

VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA

54



LA SALUD MENTAL EN LA CRISIS SOCIAL

*Agrest / Albanesi de Nasetta / Celia
Folino / Gorodisch / Guardo / Marchiano
Montanelli / Nemirovsky / Rosenstein
Sanchez Wilde / Stagnaro / Tkach
Wolfberg*

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

Volumen XIV - N° 54 Diciembre 2003 – Enero – Febrero 2004

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, M. A. Matterazzi, A. Monchablon Espinoza, R. Montenegro, J. Nazar, E. Olivera, D. J. Rapela, L. Ricón, S. L. Rojtenberg, D. Rabinovich, E. Rodríguez Echandía, L. Salvarezza, C. Solomonoff, 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. Barembliit, H. Pelegrina Cetrán. FRANCIA: J. Bergeret, F. Caroli, G. Lanteri-Laura, H. Lôo, P. Noël, J. Postel, S. Resnik, B. Samuel-Lajeunesse, T. Tremine, E. Zarifian. ITALIA: F. Rotelli. PERU: M. Hernández. SUECIA: L. Jacobsson. URUGUAY: A. Lista, E. Probst.

Comité Editorial

Martín Agrest, Norberto Aldo Conti, Pablo Gabay, Aníbal Goldchluk, Gabriela Silvia Jufe, Eduardo Leiderman, Daniel Matusevich, 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. Podruzny (Mar del Plata); H. Reggiani (Hosp. B. Moyano); S. Sarubi (Hosp. P. de Elizalde); N. Stepanyk (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: G. Bazán. 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: H. Massei; A. Berenstein; M. A. Díaz. EE.UU.: G. de Erasquin; R. Hidalgo; P. Pizarro; D. Mirsky; C. Toppelberg (Cambridge); 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@easy.net.fr

Diseño
Coordinación y Corrección:
Mabel Penette
Composición y Armado:
Omega Laser Gráfica
Moreno 1785, 5° piso
(1093), Buenos Aires, Argentina

Impreso en:
Servicio Integral Gráfico.
Córdoba 2875. Buenos Aires

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

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XIV N° 54, DICIEMBRE 2003 - ENERO - FEBRERO 2004

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
trimestral:
marzo, junio,
setiembre y
diciembre de cada
año, con
dos Suplementos
anuales.

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
Andrea Böhnke
La despedida
óleo, 2000
0,40 x 0,50

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

- **Percepción del impacto y el proceso diagnóstico del trastorno bipolar en personas en tratamiento en centros de Argentina y Chile**, S. Strejilevich, P. Retamal Carrasco pág. 245
- **Aspectos psicosociales en pacientes con osteoporosis, implicancias clínicas**, R. Zonis de Zukerfeld, R. Ingratta, G. Sánchez Negrete, A. Intebi pág. 253

DOSSIER

LA SALUD MENTAL EN LA CRISIS SOCIAL

- **Sufrimiento y salud mental en la crisis social**, J. C. Stagnaro pág. 263
- **Crisis social y desgaste ocupacional de los profesionales de la salud: alertas y recursos**, E. Wolfberg pág. 268
- **La enfermería como profesión de riesgo**, S. Albanesi de Nasetta pág. 280
- **Suicidios en convictos bonaerenses**, J. O. Folino, S. E. Marchiano, A. Sanchez Wilde pág. 286
- **Características epidemiológicas y de la atención de los pacientes internados psiquiátricamente en una Empresa de Medicina Prepaga en la Ciudad de Buenos Aires**, M. Nemirovsky, G. Guardo, M. Rosenstein, M. Agrest, J. Tkach, R. Montanelli pág. 292
- **"Bordando condiciones de más dignidad", Entrevista a Salvador Celia**, por R. Gorodisch pág. 299

EL RESCATE Y LA MEMORIA

- **Los simuladores del talento. La expansión individual**, por J. M. Ramos Mejía pág. 305

CONFRONTACIONES

- **De la epidemiología psiquiátrica a la investigación en el campo de la salud mental**, A. Stolkiner pág. 313

LECTURAS Y SEÑALES

- **Lecturas** pág. 320

EDITORIAL

E

n el campo de la salud mental es difícil, de por sí, establecer pautas de acción basadas en los datos epidemiológicos. La incertidumbre para definir los métodos de prevención, la dificultad para establecer un límite entre lo normal y lo patológico, la incertidumbre de las clasificaciones (la nosografía psiquiátrica siempre estuvo marcada por diferencias culturales y barreras lingüísticas que no tienen equivalentes en el resto de la patología) explican en gran parte ese fenómeno.

La epidemiología se desarrolló con mayor celeridad en los dominios en los que pudieron ponerse en práctica rápidamente medidas de prevención primaria y secundaria. Las enfermedades infecciosas y las carencias alimentarias son los ejemplos clásicos. Es más fácil establecer las fronteras de lo normal para un criterio biológico preciso que en los dominios del comportamiento.

Por otra parte, los médicos en general –y los psiquiatras no somos una excepción– son frecuentemente indiferentes, sino escépticos, respecto de los resultados obtenidos por la epidemiología; nos cuesta incluirlos como guía de nuestra práctica. Quizás esto se deba a una formación que pone excesivo énfasis en el ejercicio individualista de la profesión centrada en el caso único; un enfoque sin perspectiva sanitaria encerrado en la dualidad médico-paciente sin proyectarla en sus dimensiones poblacional, social y comunitaria. Además, la currícula médica universitaria nos orienta más a trabajar con la enfermedad ya declarada que en el nivel de la promoción de la salud.

Sin embargo, en los últimos años se han verificado avances significativos en el campo de la epidemiología psiquiátrica. En efecto, ya sea que se trate de los instrumentos propios de la epidemiología descriptiva (centrada en la medida de la frecuencia, la distribución y la evolución de las enfermedades mentales) como de los de la epidemiología evaluativa (gracias a la cual se pueden evaluar los factores de riesgo o los efectos de programas de prevención) contamos hoy con herramientas más sofisticadas para tener una visión sanitaria de conjunto, útil al diseño de la formación de los psiquiatras, la organización de las prestaciones y de las instituciones que las brindan, la orientación del gasto, la distribución territorial de los recursos humanos y los ejes de las campañas de prevención a encarar en la comunidad.

Estos imprescindibles datos epidemiológicos sobre el estado de la salud mental en la Argentina brillan por su ausencia. Hemos dicho en estas páginas que esa carencia no obedece a una falta de política sanitaria en el tema sino que es, en sí misma, una política destinada, por acción o por omisión, a ocultar una acuciante realidad, y cubrir con un manto de ignorancia la defeción del Estado de su obligación de velar por la salud de la comunidad a su cargo. Todos compartimos la dolorosa toma de conciencia de que atravesamos tiempos de restricciones y pobreza. El Presupuesto Nacional para el año 2004 aumenta un poco el gasto sólo para investigación científica (¿se incluirán epidemiólogos?). No es una mala noticia. Pero al mismo tiempo obliga a conservar y orientar los magros recursos con los que se cuenta en la administración de salud. En ese marco la tarea urgente de recabar datos epidemiológicos fehacientes y completos se vuelve indispensable ■

J. C. Stagnaro – D. Wintrebert

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

- 1) Los artículos deben enviarse a la redacción: **Vertex**, Revista Argentina de Psiquiatría. Moreno 1785, 5° piso (C1093ABG) Buenos Aires, Argentina.
- 2) Los artículos que se envíen deben ser inéditos, redactados en castellano y presentados en diskette (en Microsoft Word o Word Office) acompañado de su respectiva copia en papel por triplicado. El título debe ser breve y preciso. Los originales incluirán apellido y nombre del/los autor/es, títulos profesionales, funciones institucionales en el caso de tenerlas, dirección postal, teléfono, fax y E-mail. Deberá acompañarse, en hoja aparte, de 4 ó 5 palabras clave y un resumen en castellano y otro en inglés que no excedan 150 palabras cada uno. El texto total del artículo deberá abarcar un máximo de 12 a 15 páginas tamaño carta, dactilografiadas a doble espacio a razón de 28 líneas por página, lo cual equivale aproximadamente a 1620 caracteres por página, tipografía Arial, cuerpo 12, en caso de utilizar procesador de texto.
- 3) Las referencias bibliográficas se ordenarán por orden alfabético al final del trabajo, luego se numerarán en orden creciente y el número que corresponde a cada una de ellas será incluido en el correspondiente lugar del texto. Ej.:
Texto: El trabajo que habla de la esquizofrenia en jóvenes(4) fue revisado por autores posteriores(1).
Bibliografía: 1. Adams, J., ...
4. De López, P., ...
 - a) Cuando se trate de artículos de publicaciones periódicas: apellido e iniciales de los nombres del autor, título del artículo, nombre de la publicación en que apareció, año, volumen, número, página inicial y terminal del artículo.
 - b) Cuando se trate de libros: apellido e iniciales de los nombres del autor, título del libro, ciudad de edición, editor y año de aparición de la edición.
- 4) Las notas explicativas al pie de página se señalarán en el texto con asterisco y se entregarán en página suplementaria inmediata siguiente a la página del texto a que se refiere la nota.
- 5) Gráficos y tablas se presentarán aparte, con su respectivo texto, cuidadosamente numerados y en forma tal que permitan una reducción proporcionada cuando fuese necesario.
- 6) El artículo será leído por, al menos dos miembros del Comité Científico quienes permanecerán anónimos, quedando el autor del artículo también anónimo para ellos. Ellos informarán a la Redacción sobre la conveniencia o no de la publicación del artículo concernido y recomendarán eventuales modificaciones para su aceptación.
- 7) La revista no se hace responsable de los artículos que aparecen firmados ni de las opiniones vertidas por personas entrevistadas.
- 8) Los artículos, aceptados o no, no serán devueltos.
- 9) Todo artículo aceptado por la Redacción debe ser original y no puede ser reproducido en otra revista o publicación sin previo acuerdo de la redacción.

INSTRUCTIONS FOR PUBLICATION

- 1) Articles for publication must be sent to **Vertex**, Revista Argentina de Psiquiatría, Moreno 1785, 5° piso, (C1093ABG), Buenos Aires, Argentina.
- 2) Articles submitted for publication must be original material. The author must send to the attention of the Editorial Board three printed copies of the article and one copy in PC, 3.5" DS/HD diskette, indicating the software program used and the file name of the document. The title of submitted article must be short and precise and must include the following: author/s name/s, academic titles, institutional position titles and affiliations, postal address, telephone and facsimile number and electronic mail address (e-mail). The article must be accompanied by a one page summary with the title in English. This summary must be written in Spanish and English languages, and consists of up to 150 words and should include 4/5 key words. The text itself must have a length of up to 15 pages, (approx. 1620 characters each page).
- 3) Bibliographical references shall be listed in alphabetical order and with ascending numbers at the end of the article. The corresponding number of each references must be included in the text. Example:
Text: "The work on schizophrenia in young people (4) has been reviewed by others authors (1).
Bibliography: 1. Adams, J., ...
4. De López, P.,

- a) Journals and Periodicals publications: author/s surname name/s, initials of first and second name/e, title, name and year of publication, indicating volume number, issue number, and first and last page of the article.
 - b) Books: surname of author/s, initials of first and second name/s, title of the book, city of edition, editor's name, year of publication.
- 4) Other notes (explicative, etc.) must be indicated with an asterisk in the text and must be presented in only one page.
 - 5) Tables and graphics shall be presented each in a single page including its corresponding text and must be carefully numbered. They would be presented in such a way to allow print reduction if necessary.
 - 6) At list two members of the Scientific Committee, that will remain anonymous, must read the article for reviewing purposes. The author shall remain anonymous to them. Reviewers must inform the Editorial Board about the convenience or not of publishing the article and, should it be deemed advisable, they will suggest changes in order to publish the article.
 - 7) The views expressed by the authors are not necessarily endorsed by the Editors, neither the opinions of persons expressed in interviews.
 - 8) The Editorial Board will not return the printed articles.
 - 9) All articles accepted by the Editorial Board cannot be reproduced in other magazine or publication without the authorization of Vertex editorship.

RÈGLEMENT DE PUBLICATIONS

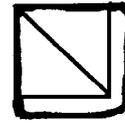
- 1) Les articles doivent être adressés à la rédaction: **Vertex**, Revista Argentina de Psiquiatría. Moreno 1785, 5° piso (C1093ABG) Buenos Aires, Argentina.
- 2) Les articles doivent être originaux. Ils doivent être présentés sur disquette (préciser le logiciel et la version utilisée, le nom du document) et accompagnés d'une version papier en 3 exemplaires. Le titre doit être court et précis. Les articles comportent, les noms et prénoms des auteurs, la profession, si cela est le cas, les fonctions institutionnelles, l'adresse, les numéros de téléphone et de fax, le courrier électronique. Sur une feuille à part, doivent figurer : 4 ou 5 mots-clé, les résumés, en espagnol et en anglais, qui ne peuvent excéder 150 mots, le titre de l'article en anglais. Le texte complet de l'article ne doit pas dépasser 12 à 15 pages (format 21X29,7), et comprendre approximativement 1620 signes par pages.
- 3) Les références bibliographiques sont classées par ordre alphabétique en fin de texte, puis numérotées par ordre croissant. C'est le numéro qui correspond à chaque référence qui sera indiqué entre parenthèses dans le texte. Exemple :
Texte : le travail qui mentionne la schizophrénie chez les jeunes(4) a été revu par des auteurs postérieurs(1).
Bibliographie: 1. Adams, J.,...
4. De López, P.,...

 - a) s'il s'agit d'un article, citer : les noms et les initiales des prénoms des auteurs, le titre de l'article, le nom de la revue, l'année de parution, le volume, le numéro, la pagination, première et dernière page.
 - b) S'il s'agit d'un livre : noms et initiales des prénoms des auteurs, le titre du livre, la ville d'implantation de l'éditeur, le nom de l'éditeur, l'année de parution.

- 4) Les notes en bas de page sont signalées dans le texte par un astérisque* et consignées sur une feuille à part, qui suit immédiatement la page du texte auquel se réfère la note.
- 5) Les graphiques et les tableaux sont référencés dans le texte, présentés en annexe et soigneusement numérotés afin de faciliter une éventuelle réduction.
- 6) L'article sera lu par, au moins, deux membres du Comité scientifique – sous couvert de l'anonymat des auteurs et des lecteurs. Ces derniers informeront le Comité de rédaction de leur décision : article accepté ou refusé, demande de changements.
- 7) La revue n'est pas tenue pour responsable du contenu et des opinions énoncées dans les articles signés, qui n'engagent que leurs auteurs.
- 8) Les exemplaires des articles reçus par Vertex, ne sont pas restitués.
- 9) Les auteurs s'engagent à ne publier, dans une autre revue ou publication, un article accepté qu'après accord du Comité de rédaction.



revista de
experiencias
clínicas y neurociencias



Percepción del impacto y el proceso diagnóstico del trastorno bipolar en personas en tratamiento en centros de Argentina y Chile

Sergio Strejilevich

Área de Investigación y Desarrollo en Salud Mental, Buenos Aires, Argentina. E-mail ssreji@intramed.net.ar

Pedro Retamal Carrasco

Unidad de Trastornos del Ánimo, Hospital Salvador, Santiago, Chile

Resumen

La detección y tratamiento temprano de los Trastornos Bipolares (TBP) determina una significativa reducción en la importante carga que significa esta enfermedad. Para planear en forma adecuada las estrategias para garantizar el acceso al tratamiento resulta de utilidad contar con datos que reflejen las vicisitudes cotidianas que deben afrontar las personas afectadas por esta patología. Se encuestó a personas en tratamiento por TBP en centros de Argentina y Chile relevando datos sobre su acceso al diagnóstico y tratamiento. El centro relevado en Chile, a diferencia de los de Argentina, funciona como una unidad especializada. *Metodología:* Se utilizó una encuesta anónima asistida con la que se relevó a una muestra por azar de las personas en atención en los centros participantes que tuviesen diagnóstico de TBP tipo I ó II y se encontrasen estabilizados por un lapso no menor a 12 meses. *Resultados:* Se encuestaron a 100 personas en Argentina y 69 en Chile (70% mujeres, edad 45.2 ± 14.7 años, escolaridad promedio 12 años, 71% inicio de síntomas en la edad adulta ($28,4 \pm 13,06$ años), 14% en la infancia. *Edad de la primera consulta:* 30 ± 12.5 años, 85.5% reportó haber padecido síntomas psicóticos, 46.4% tentativas suicidas, 71% hospitalizaciones por TBP. El 69% reportó demoras diagnósticas mayores a un año (mediana 8 años), el 75% haber recibido otros diagnósticos antes del de TBP (62% Depresión unipolar, 41% Esquizofrenia). El 41% reportó encontrarse desocupado. Las demoras y errores diagnósticos se asociaron a un significativo aumento en el impacto sociolaboral reportado. *Conclusión:* Aproximadamente 7 de cada 10 personas reportan dificultades para acceder al diagnóstico de TBP. Estas dificultades amplifican el de por sí el importante impacto de la enfermedad.

Palabras clave: Trastorno bipolar – Errores de diagnóstico – Epidemiología psiquiátrica.

PERCEPTION OF THE IMPACT OF BIPOLAR DISORDER AND ITS DIAGNOSIS IN HEALTH CENTERS IN ARGENTINE AND CHILE

Summary

Early detection and treatment of Bipolar Disorder (BD) determine a significant relief in the considerable burden this disease implies. In order to adequately plan the strategies to guarantee access to treatment, it is useful to consider data which reflect the everyday vicissitudes the people affected by this pathology have to deal with. People on treatment for BD in centres in Argentina and Chile were surveyed, collecting data on their access to diagnosis and treatment. The centre surveyed in Chile, unlike those in Argentina, operates as a specialized unit. *Methodology:* An anonymous assisted survey was carried out; a random sample of people assisted in the participating centres with a diagnosis of BD type I or II, and stabilized for a period no shorter than 12 months, was assessed. *Results:* 100 people were surveyed in Argentina and 69 in Chile (70% women, age 45.2 ± 14.7 , average schooling 12 years). Seventy one percent began symptoms at adult age ($28,43 \pm 13$ years), 14% during childhood. *Age at first consultation was:* 30 ± 12.5 ; 85% reported having suffered psychotic symptoms, 46.4% suicide attempts, 71% hospitalisations for BD. Sixty-nine percent reported diagnostic delays longer than a year (median 8 years), 75% reported having received other diagnosis prior to their BD diagnosis (62% unipolar depression, 41% schizophrenia). Forty-one percent reported being unemployed. Delays and diagnostic errors were associated to a significant increase in the functional impact reported. *Conclusion:* Approximately 7 out of 10 people report difficulties in the access to a BD diagnosis. These difficulties magnify the already important impact of the disease.

Key words: Bipolar Disorder – Misdiagnosis – Psychiatric epidemiology.

Introducción

Los trastornos bipolares (TBP) causan sufrimiento y discapacidad en las personas afectadas, y constituyen una carga emocional y económica para sus familias. En el estudio realizado en colaboración por el Banco Mundial, la Escuela de Salud Pública de Oxford y la Organización Mundial de la Salud, los TBP proyectados al año 2005, fueron identificados como la sexta causa de discapacidad en el mundo(25). Latinoamérica se encuentra en una situación especialmente crítica respecto del desafío que implica el control y tratamiento de estos trastornos. Los cambios en la pirámide poblacional de los países de la región permiten proyectar que las tasas de prevalencia de los trastornos afectivos crecerán en forma alarmante al punto que la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) ha calificado la magnitud de los trastornos afectivos como una verdadera epidemia en la región (ver Declaración del Consejo Directivo 40, R19 del Consejo Directivo, setiembre 1997). Este desafío sanitario deberá enfrentarse en un contexto donde hay poca información específica(21) y una relativa falta de conciencia sobre el problema entre los tomadores de decisión(35).

Actualmente se está en condiciones de aliviar significativamente la carga emocional y de costos que sufren estas personas al detectar y tratar correctamente su patología. Esto permite una importante reducción de costos directos –como el número de internaciones e intentos suicidas–(42), así como de costos indirectos asociados a pérdida de días de trabajo y necesidad de cuidado(15, 43).

Para lograr detectar precozmente y tratar sostenidamente a las personas afectadas por TBP es necesario contar con una verdadera estructura que incluye profesionales adecuadamente entrenados, acceso a los medicamentos específicos y un cuidadoso trabajo destinado a informar a usuarios y población general sobre las características de la enfermedad. Esta necesidad de contar con el esfuerzo coordinado de varios estamentos de la sociedad, obliga a tener en cuenta características idiosincráticas a la hora de tomar decisiones pragmáticas para su ejecución. También hace necesario conocer no sólo lo que sucede en condiciones ideales de atención (como las resultantes de un ensayo de una droga) sino también qué sucede a nivel del día a día del tratamiento de las personas afectadas.

En varias ocasiones se ha encuestado a personas afectadas por TBP para acceder a este tipo de datos(16, 18, 22, 24). Estos trabajos han permitido contar con una “fotografía” de las circunstancias y necesidades en el devenir clínico de estas personas y han permitido organizar el modo de abordar la resolución de algunos de los problemas explicitados en esos trabajos(23).

Durante 1999 se realizó una encuesta entre personas afectadas por TBP que estaban siendo tratadas en tres centros de atención de la Argentina(34). Esa misma encuesta fue repetida durante el período 2001-2002 entre los pacientes bipolares tratados en la Unidad de Enfermedades del Ánimo del Hospital del Sal-

vador de Santiago, Chile(30). Esta unidad de atención, si bien desarrolla sus actividades en un contexto demográfico análogo al del estudio argentino, funciona desde hace más de 10 años como una unidad especialmente dedicada a la atención de personas con TBP, encontrándose en su ámbito una de las sedes de la Asociación de usuarios bipolares de Chile.

Presentamos aquí los resultados de un análisis conjunto de los datos recogidos en Argentina y Chile. El objetivo fue tanto contar con una imagen del devenir asistencial de una serie de personas en tratamiento por TBP en nuestra región, como contrastar los datos surgidos de pacientes tratados en unidades psiquiátricas generales (Argentina) con el de aquellos tratados en unidades especializadas (Chile).

Métodos y procedimientos

La historia del proceso diagnóstico y terapéutico de las personas afectadas por TBP se investigó por medio de un cuestionario autoadministrado. Éste incluyó 39 preguntas de elección múltiple referidas a distintos aspectos del diagnóstico y tratamiento. El llenado del mismo fue anónimo y voluntario, sirviendo la introducción de la encuesta (que incluía los objetivos y procedimientos del estudio) a manera de consentimiento informado. Completar la encuesta requirió aproximadamente 25 minutos y, cuando fue necesario, el paciente fue apoyado por un profesional. Amén de la sección anterior, el cuestionario incluyó una sección sociodemográfica y un listado de siete síntomas psicóticos a efectos de su identificación por parte de los informantes.

Muestra

Los criterios de inclusión fueron: Pacientes con diagnósticos de Trastorno Bipolar tipo I ó II en remisión parcial o total durante un tiempo mínimo de 12 meses y que recibían al menos un estabilizador del ánimo. Los pacientes a ser incluidos debían estar informados de su diagnóstico de TBP. No fueron incluidos los pacientes sin nivel de instrucción necesario para completar la encuesta.

La información sobre la psicopatología del paciente provino de los registros clínicos. El diagnóstico de consenso con el médico tratante se estableció de acuerdo al DSM IV(2).

Centros Participantes

En Argentina participaron tres centros.

1. El Servicio de Psiquiatría del Hospital Piñero de Buenos Aires, servicio estatal, polivalente, que cuenta con 30 camas de internación para trastornos psiquiátricos agudos y una unidad de atención ambulatoria.
2. El Hospital Neuropsiquiátrico de Córdoba, estatal, monovalente, con internación de trastornos agudos y crónicos y atención ambulatoria.
3. Un servicio privado de la Ciudad de Mendoza

que cuenta con consulta externa e internación de corto plazo. En Chile participó la Unidad de Trastornos del Ánimo del Hospital del Salvador, estatal, polivalente, con internación de trastornos psiquiátricos agudos y consulta externa. Todos los centros participantes son unidades universitarias.

Análisis

Se utilizaron pruebas de Chi cuadrado para el análisis de los datos cualitativos y pruebas no paramétricas para el análisis de los datos cuantitativos. Se utilizó el paquete estadístico SPSS para su procesamiento.

Resultados

Datos generales: En Chile se encuestaron 69 personas y 100 en Argentina (73 en el Hospital Piñero, 18 en el Hospital Neuropsiquiátrico de Córdoba, 9 en el Centro Privado de Mendoza). Las características demográficas y educacionales de las muestras de ambos países fueron semejantes y no se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre los tres centros de Argentina (34). La edad promedio del total de la muestra fue de 45.2 ± 14.7 años, constituyendo las mujeres el 70%. La escolaridad promedio fue 12 años. No se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto a las variables sociodemográficas, excepto que las mujeres eran mayores en edad (47.4 ± 13.5 años vs. 40.6 ± 16.2 ; Kruskal Wallis $p = 0.013$). Las mujeres informaron haber padecido síntomas durante una mayor cantidad de años que los hombres, 18.6 ± 11.5 vs. 13.7 ± 13.7 , Mann-Whitney $p = 0.028$. No se encontraron diferencias por género en cuanto a las dificultades diagnósticas (v.g., latencia, errores).

Los usuarios informaron conocer su diagnóstico desde hacía 6.4 ± 7.5 años en promedio, los entrevistados en los centros argentinos informaron conocerlo desde un tiempo significativamente menor que las encuestadas en Santiago (5.7 ± 7.7 vs. 7.5 ± 7.2), Kolgorov-Smirnov $p < 0.001$) aunque no había diferencias en el reporte sobre el número de años que padecieran los síntomas, Argentina 11.19 vs. Chile 11.27 ; Mann-Whitney U, $p = 0.96$.

