados, principalmente, a causas no psiquiátricas como vagancia, causas penales y traslados desde otras instituciones. Nemirovsky y col.(26) sólo tomaron un motivo de ingreso por paciente, mientras que en nuestro análisis podía haber más de uno (lo cual genera dificultades en la comparación de los datos); esto explica, por ejemplo, la alta tasa de depresión como motivo de ingreso en nuestra población (19,4%), convirtiéndose en la principal causa de admi-



sión. Coinciden en ambos análisis la ideación suicida y los intentos suicidas como causas altamente frecuentes de ingreso en salas de psiquiatría.

Un motivo de ingreso a destacar en nuestro análisis son los síntomas psicológicos y conductuales de las demencias (6%); el hospital atiende a un gran número de personas mayores de 65 años y nuestro Servicio posee un equipo especializado en gerontopsiquiatría. Creemos determinante que en un sistema de salud mental exista una atención especializada para personas de edad avanzada, ya que esta población tiene altas tasas de suicidio y de tentativas de suicidio(21).

Las descompensaciones psicóticas representan el 13,8% de los motivos de ingreso, cifra similar al 13% reportado por Nemirovsky y col.(26).

Queremos mencionar la creciente importancia de las adicciones; hallamos que un 14,3% de los motivos de ingreso se vincula con esta problemática. No podemos comparar este dato con el mencionado sistema de medicina prepaga, ya que los adictos fueron excluidos de dicho análisis por recibir un tratamiento diferente al de la internación general.

Observamos 75% de altas programadas, 13% de altas voluntarias contra opinión médica, 11,6% de traslados, y 0,4% compuesto por dos fugas y un suicidio. Nemirovsky y col.(26) comunicaron sólo un 1,6% de traslados y un 5,7% de altas voluntarias; la diferencia en ambos datos es importante en comparación con nuestra población. En relación a los traslados, creemos que la diferencia podría deberse a nuestras derivaciones a comunidades terapéuticas para adictos (7,3% de los pacientes que finalizan la internación; 6,2% del total de pacientes) y a que algunos pacientes que se derivaron a geriátricos fueron considerados como traslados.

Explicamos que el 5,4% de pacientes derivados a internaciones prolongadas en nuestra población influye en el menor número de reinternaciones. Sería necesario conocer las características de esta población para obtener datos que nos permitan determinar qué pacientes se beneficiarían con una internación breve. Más allá de la amplia difusión e implementación de las internaciones

psiquiátricas breves, sin duda continúan existiendo pacientes que no se pueden adaptar a esta modalidad.

El diagnóstico de egreso más frecuente fue la depresión (32%). En las muestras de Nemirovsky y col.(26) y de Strejilevich y col.(35) se tomaron los Ejes I y II en conjunto y en nuestro trabajo fueron contemplados ambos ejes por separado, por lo que las muestras no son comparables. De todas maneras, en los tres trabajos es interesante observar la existencia de un alto porcentaje de trastornos afectivos, en especial depresión.

Hallamos una relación esquizofrenia/trastorno bipolar de 1,04; la tasa comunicada por Nemirovsky y col.(26) fue de 0,66 y la de Strejilevich y col.(35) de 1,7. Estas diferencias podrían deberse al hecho de tratarse de po-

blaciones distintas o de modalidades diagnósticas particulares de cada institución. Las desigualdades con Strejilevich y col. se deben, fundamentalmente, a distintas poblaciones de pacientes (nivel socioeconómico, nivel educacional, etc.); las diferencias con Nemirovsky y col. se deberían a modalidades diagnósticas diferentes, considerando que nuestra Sala tiene una alta proporción de individuos con trastornos de personalidad (63,4%). Esto refleja la confrontación de las visiones akiskalianas y psicodinámicas en el mundo psiquiátrico(4). Creemos que nuestra proporción de pacientes esquizofrénicos y bipolares condice con la prevalencia histórica de estas patologías(15).

Los trastornos relacionados con sustancias sumaron el 23,2% (trastornos adictivos sin comorbilidades = 13,2%), reflejando la prevalencia actual de esta problemática. Observamos que las demencias alcanzan un porcentaje considerable en nuestra población (7,6%); esto se debería al aumento en la expectativa de vida, a la creciente complejidad en el diagnósticos de los trastornos cognitivos y a la especialización alcanzada en nuestro servicio para estas patologías. En la actualidad es difícil imaginar un sistema de internación que no contemple a estos pacientes.

También queremos hacer mención al porcentaje de internaciones de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (2,5%), ya que nuestro servicio constituye un centro de referencia y derivación para esta compleja patología(7).

Los trastornos de personalidad como diagnósticos de egreso, en su conjunto, sumaron un 63,4%, valor muy alto pero congruente con el enfoque psicodinámico de la UPDI. Nemirovsky y col.(26) comunicaron un total de 33,8% de trastornos de la personalidad; en ambas muestras el más frecuente fue el trastorno límite, alcanzando un 27%. Strejilevich y col.(35) encontraron un 8% de trastornos de personalidad.

Queremos destacar el hallazgo de un 8,9% de trastornos narcisistas de la personalidad, por la dificultad de esta estructura en sí misma y por su relación con el suicidio en las demencias, línea de investigación en la que nos encon-

tramos trabajando desde hace algunos años (22).

En cuanto al tipo de derivaciones, resaltamos un alto porcentaje de pacientes que continúan su tratamiento en el hospital de día (23%) y en comunidades terapéuticas para adictos (7,3%), aspecto ya discutido por la población de pacientes que atendemos. Un 8,3% de los pacientes que finalizan la internación son derivados a instituciones geriátricas, dato significativo teniendo en cuenta los cambios que esto implica en la estructura dinámica familiar y en los pacientes.

En referencia a la contención física, contabilizamos un total de 90 (14,88%) pacientes contenidos físicamente en algún momento de la internación. Existen escasos informes sobre la contención física en el mundo, pero hallamos numerosos trabajos que dan cuenta de la modalidad de aislamiento, con valores que oscilan entre el 4 y el 66%(28, 30, 33, 38, 39). Tunde-Ayinmode y Little(37) informaron 140 episodios de aislamiento en 51 pacientes sobre un total de 450 ingresos. Raja y cols. (29) hallaron 0% de episodios de aislamiento y 2,5 por mil episodios de contención física. Un trabajo realizado en una sala de psiquiatría en Japón(27) comunicó un porcentaje de contención física del 18%.

En nuestra población las causas de contención física fueron, fundamentalmente, la excitación psicomotriz (37%) y el riesgo autoagresivo (36%), con un bajo porcentaje por episodios de heteroagresión. Creemos que, en la mayoría de los casos, esta conducta está dirigida al cuidado del paciente, lo cual es consonante con la filosofía y el marco de trabajo de nuestra Sala. Odawara y col. (27) hallaron que los motivos más frecuentes de contención física fueron la excitación psicomotriz, el síndrome confusional por intoxicación alcohólica y drogas y las complicaciones físicas provocadas por trastornos orgánicos. Debido a las escasas publicaciones y a la gran dificultad de profundizar en el tema de la violencia y los aspectos represivos de nuestra tarea en el ámbito psiquiátrico, creemos de gran importancia el desarrollo de investigaciones en este sentido, con el fin de analizar y mejorar los métodos de cuidado de nuestros pacientes. Es difícil evaluar la magnitud de nuestros datos sobre contención por la escasez de publicaciones al respecto; en nuestra sala no poseemos sectores de aislamiento, siendo la única modalidad de contención mecánica con la que contamos la física. Estamos abocados a conocer y comprender en profundidad las características de la población de pacientes que es contenida físicamente.

Uno de los aspectos más controvertidos y discutidos

en la bibliografía, que merecería un análisis aparte, lo constituyen las reinternaciones(1, 25, 31, 34). Nosotros hallamos 75 episodios de reinternaciones (12,4% del total de ingresos), siendo 47 (7,7%) los pacientes que se reinternaron en un lapso de 15 meses. Nemirovsky y col.(26) hallaron que el 14% de los pacientes fueron reingresados, alcanzando un 29% de episodios de reinternación en un lapso de dos años. Strejilevich y col.(35) tuvieron un 30% de pacientes que se reinternaron en un período de 4 años. Thomas y col.(36), de la Universidad de Colorado, analizando 1363 pacientes internados en el lapso de 7 años, demostraron que reduciendo el tiempo de internación no se produce un aumento en las reinternaciones; obtuvieron un porcentaje de reinternaciones de 17.2%.

Conclusión

Hemos tratado de dar cuenta de la complejidad que implica definir un mapa de los procesos de internación psiquiátrica en la actualidad.

Uno de los objetivos de nuestro trabajo fue trazar diferentes líneas de investigación a través del conocimiento de las variables epidemiológicas más importantes de nuestra sala de internación. En el marco de una única publicación no es posible la profundización de cada una de ellas, tarea que quedará pendiente para futuros desarrollos.

La combinación de los enfoques cualitativo y cuantitativo posibilitan una aproximación al campo que evita reduccionismos y que permite cuestionar posicionamientos radicales como el sostenido por Szasz(32) cuando dice que "...llamando al encarcelamiento hospitalización, y a la tortura terapia; llamando a los individuos que no se quejan sufrientes, a los médicos y a los profesionales de salud mental, que infringen su libertad y su dignidad, terapeutas, y, a las cosas que estos últimos hacen a los primeros, tratamientos". Consideramos que un programa de internación breve de orientación psicodinámica llevado adelante en un hospital general contribuye a que la hospitalización deje de ser cárcel, la terapia deje de ser suplicio, y a que los médicos que trabajan en la internación dejen de ser verdugos de la salud mental. Para llevar adelante esta tarea es necesario no desoír la advertencia que realizó Erving Goffman(11) cuando dijo que, en primer lugar, los pacientes nunca deben dejar de ser personas ■

Autores:

Martín Ruiz, Médico Especialista en Psiquiatría. Coordinador Sala de Internación. Servicio de Psiquiatría. Hospital Italiano de Buenos Aires

María Carolina Vairo, Médica Especialista en Psiquiatría. Coordinadora Atención Domiciliaria. Servicio de Psiquiatría. Hospital Italiano de Buenos Aires

Paula Girard, Médica Especialista en Psiquiatría. Coordinadora Sala de Internación. Servicio de Psiquiatría. Hospital Italiano de Buenos Aires

Gustavo Rozadilla, Médico Especialista en Psiquiatría.

Coordinador Sala de Internación. Servicio de Psiquiatría. Hospital Italiano de Buenos Aires

Guido Castagnola, Médico Residente de Psiquiatría, Primer Año. Servicio de Psiquiatría. Hospital Italiano de Buenos Aires

Alfredo Job, Médico Especialista en Psiquiatría. Subjefe del Servicio de Psiquiatría. Coordinador de Consultorios Externos. Hospital Italiano de Buenos Aires

Inés Pinto, Psicóloga. Sala de Internación. Servicio de Psiquiatría. Hospital Italiano de Buenos Aires

Carlos Finkelsztein, Médico Especialista en Psiquiatría. Jefe del Servicio de Psiquiatría. Hospital Italiano de Buenos Aires