El 39% de las personas encuestadas reportaron estar viviendo en pareja al momento de la encuesta; el 35.5% ser solteros; el 19.5%, separados; y el 6%, viudos. Si bien no se registraron diferencias entre las muestras de ambos países, se encontraron diferencias significativas respecto del estado civil en relación a los datos censales de ambos países.

Historia de la enfermedad: El 81% ($N = 137$) de las personas encuestadas estimó la edad de inicio de los síntomas del TBP a los $28,43 \pm 13,06$ años (mediana: 26,00; rango: 5-64 años), no se hallaron diferencias significativas entre los dos países. El 14% del total de la muestra informó haber padecido síntomas del TBP desde niño, y el 5% restante no pudo fijar la edad de inicio. Los encuestados estimaron el comienzo del tratamiento (de cualquier tipo) a la edad de los $30 \pm$

12.5 años, en promedio, una demora de 4 años desde el inicio percibido del trastorno. En el 35.5% de los encuestados, el tratamiento inicial fue psicofarmacológico; medicación y psicoterapia, en el 37.3%, terapia electroconvulsivante en el 2.4%, entre los principales. Un número significativamente mayor de personas en la Argentina respecto de Chile informó que la psicoterapia constituyó su único tratamiento inicial (19% vs. 6% respectivamente, $X^2 = 8.38$, $p = 0.015$). Las personas que tuvieron a la psicoterapia como primer tratamiento presentaron en forma significativa un mayor porcentaje de latencias diagnósticas (*Fisher's Exact Test* = 0.031), pero no de errores diagnósticos.

Latencia diagnóstica / Errores diagnósticos: El 31% de las personas encuestadas informó haber obtenido el diagnóstico de TBP en un lapso menor al año de iniciadas sus consultas, mientras que el 69% lo obtuvo al cabo de un promedio de 12 ± 9.8 años (mediana: 8; rango: 1-39 años). El porcentaje de personas que informó haber esperado varios años para obtener un diagnóstico correcto fue significativamente menor en la muestra de Chile (Argentina = 79% vs. Chile = 54%; $X^2 = 13.17$, $p = 0.001$). El 47% de las personas encuestadas informaron haber consultado cuatro o más profesionales hasta obtener el diagnóstico de TBP. Sólo el 16% informó haberlo obtenido del primer profesional consultado. El número de profesionales consultados no presentó diferencias estadísticamente significativas entre las muestras de los dos países, aunque tendió a ser más alto en Argentina.

El 75% de las personas encuestadas informó haber recibido un promedio de dos diagnósticos previos antes de obtener el de TBP (Mediana = 2, rango = 1-8). Este promedio fue similar en las muestras de ambos países. El diagnóstico previo al de TBP más frecuente fue el de depresión unipolar (DUP), 62% $N = 105$. El siguiente diagnóstico previo al de TBP referido con mayor frecuencia fue el de esquizofrenia (TE) (41%, $N = 69$) (Gráfico 1). Las personas encuestadas en el centro chileno informaron que se les diagnosticó esquizofrenia con mayor frecuencia que en los centros argentinos (53.1% vs. 32.5% respectivamente, $X^2 = 5.27$, $p = 0.02$).

Aspectos clínicos: La encuesta incluía una lista de siete síntomas psicóticos. El 85.8% de las personas encuestadas informó haber presentado al menos uno de ellos: alucinaciones, 41.4%; delirios, 44.4%; sentirse vigilado, 49.7%; sentirse perseguido, 43.8%; haber percibido mensajes en la televisión / radio, 32%; sentirse poseído, 20.7%; sentirse gravemente enfermo o condenado, 25.4%. El número promedio de síntomas psicóticos experimentados informados fue de $3,2 \pm 1,9$ (rango: 1-7). No hubo diferencias significativas entre ambas muestras.

Se cruzó la presencia del diagnóstico de esquizofrenia con el hecho de haber tenido o no síntomas psicóticos. En ambos países se encontró una relación significativa entre presencia de síntomas psicóticos con el diagnóstico de esquizofrenia, *Fisher's exact test*, $P = 0.03$.

El 71% ($N = 71$) de las personas encuestadas en Ar-

gentina y el 61% (N = 42) en Chile –diferencia no significativa– refirió haber tenido ideas suicidas en alguna oportunidad. El 46.4% (N=78) del total de las muestras refirió haber intentado suicidarse al menos una vez; 56.6% (N = 39) en Chile y 36.2% (N= 36) en Argentina, $X^2 = 5.7$, *Fischer's exact test* = 0.013. El número promedio de actos suicidas fue 3.0 ± 3.8 (mediana = 2, rango = 1-21) en las personas que lo intentaron, sin que se registraran diferencias significativas entre ambos países.

El 71% (N = 120) de las personas encuestadas reportó haber sido hospitalizado por causa del TBP al menos una vez en la vida sin que se encontraran diferencias entre ambos países. El número de internaciones promedio para el total de la muestra fue 4.3 ± 5.3 internaciones (mediana = 3, rango = 1-30) y el tiempo promedio de internación fue 50 días, mediana = 30, Rango = 1-720.

Las personas encuestadas que reportaron latencias diagnósticas mayores a 12 meses informaron haber sufrido un número significativamente mayor de internaciones e intentos suicidas (Nº de Internaciones reportados por personas sin latencia diagnóstica 3.7 ± 6.3 vs. personas con latencia diagnóstica 3.9 ± 4.5 , Mann-Whitney P= 0.05) (Nº de actos suicidas reportados por personas sin latencia diagnóstica 1.69 ± 1.08 vs. personas con latencia diagnóstica 3.49 ± 4.35 , Mann-Whitney P= 0.049).

Possible impacto socio-laboral: Según el 70% (N = 118) de los encuestados, la enfermedad los había afectado socialmente, sin diferencias entre ambos países. En una escala de 1 a 10 (1 = mínimo impacto; 10 = máximo impacto) el puntaje promedio fue de 7 puntos, sin diferencias entre ambos países.

El 41% (N = 69) de las personas reportó estar bajando actualmente; el 41% (N= 69), estaba desocupado, y el 18% (N = 30), semi-ocupado. En la encuesta se consideró al estudio como trabajo. Las personas desocupadas llevaban un promedio de 56 ± 8 meses sin trabajar (mediana = 24), sin diferencias significativas entre ambos países. El 70% (N = 118) de los encuestados informó que la enfermedad los había afectado laboralmente, resultado equivalente en ambas muestras. El impacto laboral fue justipreciado en un promedio de 8 puntos (Máximo 10, Mínimo 0), sin diferencias entre ambos países.

Aquellas personas que a su vez informaron latencias diagnósticas mayores a un año reportaron con mayor frecuencia que la enfermedad los había afectado laboralmente (con latencia diagnóstica impacto laboral adverso = 76% (N = 128) vs. 57% (N = 96) en personas sin latencia; $X^2 = 6.4$, p = 0.010). Lo mismo se verificó respecto del impacto social informado (Impacto Social = 77% (N =130) vs. 55% (N = 93) respectivamente; $X^2 = 8.36$, p = 0.004).

El 69% (N = 116) de los encuestados opinó afirmativamente que existían prejuicios sobre el TBP en la sociedad, siendo significativamente mayor el porcentaje en Chile que en Argentina; [84% (N = 58) vs. 59% (N = 59), $Chi^2 = 12$, p = 0.001].

Acceso a Información sobre la enfermedad / Psicoeducación: El 78%, (N= 132) de las personas encuestadas

en Chile y el 39% (N = 66) en los centros argentinos, $Chi^2 = 25.4$, p < 0.0001, informó haber tenido acceso a información sobre su enfermedad en algún momento de la atención. Las personas que reportaron haber tenido acceso a ese tipo de información justipreciaron la utilidad de la misma en 7.58 ± 2 puntos en una escala del 1 (nada de utilidad) al 10 (máxima utilidad). El 85.5% de las personas que no reportaron haber recibido información psicoeducacional afirmó querer recibirla.

El 25% (N = 42) de las personas encuestadas informó que en algún momento un profesional se había rehusado a informarle el diagnóstico; esta proporción fue equivalente en ambos países.

Discusión

La principal limitación de este estudio estriba en el hecho de que los datos fueron obtenidos retrospectivamente por medio de un cuestionario autoadministrado sin que los mismos fuesen cotejados por otros medios (v.g. por parte de un familiar u otras fuentes). Por otra parte, la muestra utilizada en nuestro estudio presenta un obvio sesgo, a saber: las personas entrevistadas fueron aquellas que, pese a las demoras y errores diagnósticos, finalmente fueron informadas sobre la naturaleza del mismo. Por esta razón, es dable esperar que un estudio que utilizase criterios menos restrictivos para la selección de su muestra, encuentre cifras más abultadas que las aquí halladas respecto de las dificultades y errores diagnósticos.

En este trabajo no se hallaron diferencias significativas entre las muestras de los dos países con relación a las características demográficas de los encuestados, nivel educacional promedio, edad de inicio de los síntomas y de la primera consulta, ideación suicida, presencia de síntomas psicóticos y porcentaje de personas que habían sido hospitalizadas. A su vez, estas características resultan similares a las reportadas por la encuesta realizada por la *Depressive and Manic Depressive Association* (DMDA) de los EE.UU. en el año 2000(18) y por el registro de datos del *Stanley Center Bipolar Disorder Registry*(20). Estas similitudes en el perfil demográfico y la historia clínica reportada nos permiten pensar que las similitudes y diferencias que hemos encontrado en su devenir diagnóstico y terapéutico deben estar dadas más por el impacto de los diferentes contextos de atención que por características propias a cada grupo de pacientes.

Impacto de la enfermedad: Los datos recogidos corroboran la opinión actual de que las personas afectadas por TBP pagan un alto costo. Dos de cada tres personas opinaron que el desorden los había afectado significativamente desde el punto de vista social y laboral. El 40% de los encuestados reportó estar desocupado y el 18% encontrarse semi-ocupado. A pesar de que en ambos países la oferta laboral era distinta al momento de las respectivas encuestas: (las tasas de desocupación para Argentina y Chile eran 13.8% y 5.07%, respectivamente

Tabla 1

Comparación de latencia y errores diagnósticos entre encuesta en Chile y Argentina y DMDA 2000

	Arg – Chile (n = 169)	DMDA (n = 600)	P (*)
Tiempo hasta diagnóstico correcto > 1 año	77%	80%	n.s.
Con errores diagnósticos previos (Total)	75%	69%	n.s.
Diagnóstico errado de esquizofrenia	41%	18%	< 0.001
Diagnóstico errado de Depresión Unipolar	62%	60%	n.s.

* Arg-Chile Vs. DMDA; Prueba de X2 con corrección de Yates

(fuente Instituto Nacional de estadísticas y Censos, Argentina; Instituto Nacional de Estadística, Chile) no se encontraron diferencias entre ambos países respecto de la situación laboral reportada. Siguiendo con estas llamativas similitudes, el reporte de la situación laboral resultó equivalente a lo reportado por la encuesta de la DMDA del año 2000(18), aunque sorprendentemente el número de personas que reportó estar empleada tiempo completo fue mayor en nuestra muestra. Esta situación parece estar compensada por un mayor número de personas que reportó estar pensionada en la encuesta de la DMDA del 2000(18).

También observamos igual porcentaje de personas que reportó estar viviendo en pareja en ambos países, aunque las cifras resultaron significativamente menores a lo esperado según el censo respectivo. Nuevamente, el reporte del estado civil resultó equivalente en nuestro trabajo a lo reportado por la DMDA(18).

Esta similitud en los hallazgos, no obstante situaciones socioeconómicas tan distintas, permite juzgar que el impacto de la enfermedad *per se* es muy alto e iguala las diferencias.

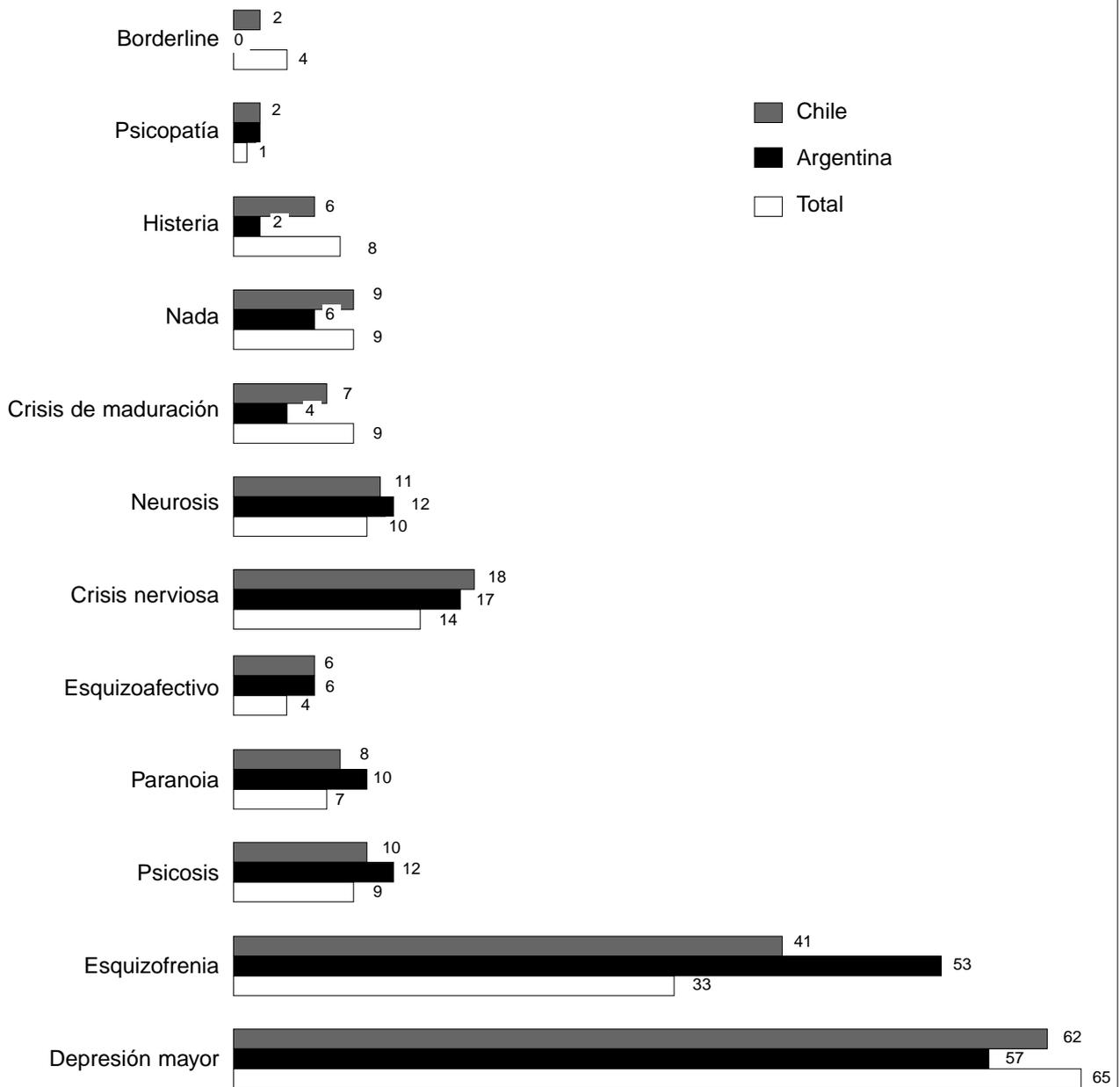
Acceso al diagnóstico: Sólo 3 de cada 10 personas encuestadas en el total de la muestra informaron haber obtenido un diagnóstico correcto en el año que siguiera a la primera consulta vinculada a los síntomas de TBP, cifra equivalente a la encontrada en la encuesta de la DMDA del 2000 (Tabla 1). Las demás personas informaron haber esperado un promedio de 8 años en obtenerlo. Esta cifra es notablemente similar al número de años (entre 6 y 10) de demoras en el diagnóstico que han sido reportadas en trabajos realizados en otras comunidades(3, 10, 12, 17, 18, 22, 24).

Amén de estas similitudes, encontramos algunas diferencias en el acceso al diagnóstico reportado que valen la pena destacar. El porcentaje de personas que reportaron latencias diagnósticas fue significativamente menor en Chile respecto de Argentina (54% vs. 79%). Un registro de la base de datos de la Unidad de Trastornos del Ánimo ha permitido detectar que, desde su creación a la actualidad, el tiempo promedio de latencia diagnóstica ha ido disminuyendo significativamente(29). Esto permite especular con que la creación de unidades especializadas pudiera

constituir una estrategia eficaz para solucionar este problema. También encontramos que un número mayor de personas reportó haber comenzado con tratamientos únicamente psicoterapéuticos en la muestra de Argentina respecto de la de Chile, lo que a su vez se asoció con mayores latencias diagnósticas. Estos datos sugieren que es especialmente necesario entrenar a los psicoterapeutas en la detección precoz de este trastorno.

Errores de Diagnóstico: En nuestro trabajo, el 75% (N = 127) de las personas encuestadas refirió haber recibido al menos un diagnóstico incorrecto y, probablemente, un tratamiento inadecuado. La incidencia de errores diagnósticos según los informantes fue equivalente en las muestras de ambos países y ambas son análogas a lo hallado en la encuesta de la DMDA del año 2000 (69%) (Tabla 1) y a los reportes de otras comunidades(22, 31, 41). El diagnóstico errado más frecuentemente reportado fue el de depresión unipolar (DUP), situación equivalente a la hallada en ambas encuestas de la DMDA(18, 22) y algo mayor a la de otros reportes(10, 17). Sin embargo, a pesar de las diferencias respecto del porcentaje neto de este error diagnóstico, todos los trabajos coinciden en señalar al diagnóstico diferencial entre DUP y depresión bipolar como el principal problema diagnóstico hallado entre las personas afectadas por TBP(5, 16). Hay actualmente un consenso sobre los efectos iatrogénicos que implica el uso de antidepresivos como primera línea de tratamiento para el TBP, por lo que en términos terapéuticos, éste es un problema importante(1, 11, 40). Algunos trabajos han puesto el foco en este problema(5) proponiendo posibles razones para esta extendida falla (falta de comunicación de síntomas hipomaniacos, falta de constatación de los datos con familiares o convivientes, etc.), aunque ninguna ha sido chequeada experimentalmente. Es probable –dada la generalidad y frecuencia de este problema diagnóstico– que razones vinculadas a los actuales criterios diagnósticos en uso estén en el centro del problema. Como ejemplo, Hantouche y cols.(14) aplicaron los criterios del DSM IV a una muestra de 250 pacientes con criterios para depresión mayor. Si este criterio era usado únicamente, el 72% de los pacientes confirmaban su diagnóstico de DUP y sólo el 28% presentaba el de TBP. Sin embargo, si se utilizaba como elemento accesorio una cuidadosa entrevista sistematizada para

Gráfico 1
Diagnósticos previos al de TBP



critérios de bipolaridad, la cifra se corregía a un 45% para DUP y un 55% para TBP.

Un problema destacado, detectado por este trabajo, es el elevado porcentaje de personas que reportó haber recibido el diagnóstico de esquizofrenia previo al de TBP (41%). Esta cifra fue significativamente mayor en Chile (53%) y claramente superior a lo reportado por las personas encuestadas por la DMDA en el 2000 (18%). Esta cifra se hace más importante aún si sumamos aquellos diagnósticos relacionados al de esquizofrenia y que implican tratamientos crónicos con antipsicóticos (Gráfico 1). Desde hace 30 años en EE.UU. y otros países europeos se comenzaron a detectar estos errores diagnósticos(6, 7, 9, 19, 26, 27, 28, 32, 39). Es posible que el elevado porcentaje de diagnósticos errados de esquizofrenia en nuestra muestra esté dado en parte porque los centros que

participaron de este trabajo son centros de referencia en sus respectivos países y suelen absorber los casos más difíciles. Sin embargo, un análisis de los diagnósticos de los pacientes internados en diferentes unidades de Chile y Argentina permitiría ver tanto lo extendido del problema, como que, aparentemente, se estaría empezando a corregir(33, 36). Si bien hay una renovada conciencia sobre la falta de especificidad diagnóstica de los síntomas psicóticos(13) y de su elevada frecuencia de presentación entre las personas afectadas por TBP (en nuestro trabajo el 86% reportó haber sufrido al menos uno de los ofrecidos en una breve lista), en este trabajo, como en otros(28, 31, 37, 38), ha quedado evidenciado que la presencia de síntomas psicóticos sigue apareciendo como uno de los elementos asociados a la confusión de los TBP con trastornos esquizofrénicos. Sería deseable un ma-

por énfasis en los programas de entrenamiento para profesionales en nuestra región, respecto de la falta de especificidad de los síntomas psicóticos para el diagnóstico diferencial de ambos trastornos.

Impacto de la latencia y los errores diagnósticos: Hay pocos estudios que hayan hecho foco en las consecuencias de los déficits en el diagnóstico correcto y temprano del TBP. Mientras algunos autores opinan que un acceso temprano al tratamiento específico mejora el pronóstico general del cuadro(8), otros relativizan esta opinión aunque acuerdan con la importancia sanitaria de un abordaje temprano en virtud de la reducción de costos indirectos que esto determina(4). Goldberg y Ernst(12) encontraron que lo que se asociaba con un mayor número de internaciones, intentos suicidas y un menor ajuste social en una muestra de pacientes bipolares tratados en condiciones naturalísticas, era la latencia del inicio del tratamiento con estabilizadores del ánimo –independientemente del acceso a otros tratamientos farmacológicos–, la edad de comienzo, y/o el abuso de sustancias. En nuestro trabajo se encontró que las personas que informaron retrasos y errores diagnósticos reportaron un número significativamente mayor de problemas socio laborales y haber sufrido un mayor número de internaciones e intentos suicidas. Nuestro trabajo se suma a los datos que muestran cómo los retrasos y errores diagnósticos amplifican el impacto de la enfermedad.

Acceso a información: Sólo 4 de cada 10 personas en Argentina reportaron haber accedido a información específica sobre su enfermedad, lo que contrasta con el casi 80% que sí lo obtuvo en Chile. Es probable que esta diferencia esté dada por el hecho de que esta muestra proviene de una unidad especializada. Éste es un hallazgo que consideramos especialmente importante ya que este tipo de abordajes constituye una herramienta especialmente económica en países como los nuestros, donde contamos con una buena disponibilidad de recursos humanos calificados. En ambos países, los usuarios, en los casos que habían tenido acceso, calificaron como de mucha utilidad a la información sobre el TBP. Casi 9 de cada 10 personas que no habían tenido acceso a información sobre su enfermedad informaron querer tener acceso. Esto obliga, de por sí, a asegurar el acceso a dicha información lo cual

está garantizado constitucionalmente en ambos países. Sumado a esto, una de cada cuatro personas reportó negativas o trabas por parte de profesionales respecto de informar el diagnóstico.

Conclusiones

Este trabajo ofrece información sobre las frecuentes dificultades que, personas afectadas por TBP que se encuentran en atención en diferentes contextos socioeconómicos, tuvieron para llegar a un diagnóstico rápido y correcto de su enfermedad. La similitud en el reporte global de retrasos y errores diagnósticos obtenido aquí y en trabajos similares hace pensar que problemas internos a los procedimientos diagnósticos usados actualmente podrían estar en el centro de alguno de estos problemas. La creación de unidades especializadas podría ser una estrategia efectiva para disminuir estos problemas.

Resulta destacable el particularmente elevado número de reportes de diagnósticos errados de esquizofrenia que encontramos en nuestra muestra. Este trabajo se suma a reportes anteriores que manifiestan que en nuestra región podrían persistir problemas en el diagnóstico diferencial de ambos grupos de trastornos que han sido detectados con anterioridad en otros países.

Las personas encuestadas reportan tanto un alto interés por acceder a material y abordajes psicoeducativos, como una notoria dificultad en acceder a ellos en la muestra de Argentina. Debería prestarse especial atención en nuestros países a asegurar el acceso al mismo.

Finalmente, este trabajo permite observar cómo el impacto que genera el TBP en las personas afectadas parece ser tan alto que termina equiparando situaciones socioeconómicas muy distintas. A su vez, se observa cómo este fuerte impacto se ve amplificado por las dificultades diagnósticas señaladas arriba.

Aumentar el esfuerzo de investigación por resolver los problemas del diagnóstico del TBP es una necesidad especialmente urgente en los países de nuestra región en donde los recursos sanitarios son limitados y en donde la utilización de los mismos debe ser especialmente precisa ■

Referencias bibliográficas

1. Altshuler L, Post R et al. Antidepressant-induced mania and cycle acceleration: a controversy revisited. *Am J Psychiatry* 1995 Aug; 152(8): 1130-8
2. American Psychiatric Association, *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV*. Masson S.A. Barcelona. 1995
3. Baldessarini RJ, Tondo L, Hennen J. Treatment delays in bipolar disorders. *Am J Psychiatry*. 1999 May;156(5):811-2.
4. Baldessarini R, Tondo L, Hennen J. Treatment-latency and previous episodes: relationships to pretreatment morbidity and response to maintenance treatment in bipolar I and II disorders. *Bipolar Disorders* 2003; 5: 169-179
5. Bowden C. Strategies to reduce misdiagnosis of bipolar depression. *Psychiatric Services* 2001, January 52:51-55
6. Carlsson J, Fennig S, Bromet E. The confusion between bipolar disorder and schizophrenia in youth: where does it stand in the 1990s? *J Am Child Adolesc Psychiatry* 1995, Jun; 34(6): 709-14
7. Cooper JE, Kendell RE, Gurland BJ et al. *Psychiatric diagnosis in New York and London: A Comparative Study of Mental Hospital Admissions. Maudsley Monograph N° 20*. London: Oxford University Press, 1972
8. Franchini L, Zanardi R, Smeraldi et al. Early onset of lithium prophylaxis as a predictor of good long-term outcome. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1999, 249:227-230
9. Garvey MJ, Tuason VB. Mania misdiagnosed as schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 1980 Mar; 41 (3): 75-8
10. Ghaemi S, Sachs G, Chion A et al. Is bipolar disorder still underdiagnosed? Are antidepressants overutilized? *Journal of Affective Disorders* 52:135-144, 1999
11. Ghaemi S, Ko J, Goodwin F. "Cade's Disease" and beyond: misdiagnosis, antidepressant use, and proposed definition for bipolar spectrum disorder. *Can J Psychiatry*, 2002 Mar; 47(2): 125-34
12. Goldberg J & Ernst C. Features Associated with the delay initiation of mood stabilizers at illness onset in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2002; 63:985-991
13. Gonzalez-Pinto A, van Os J, Perez de Heredia J, Mosquera F et al. Age-dependence of Schneiderian psychotic symptoms in bipolar patients. *Schizophrenia Research* 61 (2003) 157-162
14. Hantouche E, Akiskal A, Lancrenon S et al. Systematic clinical methodology for validating bipolar -II disorder: data in midstream from a French national multi-site study (EDI-DEP). *Journal of Affective Disorders*, 1998, 50:163-173
15. Hilty D, Brady K, Hales R. A review of bipolar disorder among adults: *Psychiatric Services*, 1999, Feb, Vol 50, Nro 2 201-213
16. Hirschfeld R. Bipolar spectrum disorder: Improving its recognition and diagnosis. *J Clin Psychiatry* 2001; 62 (suppl 14) 5-9
17. Hirschfeld RM, Calabrese JR, Weissman MM et al. Screening for bipolar disorder in the community. *J Clin Psychiatry* 2003 Jan;64(1):53-9
- Hirschfeld RM, Lewis L, Vornik LA. Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the national depressive and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2003 Feb;64(2):161-74
18. Kaisling R. Underdiagnosis of manic depressive-illness in a hospital unit. *Am J Psychiatry* (1981), May 138:5 672-673
19. Kupfer D, Franck E, Grochocinski V. et al. Demographic and clinical characteristic of individuals in a bipolar disorder case registry. *J Clin Psychiatry* 2002; 63: 120-125
20. Levav, I. La salud mental en el umbral en un nuevo milenio. *Acta psiquiátrica Am lat*. 1999, 45 (3): 207-209
21. Lish JD, Dime-Meeman S, Whydrow P et al. The National Depressive and Manic-Depressive Association survey of bipolar members. *Journal of Affective Disorder* 1994, 31: 281-294
22. Morselli P. Present and future role of Mental Illness Advocacy Associations in the management of the mentally ill: realities, needs and hopes at the edge of the third millennium. *Bipolar Disorders* 2000: 2: 294-300
23. Morselli PL, Elgie R. GAMIAN-Europe. GAMIAN-Europe/BEAM survey I--global analysis of a patient questionnaire circulated to 3450 members of 12 European advocacy groups operating in the field of mood disorders. *Bipolar Disord*. 2003 Aug;5(4):265-78.
24. Murray CJL, Lopez AD, eds. *The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge: Harvard University Press, 1996
25. Parker G, O'Donnel M, Walter S. Changes in the diagnoses of the functional psychoses associated with the introduction of lithium. *British Journal of Psychiatry* 1985, 146, 377-382
26. Pope HG Jr, Lipinski JF Jr. Diagnosis in schizophrenia and manic-depressive illness: a reassessment of the specificity of 'schizophrenic' symptoms in the light of current research. *Arch Gen Psychiatry* 1978 Jul;35(7):811-28
27. Retamal P, Cabrera J. El diagnóstico de esquizofrenia y psicosis maniaco-depresiva en Chile. *Rev Méd Chile*, 1989; 117:336-338
28. Retamal P, Humphreys D, Montt A. Características de los pacientes con Trastorno Bipolar. Unidad de Enfermedades del Animo. Hospital del Salvador. Santiago. Chile. *Acta psiquiátrica Am lat*, 2000; 45: 60-66
29. Retamal P, Strejilevich S, Gómez D et al. Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos Bipolares: Experiencia y Opinión de Pacientes en Hospital del Salvador. Presentado en 56º Congreso Chileno Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. 15-18 Noviembre; Pucón, Chile
30. Sanchez Gonzalez A, Baca-Garcia, Diaz Sastre C et al. Limitations of the diagnosis of bipolar disorder. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiat Cienc Afines*, 1998 Jan-Feb; 26 (1): 12-16
31. Sicignano JR & Lichtstein J. Rediagnosis of schizophrenia as bipolar affective illness. *Hosp Community Psychiatry*, 1978 Feb; 29 (2): 112-4
32. Silva H, Jerez C y col. Relación entre el diagnóstico de esquizofrenia y enfermedad afectiva: 1963-1988. *Rev. Psiquiatr. Clin.* (Santiago de Chile); 27 (1): 1-7, 1990
33. Strejilevich S, Garcia Bonetto G, Chan M, Galeno R. y col. Problemas actuales respecto del diagnóstico y tratamiento del trastorno bipolar en nuestro medio: experiencia y opinión de los usuarios. *Pren Méd Argent* 1999; 86:823-830
34. Strejilevich S. El costo del trastorno bipolar: la situación en nuestro medio. *Vertex. Rev Arg de Psiquiat* 2001 Mar-May; 12(43):27-32
35. Strejilevich S, Chan M, et al. Datos operacionales de una unidad psiquiátrica de internación en un hospital general y público de la Ciudad de Buenos Aires. *Vertex. Rev Arg de Psiquiat* 2002 Jun-Aug; 13(48):85-92.
36. Taylor M & Abrams R. The phenomenology of mania. A new look at some old patients. *Arch Gen Psychiatry*, 1973, 29, 520-522
37. Verdoux H. y Bourgeois M.L. "Manías delirantes". En Verdoux H. y Bourgeois M.L. *Trastornos bipolares del estado de ánimo*. Barcelona: Masson, 1995. 115-128
38. Weller E, Weller R et al. Bipolar disorders in children: misdiagnosis, underdiagnosis and future directions. *J Am Acad Child Adolesc*, 1994, May; 33 (4): 453-60
39. Wher T & Goodwin F. Can antidepressants cause mania and worsen the course of affective illness? *Am J Psychiatry* 1987 Nov; 144(11): 1403-11
40. Wilson LG, Young D. Diagnosis of severely ill inpatients in China. A collaborative project using the structured clinical interview for DSM-III (SCID). *J Nerv Ment Dis* 1988 Oct;176(10):585-92
41. Woods AW. The economic burden of bipolar disease. *J Clin Psychiatry* 2000; 6/ Suppl 13:38-41
42. Wyatt RJ, Henter I. An economic evaluation of manic-depressive illness-1991: *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1995, Aug; 30 (5):213-9

Aspectos psicosociales en pacientes con osteoporosis, implicancias clínicas

Raquel Zonis de Zukerfeld

Lic. en Psicología, Psicóloga del Sector Psiconeuroinmunoendocrinología del Hosp. "J. Fernández". Prof. Titular, Inst. Psicosomático de Buenos Aires. Asesora científica de FUNDAIH.

Ricardo R. Ingratta

Médico, Sec. Endocrinología, Sector Metabolismo Fosfocálcico, Hosp. "J. Fernández". Prof. Auxiliar, Med. Interna, Fac. Med., Univ. El Salvador

Gabriela Sanchez Negrete

Lic. en Biología y en Psicología, Master en Psiconeuroinmunoendocrinología, Psicóloga del Sector Psiconeuroinmunoendocrinología, Hosp. "J. Fernández". Ayudante de Primera (Cát II), Fac. Psicología, UBA

Alberto D. Intebi

Médico. Jefe del Sector Psiconeuroinmunoendocrinología, Hosp. "J. Fernández". Prof. Auxiliar Med. Interna, Fac. Med., Univ. El Salvador. Director Instituto Argentino de Psiconeuroinmunoendocrinología. Roosevelt 2445 1ª C (1428). Tel-fax 4788-8505- email aintebi@intramed. net. ar

Introducción

Desde hace más de 50 años conocemos la importancia de la neurotransmisión serotoninérgica en la depresión. Por azar se descubrieron los primeros fármacos con acción antidepresiva y poco tiempo después se relacionó su acción con la interacción con los sistemas monoaminérgicos cerebrales. Más recientemente, luego de tres décadas de investigación, los trabajos del grupo del Prof. Claude de Montigny en Canadá, demuestran que el aumento de la actividad serotoninérgica cerebral, y más particularmente a nivel de los receptores 5HT1A, es la vía final común de todas las estrategias antidepresivas, desde el electroshock a la privación de sueño, pasando por supuesto por los distintos fármacos, incluso los que tienen como blanco primario el sistema noradrenérgico.

La osteoporosis es una enfermedad que se caracte-

riza por la disminución de la masa ósea y la alteración en la microarquitectura del hueso que produce una mayor fragilidad del esqueleto y, por ende, riesgo de fractura.

Las zonas más vulnerables son las vértebras, la parte superior del fémur, los brazos y las muñecas. Los huesos adquieren la mayor solidez al terminar la adolescencia, y luego se siguen fortaleciendo hasta alrededor de los 30 años, manteniéndose entre los 40 ó 45 años donde comienza a declinar, antes en la mujer que en el hombre. Es decir que un hueso débil se debe a una pobre formación en los primeros años y/o a una acelerada pérdida en la vida adulta(8).

En la formación de la masa ósea intervienen distintos factores entre los que mencionaremos la alimentación y el estilo de vida. No cabe duda que fortalecer al máximo el esqueleto durante la primera época de la vida es una medida protectora para lo

Resumen

La osteoporosis es una enfermedad caracterizada por una disminución en la densidad mineral ósea que lleva a incrementar el riesgo de fractura. Su etiopatogenia no está del todo clara. Numerosos factores de riesgo han sido descriptos: alimentación, sedentarismo, disminución en la secreción de estrógenos y predisposición genética. Recientemente, se ha demostrado que alteraciones del estado de ánimo, como la depresión mayor asociada a hipercortisolemia, son un factor de riesgo para el desarrollo de osteoporosis. Por su parte, la Psiconeuroinmunoendocrinología estudia a un individuo integrado, una unidad bio psicosocial en permanente interrelación con el medio, intentando superar la linealidad causa-efecto. Es desde este enfoque, que se estudiaron los aspectos psicoafectivos y psicodinámicos en pacientes con osteoporosis, encontrándose un incremento en los índices de ansiedad, depresión, alexitimia, mayor número de sucesos traumáticos infantiles, disminución en la red de sostén y menor calidad de vida. Consecuentemente, el abordaje de esta patología debe darse en un marco interdisciplinario, siendo también importante la detección precoz de osteoporosis en pacientes con trastornos del estado de ánimo.

Palabras clave: Osteoporosis – Estrés – Depresión – Calidad de vida – Red vincular

PSYCHOSOCIAL ASPECTS IN OSTEOPOROSIS

Summary

Osteoporosis is a disease characterized by a decrease in bone mineral density which results in an increase in bone fracture. Its etiology is still unknown. Several risks factors have been described: increase in coffee intake, decrease in calcium intake, a sedentary lifestyle, a decrease in estrogen secretion and genetic factors. It has been recently shown that mood disorders, such as Major Depression associated with high levels of cortisone, constitute a risk factor for the development of osteoporosis. Psychoneuroimmunoendocrinology considers an integrated human being, a biopsychosocial unit permanently related to his environment, overcoming the cause – effect relationship. Taking into account this point of view we studied the psychoaffective and psychodynamic aspects in patients with osteoporosis. Several disorders have been found, an increase in anxiety indexes, depression, alexithymia, a larger number of early traumatic life events, a decrease in the support network and lower quality of life. Consequently, this pathology should be dealt with within an interdisciplinary framework. It is equally important to detect osteoporosis at an early stage in patients showing mood disorders.

Key Words: Osteoporosis – Stress – Depression – Quality of life – Support network.

que puede ocurrir décadas más tarde. Aquí encontramos la primera interrelación importante entre calidad de vida y grado de salud o enfermedad. En este sentido, una vida sedentaria, el alto consumo de alcohol o tabaco, y el uso prolongado de corticoides o medicamentos anticonvulsivantes constituyen factores de riesgo para la disminución de la densidad ósea(34).

Otros factores que deben tenerse en cuenta son:

- el sexo: las mujeres generan menos masa ósea que los hombres;
- la herencia: la padecen más las hijas de mujeres que han tenido osteoporosis;
- la disminución de algunas hormonas (especialmente, estrógenos);
- la delgadez, debido a que el hueso por el bajo peso recibe menos estímulo, y también en este caso se da una disminución de producción de hormonas sexuales, como ocurre en la Anorexia Nerviosa, donde se ha encontrado una alta incidencia de osteoporosis;
- la presencia de depresión mayor asociada a hipercortisolemia;
- la presencia de hiperprolactinemia asociada a insuficiencia gonadal, y la consiguiente disminución de hormonas protectoras(34).

A pesar de que se han descrito tan diversos factores de riesgo para la Osteoporosis, aún no se ha aclarado por qué personas con idéntico riesgo presentan grados distintos de enfermedad. Los conceptos sobre la patogenia, diagnóstico, tratamiento y prevención de la osteoporosis han cambiado radicalmente con respecto al pasado. La interpretación sobre los determinadores genéticos de la masa ósea y recambio óseo y la identificación de factores locales se encuentran en la actualidad en plena expansión(8).

La relación entre el estado anímico de un individuo y su salud física ha sido ampliamente demostrada en la literatura científica(1, 3, 7, 19, 30). Un ejemplo de ello es cómo la acción de los factores estresantes produce efectos en los sistemas endócrino y autonómico y en el sistema inmune.

La Psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE) estudia a un individuo integrado, una unidad biopsicosocial en permanente interrelación e intercambio y con un dinamismo propio constituyéndose en un área multifactorial intercomunicada. Cuando decimos integración, nos referimos a una interdependencia neuroendócrina a la cual debemos sumar la actividad psíquica y el sistema inmunológico, organizándose un verdadero "sistema psiconeuroinmunoendócrino"(16).

La conexión entre los factores socioambientales e individuales es constante y organiza un circuito recursivo que supera las tradicionales explicaciones de causa-efecto.

El objetivo de este trabajo es investigar los aspectos psicoafectivos y psicodinámicos en pacientes con osteoporosis, la relación que establecen con el ambiente social y familiar, la presencia de sucesos traumáticos y su impacto en relación con la aparición de la patología.

Tabla 1
Características clínicas de los pacientes

	Osteoporosis	Osteoartritis	Normales
N=	26	13	10
Edad(X, DS)	58.7(6)	60.3(7.9)	61.4(9.7)
BMI (X, DS)	23.7 (2.5)	23.6 (2.7)	23.6 (2.9)
DMO (DS)	> -2.5	< -1 a +1	< -1 a +1

Material y método

Se estudiaron 26 mujeres postmenopáusicas entre 47 y 79 años de edad (X Edad: 58. 7; DS: 6) que consultaron al Servicio de Endocrinología del Hospital Fernández. Se utilizó como grupo control a 13 mujeres con osteoartritis de entre 50 y 75 años y 10 mujeres normales de entre 48 y 76 años con medias de edad e índice de masa corporal concordantes.

A través de una historia clínica se relevaron datos de filiación, factores de riesgo y estilo de vida

Medición de la densidad mineral ósea (DMO)

Se determinó la presencia de osteoporosis por densitometría ósea. La DMO fue medida por absorción de rayos X con energía dual (Lunar DPX) con determinaciones en la columna lumbar y/o fémur. La osteoporosis fue definida por el T score mayor a -2,5 DS (ver tabla 1).

Se realizaron, además, tres entrevistas semidirigidas donde se estudiaron los aspectos psicodinámicos, las características de los vínculos que establecen, modos de funcionamiento psíquico y formas de enfrentar las situaciones de estrés.

Se suministraron cuestionarios para evaluar la presencia de distintas dimensiones psicopatológicas:

Depresión: Beck Depression Inventory abreviated(5).

Ansiedad: STAI, estado y rasgo(29).

Alexitimia: TAS (Toronto Alexithymia Scale)(31).

Sucesos de vida: Porcentaje de sucesos traumáticos y porcentaje de impacto emocional(9).

Calidad de vida: Hunt S.(15) N. H. P. (Nottingham Health Profile)(15). Euro Qol (Euro Quality of Life) (32).

Red Vincular: The Duke Social Support and Stress Scale(23).

DSM IV(2): para la clasificación de trastornos mentales.

Análisis estadístico

Con los datos obtenidos se realizó el análisis estadístico a través del análisis de varianza (ANOVA) seguido por un *Test - T* con criterio Von Ferroni para comparaciones múltiples realizados por un programa *Primer-Stat*. Cuando los datos no permitían un test de ANOVA válido, se realizó el test de Kruskal-Wallis, seguido por el test de Mann-Whitney.

Criterios de exclusión

Fueron excluidos los sujetos que en los últimos 6 meses recibieron tratamientos con corticoides, anti-depresivos, ansiolíticos, anticonvulsivantes, terapias de reemplazo hormonal estrogénica, calcitonina,

Tabla 2
Datos protocolares significativos

	<i>Abandonos Falta sostén Tempranos afectivo</i>	<i>Violencia Intentos Familiar suicidio</i>	<i>Sexualidad Insatisfactoria</i>
Osteoporosis (n=26)	12 (46%)* 24 (92.3%)*	21(80.7%)*7(26.9%)*	26(100%)
Osteoartritis (n=13)	3 (23.0%) 9 (69.2%)	8 (61.5%) 1 (7.6%)	9 (69.2%)
Normales (n=10)	1 (10%) 3 (30%)	2 (20%) 1 (10%)	5 (50%)

(* p < 0.001) vs control

alendronato, pamidronato y/o vitamina D. Además, fueron excluidos los sujetos que estuvieron internados y/o en reposo en los últimos 6 meses.

Resultados

Datos clínicos

Todas las pacientes con osteoporosis tenían disminuida la densidad mineral ósea en columna lumbar y cuello femoral (80% de las pacientes) o en una de esas regiones (20% de las pacientes), en valores absolutos y dentro de las desviaciones esperadas respecto del pico de masa ósea, comparadas con pacientes osteoartríticas y mujeres normales.

Aspectos psicológicos

De las 26 pacientes osteoporóticas 10 estaban ca-

sadas, es decir que el 61.5% de las pacientes no tenían pareja estable; mientras que en el grupo control con osteoartritis, 7 estaban casadas y el 46.1% sin pareja; del grupo control sano 4 estaban casadas y el 60% no tenía pareja estable.

Al compararse la evaluación psicológica en los tres grupos, se halló una diferencia significativa en la presencia de depresión, ansiedad, alexitimia y presencia de sucesos traumáticos tempranos (STT) (sucesos ocurridos antes de los 10 años de edad) en las pacientes con osteoporosis en relación con las normales. ($p < 0.001$). Asimismo se encontró una mayor incidencia de depresión y ansiedad en osteoporosis comparadas con osteoartritis. ($p < 0.02$) (Figura 1).

En relación con las mujeres normales, las pacientes con osteoporosis presentaban una diferencia de más del doble de STT y de depresión, un 60% más de ansiedad y cuadruplicaron la presencia de alexitimia (Figura 1).

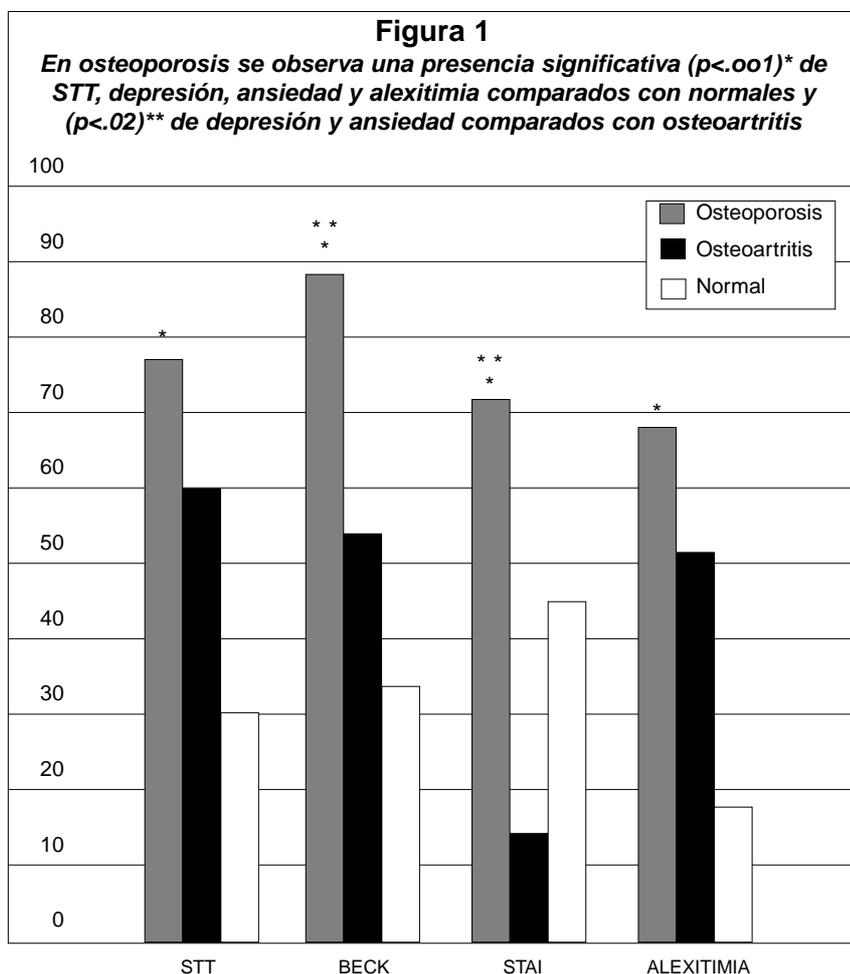
En relación al diagnóstico del Eje I del DSM IV, 17 de las 26 pacientes con osteoporosis cumplieron los criterios para el diagnóstico de Distimia, y 6 lo hicieron para el diagnóstico de Trastornos de Ansiedad. Las tres pacientes restantes no reunían criterios para el diagnóstico en el Eje I.

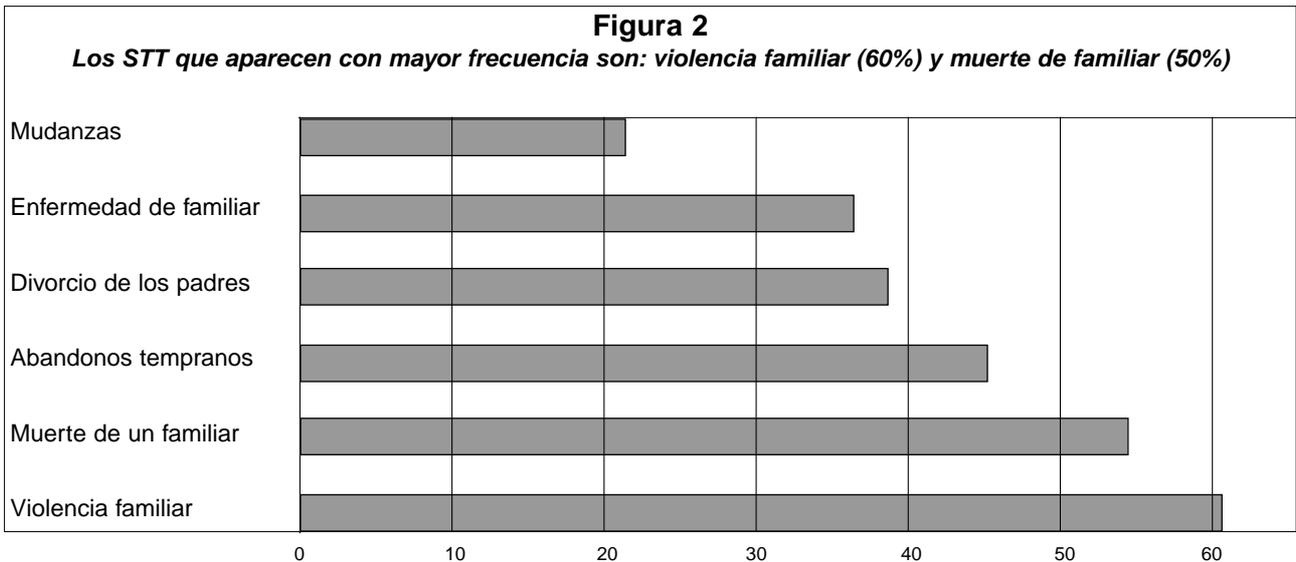
Analizando los aspectos psicodinámicos, encontramos que la mitad de las pacientes con osteoporosis refirieron abandonos tempranos, especialmente de la madre.

De las 26 pacientes, 24 (92.3%) presentaron falta de sostén afectivo, 21 (80.7%) refirieron algún grado de violencia familiar, 7 (26.9%) tuvieron intentos de suicidio y todas manifestaron insatisfacción sexual (Tabla 2).

El mayor porcentaje de presencia de sucesos traumáticos tempranos se observó en violencia familiar y pérdidas significativas (Figura 2).

Se observaron disminuciones significativas ($p < 0.01$) en el apoyo familiar y extrafamiliar de las pacientes osteoporóticas comparadas con el grupo de mujeres normales. El estrés familiar y extrafamiliar





también es mayor en las pacientes osteoporóticas, pero la mayor diferencia se da en la red de sostén que surge de la relación diferencial entre el apoyo y estrés (Figura 3).