Referencias bibliográficas

1. Bobier C, Warwick M. Factors associated with readmission to adolescent psychiatric care. *Aust N Z J Psychiatr* 2005; 39: 600-606.
2. Caudill W. *The psychiatric hospital as a small society*. Harvard University Press, Cambridge, 1958.
3. Cohen CI. Overcoming Social Amnesia: The role for a social perspective in psychiatric research and practice. *Psychiatr Serv* 2000; 51: 72-78.
4. Craddock N, Owen MJ. The beginning of the end for the Kraepelinian Dichotomy. *Br J Psychiatry* 2005; 186: 364-366.
5. Flaubert G. *La Educación Sentimental*. Losada, Buenos Aires 1980.
6. Gabbard GO. *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. American Psychiatric Press, Washington DC 2000.
7. García de Amusquibar AM et al. Experiencia de ocho años de internación en pacientes con trastorno de la conducta alimentaria. *Vertex, Rev Arg Psiquiat* 2005; 16: 405-411.
8. Gaudio JJ, Penido JH, Gutierrez MS, Curcio A. Hospitalización de pacientes en el Hospital "J.T. Borda" de la Ciudad de Buenos Aires (Análisis cualitativo y cuantitativo de las variables intervinientes). *Vertex, Rev Arg Psiquiat* 1992-1993; 3: 262-265.
9. Glick ID, Carter WD, Tandon R. A Paradigm for Treatment of Inpatient Psychiatric Disorders: From Asylum to Intensive Care. *J Psychiatric Practice* 2003; 9: 395-402.
10. Glick ID, Hargreaves WA. *Psychiatric hospital treatment for the 1980s: A controlled study of short versus long hospitalization*. Lexington Press; Massachusetts 1979.
11. Goffman E. *Internados*. Amorrortu Editores, Buenos Aires 1970.
12. Heeren O et al. The association between decreasing length of stay and readmissions rate on a psychogeriatric unit. *Psychiatr Serv* 2000; 53: 76-79.
13. Jones M. The concept of the therapeutic community. *Am J Psychiatry* 1956; 112: 647-650.
14. Jones M. *The therapeutic Community: A New Treatment Method in Psychiatry*. Basic Books; New York 1953.
15. Kaplan HI & Sadock BJ. *Tratado de Psiquiatría*. VI. Intermedia, Buenos Aires 1997.
16. Kernberg OF. *Trastornos Graves de la Personalidad: Estrategias Psicoterapéuticas*. Manual Moderno, México 1987.
17. Kernberg OF. *Object-Relations Theory and Clinical Psychoanalysis*. Jason Aronson, New York 1976.
18. Kleiman A. *Rethinking psychiatry: cultural category to personal experience*. The Free Press, New York 1988.
19. Lyra Da Silva JP, Amarante P. Metodología y resultados del censo de pacientes psiquiátricos hospitalizados en Río de Janeiro. *Psiquiatría Pública* 1998; 10: 18-29.
20. Main T. The hospital as a therapeutic institution. *Bull Menninger Clin* 1946; 10: 66-70.
21. Matusevich D, Stagnaro JC. Dossier: Tentativas de Suicidio en la Vejez. *Vertex, Rev Arg Psiquiat* 2003; 14: 118-119.
22. Matusevich D, Finkelsztejn CA, Vairo MC. Demencia, tentativas de suicidio y suicidio. Estudio de Casos. *Vertex, Rev Arg Psiquiat* 2003; 14: 128-133.
23. McHugh PR, Slavney PR. *The Perspectives of Psychiatry*. The Johns Hopkins University Press, Baltimore 1998.
24. National Association of Psychiatric Health Systems. *Annual survey report -Trends in behavioral healthcare systems: A benchmarking report. Length of stay declines as patient numbers rises*. National Association of Psychiatric Health Systems, 325 Seventh Street, N.W., Suite 625, Washington DC; 20004; 2000.
25. National Association of Psychiatric Health Systems. *Annual survey report. National Association of Psychiatric Health Systems*, 325 Seventh Street, N.W., Suite 625, Washington DC; 20004; 2002.
26. Nemirovsky M, Guardo G, Rosenstein M, Agrest M, Tkach J, Montanelli R. Características Epidemiológicas y de la atención de los pacientes internados psiquiátricamente en una Empresa de Medicina Prepaga en la Ciudad de Buenos Aires. *Vertex, Rev Arg Psiquiat* 2003; 14: 292-298.
27. Odawara T et al. Use of restraint in a general hospital psychiatric unit in Japan. *Psychiatr Clin Neurosci* 2005; 59: 605-609.
28. Palazzolo J. About the use of seclusion in psychiatry: the patients' point of view. *Encephale* 2004; 30: 276-284.
29. Raja M, Azzoni A. Hostility and violence of acute psychiatric inpatients. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2005; 29:1-11.
30. Ray NK, Rappaport ME. Use of restraint and seclusion in psychiatric settings in New York State. *Psychiatr Serv* 1995; 46: 1032-1037.
31. Rosack J, Appelbaum calls on members to fix crumbling mental health system. *Psychiatric news* 2002; Nov 15: 5.
32. Szasz T. *La teología de la medicina*. Archipiélago 1996; 25: 47-50.
33. Schreiner GM, Crafton CG, Sevin JA. Decreasing the use of mechanical restraint and locked seclusion. *Adm Policy Ment Health* 2004; 31: 449-463.
34. Sederer LI, Rothschild AJ. *Acute care psychiatry: diagnosis and treatment*. Williams & Wilkins; Baltimore 1997.
35. Strejilevich S, Chan M, Triskier F, Orgambide S. Datos Operacionales de una Unidad Psiquiátrica de Internación en un Hospital General y Público de la Ciudad de Buenos Aires. *Vertex, Rev Arg Psiquiat* 2002; 13: 85-92.
36. Thomas MR et al. Shortening length of stay without increasing recidivism on a university-affiliated inpatient unit. *Psychiatr Serv* 1996; 47: 996-998 .
37. Tunde-Ayinmode M, Little J. Use of seclusion in a psychiatric acute inpatient unit. *Australas Psychiat* 2004; 12: 347-351.
38. Way BB, Banks SM. Use of seclusion and restraint in public psychiatric hospitals: patients characteristics and facility effects. *Hosp Community Psychiatry* 1990; 41: 75-81.
39. Zun LS, Downey, L. The use of seclusion in emergency medicine. *Gen Hosp psychiatry* 2005; 27: 365-371.

Notas

1. Woody Allen, Marshall Brickman "Manhattan Murder Mystery Quotes" (1993)
2. Jonson Yohann: Empowerment quiere decir potenciación o empoderamiento, que es el hecho de delegar poder y autoridad a los subordinados y de conferirles el sentimiento de que son dueños de su propio trabajo. En inglés "empowerment" y sus derivados se utilizan en diversas acepciones y contextos, pero en español la palabra se encuentra en pugna con una serie de expresiones que se aproximan sin lograr la plenitud del sustantivo. Se homologan "empowerment" con "potenciación" y "to empower" con "potenciar", mientras que caen en desuso expresiones más antiguas como "facultar" y "habilitar".
3. Nemirovsky Martín: Comunicación personal.

Los autores agradecen la lectura crítica y las sugerencias realizadas por el Dr. Martín Nemirovsky.

el rescate y la memoria



Los antiguos “loqueros” de Buenos Aires*

Por José Ingenieros

De la extensa y conocida obra de José Ingenieros (1877-1925) se ha extraído para esta Sección una serie de pasajes del Capítulo II de “La locura en la Argentina”. En ellos el gran maestro argentino reúne una valiosa información, proveniente de las fuentes primarias que pudo consultar hasta 1929, fecha de aparición de la obra, sobre la asistencia de los enfermos mentales en Buenos Aires en la época de la colonia y en los años posteriores a la Revolución de Mayo hasta las postrimerías del siglo XIX.

Primitiva ubicación del Hospital en la Fundación de Juan de Garay

Con excepción de pocas ciudades, cuya población española fue de alguna consideración, en los demás villorios y aldeas de América fue puramente formal la existencia de Hospitales, durante el siglo XVI. Era de práctica, en toda fundación, destinar un sitio de la planta urbana, contiguo a un convento, para levantar una casa destinada a la asistencia de enfermos indigentes; así lo disponían reales órdenes y S. M. había destinado “un noveno y medio” de los diezmos para sostenimiento de hospitales.

Los cincuenta o cien vecinos de cada “ciudad” nueva se apresuraban a fundar un Hospital en el sitio indicado, el cual consistía en una habitación o enfermería, de paja y barro, contigua a una Ermita o Capilla; para su cuidado cada Cabildo nombraba un vecino-mayordomo, que vivía en el Hospital y de parte de sus rentas,



(*) Ingenieros, José: *La locura en Argentina*, Buenos Aires, 1957, Elmer Editor, 121 p. Capítulo II “Los antiguos loqueros de Buenos Aires”.

consumiéndose las demás en algunas limosnas y en costear la cera y adornos de la Capilla.

De estos “hospitales” –sin médico, botica ni enfermos– hubo muchos en el territorio argentino¹; el objeto efectivo de su fundación era agregar un empleo más a los poquísimos de que podían beneficiarse los vecinos. El fin piadoso o curativo era puramente nominal; no había población suficiente para que el hospital fuese necesario, ni querían los pobres –indios, negros, mestizos o mulatos– meterse en el rancho custodiado por un vecino español que jamás había sangrado ni puesto sanguijuelas.

Estas circunstancias deben tenerse presentes para interpretar los datos relativos a la fundación del primer Hospital de Buenos Aires; durante más de un siglo sólo se trata nominalmente de la asistencia de enfermos, pues en realidad todo se refiere al manejo de un bien raíz y a la administración de las rentas destinadas a sostenerlo. Eso mismo explica algunas disputas entre los Cabildos y las autoridades eclesiásticas, así como la resistencia de los mandatarios reales a entregar esos bienes y rentas a las órdenes hospitalarias que se ofrecían a apoderarse de ellos, con la subrepticia intención de fundar conventos. En la Introducción de los “Acuerdos del Cabildo de Buenos Aires”, se enuncia la siguiente conjetura legítima, seguida por datos vagamente imprecisos: “Don Juan de Garay, según lo demostrarían probablemente algunas de las primeras actas perdidas, había arreglado con el Cabildo la fundación de un Hospital y Ermita de San Martín; obra que no pudo llevarse a efecto hasta 1611, y que se estableció en donde hoy se prolonga la calle Defensa, y en el lugar inmediato a la Iglesia de la Residencia, que ha ocupado hasta ahora diez años. Fue su primer mayordomo como galardón de honra el mismo lugarteniente Capitán Manuel de Frías². Esta somera noticia acerca del primer hospital de Buenos Aires merece ampliarse, ya que algún desorden se nota igualmente en los datos reunidos por otros autores³. Los Acuerdos del Cabildo, los Documentos del Archivo de Indias y otras publicaciones que mencionaremos, permiten reordenar su historia de un modo menos imperfecto.

En 1580, al fundar Garay la ciudad de Buenos Aires, destinó la manzana 36 a Hospital; de acuerdo con la Ley 2, Tít. IV, Lib. I. de la Recopilación de Indias (1575), debía ser ubicado en la proximidad de una Iglesia⁴. Fue

puesto bajo la advocación de San Martín; su patrono y administración correspondía al “Cabildo, Justicia y Regimiento de la Ciudad”, que designaba anualmente al efecto dos regidores diputados. En 1605 se acordó formar el hospital, con el nombre de “Hospital de San Martín”; era su principal destino la asistencia de los militares del presidio, pudiendo recibir accesoriamente a algunos pobres de la población.

¿Se construyó ese hospital? ¿Fue habilitado? ¿Dónde?

En el acuerdo del 6 de Junio de 1605, se dice: “En lo que toca a Ruy Gómez de Ávila, haga el Espital, mandaron que, conforme a la escritura de obligación, se despache el recado que convenga para la ejecución dello” (I, 142); el 20 de julio de 1605 se apremia al constructor Ávila (I, 143) y el 3 de enero de 1607 se nombra Mayordomo de San Martín y del Hospital a Domingo Gribeo (I, 302).

Nos parece indudable que el vecino Gribeo fue nombrado mayordomo de “algo” situado en la manzana asignada por Garay al hospital. Si no era el Hospital mismo, debió ser, por lo menos, la “Hermita del Señor San Martín”, o sea, la capilla del hospital.

Así se refiere del “Rumbo y mensura del egido”, efectuado el 16 de diciembre de 1608 (II, 116) y de la “Mensura y amojonamiento” que la completa (II, 117). En el rumbo al Norte de Plaza Principal, se menciona “la primer punta que hace la barranca del Río de la Plata, yendo hacia el río de las Conchas..., y vino a caer el moxón nuevo en la Cruz Grande de la hermita del Señor San Martín, que es un poco más delante de dicha punta”. La mensura complementaria se refiere al rumbo Sur, hacia el Riachuelo. Parece, pues, que en 1608 la Hermita de San Martín estaba edificada en el Norte de la ciudad⁵, es decir, donde ubicó Garay el hospital.

En el acuerdo del 7 de febrero de 1611, se lee, sin embargo, que en el sitio designado por Garay, no se ha edificado el hospital, aunque existía ya la ermita, cuya Cruz Grande había servido en 1608 como punto de referencia para el amojonamiento.

Se resolvió edificarlo “en la dicha quadra”, y se nombró para correr con ello al capitán Manuel de Frías; al mismo tiempo se nombró diputados para el hospital, a los dos alcaldes ordinarios, encargándoles de tomar en cuenta “a los Mayordomos que an sido del Ospital y de San Martín” (II, 326), es decir, Gribeo y algún sucesor suyo.

Esta resolución de construir el hospital (completando la ermita) en la manzana fijada por Garay, fue pronto revocada.

El Hospital San Martín, o de Santa Catalina, o de los Betlehemitas, y su “loquero”

En el acuerdo del 7 de marzo de 1611, se expusieron las dificultades que presentaba la anterior ubicación para el hospital, y se resolvió construirlo “en el camino que va al Riachuelo”, a mano izquierda⁶; la razón prin-

1. En el siglo XVI hubo “Hospital” en Salta, Santiago del Estero, Tucumán, Córdoba, Santa Fe, Corrientes, Buenos Aires y acaso en otras aldeas. Todos, más o menos, eran semejantes.

2. Acuerdos del extinguido Cabildo de Buenos Aires. –Introducción XXVII.– Todas las cifras intercaladas entre paréntesis en el texto de este subtítulo, se refieren a tomo y página de estos Acuerdos.

3. Nicanor Albarellos: Apuntes históricos, en Revista Farmacéutica, Buenos Aires, 1863. –Vicente G. Quesada: *Fundación del Hospital en Buenos Aires*, en Revista de Buenos Aires, 1863. –M. Navarro Viola: *Fastos de la América Española*, en Revista de Buenos Aires, 1863. –Juan M. Gutiérrez: *Origen y desarrollo de la Enseñanza Superior*, Buenos Aires, 1877. –Vicente Fidel López: *Historia de la Argentina*, passim. –Pedro Mallo: *Páginas de Historia de la Medicina en el Río de la Plata desde sus orígenes hasta 1822*, Buenos Aires, 1897. –Ernesto Quesada: *La vida Colonial bonaerense y la práctica de la Medicina*, en Mercurio de América, 1899. –Enrique Peña: *Documentos del Archivo General de Indias*, Vol. II, Buenos Aires, 1910. –José Penna: *La Administración Sanitaria y Asistencia Pública de la Ciudad de Buenos Aires*, II tomos, Buenos Aires, 1910. –Juan E. Milich: *Medicina Argentina*, Tesis, 1911.

4. Actual manzana limitada por Sarmiento, Corrientes, Reconquista y 25 de Mayo, inmediata a la del monasterio de la Merced.

5. El sitio edificado debió estar próximo a la actual esquina de las calles Corrientes y 25 de Mayo, que correspondía a la primer pequeña punta de la barranca. En la punta grande estuvo la ermita de San Sebastián, más tarde la quinta del gobernador Robles, después cuartel del Retiro.

6. *Acuerdos*. II, 343. –Solares pertenecientes a Fernández Ba-

cipal fue que el barrio Sur era el único poblado, por estar esa parte más próxima al Riachuelo, que, siendo puerto, daba el único movimiento a la aldea.

La modestísima construcción, compuesta de una capilla y un rancho de barro para enfermos, fue rápida; el 9 de enero de 1611 se nombró mayordomo del Hospital San Martín, al sargento mayor Sebastián de Orduña (II, 414). No hay noticia de que el hospital se usara en esa época, pues carecía de médicos y de remedios, siendo sus escasísimas rentas insuficientes para costear la cera y las flores de papel que consumía la capilla. Los vecinos, aun los más miserables, preferían asistirse en sus casas; los soldados, en el presidio.

La asistencia médica de los vecinos se hacía en los domicilios, mediante las purgas, sudaciones y paños calientes que los mismos enfermos se recetarían, reservándose los clásicos "candeales y caldos de gallina" para fortalecer a los convalecientes. Por natural superstición tenían mucho favor las oraciones y votos; si no curaban, entretenían los espíritus con benéficas esperanzas, hasta que la fuerza medicatriz de la naturaleza resolvía el pleito sin apelación.

Algún médico o cirujano de verdad llegaba de tiempo en tiempo, cuando en el pueblo aparecía un buque de registro o arribaba un navío con tropas, lo que fue raro durante más de medio siglo; solía rogársele que asistiera en la aldea a algún enfermo de calidad, durante el breve tiempo de su permanencia. Dejó buen recuerdo, en 1610, don Juan Escalera.

[...]

Puede afirmarse que hasta 1670 la existencia del Hospital San Martín fue esencialmente nominal; el cuidado de su capilla y su par de ranchos era una modesta sinecura municipal, que sólo por excepción se había relacionado con la asistencia de algún infeliz que no hallaba amparo en casa alguna del pobrísimo villorrio donde era difícil ser desconocido¹⁴.

[...]

El Cabildo Eclesiástico de Buenos Aires habla de lo ventajoso que sería "la fundación de un convento de Religiosos de nuestra Señora de Belén"; y pide para ello el Hospital con sus anexos y rentas (agosto 1738); en cambio el Fiscal del Consejo de Indias concede que los betlemitas se encarguen de hospitales para asistir enfermos, pero no para fundar conventos (agosto 16 de 1740). Este juego de pedir una cosa para luego hacer otra, dilató por algún tiempo las gestiones, hasta que se obtuvo el real permiso para asistencia hospitalaria. En 1848 vivieron 6 Betlemitas y el Hospital de San Martín pasó a llamarse de

rrios, Francisco Muñoz, Antón Iguera y Pedro Izarra. Actual manzana de las calles Méjico, Chile, Defensa y Balcarce; y más precisamente en el lote que actualmente ocupa la Casa de Moneda. Allí terminaba el primer *alto*; a partir de la esquina Méjico, la calle Defensa desciende bruscamente.

14. Los ranchos de barro y paja que constituían la ciudad no pasaban de La Merced por el norte, del Hospital por el sur y llegaban al oeste hasta 4 cuadras del Cabildo. La población era más densa entre las actuales calles Rivadavia a Venezuela, desde Defensa a Piedras, 5 manzanas de largo por 3 de ancho. Algún rancho se extendía al sur, sobre la calle Defensa y hasta la barranca del actual Parque Lezama, por el camino obligado del tráfico hacia el Riachuelo.



Betlemitas o de Santa Catalina, y vulgarmente de Barbones o Belermos. La transferencia fue ordenada por el gobernador Andonaegui²⁴.

La insuficiencia del local y la escasez de recursos fueron constantes en el Hospital de Santa Catalina²⁵, que siguió prestando servicios después de estar habilitado el Hospital General de Hombres y la Convalecencia de Belén.

No hay noticias de que recluyeran alienados en ese hospital antes de que pasase a manos de los Betlemitas; es probable, sin embargo, que algún demente fuera a refugiarse allí. La Cárcel del Cabildo conservaba el privilegio de recibir algún agitado y seguían pidiendo limosna en las calles ciertos locos inofensivos.

Durante la administración betlemita es seguro que hubo allí dementes; los enviaba el Cabildo cuando estorbaban en su Cárcel, siendo notorio que en el Hospital los utilizarían como sirvientes o los relegarían al *loquero*, rancho apartado de la sala de enfermos. Esta situación de hecho comenzó a oficializarse poco antes de crearse el Virreinato (1776) y, particularmente, bajo la gobernación de Juan José de Vértiz, que acentuó la reforma de cosas y costumbres esbozadas por el gobernador Bucarelli²⁶.

24. En 1748 tenía 16 camas, aumentadas a 34 en 1758 y a 57 en 1784, fecha en que los 6 religiosos primitivos habían aumentado a 22 (Ms. del Archivo Nacional – Exp. 341, Leg. 15).

25. Frente a él, calle de por medio, estuvo el Convento de Monjas Catalinas.

26. Ver especialmente Francisco Javier Brabo: *Colección de documentos relativos a la expulsión de los jesuitas*, Madrid, 1872; Enrique Peña: *Documentos*, II, 113 y siguientes; Facultad de Filosofía y Letras: *Documentos para la historia del Virreinato del Río de la Plata*, III tomos; fdem: *Documentos para la historia argentina*, vol. IX

Vértiz ordenó se efectuara una recogida de vagos y mendigos que pululaban en la vía pública; entre ellos había varios alienados tranquilos, casi todos en estado demencial. Del Cabildo fueron pasados al Hospital de Santa Catalina, donde ya se asilaban otros. Algunos de estos dementes trabajaban en el Hospital como sirvientes y varios ayudaban a los Betlemitas en calidad de enfermeros. Con disposiciones ulteriores afirmó esa política de saneamiento urbano²⁷, que continuó más tarde como Vi rey.

Narraba el Dr. Vicente Fidel López que un mulato de la clientela de sus abuelos, sufría periódicamente la locura de creerse rey de su "nación" de negros, con la particularidad de padecer una o dos semanas de agitación, seguidas por tres o cuatro meses de melancolía; pasaba en la cárcel del Cabildo las semanas peligrosas y en el Hospital de Santa Catalina los meses melancólicos, quedándole lo restante del año para vivir con su familia y trabajar de peón de albañil. Tomó las armas durante las invasiones inglesas y en la época revolucionaria salió en un contingente hacia el Alto Perú, de donde no volvió²⁸.

En 1799, los "convalecientes, incurables, locos y contagiosos", ocupaban dos ranchos aparte, contiguos al edificio del hospital; el de locos e incurables, (*loquero*), era un depósito de maniáticos y dementes, y el estar allí se consideraba una pena más cruel que permanecer en la cárcel del Cabildo.

Los de mejor conducta y más aptitud para el trabajo, eran "premiados" pasándolos a trabajar de sirvientes, y aun de enfermeros, en el hospital²⁹. Se miró como un gran progreso nosocomial la traslación de estos locos del Santa Catalina, al Hospital General de Hombres, en 1779. Algunos de los más serviciales debió quedar; en 1820 era popular, en el barrio de San Francisco, un negro conocido por "el loco del hospital", cuya principal manía era la de creer que un brujo había introducido en el abdomen varios sapos, que incansablemente le comían "los hígados".

El Hospital de Santa Catalina o de Belén, vino a menos en 1812, desde que el Superior de los Betlemitas, Fray José de las Ánimas, se complicó en la conspiración de Alzága contra los argentinos.

En 1822, época de su clausura definitiva, permanecían reclusos en él cierta cantidad de alienados, aunque los más estaban en el Hospital General de Hombres. Acerca de su situación y tratamiento, escribió el Dr. Albarcellos el siguiente párrafo: "Los dementes se alojaban

en unos cuartos aislados que daban a un espacioso corralón, que estaba al fondo del edificio, corral que aunque grande, estaba muy alambrado y servía a la vez (hasta 1821) de cementerio. Los desgraciados dementes, que afortunadamente eran pocos en ese tiempo, vegetaban sin ninguna clase de tratamiento especial". – (Albarcellos, *Ob. cit.*, página 89, 1864).

[...]

Tales son los datos menos inseguros que hemos podido reunir sobre el primer hospital de Buenos Aires, que fue, a la vez, su primer "loquero".

El protomedicato

1778-1822. – Algunos médicos civiles vinieron al Río de la Plata acompañando buques de registro o contingentes de tropa, antes de crearse el Virreinato; su presencia era transitoria y nunca fueron competidores serios de los frailes, brujos y curanderos. En la segunda mitad del siglo XVIII se establecieron en el Virreinato los primeros médicos fijos, mucho después que en otras colonias americanas, más florecientes.

Hasta entonces la salud pública de estas provincias había dependido del Real Protomedicato de Lima, que no podía extender su influencia hasta el lejano Río de la Plata. Para obviar esas deficiencias el ilustre Virrey Vértiz, aprovechando la presencia en Buenos Aires del primer médico de la expedición a Ceballos, Don Miguel Gorman, lo instó a detenerse para arreglar los Hospitales y examinar sus consumos. El 2 de mayo de 1778 el Virrey creó el Protomedicato, que inauguró sus funciones por acto público el 17 de agosto de 1780; la Corte consintió su institución en 1783 y la aprobó en 1798³⁰.

Es importante señalar que, de acuerdo con instrucciones reales, los bienes de Temporalidades, pertenecientes a los jesuitas expulsados en 1767, se destinaron a obras de utilidad pública. El Hospital General de Hombres (Residencia de Belén), la Casa de Expósitos (Casa de Ejercicios) y la Convalecencia (Chacra de Belén), fueron fundándose sobre propiedades que pertenecieran a la Compañía³¹.

Desde 1778 hasta su extinción en 1822, el Protomedicato no tomó disposiciones de importancia relativas a la asistencia y reclusión de los alienados. La fundación de la Casa de Corrección para mujeres concentró en ella algunas alienadas del Cabildo y de los Conventos de

27. Bando del 12 de Julio de 1775: "Ningún pobre de ambos sexos mendicante por las calles podrá pedir limosna sin el correspondiente Pasa porte o licencia del comisionado de su distrito so pena de un año de Barranca siendo hombre y si fuese mujer un año de Cárcel, y para evitar el desorden que en este particular se padece, cuidará el comisionado yndagar las circunstancias precisas del Pobre para concederle la licencia, de hallar sospecha o fraude en los que indevidamente la soliciten, los arrestará dándome cuenta para que sufran el correspondiente castigo de vagos, y pollillas de la república. De toda la Gente baga y mal entretenida constando serlo por diligencias nombradas quese hagan, y noticias quese tomen se dará por el comisionado cuenta aeste Gobierno expresando laque haia en su jurisdicción, y determinando inmediatamente su seguridad para aplicarlos donde combenga".

28. Referencia del Dr. J. M. Ramos Mejía.

29. Esta costumbre colonial de utilizar los dementes tranquilos para el servicio doméstico, se continuó en la Residencia (Hospital General de Hombres) hasta 1882.

30. Memoria del Virrey Vértiz, en *Rev. del Río de la Plata*, vol. I; Albarcellos: *ob. cit.*; Mallo: *Ob. cit.*; Penna y Madero: *Ob. cit.*

31. Después de activas gestiones, iniciadas en 1771, la Casa de Expósitos fue fundada en 14 de Julio de 1779, en una finca "en que los regulares expulsos daban ejercicios a las mujeres"; esta "Casa de Ejercicios" había sido fundada en un terreno contiguo al de la Residencia por don Melchor García de Tagle, que la donó a la Compañía por el año 1760, además de una estanzuela y varias casillas con cuyo producto había de sostenerse la institución. El 22 de Enero de 1784 entró en posesión de esos bienes la "Hermandad de la Santa Caridad"; el 21 de Febrero de 1784, Vértiz reglamentó la administración y ordenó se vendiera el primitivo local de la Casa de Ejercicios para adquirir la casa contigua a un Hospital que existía en aquella época sobre la barranca del río, detrás de San Francisco. (Sitio actual de las calles Moreno y Balcarce, junto al edificio de la Facultad de Dere

Monjas; muchos alienados varones pasaron del Hospital Santa Catalina y del Cabildo a la Residencia, cuando ésta se habitó. Eran casi todos negros y mulatos; muy pocos criollos indigentes.