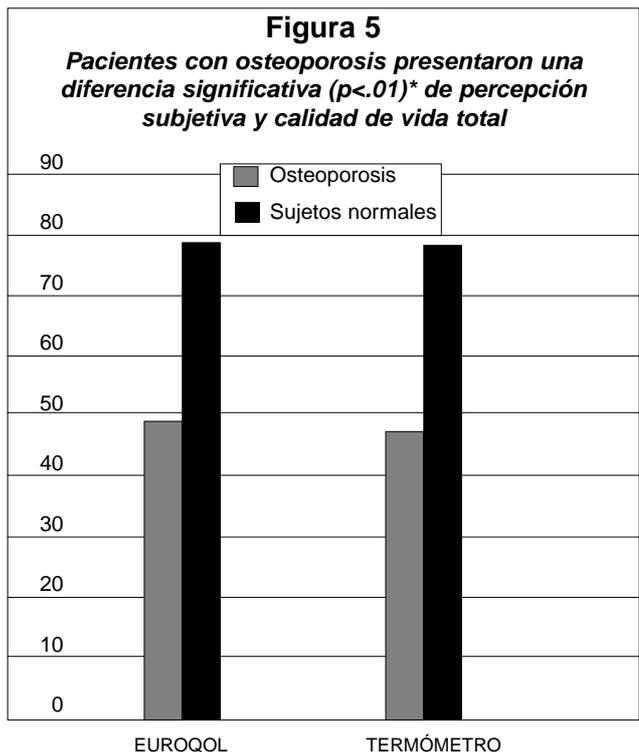
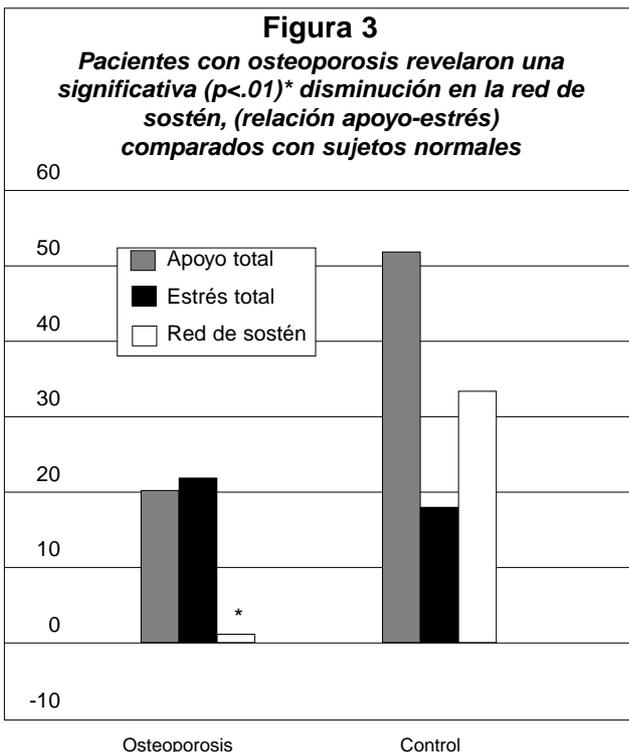
También es significativa la diferencia observada en los distintos factores de calidad de vida ($p < 0.05$) que se advierten en los sujetos normales: encontramos una disminución de la energía, alteración en el sueño y en la reacción emocional (estado de ánimo), mayor presencia de dolor, aislamiento social y problemas en la movilidad (Figura 4).

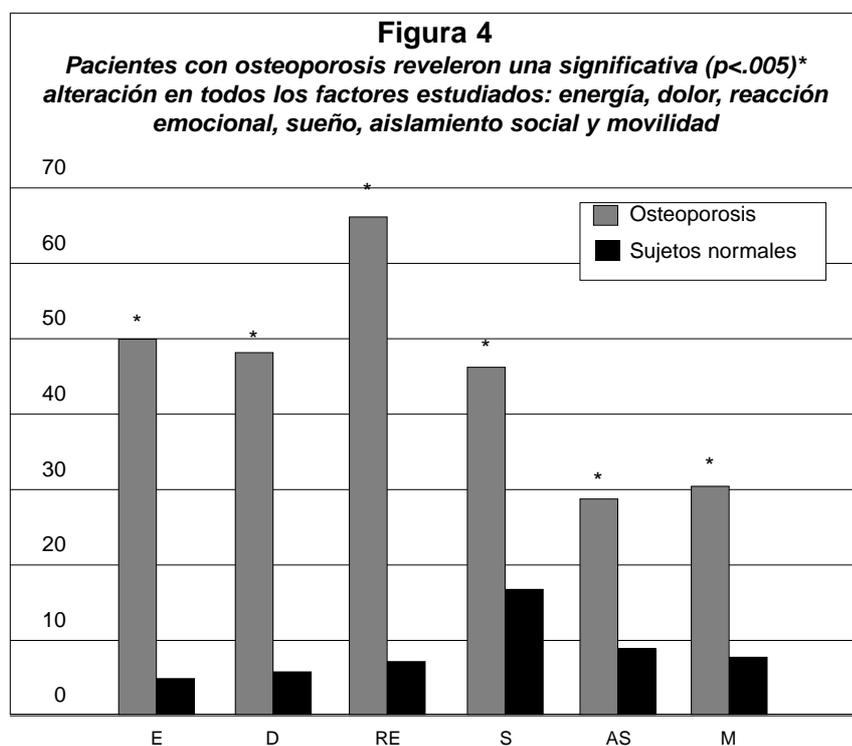
En cuanto al estado general y la percepción subjetiva de la calidad de vida total, observamos que es menor en el conjunto con osteoporosis que en el grupo normal ($p < 0.01$) (Figura 5).

Discusión

Los datos obtenidos en la población estudiada sugieren una relación entre la osteoporosis y la mayor presencia de depresión, ansiedad y alexitimia.

Nuestros estudios coinciden con otros hallazgos previos. Cizza y col.(11) refieren una fuerte asociación entre depresión y osteoporosis. En pacientes que sufren depresión, se observó que la presencia de factores endócrinos –tales como hipersecreción de corticotrofina, hipercortisolismo, hipogonadismo, déficit de hormona de crecimiento y aumento en la concentración de Interleukina 6– juegan un rol importante en la pérdida de masa ósea. U. Schweiger y col.(26) estudiaron la relación entre la depresión mayor y la densidad mineral ósea (DMO). Compararon a mujeres mayores de 40 años internadas en una clínica psiquiátrica con diagnóstico de depresión mayor, con un grupo de mujeres normales sin episodios de depresión mayor en el pasado. Observaron que las mujeres con depresión mayor presentaron la DMO significativamente disminuida.





En otro trabajo, D. Michelson y col.(21) investigaron la misma relación, pero en mujeres que habían tenido episodios de depresión mayor en el pasado, y observaron que a la sazón presentaban la DMO disminuida. Refieren que los cambios en el remodelamiento óseo pueden ocasionarse porque la depresión mayor se presenta en períodos de exacerbación y períodos de remisión sintomática y están acompañados por diferentes alteraciones: anormalidades hormonales y nutricionales.

La depresión también puede presentarse con una disminución en el tono vital, definida por P. Marty(20) como depresión esencial; fue descrita como el punto de partida de la desorganización somática, debido a que el déficit de mentalización y de la capacidad defensiva conduce a que el impacto de las situaciones estresantes se exprese a nivel somático por el incremento de las descargas corporales.

La fisiopatología de la disminución de la DMO no está claramente comprendida, pero, en general, los factores que pueden explicarla son la depresión que se asocia con la disfunción hipotalámica, especialmente hipercortisolemia; la disminución de la secreción de la hormona de crecimiento; hipogonadismo hipotalámico y anorexia. Otros hacen referencia a la secreción excesiva o sostenida de cortisol por activación del estrés(6, 10).

Sin embargo, la pérdida de masa ósea difícilmente pueda ser atribuida solamente a las alteraciones endócrinas que se producen en los episodios de depresión. Las funciones metabólicas del hueso son reguladas por las hormonas sistémicas, así como por factores locales (citoquinas y factores de crecimiento) que actúan de manera parácrina y/o autócrina. Neuropeptidos, neurotransmisores y opioides se encuentran en la médula ósea, (ya sean provenientes de las terminales nerviosas o sintetizadas y liberadas por las propias células óseas) y son capaces de modular la actividad de la célula ósea, jugando un rol importantísimo en el remodelamiento del hueso(24).

Es decir que las situaciones cotidianas de vida pueden afectar al remodelamiento óseo actuando a través del Sistema Nervioso Autónomo (SNA), que inerva la médula ósea y, por consiguiente, modula el recambio óseo.

Además, debemos consignar cambios significativos en los hábitos (menor movilidad, cambios en la conducta alimentaria y pérdida de peso) producidos por la alteración en el estado de ánimo. En relación a esto último, se han encontrado disminuciones en la DMO en pacientes con Anorexia Nerviosa, Esquizofrenia y otros desórdenes psiquiátricos(22).

Es significativa la presencia de ansiedad en el grupo de pacientes osteoporóticas cuando las comparamos con las osteoartríticas y con las mujeres normales. La modalidad de ansiedad que evaluamos es la definida por Ch. Spielberger(29) como angustia automática, que se presenta como un estado emocional de sufrimiento con sensaciones de tensión, nerviosismo, síntomas somáticos, estados de ansiedad indiscriminados, etc. Diferenciamos a la *ansiedad estado* como un corte transversal en la corriente emocional de la vida de una persona, de la *ansiedad rasgo* como la tendencia estable en la percepción de las situaciones estresantes. Ambas están acompañadas por una activación del SNA y están vinculadas a la angustia automática que Freud(13) definió en "Inhibición, Síntoma y Angustia", oponiéndola a la angustia señal de alarma. Esta última protege al individuo, lo advierte de la presencia de un riesgo posible, actúa como señal de alarma y pone en marcha el trabajo psíquico y la instrumentación de defensas que actúan como atenuadoras del impacto traumático. Marty(20) también señala que, en los orígenes de la desorganización somática, es mayor la presencia de angustia difusa o automática junto con la depresión esencial.

Es interesante asociar el incremento de ansiedad con las experiencias de vida traumáticas y la hormona liberadora de corticotrofina (CRH). Recientemente(4) se ha demostrado que la vivencia de situaciones traumáticas predispone a un incremento en la producción hipotalámica de CRH, siendo este factor responsable no sólo de los cambios anímicos, tales como ansiedad y depresión, sino de la activación de la SNA (actuando a nivel hipotalámico), lo que de esa forma podría modular el microambiente óseo.

La alexitimia, constructo definido por Sifneos y Nemiah(27), que vieron asociado a la presencia de patología somática, fue descrita como la dificultad para la percepción y expresión de los afectos y de las sensaciones corporales, y también como la imposibilidad de discriminación entre los mismos(31). Se han realizado distintos tipos de investigaciones clínicas que observaron la presencia de alexitimia en pacientes psicósomáticos y otras entidades clínicas(28) (v. g.: infarto, adicciones, hipertensión). En artritis reumatoidea se obtu-

vieron puntajes significativamente más altos que en la muestra control(12).

Debido a este déficit, cuando se producen incrementos de excitación, la única vía de expresión facilitada es la descarga comportamental y/o somática. La presencia significativa de los tres indicadores estudiados, depresión, ansiedad y alexitimia estarían asociados a un incremento de descargas corporales y activación del sistema autónomo que podrían vincularse nuevamente con las alteraciones de la microarquitectura ósea(21, 24).

Comparamos pacientes osteoporóticas y osteoartríticas dado que ambas presentan patologías crónicas. Por otra parte, las pacientes osteoartríticas refieren más dolor, deformaciones físicas y mayor grado de invalidez que justificarían la presencia de depresión. Sin embargo, en osteoporosis la presencia de depresión y ansiedad es significativamente mayor.

Pensamos que estos cambios en el estado de ánimo podrían teóricamente producir desmineralización ósea sin necesidad de tener alterado el eje HHA, ya sea provocando hipersensibilidad específica de la médula ósea a glucocorticoides ante un estrés normal de vida, o como resultado de una constante exposición de sus huesos a niveles plasmáticos "normales" de cortisol(25).

Otro dato evaluado fue la presencia de eventos traumáticos. En este sentido las pacientes con osteoporosis duplicaron la presencia de STT en relación con las mujeres normales, siendo los sucesos más significativos la violencia familiar y el abandono temprano por parte de alguno de los padres. El suceso traumático es vivido como algo ajeno al individuo que demanda un esfuerzo de adaptación. "Lo traumático" tiene que ver con el grado de dificultad que presenta este proceso. Incluiremos también los sucesos que, aunque no fueron semantizados (lo transubjetivo familiar y social), también generan impacto traumático(15). Actualmente, se considera que es más importante la modalidad de afrontamiento o de defensa utilizada (*coping*) que el tipo de estresor(18).

Desde el punto de vista psicoanalítico entendemos que la capacidad de afrontamiento está relacionada con la modalidad de funcionamiento psíquico predominante(35).

En este sentido, el predominio de una modalidad de funcionamiento psíquico -caracterizada por un déficit en la tramitación pulsional y en los recursos psíquicos- produce trastornos en el afrontamiento de las situaciones de estrés. De esta manera, cuando se generan incrementos de excitación, se ve facilitada la vía de descarga somática y/o comportamental.

Numerosos trabajos se han ocupado de la relación entre la ausencia de contención afectiva y el desarrollo o agravamiento de ciertas enfermedades(33). Entendemos por red social a la trama en donde se insertan:

- a. las relaciones significativas que brindan sostén y apoyo tanto interno como externo, y
- b. las relaciones conflictivas o estresantes que generan preocupación y tensión al individuo(36).

En las pacientes con osteoporosis, se observó una disminución significativa en el apoyo familiar y extrafamiliar, al compararlas con las mujeres normales. El estrés familiar y extrafamiliar también era mayor, pero la mayor diferencia se daba en la red de

sostén que surge de la relación diferencial entre apoyo y estrés.

Debido a las modificaciones que se producen en la calidad de vida y hábitos en esta población, nos interesó diferenciar si estas alteraciones tenían que ver con la enfermedad ya instalada y las inhibiciones que produce, o con la etapa vital que están atravesando; por ese motivo estudiamos la calidad de vida en las pacientes osteoporóticas y las comparamos con las normales. Observamos una disminución en la energía, alteración en el sueño y en la reacción emocional, mayor presencia de dolor, aislamiento social y problemas de movilidad. También fue significativa la disminución de la calidad de vida total así como la percepción subjetiva de bienestar. Consideramos que la evaluación de la percepción subjetiva y objetiva del estado general de salud, tomando en cuenta parámetros biológicos, psicológicos y sociales tiene un gran valor pronóstico por que nos dará una idea de los hábitos y conductas de riesgo y de la actitud con los que enfrentan las posibles discapacidades que le producen la enfermedad.

Se han hecho estudios sobre calidad de vida en pacientes con fracturas debido a la presencia de osteoporosis. En este sentido E. Helmes y col.(14) han desarrollado un cuestionario específico para el estudio de las alteraciones funcionales que se producen en la compresión vertebral por osteoporosis. Nosotros hemos utilizado un cuestionario genérico de calidad de vida que se adapta más a las características de nuestra población, ya que ninguna de las pacientes presentaba fracturas.

Es posible especular con que estos sucesos traumáticos de vida y los aspectos psicosociales actuando por modificación de concentraciones hormonales como GH, ACTH, cortisol y/u hormonas sexuales -o actuando a través del SNA- pueden modificar el microambiente de la médula ósea y contribuir al inicio y/o evolución de la osteoporosis(6, 24).

Pensamos que la presencia de situaciones traumáticas tempranas incide en la constitución y desarrollo del aparato psíquico, generando déficits estructurales que, a su vez, conducen a un estado de indefensión frente a las situaciones de incremento de tensión, ya sea que provenga del interior o de conflictos con el mundo externo. Cuando esto sucede, decimos que el paciente se encuentra en un estado de *vulnerabilidad somática*(36), caracterizado por una insuficiente organización representacional, una carencia de recursos elaborativos, y una mayor presencia de ansiedad difusa con predominio de descargas somáticas. Un nexo podría ser el aumento en la producción de CRH que conecta los recursos psíquicos con la mayor presencia de ansiedad y depresión(4). Junto con estas características psíquicas, encontramos dificultad en el enfrentamiento de situaciones estresantes debido a la carencia de objetos externos o internos que actúen como atenuadores del impacto emocional. Esta repercusión en el soma produciría la aparición de la enfermedad orgánica y/o el agravamiento de estados preexistentes.

Los resultados obtenidos en ansiedad (difusa) y alexitimia, la baja red de sostén y la considerable presencia de sucesos traumáticos tempranos corroboran lo antes expresado. Observamos que las pacientes tienden a repetir las situaciones de desvalimiento afec-

tivo infantil en la edad adulta, están solas o se sienten solas, no pueden constituir vínculos protectores ni ambientes contenedores, ya sea en lo familiar como en lo extrafamiliar.

En resumen, observamos que las pacientes con osteoporosis presentan un incremento en los índices de ansiedad, depresión y alexitimia y un mayor número de sucesos traumáticos infantiles, así como también, una disminución en la red de sostén social con una menor calidad de vida, especialmente en las áreas de energía, dolor, reacción emocional y sueño.

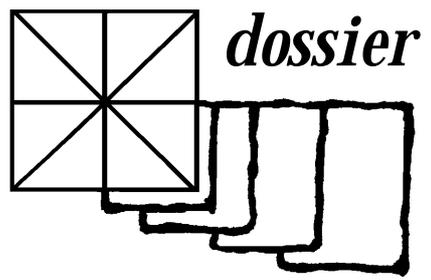
Es interesante especular con la idea de que los factores psicoafectivos modulan al remodelamiento óseo, no sólo a través de posibles cambios hormona-

les séricos (por aumento de cortisol y/o disminución de hormonas sexuales), sino también a través de la innervación del SNA, que modula el microambiente de la médula ósea afectando de esta manera los factores de remoción y formación del hueso. Se requieren nuevos estudios para poder establecer los mecanismos por los cuales las situaciones de vida, actuando a través del SNA, pueden modular el remodelamiento óseo.

Por otra parte, recomendamos firmemente no sólo la evaluación psicosocial de los pacientes con osteoporosis, sino también la prevención y detección precoz de osteoporosis en pacientes con trastornos del estado de ánimo ■

Referencias bibliográficas

- Ader R, Cohen N. Psychoneuroimmunology: Conditioning and Stress. *Annual Rev. Psychol.* 1993, 44: 53-85
- American Psychiatric Association. *DSM IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, Barcelona, Masson, 1995
- Anisman H. Neurochemical changes elicited by stress. Behavioral correlates, in Anisman y Bignami (eds), *Psychopharmacology of Aversively Motivated Behavior*. Plenum, New York, 1978
- Arborelius L, Owens MJ, Plotsky PM, Nemeroff CB. The role of corticotropin-releasing factor in depression and anxiety disorders. *J. Endocrinology*, 1999, 160, 1-12
- Beck AT, y Ward CH. An Inventory for Measuring Depression, *Archives of General Psychiatry*, 1961, 4: 53 - 93. 1994
- Blalock JE. (ed) *Neuroimmunoenocrinology*, 2nd rev ed. Basal Karger, 52: 25-48, Birmingham, 1992
- Bonet J, Luchina C. Depresión y sistema inmunoendocrino. *Vertex, Rev. Arg de Psiquiat.* 1995; VI: 208 - 216
- Canalis E. *Regulation of bone remodeling. Primer on the Metabolic Bone Diseases and Disorders of Mineral Metabolism*, cap. 5, 29-34, third ed. Lippincott-Raven, New York, 1996
- Casullo M. *Autoanálisis de Sucesos de Vida. Teoría y Técnica de Evaluación Psicológica*. Psicotécnica Editorial. Cap. IV. 1991
- Chrousos GP, Gold PW. The concepts of stress and stress system disorders. Overview of Physical and behavioral homeostasis. *JAMA.* 1992; 267: 1244 - 1252
- Cizza G, Ravn P, Chrousos GP, and Gold, PW. Depression: a major, unrecognized risk factor for osteoporosis? trends in *Endocrinology & Metabolism*, 2001, 12: 5, 198-203
- Fernandez A, Siriam TG, Rajkumar S, y Chandrasekar AN. Alexithymic Characteristics in rheumatoid arthritis: a controlled study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1989, 51: 45-50
- Freud S, (1925) *Inhibición, Síntoma y Angustia*. Tomo III, O. C. Biblioteca Nueva, Madrid, España, 3ra ed
- Helmes E, Hodsman A, Lazowsky D, Bhardwaj A, Crilly R, Nicho P, Drost D, Vanderburgh L, and Pederson L. A questionnaire to evaluate disability in osteoporotic patients with vertebral compression fractures. *J. of Gerontology Medical Sciences*, 1995, 50 A: N° 2, M91-M98
- Hunt S. (1981) The Nottingham Health Profile. Versión española, Badía H. et al. 1994. En *Measuring Health*, Oxford University Press, 1996
- Intebi AD. Psiconeuroinmunoendocrinología en pacientes infectados con el virus HIV, *Vertex, Rev. Arg. de Psiquiat.* 1995, VI: 217-221
- Kaes R. "El pacto denegativo en los conjuntos transsubjetivos." (cap. 6) en *Lo Negativo. Figuras y Modalidades*. Amorrortu Eds. 1991
- Lazarus R, Folkman S. *Stress Appraisal and Coping*, Springer-Verlag, New York, 1984
- McDougall J. *Teatros del Cuerpo*. Julián Yébenes, Madrid, 1989
- Marty P. *La psicósomática del adulto*. Amorrortu, Bs. As. 1992
- Michelson D, Stratakis C, Hill L, Reynolds J, Galliven E, Chrousos G, Gold P. Bone Mineral Density in Women with Depression. *New Engl J Med.* 1996; 335: 1176-1181
- Newton JR, Freeman CP, Hanna WJ, Cowen S. Osteoporosis and normal weight. Bulimia Nerviosa, which patients are at risk? *J. Psychosom. Res.* 1993, 37: 239-247
- Parkerson G. (1983) *The Duke Social Support and Stress Scale. (DUSOCS)*. Measuring Health. Oxford University Press, 1996
- Rosen H, Krichevsky A, Bar-Shavit Z. The Enkephalinergic Osteoblast. *J Bone Miner Res*, 1998; 13: 1515- 1520
- Rosmond R, Dullman MF, Bjorntorp P. Stress-related cortisol secretion in men: Relationships with abdominal obesity, endocrine, metabolic and hemodynamics. *J. Clin. Endocrinol Metab*, 1998; 83: 1853- 1859
- Schweiger U, Deuschle M, Koner A, Lammers C, Schmider J, Gotthardt U, Holsboer F, and Heuser I. Low lumbar Mineral Density in Patients with Major Depression. *Am. J. Psychiatry.* 1994; 151: 169-1693
- Sifneos P. "The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients". *Psychotherapy and psychosomatics*, 1973, 26: 270-285
- Sivak R, Wiater A. *Alexitimia la dificultad para verbalizar afectos*. Paidós, 1997
- Spielberger Ch, Edwards DC, Luschene RE. (1983). Ansiedad Algunas Concepciones Teóricas y su Evaluación. Nora B. de Figueroa. *Teoría y Técnica de Evaluación Psicológica*. Piscoteca editorial, 1991
- Stone G, Cohen F, Adler N. (eds) *Health Psychology: a handbook*, Jossey - Bass, San Francisco, 1979
- Taylor G. Alexithymia, concept, measurement and implications for treatment. *Am. J. Psychiatric.* 1984, 141:6
- The Euro Qol Group, (1990 -Rev. 1993) *The EuroQol Quality of Life Scale. Measuring Health*. Oxford University Press, 1996
- Uchino B, Kaciopo JT, Kiecolt-Glaser JK. The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychol. Bull.* 1996; 119: 488-531
- Waslich, R.. Epidemiology of Osteoporosis. Primer on the Metabolic Bone Diseases and Disorders of Mineral Metabolism. Cap 44: 249-251, third ed. ition, Lippincott - Raven, New York, 1996
- Zukerfeld R. *Acto Bulímico y Tercera Tópica*, Buenos Aires, Paidós, 1996
- Zukerfeld R, Zukerfeld RZ de. Vulnerabilidad Somática, Red Vincular, Calidad de Vida y Psicoanálisis Actual. *Revista del Instituto psicosomático de Buenos Aires*, 1998 N° 5, 119-155



La salud mental en la crisis social

Los últimos años de la historia de la Argentina se caracterizaron por una convulsionada sucesión de acontecimientos políticos, económicos y sociales con potencialidad traumática para sus habitantes.

La vida cotidiana se vio atrapada en una espiral de violencia de todos los signos. Asaltos, secuestros, manifestaciones callejeras reprimidas violentamente se recortaron sobre un fondo de ollas populares, reclamos por los ahorros evaporados en las maniobras urdidas desde los despachos oficiales y las cuevas de usureros privados de guante blanco. Indignación, desasosiego, angustia, depresión, impulsos de huida migratoria o parálisis inoperante constituyeron algunas de las variadas reacciones no adaptativas de los individuos más vulnerables; mientras los más resilientes soportaban hasta el límite de sus fuerzas la andanada de malas noticias. Los medios de comunicación repetían al infinito las imágenes de niños pequeños muertos de hambre, ancianos haciendo interminables colas para comprar medicamentos de precio inalcanzable con sus magras jubilaciones, piqueteros,

trabajadores estatales, empleados, amas de casa, ahorristas que se cruzaban por las calles en un va y viene permanente exigiendo satisfacción a sus reivindicaciones y propinando escraques a los corruptos y violentos responsables de tanta desgracia. Asambleas populares en las esquinas de un Buenos Aires movilizado, injusticias, agresiones, gritos, imprecaciones, amenazas por doquier estallaban ante nuestros ojos y herían nuestros oídos en plena calle y en cada pantalla de televisión, en cada programa radial, en cada periódico, una y mil veces al día.

En ese verdadero baño de acontecimientos vitales patógenos hubo que seguir criando hijos, trabajando –si se tenía trabajo–; intentando no renunciar a la sexualidad, dormir, enseñar, atender pacientes y hacer todo lo que los hombres llaman vivir. El esfuerzo fue y continúa siendo muy grande. Ni la vieja respuesta de Inodoro Pereyra, repetida hasta el hartazgo: “¿Cómo anda? ¡Mal pero acostumbrau!”, servía para interponer buen humor a la asfixia cotidiana que imponía tanta adversidad.

Vertex no podía quedar al margen de la marea que amenazaba sumergirnos a cada momento. Lo denunciábamos en nuestros editoriales, lo discutimos en la Redacción y pergeñamos la idea de escribirlo en nuestras páginas.

Así surgió la idea de este Dossier que presenta algunos aspectos de nuestra situación actual. Diversos en su enfoque, tocando aquí y allá aspectos de la dura realidad, los artículos que lo componen intentan mostrar que aún en la máxima adversidad es posible pensar, crear y proponer.

Juan Carlos Stagnaro reúne datos de la situación de la niñez y los desocupados y desgrana una reflexión psicopatológica sobre la tarea que debemos encarar los psiquiatras y los límites y sesgos de nuestras herramientas teóricas. Elsa Wolfberg y Susana Albanesi de Nasetta despliegan una investigación sobre los efectos del trabajo insalubre de los profesionales del campo de la salud inmersos en la crisis social: el concepto de burnout les sirve como analizador de las vicisitudes y riesgos de los que estamos sometidos al fuego cruzado de la crisis social que vivimos como víctimas de la misma, al tiempo que nos ocupamos de sus efectos sobre nuestros pacientes

y nuestras condiciones laborales. Jorge O. Folino, Susana E. Marchiano y Alfonso Sanchez Wilde incursionan en uno de los lugares en los que el rostro impiadoso de una sociedad en crisis se muestra con más crudeza: las cárceles, y, en ellas, el recurso desesperado del suicidio, triste salida a la desesperanza de los que están, literalmente, en el fondo del pozo. En el artículo de Martín Nemirovsky, Gustavo Guardo, Marcelo Roseinstein, Martín Agrest, Jorge Tkach y Roberto Montanelli se estudia la estructura organizativa, los tipos de prestaciones y las condiciones laborales de las empresas de medicina prepaga.

Finalmente un colega brasilero, el profesor Salvador Celia, en la aguda entrevista que le realizó Ricardo Gorodisch en nombre de Vertex, nos dice que en su país también se deja ver el efecto de la marginación social en forma cruel y despiadada. Pero Celia también cuenta, apoyándose en la imagen emblemática de los bebés y de los jóvenes estudiantes de medicina con los que trabaja en una formidable tarea de prevención, que hay un futuro posible, que podemos construirlo con amor, imaginación y trabajo creativo. Quizás, y como siempre, lo último que debemos permitirnos perder es la alegría ■

Sufrimiento y salud mental en la crisis social

Juan Carlos Stagnaro

Médico Psiquiatra (UBA). Profesor Adjunto, Departamento de Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.
E-mail: stagnaro@speedy.com.ar

Introducción

En un trabajo anterior, centrado en el estudio de los efectos clínicos y psicosociales a corto y largo plazo del Terrorismo de Estado en la Argentina, presentado en el Congreso de la Sociedad de *L'Information Psychiatrique*, realizado en Martinica, incluimos una advertencia que, desafortunadamente, resultó ser una premonición de la tragedia sucedida en Buenos Aires poco después, el 20 y 21 de diciembre de 2001. Al mencionar entonces los impulsos asesinos de los responsables de la "guerra sucia" (implementada por la dictadura militar de Videla), sostuvimos que éstos no se habían agotado en ese momento, que "las fuerzas políticas y económicas que manejan los hilos seguían presentes en el escenario social", que "Tánatos, paseándose por los corredores de la democracia, les prestaba otras máscaras" (10).

En efecto, la crisis que alcanzó su apogeo en la navidad de 2001 llevaba años de incubación. Cuando el presidente Fernando De La Rúa pronunció las odiadas palabras: "Estado de sitio", en su discurso televisivo del 19 de diciembre de 2001, la "calle" se rebeló. Durante el año siguiente, fuimos tomando conciencia de la magnitud de los efectos

El presente trabajo está basado, en parte, en los conceptos vertidos en la conferencia dictada por el autor en la Jornada organizada por la *Asociación Franco-Argentina de Psiquiatría y Salud Mental* (AFAPSAM) y el *Círculo Henri Ey* en la *Maison d'Argentine* de la *Cité Universitaire* de París, el 15 de mayo de 2003.

de la crisis social en la salud mental de los argentinos.

La crisis social en la Argentina está basada en una dinámica de exclusión

Las consecuencias del modelo neoliberal, tanto en el empleo como en el salario, la vivienda, las instituciones sanitarias, el acceso a los medicamentos, etc., se fueron manifestando progresivamente y hoy en día, muestran un cuadro de destrucción sin parangón en nuestra historia(8).

El estado actual de la Salud Pública, resultado de la falta de compromiso del Estado argentino y del aumento de la demanda de atención, que creció en virtud del empobrecimiento y el desempleo, ha adquirido una magnitud inusitada. La Salud Mental, tradicionalmente descuidada en el conjunto de las políticas de salud pública, sufrió con la implantación de las teorías neoliberales una crisis mayor, expresión, en su sector específico, de la política de exclusión social engendrada por ese modelo(5).

Existe un consenso internacional suficiente como para afirmar que, cualesquiera fueran las causas implicadas en la génesis del sufrimiento mental, el entorno social influye en la vulnerabilidad de las personas con "enfermedades mentales" y en el curso que seguirán. La pobreza traducida en desnutrición, las condiciones de trabajo, una vivienda inapropiada, el desempleo, el aumento de los riesgos de enfermedad y los limitados servicios de salud, tienen una reper-

Resumen

Los acontecimientos políticos y sociales que atraviesa la República Argentina en los últimos años constituyen un terreno de observación de los efectos de las crisis sociales sobre la salud mental de las personas. En este trabajo se comunican datos epidemiológicos que ejemplifican ese fenómeno tanto a nivel de la población general cuanto de los profesionales de la Salud. Se analizan los enfoques clínicos y psicopatológicos para comprender las crisis y trastornos que presentan los pacientes sumergidos en la crisis social.

Palabras clave: Crisis social - Vulnerabilidad - Desocupación y enfermedad mental.

SUFFERANCE AND MENTAL HEALTH DURING A SOCIAL CRISIS

In this paper the author analyzes the epidemiological data of the effects of the social crisis on the mental health against the background of the political and social events in Argentine in the last years. These effects are found both in the general population and in the health care professionals. The article reviews the clinical and psychopathological approaches to understand the disorders of the patients during a social crisis.

Key words: Social crisis - Vulnerability - Unemployment and mental illness.



cusión directa o indirecta en la Salud Mental y en el bienestar de la población, del grupo y del individuo(13).

Una política adecuada de Salud Mental exige que se consideren todas estas dimensiones socioeconómicas que, a primera vista, no parecen constituir problemas relacionados con la “enfermedad mental”(7). Es por ello que el área de la Salud Mental se define como “intersectorial e interdisciplinaria, excediendo así conceptual y operacionalmente el ámbito de la atención médica”(13). La psiquiatría y las teorías psicopatológicas específicas que la fundan, pertenecen al área de la salud mental, pero poseen una pertinencia propia y constituyen uno de sus principales pilares.

La cultura –por intermedio de las instituciones sociales– es un punto de apoyo para permitir la estructuración de la tópicica psíquica: esto hace que la proporción de malestar para vivir en sociedad sea tolerable(2). En realidad, la cultura cumple una función de protección, que toma el relevo de las figuras parentales. De este modo, la situación se torna dramática si la cultura fracasa en su papel protector.

A fines de 2001, el Estado argentino aparentemente transformado por una cultura democrática –que muchos creían haber recuperado después de la dictadura–, ese representante de los objetos paternos, le dio la espalda a la mayoría de la población: lo que debería haber sido familiar/protector –las instituciones del Estado, sus fuerzas de seguridad– se volvió perseguidor o abandonico y claudicó de manera escandalosa en su misión como administrador de la Justicia: la Corte Suprema justificó el saqueo de sus hijos. Fue la soledad y la indefensión. Una tal situación puede, de hecho, desencadenar crisis psíquicas.

Hay distintas “intermediaciones” que constituyen los lazos entre psiquis y sociedad tales como el registro de la identidad, de los ideales y el superyó, un

destino impuesto socialmente para las pulsiones, los objetos obligados de la sublimación, etc.; tenerlos en cuenta en el trabajo clínico representa una de las urgencias que exige nuestro tiempo.

A modo de ejemplo nos centraremos sólo en algunas problemáticas específicas que hoy en día afectan de manera dramática a dos grupos de riesgo de la población: los niños y los desocupados.

a. Los niños

Algunas cifras serán suficientes para demostrar este estado de urgencia(9):

- El 63% de los bebés nacidos en Argentina en 2002 pertenecen a hogares carecientes que no cuentan con los medios suficientes para brindarles la atención que necesitan.

- Siete de cada 100 niños argentinos nacen con un peso inferior al normal; muchos de ellos son hijos

de madres mal alimentadas. Las niñas que nacen en estas condiciones tienen el doble de probabilidades de engendrar niños que sufrirán un retraso en el crecimiento intrauterino.

- El 33,4% de los bebés nacen en hogares indigentes, es decir, donde no se brinda la alimentación básica.

- El 20% de los niños más pobres, que viven en familias carecientes, presentan a los dos años de edad, un coeficiente de desarrollo inferior al normal. A los cinco años, esta cifra alcanza el 40%.

- Mueren tres niños por día de desnutrición o por enfermedades relacionadas con la pobreza.

- El 67% de los que superan el primer año de vida se hallan por debajo del umbral de pobreza.

- De los 8.600.000 niños y adolescentes que viven en la indigencia, 2.300.000 tienen menos de cinco años.

Y esto sucede en un país capaz de producir alimentos para 300.000.000 de habitantes.

Es muy conocido que, según los criterios de UNICEF basados en datos embriológicos y pediátricos consistentes, el 80% del cerebro humano se desarrolla durante el período de gestación y durante los dos primeros años de vida. El desarrollo del cerebro es una condición previa para la estructuración del sujeto humano. Los niños con problemas de mala nutrición o de desnutrición tienen una probabilidad de 5 a 8 veces mayor de sufrir un retraso intelectual respecto de un niño bien alimentado(15).

Podríamos decir que este es el efecto más cruel de la crisis. La oligofrenización de masas es una forma brutal, pero efectiva, de neutralizar otros efectos psicopatológicos ulteriores. ¿A partir de qué capacidades simbólicas e imaginarias desarrollarán nuestros niños tanto sus locuras como su creatividad?

A esta situación nutricional, se agregan una multiplicidad de otros factores patógenos como son la

violencia y disgregación familiar, la dificultad o imposibilidad de acceso al sistema de salud para los más desfavorecidos, la deserción escolar obligada, etc.

Es por ello que la situación que afecta a decenas de miles de niños en nuestro país, consecuencia de una estrategia determinada de acumulación capitalista, puede calificarse como un verdadero genocidio por planificación de la desigualdad social(11).

b. Los desocupados

Entre junio de 1999 y noviembre de 2002, en Argentina, el porcentaje de familias con un miembro desempleado subió de 38% a 65%.

Un trabajo de investigación realizado entre 1998 y 2002 en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, muestra con claridad los efectos del desempleo en los vínculos familiares, el entorno social y la aparición de los trastornos psíquicos(12).

La encuesta apuntaba a los individuos entre 30 y 55 años de edad, sostén de familia, que habían perdido, por un período prolongado, el empleo que tenían desde hacía años.

A partir del resultado de las entrevistas realizadas, los investigadores pudieron enumerar una serie de características que reflejan la imagen que los desempleados tienen de sí mismos:

- Tienen sensación de aislamiento y sienten la imposibilidad de dialogar con sus pares.
- Sufren una sensación de estigmatización, de culpabilidad, de vergüenza y de humillación por estar desempleados.
- Se sienten desvalorizados dentro del grupo familiar y sienten que se debilita su imagen y su función paterna.
- Reinterpretan de modo negativo su historia personal y hacen una evaluación negativa de su capacidad para hallar un empleo.

Las relaciones de pareja se deterioraron en un 30% de los casos, y las relaciones sexuales, en un 45%.

El estudio de las cifras del predominio de las afecciones psíquicas es sorprendente: el 75% se califican como "muy afectadas".

Al estudiar las afecciones en detalle, se pueden observar las siguientes patologías:

- Conductas de evitación: 10%
- Conductas violentas: 10%
- Conductas y tendencias toxicománicas: 15%
- Crisis de angustia: 20%
- Trastornos del sueño: 35%
- Depresión: 50%
- Ideas permanentes de suicidio e intentos: 11%

(Sumando las ideas no permanentes el total asciende a 36%)

Tal vez así se pueda comprender mejor el contenido de los llamados telefónicos al Servicio de asistencia al suicida: el 40% hace referencia a los problemas económicos y de empleo.

Entre las urgencias psiquiátricas, que aumentaron un 100% entre 1998 y 2000, el intento de suicidio es el principal motivo de consulta(16).

- Afecciones psicósomáticas: 20% a 55%.



La huida en la emigración: el "re-traumatismo" psicosocial

Durante estos últimos años se pudo observar, en sectores importantes de la población, una dificultad para tomar iniciativas políticas, para participar activamente y para organizarse en pos de distintas reivindicaciones; todo ello contrasta con un desacuerdo objetivo, expresado en la intimidad, respecto de la injusticia social y la impunidad. Seguramente este fenómeno obedece a una causalidad compleja. Sin embargo, sin pretender reducir a un mecanismo psicológico, ni extender en forma abusiva categorías de la metapsicología individual a un nivel psicosocial colectivo, nos inclinamos a pensar que la introyección de los objetos de persecución inducida por el Terrorismo de Estado de los años '70, contribuyó para establecer un control, sostenido en el tiempo, de la protesta social(6).

Después de las manifestaciones que comenzaron en diciembre de 2001, esta actitud pareció modificarse, e importantes sectores de la población se orientaron hacia una acción social concertada. Pero, simultáneamente, frente a las dificultades que se debían encarar, otros ciudadanos trataron de buscar soluciones individuales.

Un panorama de *déjà vécu* apareció durante los primeros meses de 2002. La pérdida de un lugar en el mundo del trabajo, la expoliación de los ahorros y la inseguridad frente a la violencia, dieron la impresión de enfrentar algo irreparable, el aislamiento social, la certeza de que nada podía venir en ayuda. Refugiarse en el exilio económico recordaba cruelmente el



exilio en tiempos de Videla y evocaba siniestros fantasmas del pasado: la figura de lo que podríamos llamar “desaparecido social” se superponía de manera difusa sobre la del “desaparecido físico” y causaba pánico. Los proyectos de emigración contruidos sobre una idealización del país anfitrión provocaron crisis familiares y decisiones intempestivas cargadas de consecuencias para los protagonistas, algunos de los cuales hoy vemos regresar tras haber fracasado, o que sabemos atraviesan graves crisis personales y familiares en los países adonde emigraron.

La huida en los medicamentos

Según las fuentes de la industria farmacéutica local, para el año en curso, en Argentina, el consumo de ansiolíticos aumentó un 4%, mientras que la venta de antidepresivos se disparó: + 13%. Entre noviembre de 2001 y febrero de 2002, el 69% de los 3.500.000 afiliados de la mutual más importante de la Argentina consumió psicotrópicos. Hay que precisar que todo esto se da en un contexto de retracción del mercado argentino de los medicamentos que cayó un 10% en 2001. La automedicación es moneda corriente en la Argentina de la crisis social.

El trabajo del psiquiatra y sus herramientas psicopatológicas

Hemos visto entonces que la práctica de los psiquiatras se halla sometida a tensiones epistemológicas, ideológicas y éticas, mientras ellos mismos se hallan atrapados en la vorágine cotidiana. Esas tensiones no son gratuitas: distintas investigaciones pudieron comprobar la existencia de problemas de salud en psiquiatras de hospital, que también afectan a quienes trabajan en forma privada, todos expuestos al efecto del *burnout*. El 72% de los residentes y de los médicos jóvenes, entre 25 y 32 años, padecen fatiga emocional. Entre los psiquiatras de más edad, la cifra

es del 48,2% y sólo el 10,5% se sienten satisfechos respecto de su rol profesional.

En cuanto a los supuestos mismos de la práctica, consideramos que no se trata de medicalizar el problema a través de un enfoque científico objetivante, aislándolo de su contexto socioeconómico, ni de identificarse con las víctimas por medio de la indignación o de la simpatía solidaria, ya que ninguna de estas actitudes logra un resultado pertinente.

Por consiguiente, “aunque los efectos de la crisis social pueden manifestarse a nivel de la psicopatología individual, su aprehensión integral sólo puede concebirse en una articulación simbólica que incluye las perspectivas políticas, antropológicas y jurídicas en un eje histórico” (6).

El modelo que quizá se adapta mejor a las necesidades de nuestra práctica en el contexto de la crisis social es el de la vulnerabilidad (tanto biológica como psicológica) del sujeto en crisis, que permite hablar de vulnerabilidad psicopatológica, tomando en cuenta también los acontecimientos psíquicos y del entorno. Esta óptica nos brinda la posibilidad de considerar el sentido individual que pueden tener los acontecimientos sociales para el sujeto que los vive, en el marco de su biografía y de sus problemáticas individuales (14).

En realidad, la crisis social no da lugar a ninguna forma de enfermedad mental particular sino que pone a prueba la vulnerabilidad de cada sujeto, obligándolo a confrontar exigencias de elaboración insopportables, e incluso traumáticas, que pueden desencadenar ciertas crisis psíquicas. De esta manera, lo patológico puede instalarse como resultado de un esfuerzo de adaptación más o menos exitoso, que deja una estela de fenómenos negativos en la economía psíquica y en las relaciones sociales del sujeto (3). La falta de un abordaje psicopatológico impide darle un sentido, agotándose en su mera descripción sintomática. En este caso, el resultado más común es el de limitar las intervenciones terapéuticas a maniobras farmacológicas y/o comportamentalistas con un objetivo de readaptación.

Las categorías descriptivas multiaxiales de tipo DSM: trastornos de estrés postraumático, ataque de pánico, ansiedad generalizada, trastorno depresivo mayor, etc. (incluso utilizando generosamente el Eje IV de esta clasificación que consigna los problemas psicosociales y del entorno (1)), no pueden dar cuenta de la trama subjetiva implicada en las descompensaciones y en la evolución de los pacientes, sumergidos en la crisis social y personal.

Limitando el sufrimiento psíquico a una enumeración de síntomas sincrónicos, esta óptica de la psiquiatría lo desvía de su compleja diacronía dinámica –aparato psíquico-entorno, sujeto-cultura– y produce un deslizamiento explicativo hacia el reduccionismo biológico.

La práctica actual en Argentina constituye así un laboratorio ideal para dejar al desnudo, una vez más, la insuficiencia de estos modelos teóricos y de las categorías diagnósticas y de las estrategias terapéuticas resultantes. La descripción objetiva y supuestamente a-teórica del DSM no puede dar cuenta de la totalidad de la vivencia de nuestros pacientes y sigue reñida con cierta ideología del sufri-

miento mental. De este modo, comprobamos que al sufrimiento psíquico de un sujeto se le puede agregar otro, provocado por la manera de interpretarlo. Una toma de posición activa en el plano de las elecciones políticas, tanto como ciudadanos como en el ejercicio de la profesión, se torna indispensable para nuestra propia identidad como personas y como psiquiatras.

Conclusión

Hablar de psicopatología y de crisis social nos sitúa, obligadamente, en el par dialéctico Ciencia-Política. Y es en este cruce, ciertamente no carente de ambigüedades y de incertidumbres, donde podemos cumplir con nuestra tarea principal: la de devolverles a nuestros consultantes su aptitud para la libertad... y defender la nuestra ■



Referencias bibliográficas

1. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV*, American Psychiatric Press, Washington DC, 1994
2. Biasotti A. "Salud: días de estrés, ansiedad y depresión. Informe sobre la enfermedad económica argentina", *Página 12 / Suplemento Futuro*, 15 de Diciembre de 2001
3. Briole G, Lebigot F, Lafont B, Favre JD, Vallet D. Le traumatisme psychique: rencontre et devenir. *Rapport au Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française, LXXXII Session*; Toulouse, 13-17 juin, Masson, Paris, 1994
4. Investigación de Nueva Mayoría, *La Nación*. 26/11/02
5. Jornadas de Salud Mental "Programas de Salud Mental en la crisis", Ministerio de Salud y Seguridad Social de la Nación, 16 y 17/05/02
6. Kordon D, Edelman L, Lagos D, Kersner D y otros, *La impunidad, una perspectiva psicosocial y clínica*, Ed. Sudamericana, Buenos Aires, 1995
7. Lemus JD. *Salud Pública, Marco conceptual e Instrumentos Operativos*, Ed. Kohan, Buenos Aires, 2001
8. Petras J. América Latina: *Pobreza de la democracia y democracia de la pobreza*, Homo Sapiens Ed. Rosario, 1995 X
9. Estadísticas de la Sociedad Argentina de Pediatría, OPS, UNICEF y ONG Save the Children, *La Nación*, 13, 15 y 19/11/2002
10. Stagnaro JC. Les masques de Thanatos, Effets cliniques et psychosociaux à court et long terme du Terrorisme d'Etat en Argentine. *L'Information Psychiatrique*, 2, 178-181, 2002
11. Stagnaro JC. Efectos de las políticas neoliberales sobre la salud mental de la población argentina. Informe leído ante el *Tribunal Ético contra la Impunidad*, Facultad de Derecho, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Noviembre 2002
12. Tausk J. Proyecto de Investigación: "La desocupación y la pérdida de empleo: su incidencia en los vínculos del grupo familiar, en el entorno social y en la aparición de afecciones psíquicas". Cátedra Clínica Psicológica y Psicoterapias. *Proyecto Universidad de Buenos Aires Ciencia y Tecnología UBACYT TP50 -1998-2002*
13. Torres MI. "Modelos en Salud Mental" en *Desafíos al psicoanálisis en el siglo XXI, Salud Mental, Sexualidad, y Realidad Social*, Actas de la reunión Facultad de Medicina/International Psychanalytic Association (2001), Buenos Aires, Polemos, 2002
14. Botbol M, Ferrandi J, Garnier B, Gauthier S, Lewkowicz G, Souffir V, Tremine T, Thurin JM. "Place des modèles en clinique et en psychopathologie psychiatrique, in *Le livre blanc de la psychiatrie française*, Jhon Libbey, Paris, 2003
15. Krupitzky S. (médica del Servicio de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Garrahan y del Servicio de Pediatría del Hospital Posadas): *Clarín*, 5/05/03
16. Lagos M: "Las urgencias psiquiátricas", *La Nación / Ciencia y Salud*, 16/01/03

Crisis social y desgaste ocupacional de los profesionales de la salud: alertas y recursos

Elsa Wolfberg

Médica Psiquiatra y Psicoanalista. Docente de la Carrera de Médicos Especialistas en Psiquiatría, Fac. de Medicina, UBA. Presidenta Honoraria del Capítulo de Psiquiatría Preventiva de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA). Miembro Titular Didacta de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA). Miembro de la Comisión Directiva del Club de Autoinmunidad. Lafinur 2991-13°C, (1425)Capital. Tel:4804-5701. E-mail: psico@feedback.net.ar

“...buen cielo, buena cosecha, fuerza, hacienda, trabajo, buena y larga vida”...
Antigua rogación mapuche

Introducción

La motivación de este trabajo obedece a: 1) Una reflexión y un alerta acerca de los riesgos en la salud psicofísica y por consiguiente, también en la calidad de vida, del personal de salud, especialmente los médicos, cuyas condiciones laborales se han modificado substancialmente en los últimos años. 2) La importancia del conocimiento del contexto y las modalidades defensivas específicas que inadvertidamente adoptan los profesionales, para reflexionar acerca de su utilidad o, tal vez, su transformación. 3) Señalar posibles recursos protectores a modo de conocimiento preventivo.

El contexto histórico y social

En agosto de 1789 la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano, decretada por la Asamblea Nacional de Francia, enunciaba en algunos de sus artículos que:

Art. 1: Los hombres nacen y viven libres e iguales en derechos.

Art. 2: El fin de toda asociación política es la conservación de los derechos naturales e imprescriptibles del hombre. Estos derechos son: la libertad, la propiedad, la seguridad y la resistencia a la opresión.

Art. 7: La libertad consiste en hacer todo lo que no daña a otro.

Sin embargo hoy, 223 años más tarde, en el nivel social general, hay una pérdida acentuada de igualdad social y de la condición de ciudadano por parte de sectores amplios de la población.

Muchos sujetos padecen la pérdida de intercambios sociales, económicos y simbólicos, al quedar tanto fuera del circuito laboral, como de sus anclajes familiares y geográficos. Ocurren entonces fenóme-

Resumen

La desaparición del Estado de Bienestar, el recorte del Estado y la precarización laboral, desplomaron sobre las “helping professions” (profesiones de servicio de salud, justicia, educación) la asistencia de las problemáticas de más desamparo social: vejez, pobreza, violencia. El efecto fue la emergencia de patologías ocupacionales, especialmente en el personal de salud: síndrome de extenuación emocional *burnout*, estrés traumático secundario o desgaste por empatía, *mobbing* o acoso moral, que afectan no solo la calidad de vida de los profesionales, sino que repercuten en la salud corporal, al comienzo con disfunciones leves, incorporadas a la vida como “naturales”, que luego pueden tornarse enfermedades severas. El profesional puede intentar aliviarse con alcohol, tabaco, ansiolíticos, etc., empeorando su salud. Aún no hay marco normativo legal para estas patologías emergentes y es necesario contar con un alerta suficiente como para revertir los mecanismos de defensa disfuncionales y activar recursos preventivos y protectores, en lo individual y, sobre todo, a nivel grupal en forma de grupos de reflexión en los lugares de trabajo.