El Hospital General de Hombres y su "cuadro de dementes"

En 1734 el vecino Ignacio Zeballos hizo donación a los Jesuitas "para que ello ayudara a salvar su alma", de una manzana en el Alto de San Pedro, con más una chacra de sus inmediaciones, para que se fundase una casa auxiliar de la Compañía; allí se edificó en 1735 y la casa funcionó desde su origen con el nombre de *Residencia de Belén*, llamándose *Chacra de Belén* a la que se extendía al Oeste, hasta más allá del sitio en que después se fundó la "Convalecencia"³². En 1760 el vecino Melchor García de Tagle fundó, en el terreno contiguo a la Residencia, una *Casa de Ejercicios* para mujeres que donó a los Jesuitas, además de una estanzuela y varias casillas con cuyo producto había de sostenerse la institución³³.

Poseían, pues, los Jesuitas, al tiempo de su expulsión, tres anexos: la Residencia de Belén, la Chacra de Belén y la Casa de Ejercicios.

En 1770, tres años después de la expulsión, el procurador general de los Betlemitas, solicitó del Rey que se le concediera la Residencia y la Chacra de Belén para trasladar el Hospital de Santa Catalina. Se interpusieron gestiones de Vértiz y al fin el traslado fue dispuesto por una Real Cédula; más tarde la Junta de Temporalidades dictó una Providencia organizando las funciones del Hospital nuevo³⁴.

Desde 1799 la Residencia de Belén fue destinada a "Hospital de convalecencia, incurables, *locos* y contagiosos"; los Betlemitas hicieron algunas construcciones en la parte más alta de la Chacra de Belén, destinándolas a sus convalecientes³⁵. Como el de Santa Catalina no se suprimió, tuvo Buenos Aires a fines del Virreinato tres Hospitales atendidos por los Betlemitas: el de enfermos agudos (Santa Catalina), el de incurables y locos (Residencia) y el de Convalecientes (Convalecencia). Durante algún tiempo existió, además, otro Hospital, llamado del Rey, detrás de San Francisco y sobre la barranca del río³⁶; a su lado se trasladó la Casa de Expósitos, después de estar muy poco tiempo en la Casa de Ejercicios donada por García Tagle a los Jesuitas para la atención de su clientela femenina.

cho). En ese lugar funcionó la Casa de Expósitos, en la mayor miseria y con permanente peligro de cerrar sus puertas, hasta 1823 en que el gobierno de Rivadavia la tomó a su cargo cesando las funciones de la Hermandad. La Sociedad de Beneficencia se ocupó de la Casa en 1830 y hasta Abril de 1838, en que Rosas le negó todo auxilio, ordenando "que cese el establecimiento y se repartan los niños existentes entre las personas que tengan la caridad de recibirlos".

32. Actual sitio de las calles Humberto I y Balcarce; la manzana era doble, por interrumpirse allí la calle Balcarce, limitándola las actuales calles Humberto I, San Juan, Defensa y Paseo Colón.

33. Sitio primitivo y actual de la Casa de Expósitos.

34. Ms. de la Biblioteca Nacional, Núm. 5584.

35. Edificio antiguo en el sitio del actual Hospital Nacional de Alienadas. Desde entonces ese lugar fue generalmente conocido por *La Convalecencia*.

36. Sitio actual de las calles Moreno y Balcarce.

Los primeros enfermos trasladados del Santa Catalina fueron los llamados "incurables y dementes" que vivían hacinados en el *loquero*. No todos los "dementes" fueron a la Residencia; algunos de los más válidos quedaron en el Santa Catalina para atender a los servicios domésticos y otros fueron enviados con igual objeto a la Chacra de Belén junto con los convalecientes. En los tres hospitales había alienados en los últimos años del virreinato, además de seguir algunos furiosos en la Cárcel del Cabildo.

El mayor número fue a la Residencia. Pero como esta casa se habilitara para Hospital General de Hombres, la presencia de los locos, cuyo número aumentó rápidamente, indujo a separarlos en un *cuadro de dementes* que fue de hecho, durante casi un siglo, nuestro único manicomio de hombres; en este loquero se estableció desde el principio un calabozo con cadenas y cepos, destinado a los furiosos, análogo al del Cabildo. Por el año 1800 había allí, aproximadamente, unos 50 alienados, sobre un total de 100 enfermos.

El 9 de noviembre de 1822 la Sala de Representantes de Buenos Aires autorizó al Gobierno a emplear una fuerte suma en la construcción de una sala en el Hospital General de Hombres, al mismo tiempo que disponía se proyectaran otras dos, con urgencia.

"Con este aumento el hospital se componía –en 1826– de una sala primera, baja, estrecha, antiguo claustro, que contendría veinticuatro camas; su costado derecho daba a la calle; en ésta se colocaban las afecciones quirúrgicas, por lo que se llamaba por los estudiantes sala de cirugía.

"Una sala segunda para clínica médica en el fondo del patio, algo oscura aunque grande, contenía como cuarenta camas.

"La sala tercera, que hacía cruz con ésta, dando un costado al segundo patio, era la nueva construcción, grande, elevada y bien ventilada por ventanas al patio.

"La sala cuarta estaba situada en un corredor estrecho y muy oscuro que conducía a lo que se llamaba el cuadro o departamento de dementes. Esta sala era muy oscura y húmeda y se denominaba *sala de presos*, porque allí se asistían a los delincuentes y tenía un centinela a la puerta.

"Hubo, además, una sala en el primer patio, situada al fondo, que contenía diez camas, destinadas para la asistencia de los oficiales del ejército de línea. Por último al lado del cuadro que alojaba los dementes, había otra sala donde estaban alojados los viejos incurables y se llamaba de crónicos".

Tenía, pues, el *Hospital*, 3 salas generales (un centenar de camas), 1 sala de presos (10 o 20 camas), 1 salita de oficiales del ejército (10 camas) y 1 sala de crónicos (20 a 25 enfermos). Veamos como era entonces el *loquero* anexo cuyo título oficial era: *Cuadro de Dementes*.

"El cuadro consistía en un cuadrilongo de cuarenta varas por veinte y cinco de ancho, edificado en todos sus costados, con corredor corrido todo de bóvedas, algunos árboles en su centro; parecía haber sido destinado para celdas de los jesuitas que lo construyeron, por ser todo compuesto de cuadros aislados, con puerta al corredor, piezas todas hermosas y muy secas... Ahí se mantenían encerrados y con un centinela en la puerta los locos, a los cuales pasaba visita uno de los médicos cuando se enfermaba de otras cosa que su demencia, pues para ella no se les prodigaba entonces ningún tratamiento.

"A estos locos los cuidaba, o mejor diré los goberna-

ba, un capataz que generalmente tenía una verga en la mano, con la cual solía darles algunos golpes a los que no le obedecían sus órdenes, y por medio del terror se hacía respetar y obedecer; cuando algún loco se ponía furioso, en uno de esos accesos que suelen tener las demencias crónicas, se les encerraba en un cuarto sin muebles y muchas veces sin cama, donde permanecían mientras le duraba la exaltación mental. Varias veces sucedió que estos infelices se peleaban entre ellos y se hacían heridas más o menos graves; y siendo yo estudiante fui testigo de dos casos de muerte causada por un loco a otro, sirviéndose como arma del pie de un catre de madera fuerte". – Albarellós, *lug. cit.*

En 1854 el Hospital General de Hombres tenía 131 dementes, hacinados en su famoso *Cuadro*. En 1857 se llevaron algunos dementes seniles al Asilo de Mendigos; al terminar el año quedaban en el Hospital 120, sobre un total de 195 enfermos. En diciembre del siguiente año, 1858, el Hospital tenía en su *Cuadro* 131 dementes, sobre un total de 195 enfermos; más de dos tercios de su población.

En 1852 se amplió el *Cuadro de Dementes* del Hospital, construyéndose un gran patio en el sitio que ocupara la ropería. La medida fue insuficiente; la Comisión del Hospital se lamentó, en 1860, del hacinamiento de los alienados.

A fines de 1863 se logró habilitar una sección de la nueva *Casa de Dementes*, con capacidad provisoria para 123 enfermos (origen del actual Hospicio de las Mercedes). Se trasladaron allí los alienados más peligrosos e incómodos, quedando en el *Cuadro* del Hospital los demás, incesantemente aumentados. Su aspecto y su hacinamiento no varió hasta 1883, en que fue evacuado el edificio; el *Cuadro* era "un patio grande, de forma cuadrada, limitado en dos de sus lados por pequeños cuartos, que eran las habitaciones de los practicantes y dementes. Estos últimos ejercían funciones de sirvientes y vivían en completa promiscuidad con los internos"³⁷. En 1879 se pensó trasladar al Hospital San Roque el excedente de los alienados del Hospicio y del Hospital, lo que no pudo efectuarse por haber sobrevenido, en 1880, la epidemia de viruela. En 1881 se llevaron algunos dementes seniles del Hospital al Asilo de Mendigos; otros, que permanecieron mezclados con enfermos crónicos, fueron pasados a los dos nuevos pabellones construídos con ese fin, en el Hospicio de las Mercedes, en 1883, fecha en que fue demolido el secular Hospital General de Hombres³⁸.

El Hospital General de Mujeres y su "patio de dementes"

Cuando el Gobernador Robles, en 1692, destinó el local del Hospital San Martín para "Casa de Recogimiento", el Cabildo enviaba allí alguna loca agitada, de familia pobre, que no podía sin escándalo ser asistida en su casa y molestaba en los Conventos. Al reabrirse el

Hospital, en 1701, se volvió a la Asistencia doméstica y conventual, pues hasta mucho tiempo después no hubo Hospital de Mujeres ni Casa de Corrección.

El vecino Juan Alonso González fundó en 1727 la Hermandad de la Santa Caridad; colocó un altar en la Parroquia de San Juan, dándole el Obispo una imagen de San Miguel Arcángel para que fuese su patrono. A poco tiempo construyó en el Alto de San Pedro una capilla con su sacristía, denominada del Arcángel San Miguel y bajo el patrocinio de Nuestra Señora de los Remedios³⁹.

En 1734 enviudó González y tomó estado eclesiástico. Siendo intransitables las calles de su capilla, la vendió y con el producto construyó una nueva⁴⁰. Como su cofradía se reunía al toque de campana para enterrar gratuitamente a los difuntos pobres y a los ajusticiados, "que hasta la fecha quedaban como pasto de los perros y las aves de rapiña", los curas párrocos, viendo disminuir sus ganancias, le promovieron pleito y lograron que el Obispo mandara suspender los entierros gratuitos que hacía la Hermandad (1741). Con este motivo el fundador volvió su caridad hacia los enfermos pobres y edificó, al lado de la capilla⁴¹, una sala con doce camas para mujeres pobres, que recibió enfermos desde 1743, aunque no regularizó sus funciones hasta 1774; es probable que durante esas tres décadas fuesen recogidas allí algunas dementes.

En 1759, el vecino Álvarez Campana, benefactor del colegio de huérfanas que la Hermandad sostenía dotó una sala con 13 camas para mujeres, atendida por las esclavas y huérfanas del colegio; Álvarez Campana proyectó fundar allí mismo un nuevo hospital, que no pudo llevar a efecto por haber fallecido en 1768. El presbítero José González Islas –hijo de Juan Alonso González y sucesor suyo en San Miguel– dio nuevo impulso a la iniciativa, secundada por varias donaciones de particulares. En 1790 la Hermandad pudo adquirir parte del terreno en que más tarde se edificó el Hospital General de Mujeres⁴². El 1° de julio de 1822 pasó a ser propiedad del Estado, teniendo en esa fecha 62 camas. La Sociedad de Beneficencia no llegó a hacerse cargo de su administración; siguió sostenido por el gobierno hasta 1838, fecha en que Rosas le retiró todo recurso. Subsistió por la buena voluntad de algunos médicos y vecinos, llegando su miseria a tal extremo que "el servicio de enfermeras y sirvientas lo desempeñaban mujeres salidas de la cárcel pública".

Hasta 1852 ese Hospital compartió con la Cárcel de Mujeres el carácter de depósito de alienadas. Al caer Rosas había en el Hospital unas 50 enfermas, de las cuales "más o menos la mitad" eran alienadas. Había un calabozo con cepo, para alguna agitada. Las tranquilas se usaban como enfermeras y sirvientas, compartiendo estas funciones con las presas de la Cárcel.

En 1852, la Sociedad de Beneficencia pidió que la policía dejara de llevar alienadas a la Cárcel y las condujese al Hospital, que estaba a su cargo. Con esta medida aumentó el número de asiladas y pronto se formó un *patio de dementes*, análogo al que existía en el Hospital General de Hombres. En 1854 se trasladaron 64 aliena-

37. Penna: *Ob. cit.* (El Dr. Penna fue practicante del Hospital, de 1873 a 1878).

38. Fue por muchos años famoso el guardián de la Sala de Autopsias, un Don Pancho, dipsómano incurable que –según voz pública– se bebía el alcohol de las preparaciones anatómicas.

39. Sitio de la actual Iglesia de la Concepción.

40. Sitio de la actual Iglesia de San Miguel.

41. En el lugar contiguo al Colegio de San Miguel, para huérfanos, instalado en 1755.

42. Hoy calle Esmeralda entre Rivadavia y Mitre (actual Asistencia Pública).

das del Hospital a la Convalecencia, que luego se transformó en el actual Hospital Nacional de Alienadas.