Palabras clave: Burnout – Mobbing – Estrés traumático secundario – Carga alostática – Salud mental y trabajo.

SOCIAL CRISIS AND OCCUPATIONAL FATIGUE OF THE HEALTH PROFESSIONALS: ALERTS AND RESOURCES

Summary

Due to the crisis of the welfare state, the smashing of the state budget and the labour flexibility, the “helping professions” (health service, education, etc.) are the main assistance for the poor, the elderly people and the victims of violence. This result in the emergence of occupational pathologies, mainly in the health workers, such as burnout, secondary traumatic stress or empathy caused fatigue, mobbing or moral harass –all of them affecting not only the quality of life of professionals but also the body health. The corporal disorders may begin with mild malfunctions, considered as “natural” facts of life, then becoming severe illness. The professional may attempt to meliorate the situation with the use of alcohol, tobacco, ansiolitics, etc. thus worsening the whole health. At the moment there are not legal regulations for this emergent pathologies. We have to pay attention to the signals in order to be able to overcome the disfunctional defense mechanisms and to activate the preventive and protective resources, such as reflexion groups at workplaces.

Key words: Burnout – Mobbing – Secondary traumatic stress – Alostatic load – Work and mental health.

nos emergentes que pueden ser traumáticos: exclusión, racismo, catástrofes, rupturas del contrato social, marginación, violencia.

a. *No se respetan los derechos.* Hay una degradación del empleo y falta de beneficios sociales, hay profesiones que entran en zona de libre comercio, donde no rigen los derechos laborales y con crecientes condiciones inhumanas.

b. *Pauperización del mundo:* aumento de países pobres, desaparición de los medios, concentración de las riquezas.

c. *Caída del Estado de Bienestar,* privatización de los riesgos y debilidades de la vida, que quedan, en buena parte, a cargo de los profesionales de las profesiones asistenciales: vejez, enfermedad, discapacidad, niñez desamparada.

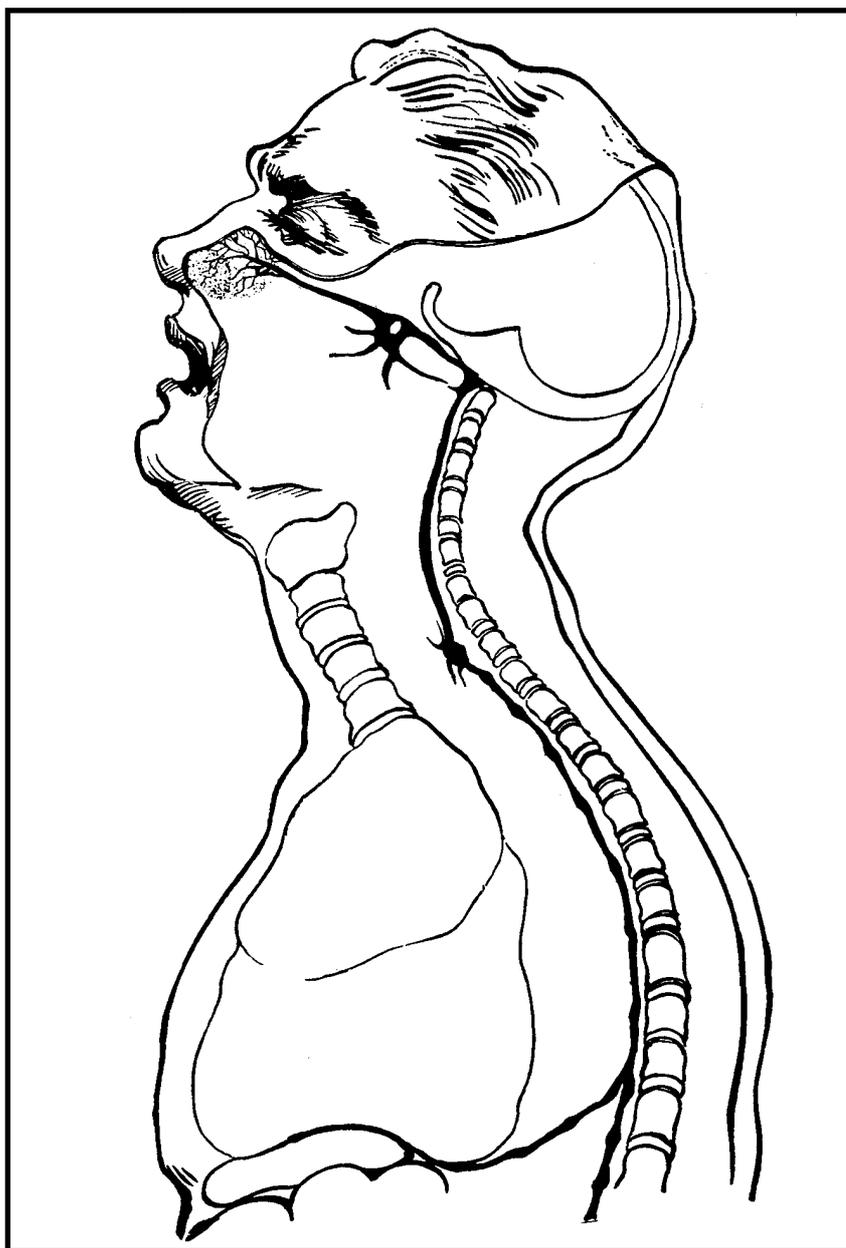
Esto se relaciona con las condiciones de trabajo del personal de salud y sus efectos.

En el diario *Clarín* de Buenos Aires del 14/2/03 se pudo leer la siguiente noticia: "Más consultas, internaciones y partos". En el mismo se informaba que, según Alfredo Stern -Secretario de Salud del Gobierno de la Ciudad- debido a la caída de la cobertura médica, en los sectores de clase media los hospitales públicos recibieron 2000 consultas externas más por día durante el 2002 que en el 2001. Las consultas externas pasaron de 8.316.000 en 2001 a 8.974.000 en 2002, incrementándose un 8%. Los pacientes que pueblan los hospitales son de clase media y porteños. Los pacientes que antaño se asistían, de sectores del conurbano, no tienen siquiera dinero para el colectivo que los lleve al hospital. Los hospitales sin embargo se sostuvieron y pudieron abastecer a la población.

Agrega la nota que las enfermedades prevalentes que se asistieron fueron estrés, muerte súbita, ataque de pánico, depresiones y ansiedad por los cambios socioeconómicos.

Es necesario marcar en este informe una grave omisión: ¿Qué pasa con el personal de salud que asiste a ese incremento de la población enferma? No hay mención de lo que ese plus de consultas implica para los profesionales intervinientes, habida cuenta de que no se aumenta concomitantemente la dotación de personal de esas instituciones y se sobrecarga a la existente. Es una renegación social. También lo es no suponer que el personal de salud puede enfermarse de lo mismo que los pacientes.

En un editorial del mismo periódico (*Clarín*, 25/2/03) se informa -según un censo de 2001 que no refleja aún el impacto del deterioro del 2002- que un 40% de la población carece de cobertura médica y se



asiste en los hospitales públicos.

Se confirma, nuevamente, que el personal de salud debe ser extensible como un elástico -un mago sacando conejos de la galera, o fuerzas de la flaqueza, que es lo mismo- y debe hacer caber en sus horarios y disponibilidad emocional a más pacientes -tan estresados y afligidos como ellos- en verdaderos mundos superpuestos.

¿El personal de salud, percibe el desgaste y sus consecuencias? Y si tiene conciencia, ¿es consecuente con lo que percibe? ¿Contamos con un "casco protector" para afrontar tantas cargas laborales modeladas socialmente por estas condiciones, subjetivamente inquietantes y a veces traumáticas?

Muchas ocupaciones tienen asegurados elementos de protección frente a los riesgos emergentes de las condiciones laborales. Las profesiones de salud no tienen protección legal (mas bien amenaza legal por mala praxis) para este tipo de peligros que quedan por cuenta y riesgo de cada uno; aunque hay empleadores: el hospital, la empresa de medicina prepaga, las clínicas, la sociedad.

Es necesario asistir al asistente para que tenga un trabajo decente y contextos de prevención y aprendizaje para protegerse.

¿Qué elementos organizan la renegación de los profesionales de salud, de modo que el dato sensorial perceptivo del propio padecimiento queda omitido?(8)

Esos elementos son de orden externo e interno:

a. De orden externo

- Los medios no relacionan la sobrecarga de pacientes, con riesgos de salud de los profesionales.
- La sociedad espera invulnerabilidad de éstos.
- El rol hegemónico de los médicos frente a los demás agentes de salud, los sobre-exige aún más.
- Hay una supuesta extraterritorialidad del trabajo profesional llamado liberal y por consiguiente ausencia de medidas protectoras legales para el trabajo inmaterial.
- El profesional deviene fácilmente explotable, en particular el residente y el estudiante en internado rotatorio, que abaratan la asistencia con su trabajo de muchas horas y escasa retribución. Los hospitales y clínicas ahorran mucho dinero con ellos.
- A las Aseguradoras de Riesgo de Trabajo (ART) no les conviene incluir nuevas enfermedades o accidentes profesionales.
- Las empresas prepagas de salud y los hospitales no tienen topes en lo que esperan de su personal, ni responsabilidad sobre su salud mental y sobre los trastornos de su salud somática.
- La insuficiente retribución económica. Hay médicos de edad que no tienen cobertura de salud, porque sus ingresos no les alcanzan para pagarla.
- Por la precarización laboral y el miedo a quedar sin trabajo.
- Pocas horas de sueño en residentes y estudiantes, con el riesgo de accidentes y disfunciones de la salud y también en profesionales mayores con el agregado de depresiones, adicciones y enfermedades severas.
- La desprotección aún mayor resultante.

b. De orden interno

- La no ligadura de la percepción a la representación, por estrés traumático secundario.
 - La idealización del poder reparatorio de la profesión, el viejo paradigma del médico patriarcal y todopoderoso.
 - La renegación de la percepción y creencia, apoyada en los factores externos, de que pueden enfermarse o que ya se enfermaron.
 - El efecto de la omnipotencia impuesta como un "deber" y disfrutada o codificada como un poder.
- El modelo inmunológico es útil para construir defensas funcionales; es necesario primero conocer que el dolor ajeno es un material infeccioso, tal vez radiactivo y el que lo asiste no es inmune, a menos que sepa que debe crear anticuerpos específicos ¿Quién debe hacerse responsable de esto?

En primer lugar los propios actores, para que, además del indispensable autocuidado, se procuren ante

los estamentos correspondientes los medios de protección de su salud y bienestar.

Factores de riesgo

a. Individuales

- La falta de regulación de la empatía y la cantidad de trabajo posible.
- Las necesidades insatisfechas de reconocimiento o déficit de autoestima y por consiguiente de reorientación motivacional.
- Tanto la falta de una relación interpersonal con el asistido, como lo opuesto: la sobre involucración y la sobrecarga emocional, privan al profesional de procesar sus experiencias internas y lo dejan expuesto a una vulnerabilidad a contraer síntomas psíquicos y somáticos. Esa trama vincular que se entreteteje es el asiento mismo del acto médico, entramado íntimo cuyo sentido es asistir (*ad-sistere*: detenerse junto al otro). Es necesario defender el necesario núcleo afectivo de esa relación personal de salud-paciente, por ambos miembros de la dupla, donde no haya excesiva distancia ni extenuación por sobrecarga(25).
- La dificultad de redimensionar lo posible dentro de los ideales: la contradicción de ejercer una profesión humanística en un marco burocrático y mercantilista, lleva a una diferencia entre expectativas y realidad(3). Esto da un alto grado de insatisfacción y frustración.
- El desconocimiento de las patologías emergentes en el campo laboral de las profesiones de servicio, y la consiguiente falta de *insight* de la necesidad de protegerse frente a padecimientos derivados de la sobrecarga y desmoralización que sobrevienen cuando se desee de poder vencer los obstáculos y las inequidades que se desprenden del sufrimiento de los asistidos. Los médicos, los educadores, el personal de justicia, son grupos que administran el distrés psico-social, y cuando fallan las ideologías defensivas funcionales no es de extrañar que aparezcan en esas personas –en particular en los últimos años– cuadros que han sido designados como:

Burnout: se describe por tres ejes: cansancio emocional, despersonalización (desapego hacia el paciente), pérdida de eficacia laboral.

Mobbing: El *mobbing* o acoso moral ocurre en un 8% de los trabajadores de la Unión Europea (2001). Son acciones recurrentes censurables o claramente negativas que van dirigidas contra trabajadores concretos de manera ofensiva y pueden tener como consecuencia la marginación de esas personas del grupo laboral. Es una conducta hostil o intimidatoria que se practica contra el trabajador desde una posición jerárquica, o desde un grupo de iguales hacia los que éste mantiene una subordinación de hecho, a través de la subvaloración de la capacidad de trabajar hasta darle tareas irrealizables y desbordarlo, pasando por agresiones como ocultación de información, difamación o trato vejatorio.

Desgaste por empatía: fatiga por sobreinvolucramiento y estrés traumático secundario con embotamiento, evitación, hiperalerta y sobreactivación(7, 15).

Karoshi: muerte súbita en el trabajo, fenómeno descrito y estudiado en Japón(22).

b. Grupales

Conflictos con pares y con jefes. Líderes con autoridad insuficiente o abusiva.

c. Sociales

El imaginario que supone que una profesión es un sacerdocio: renuncia a la propia vida, supuesto sostén económico asegurado y exigencia de infalibilidad.

- Precarización del trabajo.
- Exceso de trabajo, y sobreocupación: "trabajo después del trabajo". La suma del exceso y la precarización se potencian en angustia.

- Judicialización y psiquiatrización de la miseria.

- Remuneración insuficiente.
- No aplicación de los principios ergonómicos: adecuar la tarea al trabajador, en tiempos y espacios adecuados.

- Ausencia o distorsión de los Servicios de Salud para trabajadores (Convenio 161 OIT)(18).

- Violencia física y/o verbal.

- *Mobbing*: acoso moral.

En 1973 Herbert Freudenberg de USA describe el concepto de *burnout*(24) a partir de observar cambios en él y en otros profesionales (psicólogos, *counselor*, médicos, asistentes sociales, enfermeras, dentistas). Vio que al cabo del tiempo perdían mucho de su idealismo y también de su simpatía hacia los pacientes. Tenían quejas somáticas, retracción, devenían calculadores y cínicos, ridiculizaban a los pacientes, estaban mentalmente exhaustos y sufrían de cefaleas, problemas gastrointestinales, ansiedad, dificultad para concentrarse y depresión. Ocurre en las "*helping professions*", profesiones de servicios, cuando el desafío laboral no está balanceado por satisfacciones internas.

En 1981 Maslach construye un instrumento cuantitativo para medir y comparar la intensidad del *burnout*. No es completa la descripción del *burnout* si no se describe la institución y su clima organizacional: la autonomía individual, el grado de piramidalismo, la orientación de los premios, la consideración, la calidez y el soporte.

Respecto al "Desgaste por empatía" descrito por Figley en 1995, es el resultado acumulativo del estrés traumático secundario -resulta-

Tabla 1
Precusores de enfermedad

Síntomas físicos

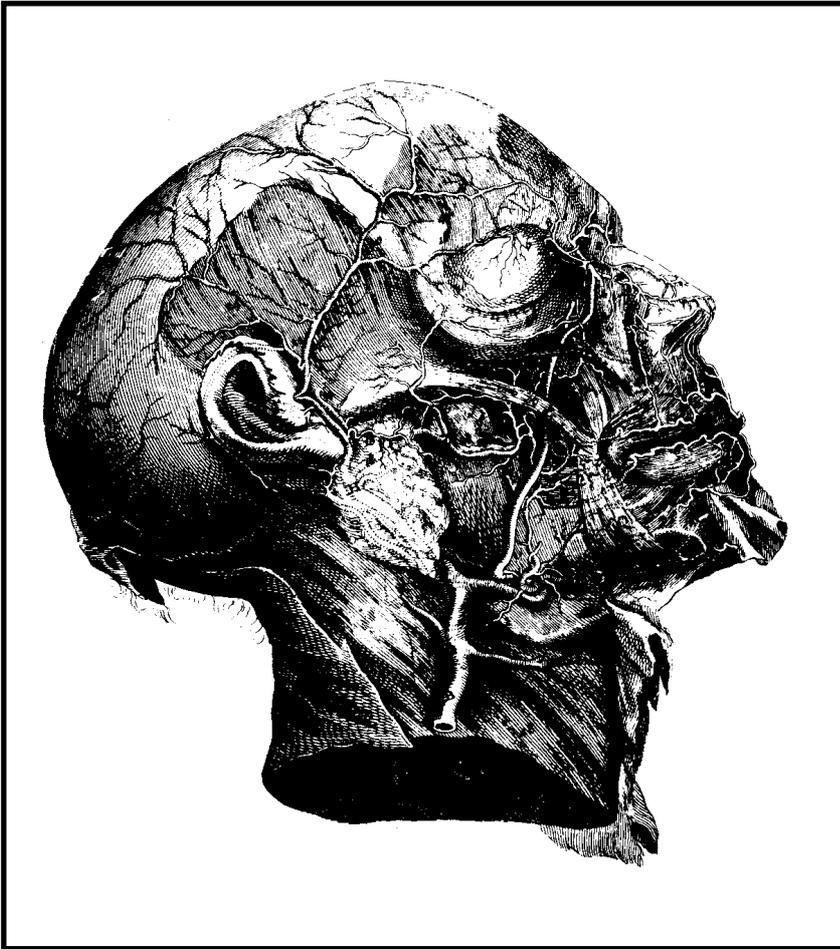
- Palpitaciones, sensación de que el corazón late con fuerza, de forma irregular o rápidamente.
- Dolor y opresión en el pecho.
- Indigestión y distensión abdominal por gases.
- Micciones frecuentes.
- Impotencia o falta de libido.
- Alteración del ritmo menstrual.
- Sensaciones de hormigueo en brazos y piernas.
- Tensión muscular, a menudo dolor en la nuca o en la parte baja de la espalda.
- Cefalea persistente, con frecuencia comenzando en la nuca y extendiéndose hacia adelante sobre la cabeza.
- Migraña.
- Erupciones cutáneas.
- Sensación de tener un bulto en la garganta.
- Diplopía y dificultad para enfocar los ojos.

Síntomas afectivos

- Cambios de humor excesivos y rápidos.
- Preocupación excesiva por cosas que no merecen la pena.
- Incapacidad de sentir compasión por otras personas.
- Interés excesivo por la salud física.
- Introvertirse y soñar despierto.
- Sensación de cansancio y falta de concentración.
- Aumento de la irritabilidad y la angustia.

Síntomas de comportamiento

- Indecisión y descontento injustificado.
- Aumento del ausentismo y demora en recuperarse de accidentes y enfermedades.
- Tendencia a sufrir accidentes y descuido en la conducción de vehículos.
- Trabajo ineficaz, chapucero y uso de subterfugios para evitarlo.
- Aumento del tabaquismo.
- Aumento del consumo de alcohol.
- Aumento de la dependencia de drogas: tranquilizantes y somníferos.
- Exceso de comida o, menos comúnmente, pérdida del apetito.
- Cambios en la forma de dormir: dificultad para quedarse dormido y cansancio al despertar.
- Disminución de la calidad y la cantidad de trabajo.



tante del trabajo con personas en situaciones traumáticas— del estrés traumático primario y del *burnout*, en la vida de una persona con profesión de servicio. Los altos niveles crónicos de ansiedad experimentados en estas profesiones, afectan el funcionamiento cerebral en su funcionamiento neocortical y en el hipocampo, disminuyendo la memoria y las habilidades racionales para su vida y su trabajo.

Pero es posible prevenir esto desarrollando activamente modos de tener una presencia no ansiosa y conductas intencionales y no reactivas. Uno de los ejes de esta prevención es discernir qué demandas se pueden cumplir y cuáles están más allá de lo posible. Otro es la conducta conciente de auto cuidado y autorregulación, tanto en la salud corporal como en la afectiva y social (dieta, ejercicios, relajación, cuidado de sostener los espacios con los seres queridos, *hobbies*, deportes, vínculos con los otros, acciones comunitarias, artísticas, etc.).

¿Qué aportan estas nociones?

i. Introducir el estrés del personal de salud en la conciencia social.

ii. Llamar la atención sobre el deterioro profesional; antes era ridículo hablar de los colegas perturbados, deprimidos, alcoholizados o abusadores de drogas. Hoy estos profesionales y también los clérigos, farmacéuticos, legistas, maestros, han comenzado a reconocer el problema del desgaste y algunos aceptan tratamiento.

Organismos Internacionales

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene que el trabajo es un importante factor en el fomento de la salud, y también puede ser por igual una fuente de gran malestar, y gatillar enfermedades si es muy disfuncional, como demuestran muchos estudios epidemiológicos.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT)(18), a su vez, afirma que el personal de salud es un personal reconocidamente expuesto a riesgos, pero no se sabe por qué no se los considera como trabajadores que necesitan una particular protección de salud en el marco de sus funciones profesionales. En general la norma está dirigida a proteger a los pacientes y luego, y en menor medida, al personal de salud. Esto significa que han de ser los profesionales de la salud mismos quienes provean a su auto cuidado.

En 1985, en una reunión paritaria sobre el empleo, se decidieron las condiciones de trabajo de servicios médicos y de salud. Se consideraron tres aspectos de protec-

ción a la salud en el trabajo:

- a. Los riesgos físicos.
- b. El estrés provocado por factores de riesgo.
- c. Los actos de violencia relacionados con el trabajo.

a. Para mencionar un ejemplo de los *riesgos físicos* diré que en Estados Unidos, la enfermería tiene más enfermedades y accidentes laborales que los obreros de la construcción y de minería (¡200.000 enfermeras sufren lesiones cada año, sobre todo dorsales!).

b. Entre los profesionales de la salud los efectos del estrés empiezan por malestares triviales y cotidianos que constituyen *precursores de enfermedad* y es importante diagnosticarlos a tiempo ya que suelen “naturalizarse” y pasan a formar parte de un modo de vivir(9, 10).

Son efectos del burnout incipiente y se caracterizan por disfunciones de sistemas mentales y/o físicos, que aún no son causa de enfermedad, pero que si persisten, lo serán (ver Tabla 1).

Hablar de emociones es hablar del cuerpo; tenemos encarnada nuestra herramienta de trabajo; al decir de Toni Negri, la herramienta son los afectos, la empatía(17). A causa de la sobrecarga emocional, el organismo entra en un estado de alerta que desencadena una tensión emocional constante e intensa(32). A su vez, la percepción de amenaza se establece cuando la persona identifica que las herramientas con las que cuenta no son suficientes para manejar dicha situación.

Es necesario, prestar atención a lo que sucede exactamente en nuestro cuerpo porque el estrés crónico del *burnout* y el agudo del estrés post traumático, son desbalances del sistema de adaptación y tie-

nen correlato somático, descripto por Mc Ewen, en forma de carga alostática(16).

Ésta se refiere a los efectos en los blancos del estrés o de la adaptación sintomática, que son:

– *El cerebro*: déficit cognitivo por lesión del hipocampo y déficit de memoria de las habilidades de afrontamiento. Atrofia neuronal.

– *El sistema metabólico*: facilidad para la diabetes I y para la obesidad.

– *El sistema cardiocirculatorio*: hipertensión, infarto de miocardio, accidentes cerebrovasculares.

– *El sistema inmune*: infecciones, enfermedades autoinmunes, cáncer.

Hay indicadores para medir la carga alostática o sea la manera disfuncional de enfrentar las presiones: Tensión arterial (T.A), dosaje del índice Cot/ HDL (*Coolesterol/High Density Lipoprotein*), catecolaminas y cortisol nocturno, relación del diámetro cintura/cadera y dosaje de Hemoglobina glicosilada.

Los hábitos disfuncionales: fumar, beber, una mala dieta y sueño insuficiente, facilitan consecuencias del estrés.

Se instalan la fatiga, las cefaleas, la irritabilidad, las perturbaciones del sueño, el déficit de atención, la apatía, los dolores inespecíficos, el sentimiento de sin sentido, el desapego del trabajo. Hay disregulación del eje HHA (hipotálamo-hipófiso-adrenal) en más y en menos, dando disfunciones de casi todos los sistemas y –al cronificarse– enfermedades cardiovasculares, digestivas y cáncer(27).

El ETS puede generar conductas autodestructivas: tabaco, alcohol, drogas para “anestesiarse”.

Ante un cuadro de esta gravedad es un deber ético el informar, educar y actuar frente al estrés traumático secundario y el *burnout* en los colegas de las profesiones de servicio, fruto del contagio emocional y la sobreexigencia interna y externa.

La salud de los Médicos Residentes en un Hospital de la Ciudad de Buenos Aires

En acuerdo con el Comité de Docencia e Investigación de un Hospital Polivalente de la Ciudad de Buenos Aires, los miembros del Capítulo de Psiquiatría Preventiva de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) relevamos la frecuencia e intensidad del *burnout* en un grupo de 61 Médicos Residentes en el marco de un trabajo de prevención. Este trabajo consistió en la realización de un grupo operativo de reflexión acerca de la salud ocupacional con los Residentes de cada especialidad.

A la luz de los ejes que iban surgiendo, se evaluó que los puntos de urgencia para trabajar con ellos eran:

- déficit de reconocimiento y discurso confuso entre ellos y los demás profesionales del hospital acerca de la contradicción entre las grandes responsabilidades que debían afrontar y la falta de apoyo para hacerlo.

- necesidad de prevenir la ansiedad por las altas demandas de los pacientes y la institución.

- necesidad de prevenir la depresión subdiagnosticada.