Alienadas en la Cárcel de Corrección y en la Cárcel de Mujeres

A espaldas de la Residencia funcionó la Casa de Corrección de Mujeres, fundada por el Virrey Vértiz en un edificio, que usaban los Jesuitas como Casa de Ejercicios para hombres⁴³. Durante el Virreinato se proyectó repetidamente establecer allí un Hospital de Mujeres, lo que equivalía a convertir la Residencia en Hospital Mixto, bajo la administración de los Betlemitas. Este proyecto no se realizó. En la Casa de Corrección hubo alienadas y calabozo para las furiosas, con cadena y cepo, hasta el establecimiento de la Convalecencia y su transformación en Hospital de Alienadas, donde se trasladó de inmediato a las agitadas.

Además de esta Casa de Corrección, existía la Cárcel de Mujeres (actual calle Victoria entre Bolívar y Perú), contigua a la Cárcel General que estaba en los bajos del Cabildo. En esa Cárcel de Mujeres existió un cuadro o calabozo especial para alienadas; en 1852 había más de 20, que la Sociedad de Beneficencia hizo trasladar al Hospital de Mujeres, donde se formó el patio de dementes, reuniéndose allí en dos años más de 60 alienadas, que en 1854 fueron pasadas a la Convalecencia.

Conjeturas estadísticas sobre los alienados de Buenos Aires en 1810

Del centenar de enfermos asilados en la Residencia por el año 1810, "más o menos la mitad eran dementes" (varones), entendiéndose por tales a todos los alienados pobres que no podían andar sueltos ni ser cuidados en sus domicilios⁴⁴. Ninguna familia "decente" tenía locos en la Residencia, prefiriendo los Conventos o la reclusión en quintas privadas.

Por el año 1810, Buenos Aires y su campaña, para 100.000 habitantes, debía tener, aproximadamente 200 alienados hospitalizables, (2 por mil), 100 varones y 100 mujeres. El número de asilados en el Cuadro de Dementes, 50 representaba la mitad del total de varones; la otra mitad estaba en los conventos y en quintas particulares. Las mujeres dementes, recluidas en la Residencia; en cambio eran más numerosas en los conventos, dado el frecuente contenido religioso de la enfermedad y el concepto supersticioso que se tenía de la locura.

43. En el mismo sitio (calle San Juan entre Defensa y Balcarce) en que actualmente existe la Cárcel Correccional de Mujeres, el Virrey Vértiz "estableció una Casa de Corrección, designando al efecto el local que estuvo al cuidado de los expatriados jesuitas y que había costado y dotado un particular para ejercicios espirituales de hombres. En ella se recogían las mujeres de mal vivir y entregadas al libertinaje y disolución, donde se dedicaban al trabajo de su sexo, que fue tan fructuoso que alcanzaba a sufragar todos sus gastos de sustentación y vestuario". Penna, *ob. cit.*

44. Algunos agitados estaban presos en el Cabildo y varios dementes tranquilos se retenían allí para servicios domésticos, en vez de pasarlos al Hospital.

Dos terceras partes de las alienadas no estaban hospitalizadas y las costumbres se oponían a ello. Aparte del horror y vergüenza que, en general, inspiraban los hospitales, era harto sabido que los tranquilos no tenían ninguna asistencia médica y los furiosos eran "amansados" con violentos medios de corrección.

Los 200 alienados hospitalizables serían el residuo permanente de 30 casos nuevos (3.66 por mil) que se producirían anualmente sobre los 100.000 habitantes de la ciudad y su campaña.

De los 180 varones, 80 serían alcoholistas, maníacos, agitados, rápidamente curables; de los cien restantes, 40 serían propiamente dementes, 40 melancólicos y deprimidos, 20 delirantes parciales, sistematizados y degenerados polimorfos.

De las 180 mujeres, 40 serían propiamente dementes, 60 deprimidas y melancólicas, 30 agitadas y maníacas, 30 delirios místicos y religiosos, 20 delirios parciales, sistematizados, histéricos y polimorfos.

Datos del interior

En 1762, los religiosos betlemitas comenzaron a asistir enfermos en Córdoba. Desde los primeros días tuvieron ocasión de curar padecimientos nerviosos y mentales: "una pasión histérica que estaba muy deplorada" "varios síntomas, así histérico, como llagas", etc.⁴⁵. En el inventario del Hospital San Roque, efectuado el 1º de mayo de 1813, se lee que en el "pasadizo que va al corralón" existía "un cuarto contiguo, sin revoque ni piso, de tres varas en cuadro, para locos"⁴⁶. Las cosas no habían cambiado en 1819, pues del inventario efectuado por Bustos resulta que: "15 – Había un corralón, al que conducía un pasadizo cubierto, en cuyo trayecto había entre otras dependencias los *lugares secretos y el cepo con herrajes para locos*"; hasta 1863 subsistió este instrumento⁴⁷. Y sin variación se halla en 1826, conforme a un inventario levantado por Fray Miguel del Rosario: "En el pasadizo que iba al Corralón había una piecita *para un cepo en el que colocaban los locos*"⁴⁸. Parece que no se ocupaba mucho, sin embargo; en las estadísticas de ese tiempo sólo por accidentes figura algún alienado⁴⁹; es probable que otros figurasen entre los "sin diagnóstico" y que algunos más estuviesen en la Cárcel, si peligrosos, o vagasen por la ciudad, si tranquilos. Es seguro que los de familias decentes, especialmente mujeres, eran admitidas en conventos, vieja costumbre de la época colonial que persistió hasta la segunda mitad del siglo XIX.

En otras ciudades de la República la reclusión se hacía en la policía o en los conventos, según el rango, el sexo y la tranquilidad de los enfermos; esta situación se modificó después de 1870, en que se estableció la costumbre de enviar los agitados y los indigentes a los nuevos manicomios de Buenos Aires ■

45. Félix Garzón Maceda: *La Medicina en Córdoba*, vol. III, pág. 125 – Los pocos datos relativos a la asistencia de alienados en Córdoba los hemos tomado de esa excelente obra.

46. III, 258.

47. III, 271.

48. III, 339.

49. En 1827 figura 1 demente sobre un total de 113 enfermos. (III, 379)



confrontaciones



El encierro dentro del encierro

La situación actual en la Unidad Psiquiátrica Penal N° 20 del Hospital Municipal "J. T. Borda" de la Ciudad de Buenos Aires¹

Graciela Guilis

Psicóloga. Directora del Equipo de Salud Mental del Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS)

Roxana Amendolaro, Adelqui Del Do, Mariana Wikinski

Psicólogos. Miembros del Equipo de Salud Mental del CELS

Laura Sobredo

Médica. Especialista en Psiquiatría. Miembro del Equipo de Salud Mental del CELS

1. El Estado de la cuestión

Con referencia a la internación psiquiátrica se plantea una situación muy particular en el ya complejo panorama del encierro y la patología grave. Nos re-

1. Las observaciones que forman parte de este artículo fueron publicadas en el Informe Anual del CELS, 2005.

Resumen

El encarcelamiento de personas acusadas de cometer un delito quienes, además, padecen de alguna patología psiquiátrica, en Unidades Psiquiátricas dependientes del Servicio Penitenciario, constituye una práctica que pretende satisfacer, al mismo tiempo, las necesidades legales de reclusión y las necesidades de tratamiento de las personas detenidas. Sin embargo, las condiciones materiales de dicho encarcelamiento impiden que este último propósito se lleve a cabo. Este trabajo presenta las observaciones realizadas en la Unidad Psiquiátrica Penal del Hospital Municipal "J. T. Borda", de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina, por un equipo de profesionales que pertenecen al Equipo de Salud Mental de un organismo de derechos humanos, el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS). Un equipo formado por psicólogos, psiquiatras y abogados entrevistó a los pacientes y recorrió las instalaciones. Las entrevistas a los pacientes se realizaron siempre frente a los guardias. Como resultado de estas observaciones se concluye que: a) los pacientes no cuentan con tratamiento psiquiátrico adecuado y b) se constatan graves violaciones a los derechos de los pacientes. Por lo tanto, en estas condiciones todo abordaje terapéutico, tanto en el campo de la salud mental como en el más amplio de la salud en general, resulta inviable. Se discute la legislación internacional respecto de esta situación especial y los conceptos de "estado penal", "sociedad de control" e "institución total".

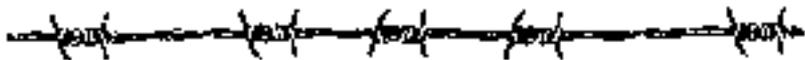
Palabras clave: Psiquiatría forense – Ética – Unidad psiquiátrica penal – Protocolo de Estambul.

A DOUBLE CONFINEMENT. THE CURRENT SITUATION INSIDE THE PSYCHIATRIC FORENSIC UNIT N° 20 OF THE HOSPITAL "J. T. BORDA" OF BUENOS AIRES CITY

Summary

Imprisonment of offenders with mental disorders in special psychiatric units constitutes a practice expected to satisfy both the legal and the medical needs of prisoners. However, the actual conditions in which this practice takes place frequently hinders its purpose. In this work we describe the observations made by members of a Human Right Organization's Mental Health Team, the Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) [Legal and Social Studies Centre], in the Psychiatric Unit of the J. T. Borda Hospital, in Buenos Aires, Argentina. Observations were carried on in three visits performed by a group of psychologists, psychiatrists and lawyers. Visitors interviewed patients and examined the buildings and other material conditions to which patients are submitted. Interviews always took place in front of the guardians. From the interviews and the examination of the installations it can be concluded that: a) patients lack systematic diagnostic and treatment, and b) severe violations to their human rights were documented. So, the imprisonment conditions preclude any therapeutic intervention. The international legislation related to this special clinical and legal situation is revised and the concepts of "penal state", "control societies" and "total institutions" are discussed.

Key words: Forensic psychiatry – Istanbul Protocol – Psychiatric forensic unit – Ethics.



ferimos a la situación de las personas internadas en las unidades psiquiátricas penales, aquéllos y aquéllas quienes –además de su condición de pacientes para la psiquiatría– están cumpliendo una condena por haber cometido un delito. Allí se duplica la lógica asilar propia tanto del manicomio como de la cárcel, lo que coloca a estas personas en la condición de innombrables (por carecer de palabra exacta que los defina) de “pacientes-presos”, sin un destino social, y sin una estructura que pueda dar cuenta de su existencia y de su futuro.

Es necesario subrayar que los últimos veinticinco años se han caracterizado por una tendencia a nivel mundial –enmarcada en lo que se ha denominado globalización– en la cual los Estados ya no definen un proyecto nacional sino que *se limitan a administrar las tendencias del capital*. Una consecuencia que se desprende de ello es que su soporte subjetivo ya no será el *ciudadano*, como sí lo fue el de los Estados-nación, sino el *consumidor*. El eje, entonces, está puesto en el mercado, y las posibilidades de participación de los individuos se reducen a la factibilidad o no de consumir. Los derechos inherentes a este modo de organizar el mundo serán los derechos del consumidor.

La transformación que implica el pasaje desde el Estado providencia hacia el llamado Estado penal, anuncia la aparición de una nueva manera de gobernar la miseria, que liga un mercado de trabajo descalificado y desregulado con un aparato penal intrusivo y omnipresente. La criminalización de la pobreza aparece como complemento “necesario” de la generalización de la inseguridad salarial y social(15). Se habla de una redefinición de las misiones del Estado: se retira de la arena económica en lo que hace a su papel redistributivo de la riqueza material y simbólica, y afirma la necesidad de reducir su papel social, endureciendo su papel punitivo.

Ya hemos afirmado que el aumento del nivel de pobreza e indigencia es una de las causas más significativas del incremento del sufrimiento en la población(6). Ante la ausencia de políticas públicas orientadas a la integración de la población pauperizada, las cárceles y los hospitales psiquiátricos terminan por transformarse en depósitos que albergan a personas sin recursos y sin derechos.

Ahora bien, si en las “sociedades disciplinarias” el modo de tratamiento de los anormales consistía en la reclusión en centros de encierro para su posterior reinserción social, dirá Lewkowicz que en las llamadas “sociedades de control”²(7) de lo que se tratará es de expulsar a quienes carecen de posibilidades de integrar el pequeño circuito del consumo. Ya no se trata de un tratamiento específico

2. Tomamos este término de Gilles Deleuze. Este autor lo introduce para describir un nuevo modo de organizar y gestionar las fuerzas sociales que se caracteriza por el control permanente, “al aire libre”, y que estaría sustituyendo al modo de control disciplinario. La fábrica es sustituida por la empresa, la formación permanente tiende a sustituir a la escuela y el control continuo tiende a sustituir al examen (Deleuze, 1996).

para una posterior reintegración. Están fuera. Y se tenderá una red que garantice que lo sigan estando(10).

No sólo al Estado no le interesa la integración social de las personas alojadas en las unidades psiquiátricas penales sino que la sociedad en su conjunto suele hacer oídos sordos al problema.

2. El encierro dentro del encierro

Como veremos en la descripción de los resultados obtenidos de una observación directa realizada en la Unidad 20, el alojamiento de personas en el Sistema Penitenciario actual, acusadas de la comisión de algún delito y que padecen algún tipo de patología psiquiátrica, no plantea ninguna estrategia de tratamiento ni reinserción social posterior, constituyendo una franca violación a los derechos humanos de las personas que allí se encuentran. Las unidades psiquiátricas penales son centros de encierro que ofrecen aún peores condiciones que los hospitales psiquiátricos y las cárceles(6, 16). Se trata de un encierro dentro del encierro que de por sí ya implican las “instituciones totales”(8).

Cómo se realizó la observación

Entre junio de 2004 y diciembre de 2005, en el marco de una investigación regional sobre Derechos Humanos y Salud Mental, realizamos tres visitas de carácter exploratorio descriptivo a la Unidad Psiquiátrica Penal del Hospital Borda y a la Unidad Psiquiátrica Penal del Hospital Moyano³. El presupuesto que orientó las observaciones y entrevistas realizadas fue que las personas allí detenidas sufren condiciones y tratamientos que –al modo de la lógica concentracionaria– constituyen daños gravísimos e irreparables a sus derechos al trato digno y humano y a la integridad y la seguridad personal.

El equipo de investigadores estuvo compuesto por psiquiatras, psicólogos y abogados del CELS y de MDRI⁴.

El Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) es

3. Sobre la base de la información que MDRI (Mental Disability Rights International) compartió con nosotros podemos afirmar que en la Unidad Psiquiátrica Penal N° 27 del Hospital Moyano se reitera el uso de las celdas de aislamiento. El personal informó que se utilizaban durante dos días como máximo. Sin embargo, durante la visita se pudo constatar que había dos mujeres detenidas en estas celdas. Una había estado allí durante un año por orden judicial porque se consideraba que era un peligro para sí misma. La otra había estado detenida allí un año y medio por las dificultades en el trato con las otras personas. En la Unidad 27 era notable el control que las autoridades ejercían sobre las internas. Al llegar a una celda con ocho internas, la encargada del Penal gritó desde afuera: “A pie de las camas”, y todas las internas saltaron y se pararon a los pies de las camas, en estado de atención. El personal de la Unidad les prohibía a las mujeres hablar con quienes estaban realizando la visita.

4. MDRI es un organismo de derechos humanos que funciona desde 1993 promoviendo la aplicación de los derechos humanos de las personas con discapacidades mentales. A par-



una organización no gubernamental que trabaja en la promoción y protección de los derechos humanos y el fortalecimiento del sistema democrático y el Estado de Derecho en Argentina. El Equipo de Salud Mental del CELS está conformado por un conjunto interdisciplinario de profesionales entre los que se cuentan psicólogos, psiquiatras, abogados y trabajadores sociales cuyo objetivo fundamental es la promoción, difusión y defensa de los Derechos Humanos y la Salud Mental.

Los instrumentos utilizados fueron la observación y las entrevistas semiestructuradas dirigidas a personas internadas en ambas unidades y a personal penitenciario, médico y no médico. Las visitas incluyeron la totalidad de las dependencias de ambas instituciones (celdas, cocina, baños, depósitos, etc.). Las entrevistas a las personas internadas debieron ser realizadas en presencia permanente del personal penitenciario. Los internos hablaban en voz muy baja e incluso llegaron a manifestar su temor explícito por la información que nos estaban brindando. Se realizaron, aproximadamente, sesenta entrevistas. Como resultado de los relevamientos realizados estamos en condiciones de afirmar que los derechos de las personas que se encuentran alojadas en las unidades psiquiátricas penales de la ciudad de Buenos Aires son sistemática y permanentemente vulnerados⁵.

Acerca de los pacientes

Los pacientes que se encuentran allí recluidos son personas que cumplen una condena y, además, han sido declaradas inimputables (en su mayoría pacientes psicóticos o con patología orgánica cerebral) o padecen drogadependencias o han sido diagnosticadas como pacientes con trastornos de la personalidad. Aunque no es posible dar detalles con respecto a las cuestiones individuales de las personas que hemos entrevistado, debido

tir de la publicación de informes, denuncia las violaciones internacionales de los derechos de las personas con discapacidades mentales. Se apoya para su trabajo en la experiencia de profesionales de salud mental, de abogados de los derechos humanos, de personas que padecen discapacidades mentales y de los miembros de sus familias. MDRI entrena y asesora legalmente con el objetivo de implementar reformas en los sistemas de servicios de asistencia en salud mental y asiste a los gobiernos para desarrollar leyes y políticas que promuevan la integración a/en la comunidad y la aplicación de los derechos humanos para las personas con discapacidades mentales. MDRI, ubicado en Washington, EE.UU., está forjando nuevas alianzas a través del mundo para desafiar la discriminación y el abuso cometidos a personas con discapacidades mentales, así como trabajando con los organismos de derechos humanos locales para crear nuevos proyectos de defensa y para promover la participación de los ciudadanos y los derechos humanos para los niños y los adultos.

5. Un informe conteniendo el detalle de lo que pudimos observar fue enviado por CELS y MDRI (Mental Disability Rights International) al Ministro de Justicia de la Nación en marzo de 2005.

a la gravísima situación de vulnerabilidad en la que se encuentran⁶, hemos encontrado un porcentaje importante de pacientes drogadependientes y con diagnóstico de trastorno de la personalidad. La diversidad de cuestiones clínicas a abordar y las diferencias con respecto a la imputabilidad de los pacientes son un dato acerca de la dificultad para establecer un marco coherente para una intervención terapéutica.

Acerca de las condiciones generales de detención/internación

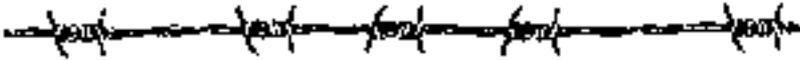
Las detenciones de las personas internadas en la Unidad Penal número 20 no son revisadas de manera periódica ni adecuada por los jueces o fiscales intervinientes. El personal también informó que los jueces excepcionalmente llegan al Penal para visitar a los internos y efectuar preguntas sobre su evolución. Sus abogados defensores de oficio los visitan muy esporádicamente. Según se nos refirió, son comunes las amenazas de golpearlos o quitarles los escasos "beneficios" que poseen (teléfono, salidas al patio, visitas) por parte del personal.

A continuación describimos las condiciones que constituyen las situaciones más graves y preocupantes y que infringen de manera flagrante los derechos humanos de las personas detenidas en dichas instituciones. Siguiendo la escasa bibliografía existente al respecto (11, 12) se describirán: a) condiciones ambientales de la reclusión, personal que asiste a los internos, uso de celdas de aislamiento, b) ausencia de un diagnóstico y de un plan terapéutico racional, c) denuncias de trato cruel, inhumano o degradante y vejaciones.

a. *Condiciones ambientales:* las Unidades suelen sufrir situaciones de extrema sobrepoblación. El personal de la Unidad 20 nos informó que ésta cuenta con una sobrepoblación cercana al 50%. Si bien posee una capacidad para noventa personas, aloja a ciento treinta detenidos. Esta sobrepoblación provocó que la sala de estar sea utilizada como un dormitorio, privando de este modo a los presos psiquiatrizados del acceso al único espacio existente para la realización de actividades terapéuticas o de recreación.

Aquellos pacientes que no están encerrados en celdas de aislamiento, están ubicados en celdas comunes con capacidad para seis adultos. Sin embargo, lo que observamos es que en cada una de estas celdas permanecen detenidas entre siete y once personas. Constatamos que muchos internos se ven obligados a dormir en el suelo sobre restos de colchones delgados y sucios, ubicados uno tras otro, casi sin espacio entre ellos para moverse. Cada celda cuenta con una letrina sin puertas para el to-

6. Es un riesgo difícil de minimizar el de las represalias que suelen sufrir los presos, en este caso pacientes, luego de las visitas de distintos organismos de control de su situación en la Unidad Penal.



tal de las personas allí alojadas. Uno de estos pabellones ni siquiera contaba con la mencionada letrina y las personas internadas –al igual que en las celdas de aislamiento– debían usar botellas como sanitarios.

Tampoco existen condiciones esenciales para la higiene apropiada, como el agua caliente, las toallas y el jabón. Pueden verse multitudes de cucarachas avanzando sobre las paredes y puertas, tanto en las celdas de aislamiento como en las celdas comunes. Un penetrante y desagradable olor está siempre presente, producto de las condiciones de hacinamiento y de encierro.

Los pacientes sólo tienen media hora por día de permiso para salir al patio, el acceso telefónico es muy limitado y las actividades recreativas y terapéuticas son escasas. Según comentaron los internos, casi no reciben asistencia médica, odontológica y psicológica



Los pacientes, al momento del ingreso (por derivación desde otras Unidades Penitenciarias o de Hospitales Psiquiátricos) o en aquellos casos en que se diagnostica una descompensación psicótica, suelen permanecer en celdas de aislamiento diminutas –de unos 2 x 1,5 metros– durante diez o más días, medicados en forma excesiva, totalmente desnudos y durmiendo sobre camas de cemento sin colchón. El personal que allí trabaja nos informó que esta práctica se utiliza para “observación” y que la ausencia de vestimenta y de colchón forma parte de un “criterio médico y de cuidado” por el riesgo de suicidio mediante la utilización de alguno de estos elementos. Sin embargo, al revisar las historias clínicas de los detenidos nos encontramos con una única situación de intento de suicidio. Estas celdas de aislamiento no poseen luz natural, no tienen suficiente ventilación y dicha “observación” sólo puede ser realizada a través de una mirilla ínfima. No hay personal en el área de las celdas de aislamiento, lo que hace aún más inverosímil la observación regular. Las celdas tampoco tienen agua corriente ni instalaciones sanitarias. A los detenidos se les da una botella de plástico cortada para comer y otra para orinar. Los profesionales entrevistados justificaron esta detención aislada de quienes ingresan como necesaria para la adecuada evaluación de las condiciones de los detenidos. Nos encontramos con que existían personas detenidas en estas celdas de aislamiento por períodos de hasta un año. Este dato fue confirmado por personal de la Unidad. Luego de tantas supuestas precauciones diagnósticas que defendían el uso de las celdas de aislamiento, constatamos que una persona acusada de violación estaba encerrada en una celda común y sometida a todo tipo de abusos y vejaciones por parte de sus

compañeros de celda, siendo esta situación de conocimiento del personal penitenciario.

b. *Condiciones que hacen a la salud mental específicamente. Ausencia de tratamiento:* creemos que en situaciones como las antes descriptas es clara la intención punitiva por parte de los profesionales.

La Unidad Penal número 20 del Hospital Borda cuenta con una población importante de personas con problemas de drogadependencia, a quienes se deriva allí desde otras Unidades Penitenciarias para recibir tratamiento adecuado. Los empleados admitieron que estas personas no pueden recibir ni el tratamiento ni la rehabilitación correspondiente, ya que la Unidad no cuenta con los recursos económicos ni humanos capacitados en el tema para realizarlos. La existencia de estas personas se torna invisible porque estos lugares se convierten en supuestas alternativas, una especie de limbo entre la cárcel y los servicios especializados, que no plantean ninguna estrategia terapéutica(6). Como resultado, las personas drogadependientes quedan internadas durante largos períodos de tiempo sin ninguna mejoría. En algunos casos, los profesionales solicitaron trasladar a pacientes a instituciones especializadas en la rehabilitación en drogadependencia, pero el pedido no suele recibir respuesta alguna del juez interviniente.

Debido a la severa sobrepoblación y a la ausencia de profesionales idóneos, las evaluaciones de cada uno de los detenidos son inadecuadas. No hay diagnósticos precisos y existe una verdadera ineficacia, cuando no una falta absoluta de intención, en proporcionar el acceso a un abordaje racional en salud mental.

c. *Denuncias de un trato cruel, inhumano o degradante:*



durante nuestras visitas recibimos graves denuncias sobre violaciones a la integridad personal, mental y moral, y del derecho a un trato digno y humano de las personas detenidas. Algunos detenidos denunciaron haber recibido golpes por parte del personal; otros informaron que en varias ocasiones habían sido sometidos a duchas de agua helada mientras el personal de la Unidad les daba golpes con bastones u otros instrumentos, llegando incluso a dejarles marcas importantes sobre sus cuerpos. Fue durante la visita de junio de 2004 que pudimos observar gravísimos hematomas sobre las espaldas y los torsos de algunos detenidos.

Recibimos, también, denuncias sobre violaciones llevadas a cabo por guardias. Algunos miembros del personal penitenciario están trabajando actualmente a pesar de que existen sobre ellos graves denuncias por malos tratos. De acuerdo con lo que relataron las personas entrevistadas, no existiría ningún proceso judicial que se esté llevando adelante por malos tratos a personas detenidas en esta institución.

Los profesionales del Servicio Penitenciario no se acercan a los detenidos, cuando nos acercábamos para poder hablar con ellos nos advertían sobre el riesgo que implicaba lo que estábamos haciendo. Sin embargo, ninguna de las personas que nos acompañó durante las visitas resultó agredida por los internos.