- necesidad de prevenir el aislamiento.

- necesidad de activar en ellos la conciencia de la

morbilidad psíquica y somática.

Para estudiar el índice de Burnout se aplicaron cuatro escalas

1. para evaluar *burnout*: *Escala de Maslach*, MBI(14).

2. para evaluar depresión: *Escala de Beck*.

3. para calidad de vida: *Escala Whoquol Bref*.

4. para evaluar somatizaciones, trastorno por ansiedad generalizada, estrés postraumático, disociaciones, depresión uso de sustancias, suicidalidad: *Escala Global* (GCS).

Al procesar el MBI, se verificó que los indicadores de *burnout*, coincidentes con los riesgos que se detectaron en las reuniones, eran altos:

- *Cansancio emocional* (CE) alto en 72% de los residentes (el más alto en ginecología y el más bajo en pediatría).

- *Despersonalización* (DP) alta en un 57% de los residentes.

- *Realización personal* (RP) baja en un 37% y alta en un 60 % (la más alta en cirugía, la más baja en ginecología).

- En los sujetos de menos de 27 años la DP es menor, es mayor en los que tienen hijos y en los que tienen menos de 2 años de tiempo en la profesión y en los que tienen más de 9 horas diarias de trabajo.

- El CE alto es mayor en los que tienen hijos, en los que trabajan más de 9 horas diarias, en los que trabajan hace menos de 18 meses y los que tienen menos de 24 meses de profesión (96%).

- En RP las mujeres tienen sensación de RP más baja que los varones, los de más de 27 años también la sienten más baja que los de menos de 27 años, es alta en los que tienen hijos.

- No tiene relación con el tiempo de profesión.

De la aplicación de la *Escala de Beck* y de la *CGS* surgió que:

- El 13% sufría depresión.

- El 18.4% presentaba Estrés Postraumático.

- El 26,3% presentó un Trastorno por ansiedad generalizada.

- En total se contabilizó un 18.4% de síntomas patológicos.

El estudio de la calidad de vida percibida mostró que:

- 1 de cada 6 residentes está contento con su salud y uno de cada 7 con su calidad de vida pero, en rigor, un 39% considera su calidad de vida entre mala y regular.

- El 46% considera que goza de la vida entre poco y más o menos.

- 1 de cada 4 tiene insatisfacción con su sueño.

- 1 de cada 3 tiene entre ninguna y escasa satisfacción con su salud, y sin embargo no precisan qué los aqueja. Hay un subdiagnóstico a causa de la renegación de la percepción y no asunción de ocuparse de su salud.

La noción de RP alta en un 60% y de RP baja en un 37% ¿amortigua las otras dos variables? ¿Hay una cultura del éxito y del rendimiento que soslaya el CE y la DP altos? ¿El hecho de poder ser Residente en su mismo valor determina la renegación de los riesgos? ¿El salario libidinal del autorreconocimiento es sufi-

ciente para homologarse al CE? ¿Habría cansancio emocional con un reconocimiento suficiente? Debemos estudiar muestras más extensas para responder.

Es importante remarcar la comorbilidad psiquiátrica: el alto tenor de estrés postraumático y del Trastorno de ansiedad generalizada seguramente tienen vinculación con la extenuación emocional altísima, a la que se llega por carecer de defensas útiles frente al sufrimiento de los asistidos. La ansiedad, que a su vez lleva al consumo de ansiolíticos o a síntomas de disfunción somática, es un punto de urgencia. Aunque no tenemos cifras de la población general, en cualquier caso es un porcentaje muy alto, dada la obligación de los profesionales de la salud de contener y sostener con calma a seres sufrientes y necesitados de soporte.

Una visión global sobre los resultados de las escalas muestra una población exigida, poco reconocida, probablemente con insuficiente procesamiento del displacer a través de la creatividad y la realimentación recíproca, acentuado esto en profesionales mujeres, con hijos, con poco tiempo de ejercicio de la profesión, con más horas diarias de trabajo. La vivencia de casi la mitad de la muestra, de una calidad de vida entre mala y regular y un disfrute entre escaso y regular, marca una población de alto riesgo al no transformar suficientemente sufrimiento en placer a través de recursos posibles y ese es el lugar de la tarea preventiva: activar el desarrollo de defensas útiles y recursos creativos surgidos de los mismos profesionales.

Entre los profesionales que asistieron al XVIII Congreso Argentino de Psiquiatría de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) del año 2002, 148 llenaron la *Escala de Maslach* y los resultados fueron:

- La vivencia del síndrome: *cansancio emocional* (CE) + *despersonalización* (DP) apareció en un 55.3% de los encuestados.
- El CE en un 71% de los encuestados.
- La DP en un 38% de encuestados.
- El nivel de realización personal es muy alto: 89.5%.
- Es un poco más frecuente en mujeres (56.6%) que en varones (51.7%).
- Es mucho más frecuente en la franja de la edad media de la vida: 40 a 54 años.
- Es menos frecuente en los casados (53.7%) que en los solteros-divorciados-viudos (57.1%).
- Es más frecuente en psicólogos: 61.5% que en médicos 53.5%.
- Es más frecuente en los que tienen entre 11 a 24 años de tiempo en el trabajo actual (61%), y en los que tienen entre 11 y 24 años de tiempo en la profesión (62.2%).

En el XIX Congreso Argentino de Psiquiatría de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) de 2003, sobre 109 escalas MBI llenadas, hubo un CE de 50,5%, mucho más intenso en mujeres (60.7%) que en varones (40%), con hijos; más en médicos que en psicólogos, y con menos de 2 años de profesión

Un DP de 34.6%, más en mujeres, solteras, sin hijos, más en psicólogos, con menos de 2 años de profesión y menores de 27 años.

Una RP baja de 65.4%, más en mujeres, casadas, sin hijos, con menos de 2 años de profesión, y menores de 27 años.

También fueron encuestados 41 profesionales de

la salud en el Policlínico "Aráoz Alfaro", ubicado en el Gran Buenos Aires. Los resultados fueron:

CE: 55.6%.

DP: 34.2%.

RP (baja): 29.7%.

En el Hospital Materno-Infantil de San Isidro, también del Gran Buenos Aires, sobre 88 profesionales de la salud encuestados se obtuvieron los siguientes datos:

CE: 61,2%.

DP: 51.2.

RP (baja): 64.2%.

Esta muestra de 447 profesionales de la salud de hospitales de la Ciudad de Buenos Aires y del Gran Buenos Aires, orienta a pensar que aunque los resultados tienen algunas diferencias, la práctica actual de la profesión, si bien interesante y motivante en algunos casos, es fuente de intenso desgaste en la población profesional que atiende la salud, por lo cual es necesario pensar que es una población en riesgo, en especial los profesionales más jóvenes, mujeres, y con más de 9 horas de trabajo diario.

Datos estadísticos provenientes de otros países

Una investigación sobre 4.510 Médicos Residentes de tocoginecología del Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia de Washington dio como resultado:

- El 75.5%, 3 de cada 4 médicos especialistas, trabajan entre 61 y 100 horas por semana.
- El 71.3% duerme menos de 3 hs. cuando es no-cherero.
- 8 de cada 10 reportan otras obligaciones clínicas después de ser nochereros.
- Las horas de sueño aumentan a medida que aumenta la Residencia.
- Tienen fatiga, necesitan más tiempo personal, tienen miedo de afectar la calidad de la atención y por eso quieren trabajar menos horas. Las mujeres se cansan más.

Una investigación realizada por Ferrara en Italia sobre 328 médicos (a quienes también se aplicó el MBI) arrojó, como resultado, una extenuación emocional del 27.5%, una despersonalización del 25.6 % y una vivencia de baja realización profesional en el 12.8% de los médicos. Aflije señalar que los datos del *burnout* de los Residentes relevados duplican y triplican estas cifras.

Muchos datos de investigaciones revelan que entre un 25 y un 30% de profesionales de salud desarrollan *burnout* como consecuencia de su actividad. En la muestra de médicos de Ferrara, la morbilidad psiquiátrica (28%) es más alta que en la población en general (18%). Los médicos que trabajan en el hospital tienen menos CE que los que trabajan en la comunidad: estar solo es más estresante.

Los datos no tienen relación ni con el sexo, ni con la edad ni con el estado civil ni con los años de ejercicio de la profesión. Hay una relación significativa entre el CE y la morbilidad psiquiátrica, hecho que se verifica en nuestra estadística.

En Estados Unidos, los anestesiólogos tienen mayores riesgos de suicidio y muerte ligados a drogas. El riesgo es mayor en los primeros 5 años de recibidos.

Un 34% de los Residentes de anesthesiología tuvo problemas con drogas. Es importante identificar a los afectados porque lo ocultan, y en eso las sociedades científicas y gremiales y el trabajo interdisciplinario con profesionales de salud mental tienen un rol relevante.

Estudios en Gran Bretaña arrojan un 22 a 30% de morbilidad psiquiátrica y un 32 a 45% de baja realización personal en médicos estudiados con el *test de Maslach*.

Un estudio británico de 1989 da cuenta que el 80% de las enfermeras sufren *burnout*, sobre todo las que trabajan con cancerosos y síndicos. Las enfermeras tienen la tasa más alta de suicidios entre todos los grupos profesionales (1991). Es posible que una de las razones sea la falta de preparación emocional y cognitiva para sostenerse trabajando con situaciones de tan alto sufrimiento. La disparidad necesidades/exigencias/posibilidades, es muy grande.

En España, más del 43% de los médicos de atención primaria de zonas rurales están con alteraciones psicofísicas por estrés laboral.

Entre otros problemas, padecen síntomas ansioso-depresivos (26%), insomnio (33%), alteraciones del carácter (23%) y estrés (40%).

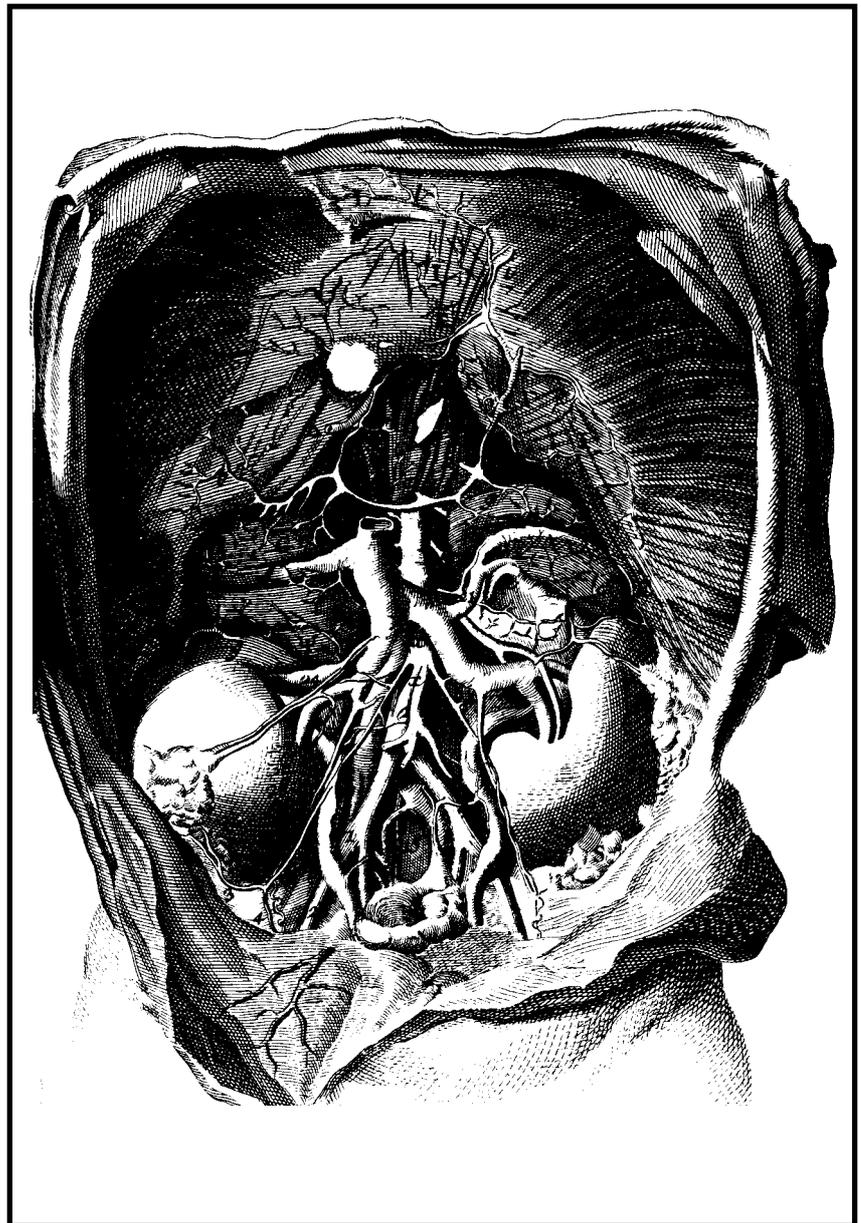
En junio de 2001, en España, el 20% de las bajas en el empleo fue por factores psíquicos. Un tercio de ellas fue por *burnout*. Las ausencias son de tres meses y medio, las más largas en el promedio.

En 1985, Rucinsky y Cibulka, en Gran Bretaña, revisando los diagnósticos más comunes en enfermedades psiquiátricas en médicos, encontraron que el alcoholismo y la adicción a drogas eran los más frecuentes (51% al 57%), y también los trastornos afectivos (21% al 48%, dependiendo del estudio).

El primer año de recibido es el más crítico: se encontró en un estudio de 1975 que un 30% de los médicos con un año de ejercicio, presentan síntomas de depresión clínica(19). Más recientemente, en 1985, Reuben, usando escalas cada mes en los tres primeros años de recibidos, encuentra que entre los 3 y los 6 primeros meses hay un pico arriba de un 38% de deprimidos en ese lapso.

Se describe un 30% de médicos deprimidos en el primer año de práctica y luego se habla de un 22% en el segundo año y un 10% en el tercero, en diversos estudios hechos a lo largo de veinte años. El tenor de depresión en la población es del 15%, o sea que los médicos jóvenes doblan en morbilidad a la población común. El 13% de ellos tenía ideación suicida.

El alcohol va cerca de la depresión, usado como mecanismo de afrontamiento, también en mujeres



(más que en hombres). Aunque el abuso del alcohol es visto a menudo como resultado de la depresión, en realidad bien puede ser su causa. En un trabajo de 1987 sobre 100 mujeres médicas alcoholistas, que estuvieron sobrias al menos por un año, 75 habían tenido una seria ideación suicida y 38 hicieron al menos un intento evidente de suicidio.

En un estudio de 1987, en Gran Bretaña, se encontró que las médicas mujeres son 1.5 veces más proclives a la depresión que los varones. La autocrítica aumentada es el mayor predictor de depresión.

En 1973, Rose y Rosow, revisando certificados de defunción, concluyeron que los médicos y el personal de salud tienen el doble de suicidios que la población común y, en las médicas mujeres, aproximadamente el triple que la población común (tanto en Suecia y en Gran Bretaña como en EE.UU.). Es necesario saber también que los médicos, en general, se subdiagnostican depresión, tratándose a sí mismos. El mayor índice de depresión en las mujeres se atribuye a la mayor humillación y discriminación de las que son objeto. Hay evidentes desigualdades por género.

Las mujeres que trabajan están más expuestas al esfuerzo y a atentados contra su dignidad.

Tienen más disfunciones sexuales que los hombres. Están más expuestas a los estresores, a la violencia psicológica y física, sobre todo las que tienen niños. Es frecuente la disminución de la fertilidad y presentan más abortos espontáneos que la media.

A juzgar por todas las estadísticas presentadas el *burnout*, debe ser considerado como una enfermedad profesional severa y epidemiológicamente extendida(24).

Marco normativo

La prevención incluye no sólo la autorregulación, las redes y los grupos de reflexión para procesar las problemáticas a nivel individual y del equipo, sino que, también exige realizar investigaciones sobre la salud laboral a efectos de crear un marco normativo y de prevención para el *burnout* y las otras patologías emergentes (*mobbing* y estrés traumático secundario).

El marco normativo es el contexto legal y reglamentario adoptado frente a los riesgos del trabajo profesional, donde estén establecidos los derechos del profesional, del empleador y del Estado en sus derechos, deberes y responsabilidades. En nuestro país a los profesionales de la salud no se les reconoce el *burnout* como enfermedad profesional. No así en Alemania y Suecia, entre otros. En 1999, el Tribunal Superior de Justicia del País Vasco, respaldó el diagnóstico del *burnout* como enfermedad laboral y causante de períodos de incapacidad temporal.

Hay un dictamen reciente de un juez de Barcelona que otorga estado de invalidez absoluta permanente a una persona con *burnout* en los siguientes términos: "El Juzgado de lo Social número 16 de Barcelona ha declarado que el *burnout* o síndrome de estar quemado, es un accidente laboral. Con esta conclusión el juez ha concedido la invalidez permanente absoluta a una trabajadora que llevaba 35 años de ejercicio profesional". Como precedente el Tribunal Supremo de España confirmó previamente que sufrir *burnout* es causa de accidente laboral.

Es necesario reconocer legal y sanitariamente una enfermedad psicológica profesional tan severa como el *burnout*. El primer paso es reconocer que existe. El vacío legal acerca del *burnout* propicia violaciones a los derechos humanos

Cada profesional debe conocer los factores de riesgo presentes en su trabajo y cómo manejarse con su salud ocupacional.

En nuestra sociedad el trabajo puede ser fuente de sufrimiento y afección en varios casos: cuando es una condición crónica de demandas percibidas por el sujeto mayores que los recursos percibidos, en ese caso el sujeto va al *burnout* o a la depresión, o a un accidente. Cuando el trabajo es inestable y el sujeto siente la amenaza de perderlo, expresa prevalentemente su sufrimiento en síntomas somáticos que, por supuesto, desde un enfoque no dicotómico, son psicosomáticos. Si ya perdió el trabajo puede tener trastornos psiquiátricos francos y alcoholismo. Esta descripción es fruto de las observaciones de Magdalena Echeverría, que realizó una investigación en Chile en los años '81 y '82, sobre los efectos de las

transformaciones económicas en ese país y la salud de los trabajadores. Es impactante notar que un mismo trabajador puede tener distintas respuestas según en qué punto de la inseguridad laboral está y esto lleva a la reflexión del peso de lo ambiental en el "diseño" psicopatológico de su psiquismo(2,6).

A veces los síntomas son la única forma que una persona dispone para comunicar un problema(30). El estrés provocado por los riesgos en el trabajo, está sujeto, como tal, a las consideraciones generales que definen su práctica. La organización del trabajo incluye el contenido, el sistema jerárquico, las relaciones de poder, las modalidades de la gestión, las divisiones del trabajo, etc.(12).

Cuando está bloqueada la relación hombre-trabajo, porque el sujeto ya no puede aportar a su trabajo según sus reacciones fisiológicas y sus deseos y necesidades psicológicas, surge el sufrimiento, que toma distintas formas, según las características del trabajo.

En cuanto a los actos de violencia relacionados con el trabajo(4), las tensiones jerárquicas entre colegas pueden aportar violencia, falta de transparencia en concursos, con la consiguiente inequidad, hostigamiento, calumnia de compañeros y descalificación como método de exclusión y competitividad, exclusión por indiferencia, violencias psicológicas que no son menos importantes que las físicas. Son acosos morales (*mobbing*). El acoso sexual, en especial en mujeres es una forma específica de violencia. La manera más eficaz de contener y evitar la violencia son las estrategias preventivas y medidas de intervención temprana. Por eso este trabajo: difundir, reportar, participar grupalmente.

Defensas en el trabajo médico (frente a la sobrecarga por un lado y pérdida de coherencia con su ideal humanístico por otro)

Se nos ha educado en el ideal de curar y vencer con altruismo a la muerte; no se nos ha educado para contestar preguntas fundamentales acerca de la vida y hay una distancia enorme entre la imagen del médico grandioso y triunfal y el médico-operario que debe reparar mecánica y rutinariamente partes de personas una tras otra y de la mañana a la noche.

Parte de la grandiosidad del primero la aportó la práctica liberal de la profesión dando la imagen de no estar sujeto a los avatares comunes de un trabajador, ni de tener que rendir cuentas a casi nadie. Pero fundamentalmente, la idealización surge como defensa frente al sufrimiento no sólo por parte del paciente sino del mismo médico, la auto idealización. Recordemos que ésta es la primera defensa que adoptamos.

En los últimos años, se le ha ido asignando a la medicina un lugar dentro del mundo de los negocios, y valores como la vocación humanitaria, reparatoria, la solidaridad y el amor al prójimo, que por lo general guían al médico, se han visto redefinidos por los valores económicos de las actuales políticas mercantilistas(3).

De hecho, el sistema de salud se vio modificado por el ingreso de bancos y empresas relacionadas con finanzas al "negocio" de la medicina, lo que produjo la redefinición del término paciente por el de cliente

y el de médico por el de prestador de servicios, desvirtuándose la dignidad del acto médico. El dinero entra a regir ese acto.

La relación médico-paciente, en que el profesional tenía un rol de protección y consulta, generando transferencias afectivas y facilitadoras de recursos de autocuración ("la droga más poderosa es la figura del médico", según palabras de Balint)(2), se transformó en una figura casi burocrática y desafectivizada de prestador de prácticas a clientes de empresas, controlado por auditores, contadores y administradores. Esto no sólo es una carencia para el paciente, es una desubjetivización para el médico, que pasa a mecanizar su trabajo y a sí mismo.

Pasó a ser mano de obra barata sin relaciones laborales legalmente establecidas y asediado por la sombra de la mala praxis, como lo afirma el Juez argentino Eugenio Zaffaroni.

La figura del médico ha perdido en parte una valoración social que le aportaba intensa motivación y entusiasmo por la tarea, a través de la noción de ejercer un trabajo altamente estimado socialmente proveyéndolo de una fuente inestimable de autoafirmación y satisfacción. Cuando esto no ocurre, el médico desarrolla más omnipotencia para tratar de compensar su autoestima afectada, cayendo en vivencias de extenuación y desaliento; esto es el preámbulo del *burnout*.

Esta es la segunda defensa disfuncional.

Estas pinceladas sobre el contexto y la organización del trabajo, hacen sospechar que cierta sombra de taylorismo ha caído sobre el trabajo del médico. En el taylorismo el cuerpo aparece como la primer víctima del sistema, dócil y disciplinado, librado sin defensa a los impulsos de la organización del trabajo y de quien da órdenes, y disociado de la *psique*. El ejemplo extremo sería Chaplin en "Tiempos modernos". El taylorismo priva de lo original y personal en la tarea, que le sirve al sujeto para adaptar intuitivamente al trabajo sus propias aptitudes fisiológicas y mentales, poniendo en marcha el compromiso entre sus deseos y la realidad.

Se elaboran estrategias defensivas contra la angustia del trabajo y la insatisfacción, de modo que no se detecta sufrimiento enseguida. Este queda escondido o disfrazado y sólo salta en ciertas situaciones propias de cada trabajo y de su sintomatología.

A la presión y el peso que soporta el personal de salud, se suman sus otras necesidades a llenar, no sólo económicas sino también de reconocimiento, de capacitación permanente, de cierta armonía ambiental con instituciones, pares y autoridades que les permitan seguir sosteniendo el sufrimiento de las personas que deben asistir.

C. Dejour(5), psicoanalista francés, habla de la ideología defensiva funcional, que tiene como objetivo principal:

1. Enmascarar, contener y ocultar una ansiedad grave.
2. Ser un mecanismo específico de grupo.
3. Dirigirse no contra angustias intrapsíquicas resultantes de un conflicto, sino para luchar contra un peligro y un riesgo reales.
4. Ser una defensa de todos para ser operativa; el que no la comparte es excluido.

5. Tener un carácter vital y necesario y reemplazar los mecanismos individuales, que sólo pueden volver a usarse cuando está asegurado un mínimo control sobre la realidad peligrosa.

Los obreros de la construcción resisten las consignas de seguridad, como si fueran inconscientes de los riesgos; hasta como si sintieran algún placer, desafían el peligro con orgullo, rivalidad y temeridad. Sin embargo conocen el riesgo y lo sienten a flor de piel y cuando estallan las revelaciones tienen mucha ansiedad. Ésta está habitualmente contenida por los sistemas defensivos que son absolutamente necesarios, porque si no, el miedo no los dejaría trabajar. Para conjurarlo hasta hacen alarde de habilidad y valentía y de ese modo parece que son ellos los que crean el riesgo y no que está fuera de su voluntad. El miedo es una causa de "inadaptación profesional" y sólo aparece en síntomas medicalizables de la ansiedad: cefaleas, vértigos, impotencias funcionales diversas (el cuerpo es un efector, en estos casos, de signos de microprotesta social que es bueno descifrar y escuchar). Es una defensa colectiva y no quieren que se les haga recordar lo que tan costosamente buscan conjurar. Al que no aguanta, lo echan por timorato. Curiosamente, esta defensa garantiza la productividad.

La profesión médica tiene algo en común con ellos. Desde primer año se "vacuna" a los estudiantes con los cadáveres que deben disecar, los trozos de cuerpo muerto que tienen que manipular, en una intensiva desensibilización frente al miedo y el estremecimiento por el horror de la muerte y la mutilación. Por otra parte, los bautismos de guardia, donde las bromas agresivas ponen a prueba la resistencia del joven, también tienen el sentido de una iniciación a la temeridad y a quien no "sobreviva", los colegas se encargarán de hacerle sentir que no sirve. También estas vacunas garantizan la productividad, por miedo a la crítica. Al igual que los obreros de la construcción se aprenden defensas de negación frente al dolor, al miedo, al cansancio, al sufrimiento(28, 31).