En las condiciones de encierro descritas está excluida la posibilidad de cualquier tratamiento compatible con normas profesionales y éticas actuales. No existe práctica de salud alguna que pueda realizarse en estas condiciones inhumanas de existencia. Podemos asegurar que las mismas son generadoras de enfermedad(16).

El escenario descrito nos imponía la necesidad de plantear de manera urgente las denuncias correspondientes, pero existe un temor generalizado a las represalias posteriores que podrían tomarse contra los internos cuando las puertas se cerraran nuevamente, luego de nuestra visita.

3. Algunas reflexiones

Si nos preguntamos qué sucede con lo humano, frente a prácticas de aniquilación física y moral, es decir, frente a procesos de desobjetivación, la respuesta nos conduce seguramente hacia el concepto de deshumanización. Agamben(1) señala que se puede sobrevivir sin humanidad, *nuda vida* que ofrece únicamente el camino de la supervivencia a cualquier costo subjetivo, lejos de la condición de sujeto y de la posibilidad de atravesar procesos de subjetivación que permitan pensar en prácticas de reinserción social. Nos encontramos en este caso con la *nuda vida* de los internos, expuestos quizás para el resto de sus días a prácticas “terapéuticas” y de encierro que desde su condición de *no-sujeto* no les ofrecen otro camino que la supervivencia o la muerte.

Las Naciones Unidas se han ocupado específicamente

de las obligaciones éticas de médicos y demás profesionales de la salud en los Principios de Ética Médica aplicables a la función del personal de la Salud –especialmente los médicos– en cuanto a la protección de las personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes⁷. En estos principios queda bien claro que los profesionales de la salud tienen “el deber moral de proteger la salud física y mental de los detenidos [...] se les prohíbe el uso de sus conocimientos y técnicas de medicina de cualquier manera que sea contraria a las declaraciones internacionales de los derechos individuales”⁸[...] (*Protocolo de Estambul*, 2001:12)(11).

Otro documento cita: “[...] lo que las pruebas existentes indican es que algunos médicos facilitan la violación de los derechos humanos mediante su participación directa; otros, aunque no actúan de forma directa y activa, conocen las violaciones y, no obstante, voluntariamente dan su consentimiento para que se perpetren; y, por último, existe otro grupo que puede ser calificado de observador involuntario de los abusos y no dispuesto a participar en ellos, pero desconocedor de qué acción llevar a cabo”(2).

La situación violatoria de los Derechos Humanos descrita puede sostenerse con la complicidad no sólo del personal sino también de los profesionales “de la salud” que allí trabajan, quienes por acción u omisión naturalizan el encierro en condiciones extremas de crueldad como si éstas no fueran una forma evidente de atentado contra la dignidad humana. Cualquier argumento que invoque el desconocimiento de declaraciones y tratados no exime de la responsabilidad profesional. ¿Qué clase de diagnóstico puede hacerse en una celda de aislamiento como las descritas? ¿Cómo puede concebirse una entrevista diagnóstica a una persona que se encuentra desnuda, encerrada en una celda de 2 por 2 metros, sin estímulos visuales, inactiva la mayor parte del día? ¿Qué tipo de tratamiento puede proveerse y sostenerse cuando se tolera la aplicación de golpes a las personas detenidas, violaciones que los profesionales no denuncian?

Es necesario recordar aquí que entre los principios de ética médica que detalla la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1982, en su principio 1 señala que el personal de salud, especialmente los médicos encargados de la atención de personas presas o detenidas, tienen el deber de brindar protección a la salud física y mental de dichas personas y de tratar sus enfermedades y padecimientos del mismo modo y con la misma calidad en la prestación que brindan a las personas que no están presas o detenidas(3).

Las normativas incluidas en declaraciones y tratados

7. Adoptados por la Asamblea General en 1982.

8. En particular, la Declaración Universal de los Derechos Humanos, los Pactos Internacionales de Derechos Humanos y la Declaración sobre la protección de todas las personas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.



constituyen objetivos deseables y necesarios que deben guiar la práctica profesional y deben ser considerados prioritariamente porque constituyen la fundamentación de nuestro actuar ético como profesionales.

Las condiciones de vida en este lugar no tendrían nada que envidiarle a un centro clandestino de detención. Tal vez la única diferencia es que el nombre de los detenidos existe registrado en algún lugar de alguna oficina del Estado, un lugar que no suele interesarle a casi nadie. Fernando Ulloa plantea que el paradigma de lo que él denomina "encerrona trágica" es la mesa de torturas:

En la tortura se organiza hasta el extremo salvaje una situación de dos lugares sin tercero de apelación. Por un lado, la fortificación del represor; por el otro, el debilitamiento del reprimido. Pero no es necesario llegar hasta ese límite, ya que con harta frecuencia la organización político-administrativa perfecciona los dos lugares de marginadores y marginados, con el consiguiente cortejo de encerronas.

Debe entenderse por encerrona trágica toda situación donde alguien para vivir, trabajar, recuperar la salud, incluso pretender tener una muerte asistida, depende de alguien que lo maltrata o destrata, sin tomar en cuenta su situación de invalidez(14).

No existe tercero de apelación entre encarcelado y carcelero, el carcelero dispone de la vida del encarcelado y nadie reclamará si éste muere. Tal vez sí, su familia, pero difícilmente ésta sea escuchada por el resto de la sociedad y las instituciones que la conforman.

Es imprescindible que las autoridades gubernamentales y la sociedad en su conjunto presten oídos a las graves y sistemáticas violaciones a los derechos humanos

que se producen en las unidades psiquiátricas penales, donde se requiere de urgentes medidas que modifiquen una situación que no puede continuar por más tiempo. Es particular la responsabilidad que nos cabe a los trabajadores de la salud.

Una vez más diremos que la eficacia de las normas escritas, de los tratados internacionales que organizan nuestra tarea profesional y nuestra vida social, sólo se alcanza con los gestos que los sostengan en la práctica cotidiana. Vale aquí citar una vez más el Protocolo de Estambul:

"...los profesionales de la salud tienen una doble obligación, una obligación principal ante su paciente, la de promover los mejores intereses de esa persona, y una obligación general, la de asegurar el triunfo de la justicia y prevenir violaciones de los derechos humanos"(13).

Y también en el mismo documento:

"Además los profesionales de la salud tienen el deber de apoyar a los colegas que se oponen abiertamente a las violaciones a los derechos humanos. El no hacerlo supone no sólo violar los derechos de los pacientes y contradecir las declaraciones antes citadas sino, además, desacreditar a las profesiones sanitarias"(13).

El objetivo de este documento es contribuir a generar un diálogo que plantee las condiciones necesarias para la construcción e implementación de políticas públicas y prácticas que sean respetuosas de los derechos de las personas detenidas en las unidades psiquiátricas penales. Que les proporcionen condiciones para su bienestar físico y mental y que conduzcan a alentar su desinstitucionalización, su rehabilitación y su reinserción social ■

Referencias bibliográficas

1. Agambem G. *Lo que queda de Auschwitz*. Editorial Pretextos, Valencia, 1999.
2. Amnistía Internacional. *Médicos, el personal de la salud ante la tortura*. Editorial EDAI, Montevideo, 1990.
3. Amnistía Internacional. *Códigos de ética y declaraciones aplicables a la profesión médica*. Editorial EDAI, Montevideo, 1985.
4. Basaglia F. *Los crímenes de la paz*, Editorial Siglo XXI, Buenos Aires, 1987.
5. Calo O, Hermosilla AM. *Psicología, ética y profesión: aportes deontológicos para la integración de los psicólogos del MERCOSUR*. Editorial de la Universidad Nacional de La Plata, La Plata, 1996.
6. Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS). *Derechos Humanos en Argentina. Informe 2004*. Editorial Siglo XXI, Buenos Aires, 2004.
7. Deleuze G. *Conversaciones*, Editorial Pretextos, Valencia, 1996.
8. Earthrowl M et al. Providing treatment to prisoners with mental disorders: development of a policy. *Br J of Psychiatry* 2003, 182: 299-302.
9. Foucault M. *Vigilar y Castigar*. Editorial Siglo XXI, Buenos Aires, 1989.
10. Lewkowicz I. *Subjetividad controlada*. Campo Grupal, N° 13, edición electrónica, Buenos Aires, 2000.
11. Nurse J, Woodcock P, Ormsby J. Influence of environmental factors on mental health within prisons: focus group study. *Br Med Journal* 2003; 327: 989.
12. Reed J, Lyne M. Inpatient care of mentally ill people in prison: results of a year's programme of semi structured inspections. *Br Med Journal* 2000; 320: 1031-1034.
13. Oficina del Alto Comisionado de las UN para los DDHH. "Protocolo de Estambul" en *Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes*. Serie de capacitación profesional No 8, Nueva York y Ginebra, 2001.
14. Ulloa F. *La novela clínica psicoanalítica*, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1999.
15. Wacquant L. *Las cárceles de la miseria*. Editorial Manantial, Buenos Aires, 2000.
16. Wilson, S. The principle of equivalence and the future of mental health care in prisons. *British J of Psychiatry* 2004, 184: 5-7.

lecturas y señales



LECTURAS

Jorge A. Insúa; Amelia Musacchio de Zan. **Psicología Médica, Psicosemiología y Psicopatología.** Buenos Aires, Akadia, 2006, 562 págs.

En continuidad con una prolífica obra ya publicada, los autores –ambos destacadas personalidades del ámbito universitario, hospitalario y clínico de nuestro país y de amplia y reconocida actuación en el espacio internacional– nos hacen esta nueva entrega a los médicos argentinos.

La obra, dividida en cuatro partes (la Primera, introductoria, estudia el “Concepto de enfermedad” y la “Historia natural de las enfermedades” en los períodos de prepatogénesis y patogénesis; la Segunda la Psicosemiología; la tercera la Psicopatología y la Cuarta la Propedeútica Clínica) actualiza en una concepción bio-psi-social los conocimientos básicos para el estudio de dichos temas con un enfoque de inspiración psicodinámica y antropológica.

Prácticamente ningún concepto fundamental de la psicología médica queda sin revisar en los amplios capítulos sobre Psicosemiología (véase en especial el excelente pasaje sobre “El encuentro médico-enfermo”) y Psicopatología. De particular profundidad nos han resultado los tramos dedicados a “La enfermedad como síntoma cristalizado de las relaciones familiares” –que abarca la noción de familia con su estructura, sus funciones y su patología específicas– y a “La enfermedad como expresión social y cultural” de tanta importancia en nuestro medio. Asimismo, resulta fundamental la parte dedicada a las reacciones psicológicas ante afectaciones quirúrgicas y médicas (pp. 360 a 399).

Por fin, la parte de Propedeútica presenta una síntesis clara y precisa al servicio del diagnóstico de los principales síndromes psiquiátricos. Cada capítulo se acompaña de una útil selección de “Lecturas complementarias”.

Adaptada para el estudio de las diversas materias (Salud Mental, Psicosemiología y Clínica Psiquiátrica) que se dictan en el Departamento de Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, la obra es, también de gran provecho para médicos Residentes y colegas en general de todas las especialidades médicas. En efecto, la profundidad del análisis de los diversos tópicos mencionados, la actualizada bibliografía

y el aboradaje –sólo posible en clínicos y docentes de la gran experiencia de los autores– riguroso y de amena lectura, la vuelve una herramienta indispensable en nuestra bibliotecas.

Juan Carlos Stagnaro

Miguel Spivacow. **Clínica psicoanalítica con parejas. Entre la teoría y la intervención.** Buenos Aires, Lugar editorial, 2005, 194 págs.

“El misterio que encierra la pareja ha convocado siempre a su indagación desde variadas disciplinas y perspectivas. Hoy, con un marco teórico psicoanalítico, nos llega un nuevo estudio sobre el tema, fruto de largos años de trabajo clínico del autor en su consultorio y de investigación en diversas asociaciones psicoanalíticas.

El trabajo vincular en psicoanálisis requiere la ampliación y redefinición de algunos conceptos provenientes del campo bipersonal, así como la creación de otros para describir las situaciones novedosas que plantea el nuevo dispositivo. Spivacow encara con éxito esa tarea, que se inicia con el estudio de las diferentes dimensiones del psiquismo.

Los primeros capítulos están destinados a abordar la dimensión metapsicológica de la pareja. La compleja trama del enamoramiento y del desenamoramiento, la sexualidad en el funcionamiento vincular, poder y dominio, el otro autónomo-otro imaginado, la metabolización de las diferencias, son algunos de los numerosos ejes que el autor desarrolla en una exposición compleja y rigurosa.

En los tres capítulos dedicados a cuestiones técnicas da cuenta de los escollos que atraviesan estos tratamientos. Por la claridad de su exposición serán de gran interés para terapeutas de pareja o para aquellos profesionales que se interesen en esta práctica. Relato conjunto, interpretación vincular, interpenetración, desarrollo del tratamiento, sintonía recíproca son algunos de los conceptos que propone y que dan cuenta de su posición teórica. En los capítulos restantes –“Algunos recorridos clínicos”– nos encontramos con unas temáticas que se encuentran en la base de la problemática de las parejas: masculino-femenino, la cuestión del poder, endogamia-exogamia.

Encontramos en este libro un elaborado tratamiento de los conceptos que, en conjunto con la amplia ilustración clínica, hacen de él un verdadero tratado sobre el tema.

Gloria Barros de Mendilaharsu

Índice alfabético de autores

Volumen XVI, 2005

- Abbadi, S., *Psicoeducación y esquizofrenia: fracaso de una prope-
deutica*, N° 60, pág. 85
- Achotegui, J., *Emigrar en situación extrema. El Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises)*, N° 60, pág. 105
- Agrest M., Ver Conti, N. A.
- Akiskal, H. S., Ver Vázquez, G. H.
- Albanesi de Nasetta, S. Nasetta, P. *Residentes médicos y calidad de vida*, N° 62, pág. 245
- Alvarez Lince, B., *Desde la teoría de la seducción al Complejo de Edipo*, N° 63, pág. 386
- Allegrí, R., Ver Harris, P.
- Allegrí, R. Ver Serrano, C.
- Aragonés Viñes, T., *Nuevos roles en la familia*, N° 60, pág. 123
- Ascazibar, M., Ver Folino, J. O.
- Asperger, Hans *Psicopatía autista en la infancia*, N° 62, pág. 306
- Assunção, S. Jiménez, J. Pacheco N. et al., *América Latina: Respuestas a los Antipsicóticos*, N° 62, pág. 260
- Barenblit, V., *Tendiendo puentes. Entrevista por J. C. Stagnaro*, N° 60, pág. 139
- Bertera, H. J. *Tratamiento farmacológico de la depresión resistente*, N° 64, pág. 460
- Blanco, M. F., Ver Pieczanski, P.
- Borda José T. Loudet, Osvaldo *Vejez y capacidad civil. Informe Médico Legal*, N° 61, pág. 222
- Bourguignon, A. Ver Delay, J.
- Butman, J., Ver Harris, P.
- Cabanchik, S. M., *Wittgenstein y Freud*, N° 63, pág. 364
- Cáceres, M. S., Ver Folino, J. O.
- Campos, M. L., Ver Folino, J. O.
- Capellá, A., *Pensar lo impensable: una aproximación a "la psicosis"*, N° 60, pág. 133
- Casasoprana, F. Wintrebert, D., *El autismo: la perspectiva clínica y psicopatológica. Entrevista a Roger Mí-
sès*, N° 62, pág. 293
- Cepeda, S. Ver Martínez-Raga, J.
- Conti, N. A. Agrest M., *Cuerpo y alma: fragmentos*, N° 63, pág. 381
- Cristiani, P. C., *Psiquiatría carcelaria argentina*, pág. 312
- Cukier S. H., *Aspectos clínicos, biológicos y neuropsicológicos del Trastorno Autista: hacia una perspectiva integradora*, N° 62, pág. 273
- Delay, J. Deniker, P., Bourguignon, A., Lempérière, T., *Complicaciones de aspecto extrapiramidal en el curso de los tratamientos con clorpromacina y reserpina: estudio clínico y electromiográfico*, N° 64, pág. 469
- de la Parra, I. Ver García de Amusquibar, A. M.
- Deniker, P. Ver Delay, J.
- Didia-Attas, J. Ver Martínez-Raga, J.
- Dillon, C., Ver Harris, P.
- Elenitza I. M., *Efectos adversos endócrinos de los psicofármacos*, N° 59, pág. 43
- Fantín, J. C. *Una perspectiva histórica-epistemológica del problema ontológico del positivismo. Positivismo y psiquiatría*, N° 64, pág. 473
- Fendrik, S., *Autismo y psicosis infantil. Contribuciones teóricas y clínicas del psicoanálisis*, N° 62, pág. 284
- Finkelsztejn, C. Ver García de Amusquibar, A. M.
- Finkelsztejn, C., Ver Pieczanski, P.
- Folino, J. O. Cáceres, M. S. Campos, M. L. Silveri, M. Ucin, S. Ascazibar, M., *Evaluación de factores dinámicos de riesgo de violencia*, N° 61, pág. 188
- Gagliesi, P. Lardani, A. Salgueiro, M. del C., *Selección Sistemática de Tratamiento, un modelo de psicoterapia basada en la evidencia. Antecedentes y desarrollo de un programa de validación en la Argentina*, N° 62, pág. 251
- García de Amusquibar, A. M., Matusevich, D., Gutt, S., de la Parra, I., Girard, P., Finkelsztejn, C., *Experiencia de ocho años de internación en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria*, N° 64, pág. 405
- Girard, P. Ver García de Amusquibar, A. M.
- Grillo R., Ver Mangone C.A.
- Goyos, E., Ver Pieczanski, P.
- Gutt, S. Ver García de Amusquibar, A. M.
- Harris, P. Dillon, C. Allegrí, R. Serrano, C. Loñ, L. Villar, V. López Amalfara, L. Butman, J. Taragano, F., *Cognición en distimia*, N° 61, pág. 165
- Heerlein L. A., *Formación de la identidad en la Esquizofrenia y el Trastorno Bipolar*, N° 60, pág. 95
- Heumann, G., Ver Wolfberg E.
- Inchauspe, J. A., Ver Molto, J.
- Jiménez, J. Ver Assunção, S.
- Jufe G. S., *Efectos adversos de los psicofármacos sobre el metabolismo de la glucosa y de los lípidos*, N° 59, pág. 22
- Keller Sarmiento, E., *Inmunidad social*, N° 59, pág. 69
- Knecht, C. Ver Martínez-Raga, J.
- Lamela C. A., *Trastornos hepáticos inducidos por psicofármacos*, N° 59, pág. 29
- Lardani, A. Ver Gagliesi, P.
- Leal Rubio, J., *Salud Mental y diversidad: trabajar en red*, N° 60, pág. 114
- Leiderman, E. A. *Esquizofrenia resistente al tratamiento: consideraciones terapéuticas*, N° 64, pág. 446
- Lempérière, T. Ver Delay, J.
- Levin, S. A. *Falta de respuesta a la farmacoterapia: teoría y clínica. Apuntes para la discusión del concepto de resistencia en psicofarmacología*, N° 64, pág. 433
- López Amalfara, L. Ver Harris, P.
- Loñ, L. Ver Harris, P.
- Loudet, Osvaldo, Ver Borda José T.
- Mangone C.A., Grillo R., Saavedra L., Pallo V., Salgado P.A., *Nuevas variables de evaluación del test del reloj permiten un precoz y fácil diagnóstico del grado de deterioro cognitivo*, N° 59, pág. 13
- Martelli, M. Ver Serrano, C.
- Martínez-Raga, J. Didia-Attas, J. Ruiz, M. Knecht, C. Cepeda, S. San Molina, L. Pérez-Gálvez B. *Trastorno por estrés post-traumático y trastorno por uso de sustancias: epidemiología, naturaleza y neurobiología*, N° 63, pág. 325
- Matusevich, D. Ver García de Amusquibar, A. M.
- Matusevich, D., Ver Pieczanski, P.
- Matusevich, D. Ver Matusevich, M.
- Matusevich, M. Matusevich, D. *Imágenes del autismo en el cine americano*, N° 62, pág. 301
- Mazaira S., *Efectos de los psicofármacos en el feto y el recién nacido. Consecuencias del tratamiento de los trastornos psiquiátricos durante el embarazo y la lactancia*, N° 59, pág. 35
- Mazzella, L. Ver Wolfberg E.
- Mira y López, E., *Ensayo psicológico acerca del dolor*, N° 60, pág. 142
- Molto, J., Inchauspe, J. A., *Libertad de prescripción en España*, N° 60, pág. 130

- Mussa A., *Efectos adversos de los psicofármacos sobre las funciones sexuales*, N° 59, pág. 49
- Nasetta, P. Ver Albanesi de Nasetta, S. Orlando, E., *Modelos del autoconocimiento*, N° 63, pág. 359
- Pacheco N. Ver Assunção, S. Pallo V., Ver Mangone C.A.
- Pérez-Gálvez, B. Ver Martínez-Raga, J. Pérez, D. I., *El problema mente-cuerpo ayer y hoy*, N° 63, pág. 345
- Pieczanski, P., Blanco, M. F., Ragusa, A., Matusevich, D., Finkelsztein, C., *Primero no dañar: el rol de la psiquiatría en la Alemania nazi*, N° 60, pág. 151
- Pieczanski, P. Matusevich, D. Ragusa, A. Goyos, E. Finkelsztein, C. *"Cuando la leyenda se convierte en hecho, publica la leyenda": Estudio de campo sobre aspectos éticos de la práctica psiquiátrica en la Argentina*, N° 61, pág. 228
- Ragusa, A., Ver Pieczanski, P. Ranalli, P. Ver Serrano, C. Rodríguez Biglieri, R., Ver Vetere, G. Romi, J. C. *Dificultades que se presentan en la peritación médico legal sobre abuso sexual*, N° 61, pág. 213
- Rovaletti, M. L., *La génesis primordial del psiquismo: emergencia y formalización*, N° 63, pág. 371
- Rovner, J., *Estado funcional y calidad de vida en pacientes latino-americanos con esquizofrenia tratados con un antipsicótico atípico o típico: resultados de 12 meses del estudio Intercontinental Schizophrenia Outpatient Health Outcomes (IC-SOHO)*, N° 63, pág. 332
- Rudelir, M. Ver Toro Martínez, E. Ruiz, M., Ver Martínez-Raga, J. pág. 325
- Saal, A., *Neurociencias y Filosofía de la Mente*, N° 63, pág. 352
- Saavedra L., Ver Mangone C.A. Salgado P.A., Ver Mangone C.A. Salgueiro, M. del C., Ver Gagliesi, P. San Molina, L. Ver Martínez-Raga, J. Serrano, C. Ver Harris, P. Serrano, C. Allegri, R. Martelli, M. Taragano, F. Ranalli, P. *Arte visual, creatividad y demencias*, N° 64, pág. 418
- Silveri, M. Ver Folino, J. O. Spinetto, M. *Proceso psicodiagnóstico en Simulación*, N° 61, pág. 206
- Stingo, N. R. Zazzi, M. C. *Evaluación de la heteroagresividad*, N° 61, pág. 178
- Strejilevich, S. A. *Resistencia al tratamiento en los trastornos bipolares: problemas conceptuales, consecuencias terapéuticas*, N° 64, pág. 454
- Taragano, F. Ver Harris, P. Taragano, F. Ver Serrano, C. Toro-Martínez, E. *Manejo farmacológico del trastorno obsesivo compulsivo resistente al tratamiento*, N° 64, pág. 442
- Toro-Martínez, E., *Síndromes catatórficos secundarios a antidepresivos. Aspectos farmacológicos y médico-legales*, N° 59, pág. 62
- Toro Martínez, E. Rudelir, M. *Evaluación del riesgo suicida: Peligrosidad para sí. Aspectos Clínicos y Médico-Legales*, N° 61, pág. 196
- Ucín, S. Ver Folino, J. O. Vázquez, G. H. Akiskal H. S. *Escala de temperamento de Memphis, Pisa, París y San Diego autoaplicada, versión argentina (TEMPS-A Buenos Aires)*, N° 60, pág. 89
- Vetere, G. Rodríguez Biglieri, R., *Validación empírica de modelos teóricos y tratamientos cognitivo-conductuales para el Trastorno de Ansiedad Generalizada*, N° 61, pág. 170
- Villar, V. Ver Harris, P. Wahlberg, E. *Síndrome de Asperger. Criterios diagnósticos y cuadro clínico*, N° 62, pág. 279
- Wahlberg, E. *La voz de las familias. Entrevistas a madres de niños y jóvenes con Trastornos Generalizados del Desarrollo* N° 62, pág. 289
- Wikinski, S. *Mecanismos farmacocinéticos de resistencia en el tratamiento psicofarmacológico. El rol de la glicoproteína-P*, N° 64, pág. 438
- Wolfberg E., Heumann, G. Mazzella, L. y otros, *Problemas y recursos de médicos de planta, residentes y enfermeros en el ejercicio de su trabajo hospitalario*, N° 59, pág. 5
- Zazzi, M. C. Ver Stingo, N. R.

Suplemento especial

Consenso argentino sobre el tratamiento de los Trastornos Bipolares

- Vázquez, Gustavo Héctor; *Consenso argentino sobre el tratamiento de los Trastornos Bipolares*, pág. 3
- Cetkovich-Bakmas, Marcelo, Ver Vázquez, Gustavo Héctor
- García Bonetto, Gerardo, Ver Vázquez, Gustavo Héctor
- Goldchluk, Aníbal; Ver Vázquez, Gustavo Héctor
- Gutiérrez, Benigno, Ver Vázquez, Gustavo Héctor
- Herbst, Luis;
- Kalina, Eduardo; Ver Vázquez, Gustavo Héctor
- Lagomarsino, Alejandro; Ver Vázquez, Gustavo Héctor
- Strejilevich, Sergio, Ver Vázquez, Gustavo Héctor
- Zaratigui, Rodolfo; Ver Vázquez, Gustavo Héctor
- Guías de Tratamiento, pág. 11.

CLEF
CAPACITACION EN LENGUA FRANCESA

Cursos de francés grupales e individuales
Cursos para profesionales
Traducciones e interpretaciones
Cursos en París

www.clef.com.ar info@clef.com.ar

☎ 4373-7423

Av. Corrientes 1847 piso 12° E