Los pilotos de caza, a su vez, tienen una defensa que los hace temerarios y les permite ignorar los límites de lo posible, por los riesgos extraordinarios que corren. Parece ser que la locura previa de los que eligen esta vocación, es la angustia de los límites y vuelan para vencerla a través del éxito. Ese es su gran ideal, y lo efectivizan en sus vuelos de extrema exigencia y riesgo. Este modo también lo compararía con algunas especialidades médicas que se ejercen como los riesgosos vuelos de caza por la angustia de los límites de la vida: ¿tal vez la cirugía, tal vez la oncología, la terapia intensiva?

Finalmente las telefonistas que deben sostener un ritmo veloz y eficiente y que son controladas a menudo y sin saber ellas en qué momento. Su defensa frente a esta exigencia es trabajar cada vez más rápido, hasta la extenuación. Esto también aumenta la productividad. Curiosamente, los mecanismos defensivos pueden ser utilizados para aumentar rendimiento en condiciones de extrema exigencia, sin que el sujeto lo advierta.

¿Alguna similitud con médicos de empresas prepagas? ¿Alguna similitud de estos modos defensivos con el taylorismo? Los médicos tienen la tendencia

de disociar la mente del cuerpo, y el cuerpo del contexto, no sólo en el paciente, sino también en sí mismos, con lo cual devienen una mente sin cuerpo ni emociones, sobreadaptados, alexitímicos y descontextualizados de las dificultades arriba mencionadas. La neotecnología en esas condiciones se presta para burocratizar un aspecto de la práctica clínica, y favorecer la disociación y la renegación. ¿Qué se logra? No sufrir, no enterarse de los riesgos, como los obreros de la construcción; mantener la defensa contra la noción de límites, como los aviadores de caza; y apurar aún más el paso, como las telefonistas.

La mayor dificultad a veces no está en la organización del trabajo sino en la extrema forma de internalizar los mandatos y expectativas sociales, cuya expresión máxima está en el reemplazo de la voluntad del sujeto por la del objeto (paciente, institución, jefes, etc.). Esto se llama alienación y tiene que ver con ideologías defensivas que hacen que el médico termine por confundir los propios deseos con la exhortación laboral que toma el lugar de su propio arbitrio.

La alienación es una realidad clínica, que al igual que el resto de las defensas debe ser descubierta, descifrada en las vivencias en que se aloja. No se puede afrontar lo que se desconoce. Para afrontar el estrés hay que conocer sus formas en la vida cotidiana. Y se enfrentará en el interior del médico con su salud, sus deseos y sus necesidades.

Es sabido que el procesamiento afectivo protege el soma; poder poner en palabras a un sufrimiento, es un primer paso para evitar la sobrecarga interna y el exceso de adaptación.

Estos mecanismos de defensa –alienación, autoidealización, negación, omnipotencia, disociación– consumen gran parte de la energía del trabajo, lo que produce fatiga y eso deviene parte integrante del trabajo(34).

Conclusiones y propuestas protectoras

La insatisfacción, la ansiedad y la fatiga, son las formas del sufrimiento en el médico.

La prevención no es una actividad lineal orientada hacia un efecto sino que es un replanteo global desde el que un grupo encara la comprensión y resolución de sus problemas.

No es una lucha “en contra de”, sino la promoción de un desarrollo de alternativas y crecimiento de redes sociales(23).

Promueve participación activa y autogestión a construir en un entramado.

Para que la prevención sea eficaz es necesario activar un Umbral de Alerta(33).

Esta es la función de este artículo: informar y alertar.

Si no tenemos una conducta participativa, tampoco sabremos sostener la participación de los sujetos en su propia salud. Si no nos cuidamos, no podremos cuidar a los demás. Hablamos de salud y no de salud mental porque son indisolubles.

Se es más competente en coordinar acciones con otros a partir de una posición de responsabilidad en vez de posición de víctima.

La regulación de las ideologías defensivas disfuncionales es posible a través de la activación de factores protectores para el estrés:

A. Recursos subjetivos

- *Es necesario un compromiso medido con la tarea para extraer de ella algo de placer.*
- *Fomentar la creatividad aun en medio de dificultades (La creatividad es el “rebusque” por excelencia_ (13).*
- *Negociar con la Institución que siempre representa la exigencia.*
- *Evitar la ansiedad, porque ésta se contagia y altera la capacidad de pensar.*
- *Distinguir cuando lo mucho es demasiado.*
- *Saber relajarse para volver a sí, además posibilita reducir la ansiedad (la empatía tiende a sacar de sí, es necesario estar con el otro y, también, consigo).*
- *Activar formas de reconocimiento recíproco (éste es un salario libidinal, un pago simbólico que contrarresta la sensación de quedar consumido por la tarea, la institución o los pacientes).*
- *Pertenecer a grupos (está demostrado que la pertenencia a grupos baja la incidencia de enfermedad coronaria).*
- *Redimensionar defensas (valorarse no es lo mismo que idealizarse, tener potencia no es igual a tener omnipotencia, tener límites no es arruinar la tarea, conectar consigo no es derrumbarse, es regularse mejor).*
- *Resubjetivarse (conectar con la autonomía posible, entendida como la capacidad de resistir presiones sociales y regular las conductas desde la propia interioridad y no desde las expectativas de los otros. Equivale a desalienarse).*
- *Encontrar placer en el trabajo, tomar las cosas con humor y astucia, permitirse recreos(26).*
- *Buscar apoyo social de los pares. Armar una red supone reconocimiento, [aceptación del semejante], conocimiento [interés real por saber quién es y cómo está], colaboración [con reciprocidad e intereses comunes], cooperación [operación conjunta y solidaridad] y, eventualmente, asociación [con proyectos compartidos]).*

La relación red social/salud muestra que la interacción social incrementa la fortaleza y disminuye la morbilidad de los individuos. Es un elemento protector y salutogénico. Alienta a:

- ✓ el compromiso grupal y participación en la resolución de los problemas.
- ✓ la cercanía emocional operativa para no disociarse.
- ✓ percibir los malestares precursores de enfermedad (el medio grupal lo puede facilitar).
- ✓ la necesidad de adquirir comportamientos correctivos del aislamiento, solidaridad y posibilidades elaborativas de las problemáticas, sabiendo que la satisfacción profesional, la salud y la dedicación al trabajo van juntos.

Por consiguiente, es recomendable tener espacios de reflexión(11), de extensión acordada, previstos institucionalmente, a partir del consenso con el equipo con la finalidad de:

- a. poder desestigmatizar los contenidos emocionales de la tarea y el estrés no como problemas de un sujeto sino como parte del trabajo en el contexto socio-económico en que ocurre.
- b. procesar las experiencias, dialogar acerca de los desacuerdos y desarrollar creativamente modos de

afrontar frustraciones y violencias. Todos estos temas activan la autoestima y la motivación y esto a su vez sensibiliza para el auto cuidado.

Los grupos operativos de reflexión incrementan la posibilidad de disfrutar del trabajo y su ética, al retejerse la red de los vínculos laborales.

B. Recursos corporales

- No aceptar el malestar como algo natural.
- Cuidar y conectarse con el propio cuerpo.
- Practicar actividad corporal.
- Alimentarse adecuadamente.
- Controlar periódicamente la TA, el colesterol, etc.(16)

- Cumplir con los exámenes preventivos periódicos (ginecológicos, urológicos, etc.).
- Sueño adecuado y descanso.
- Corregir los hábitos dañinos de automedicación, consumo excesivo de alcohol, tabaco, etc.

Y, en suma, todo lo que permita expresarse, cuidarse y reconocerse en los demás.

Hoy, más que nunca, es necesario usar, valorar y expandir toda nuestra salud posible, nuestros vigores, nuestras astucias, nuestro ingenio, nuestras capacidades y saberes y toda nuestra creatividad para construir, colectivamente, la mejor salud, bienestar e integridad que seamos capaces ■

Referencias bibliográficas

1. Allardt ET. "To Love, to be" in *The quality of life*, Nusbaum M; Sen A (comp). Oxford University Press, USA, 1993
2. Balint M. *La capacitación psicológica del médico*, Gedisa, Barcelona, 1984
3. Balonchard S, Felizia S. La salud como actividad empresarial, *Bioética*, año 2, N° 2, 1999
4. Chapelle D, Di Martino V. Violence at work, *Asian-Pacific Newsletter on occupational health and safety*, Vol 6, 1, 1999
5. Dejours C. *Trabajo y desgaste mental*, Ed. Humanitas, Buenos Aires, 1990
6. Echeverría M. *Enfermedades de los trabajadores y crisis económica*. PISPAL, Santiago de Chile, 1984
7. Figley Ch. *Trauma and its wake*, Brunner Mazel, New York, 1986
8. Freud A. *El yo y los mecanismos de defensa*, Paidós, Buenos Aires, 1984
9. Gabbard G. The role of compulsiveness in the normal physician, *JAMA*, 254; 20, 1985
10. Levi L. *La enfermedad psicosomática como consecuencia del estrés profesional*, OMS, Ginebra, 1988
11. Heumann G, Mazzella L, Wolfberg E. Los grupos de reflexión en la labor preventiva, *Claves en Psicoanálisis y Medicina*, 17-18, 2000
12. Kalimo R. Do organizational changes predict burn-out?, Comunicación al *Congreso Internacional de Psiquiatría de Hamburgo*, WPA, 1999
13. Malfé R. Apología del rebusque. *Ensayos y experiencias*, N° 30, 2001
14. Maslach C, Goldberg J. *Prevention of burnout*, New Perspective, New York, 1998
15. Mc. Cann I. L. Pearlman L.A. Vicarious traumatization: a framework for understanding the psychological effects of working with victims, *Journal of Traumatic Stress*, 3 (1), NY, 1990
16. Mc Ewen B. *The end of stress*, Joseph Henry Press, Washington, 2002
17. Negri T. *El exilio*, Ed. El Viejo Topo, Barcelona, 1998
18. Organización Internacional del Trabajo (OIT), *Condiciones de empleo y trabajo en el marco de la reforma del sector salud*, Ginebra, 1998
19. Robertson MM, Katona CLE. *Depression and physical illness*, Wiley and Sons, England, 1997
20. Rovere M. *Redes: hacia la construcción de redes en salud*, Secretaría de Salud Pública, Rosario, 1998
21. Saidon O, Troianovski P. *Políticas en salud mental*. Ed. Lugar, Buenos Aires, 1994
22. Shimomitsu T, Iwane H et al, Karoshi, death from overwork in Japan, *Past, present and future in Psychiatry*, vol. 2, 1994
23. Sluzki C. *La red social, frontera en la práctica sistémica*, Gedisa, Buenos Aires, 1996
24. Wessels DT, Kutscher AH et al. Professional burnout in Medicine and the helping professions. *The Haworth Press*, London, 1989
25. Uzorskis B. *Clinica de la subjetividad en territorio médico*, Letra Viva, Buenos Aires, 2002
26. Winnicott D. *Realidad y juego*, Ed. Gedisa, España, 1971
27. Wolfberg E. Psiconeuroinmunoendocrinología y campo psicosomático, *Vertex, Rev Arg de Psiquiatría*, 26, 1997
28. Wolfberg E. "El personal de salud como sujeto de riesgo: su prevención", trabajo presentado en el *XV Congreso Argentino de Psiquiatría de APSA*, Mar del Plata, Argentina, abril de 2000
29. Wolfberg E. "La salud de los médicos", *Página/12*, 4 de agosto de 2000
30. Wolfberg E. "Patologías del déficit como factores de riesgo somático: fatiga, desesperanza, extenuación, burnout", trabajo presentado en el *XVI Congreso Argentino de Psiquiatría de APSA*, Mar del Plata, Argentina, abril de 2001.
31. Wolfberg E. "Malestares y bienestar del personal de salud, recursos de prevención", presentado en el *XVII Congreso Argentino de Psiquiatría de APSA*, Mar del Plata, Argentina, abril de 2002
32. Wolfberg E. Cuerpo, memoria emocional, biografía, cual historia "recuerda" el cuerpo? *Vertex, Rev Arg de Psiquiatría*, 42, enero-febrero 2001
33. Wolfberg E. (Comp.). *Prevención en salud mental, escenarios actuales*, Ed. Lugar, Buenos Aires, 2002
34. Wolfberg E. "El 50% de los psiquiatras sufre agotamiento". *La Nación*, 12 de abril de 2003
35. Wolfberg E. "Características del burnout en la profesión médica". *Página 12*, 29 de mayo de 2003

La enfermería como profesión de riesgo*

Susana Albanesi de Nassetta

Magister en Psicología Clínica, mención Cognitivo-Integrativa. Psicóloga de Planta en el Complejo Sanitario San Luis. Profesora Adjunta de Psicopatología I y II. Universidad Nacional de San Luis. Argentina. E-mail: nassetta@unsl.edu.ar

Introducción

El objetivo del presente trabajo –de tipo exploratorio, no experimental y transversal– fue investigar la posible existencia del *Síndrome de burnout* en un grupo de enfermeras y enfermeros en un hospital general de la ciudad de San Luis.

El interés en la presente investigación se relaciona con el contacto directo que lleva a cabo el personal de enfermería con pacientes y familiares a los que debe dar respuesta, interactuar con aspectos emocionales de sus vidas, y gastar sus propios recursos materiales en la provisión de cuidado y atención a los demás.

Las tareas llevadas a cabo por el personal de enfermería (así como las de todos los trabajadores del sector salud, que están en contacto permanente con el dolor, la angustia, el sufrimiento y la delgada línea que separa la vida y la muerte) son fuente de permanentes tensiones y son parte del riesgo profesional esperado. A esta característica se le suman las dificultades que se presentan en las instituciones sanitarias y la interpretación subjetiva de la cotidianidad por parte de los profesionales.

El concepto de *burnout* (“quemarse por el trabajo”), al que hizo referencia Freudenberg en 1974, aparece para dar explicación al proceso de deterioro de los cuidados y de la atención profesional que reciben los usuarios en algunas organizaciones de servicio tales como: hospitales, instituciones educativas, cárceles y otras organizaciones asistenciales(4).

C. Maslach, investigadora en el área de la Psicología Social, inicia estudios de esta problemática en el sector asistencial, calificando como *burnout* al estado de agotamiento en que se encontraban los médicos o enfermeras que trabajaban en las unidades de neonatología(14).

Maslach y Jackson definen el *Síndrome de burnout* como estrés crónico propio de los profesionales de servicios humanos cuya tarea implica una atención intensa y prolongada con personas que están en una situación de necesidad o dependencia(10).

El *burnout* es una respuesta emocional cuyos rasgos principales son: agotamiento físico y psicológico, actitud fría y despersonalizada en relación con los demás y un sentimiento de inadecuación a las tareas a realizar. Las dimensiones fundamentales son: *cansancio emocional* (CE) caracterizado por la pérdida progresiva de energía, el desgaste, el agotamiento, la fatiga, etc., la *despersonalización* (DP) manifestada por

* Trabajo realizado desde el Proyecto N° 428501. U.N.S.L

Resumen

Objetivo: Esta investigación exploró la posibilidad de existencia del *síndrome de burnout* en el personal de enfermería de un hospital general de la ciudad de San Luis (Argentina). **Método:** Se encuestó a 74 enfermeras y 8 enfermeros que trabajaban en diferentes servicios del mencionado hospital, cuyas edades oscilaban entre 30 y 60 años. Los 82 enfermeros fueron divididos en tres grupos etáreos, según si eran auxiliares de enfermería o profesionales y si habían cambiado de servicio en el último tiempo. Se aplicó el *Maslach Burnout Inventory* (MBI) que contempla las variables de Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal. **Resultados:** Se encontraron diferencias significativas entre los tres grupos etáreos, indicativos de que la edad incide en la magnitud de la despersonalización. En cuanto a las variables nominales tenidas en cuenta, se observó que la situación laboral sería un factor de importancia como predictor del *burnout*. **Conclusión:** Se concluye que es necesario revalorizar los recursos humanos de enfermería como un medio de evitar el desgaste producido por la tensión laboral.

Palabras clave: Burnout – Estrés laboral – Enfermeras.

RISK FACTORS IN THE HEALTH CARE WORKERS

Summary

Objective: The research has explored the possibility of the *Burnout Syndrome* in a group of nurses at a general hospital (San Luis, Argentina) working in different services. **Method:** Seventy four females and eight males, aged from 30 to 60 years were interviewed. The *Maslach Burnout Inventory* was used to assess three areas: emotional tiresome, despersonalization and personal realization. **Results:** Significant differences were found between the three ages groups, indicating the incidence of age on the level of despersonalization. Regarding nominal variables, it was identified that working position was important to predict the *Burnout Syndrome*. **Conclusions:** It was concluded that a reevaluation of nursing human resources is necessary in order to prevent the burnout syndrome.

Key words: Burnout – Occupational stress – Nurse Staff.

un cambio negativo de actitudes y respuestas hacia los demás con irritabilidad y pérdida de motivación hacia el trabajo, y *falta de realización personal* (RP) relacionada con la incompetencia personal y con respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo(1).

Martínez y Guerra, luego de revisar varias definiciones sobre *burnout*, concluyen que este síndrome es la "resultante de un prolongado estrés laboral que afecta a personas cuya profesión implica una relación con otros, en la cual la ayuda y el apoyo ante los problemas del otro es el eje central del trabajo. Este síndrome abarca trastornos físicos, conductuales y problemas de relaciones interpersonales. Además de estos aspectos individuales, este síndrome se asocia a elementos laborales y organizacionales tales como la presencia de fuentes de tensión en el trabajo e insatisfacción personal" (pág. 54)(9).

Sardi y Fisher(18) acotan que es un trastorno de la identidad profesional del médico, cuyo síntoma más importante es la pérdida de autoestima, acompañada de desánimo y tedio en la labor diaria, ausencia de expectativas de mejoría y creencia de que sólo en otro lugar es posible trabajar en una medicina con verdaderos valores éticos y científicos.

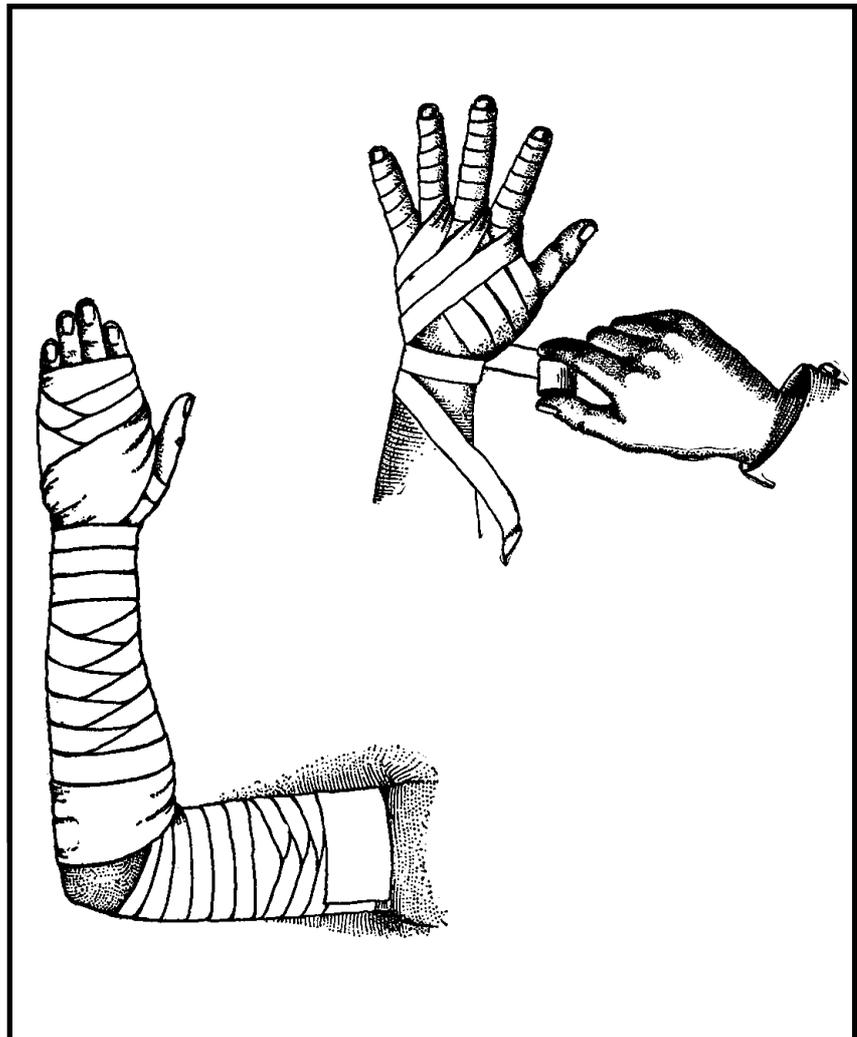
Diferentes estudios epidemiológicos han verificado en los trabajadores de la salud la existencia de problemas en la salud psicofísica en asociación con las condiciones y el tipo de labor que desempeñan. En nuestro medio esta problemática se ve incrementada en función del contexto socioeconómico de deterioro del espacio público, condicionado por estrategias de mercantilización-privatización que repercuten en forma particular sobre los efectores y usuarios de los servicios de salud.

Una investigación realizada en Cuba, en el Hospital "Hermanos Ameijeiras", clasificó en tres niveles el índice de *burnout* (bajo, moderado y alto), y halló que las especialidades con niveles altos eran: anestesiología, nefrología, geriatría, psiquiatría, cirugía y ortopedia(17). Esto incluiría no sólo al personal médico, sino también al personal de enfermería que se desempeña en estos servicios.

Varios son los reportes que indican que la atención de pacientes con Sida provoca un excesivo estrés, fundamentalmente relacionado con la edad de los pacientes y la desesperación de los profesionales médicos y personal de enfermería frente al avance de la enfermedad(20).

En lo que respecta al desempeño laboral, las investigaciones informan sobre la emergencia de dos situaciones prevalentes y polares:

a. un desapego notorio, como si el profesional no



viera o no escuchara los indicadores de alerta que señalan una situación de emergencia o

b. un exceso de involucramiento, en el que el profesional no descansa, no toma vacaciones, trabaja fuera de turno y no se despegaba de la cama del paciente(8).

La situación económica actual, ha obligado al personal de enfermería –pese a que en muchos casos tienen horario reducido por trabajo insalubre– a duplicar sus turnos de trabajo. La realidad muestra que, en la mayor parte de los casos, realizan doble turno.

Se han propuesto diversos modelos explicativos del *Síndrome de burnout*:

A. El modelo de Cherniss está basado en un estudio en el que se entrevistó en forma repetida durante 2 años a trabajadores de 4 profesiones propensas al *burnout* (salud mental, enfermería, enseñanza, abogacía) y propone que las características particulares del contexto laboral interactúan con las características de los individuos que ingresan en el trabajo y con sus expectativas y demandas, provocando una fuerte tensión que los trabajadores experimentan en varios grados. La tensión es afrontada de dos formas diferentes: 1) empleando técnicas y estrategias que pueden ser períodos activos de solución de problemas y 2) exhibiendo cambios de actitud que son clasificados como *burnout*. Para este autor el *burnout* está formado por diversos estados sucesivos que ocurren en el tiempo y representan una forma de adaptación a las fuentes de estrés(2).

B. Edelwich y Brodsky proponen un modelo progresivo compuesto por 4 etapas diferentes. En la primera etapa, primaría el idealismo y entusiasmo, y el trabajador tendría una serie de expectativas irreales de lo que puede conseguir. La segunda etapa se caracteriza por el estancamiento y supone una paralización tras la constatación de la irrealidad de las expectativas, y una pérdida del idealismo y entusiasmo iniciales. La fase siguiente, núcleo central del *burnout*, es de frustración y desemboca, finalmente, en la apatía con indiferencia y falta de interés, donde se establece un sentimiento de vacío que puede manifestarse en forma de distanciamiento emocional y de desprecio(3). La progresión de este modelo no es lineal, más bien se trata de un modelo cíclico que puede repetirse varias veces, de forma tal que una persona puede completar el ciclo en distintas épocas y en el mismo o en diferentes trabajos.

C. Miller y colaboradores proponen un modelo integrado de comunicación, estrés y *burnout*, señalando al estrés del rol (conflicto y ambigüedad del rol) y a la sobrecarga de trabajo como antecedentes del *burnout*(15). Como consecuencia del *burnout* señalan la insatisfacción laboral y el poco compromiso organizacional. En este modelo también se tienen en cuenta la participación en la toma de decisiones y el apoyo social de los compañeros de trabajo y supervisores.

Método

Muestra

Para realizar la presente investigación, de tipo exploratorio, transversal y no experimental, se utilizó una muestra de 74 enfermeras y 8 enfermeros, cuyas edades estaban comprendidas entre 30 y 60 años, que trabajaban en distintos servicios de un hospital general de la ciudad de San Luis.

La participación de los integrantes en el presente estudio se realizó en forma de colaboración espontánea y anónima, después de brindarles información acerca del Síndrome de Estrés Laboral. El personal de enfermería que presta servicio en el mencionado hospital asciende aproximadamente a 102 personas, por lo que la muestra recogida se consideró representativa.

La presente muestra pone de manifiesto una disparidad numérica entre hombres y mujeres que se relaciona con la proporción en la elección de esta profesión entre ambos sexos.

Instrumento

Para evaluar el *Síndrome de burnout* se administró el *Maslach Burnout Inventory*(11, 13), que consta de 22 ítems que evalúan tres variables: cansancio emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo.

Este inventario fue elaborado inicialmente para profesionales de la salud, posteriormente se han realizado adaptaciones para otro tipo de profesiones como: profesores, policías, etc.

La escala ha sido adaptada mediante una versión experimental española a partir de la edición original

Tabla 1
M y DE de las puntuaciones obtenidas en las subescalas del Maslach Burnout Inventory (agrupados por edades) Edad 1 (30 a 40 años), Edad 2 (41 a 50 años) y Edad 3 (51 a 60 años)

	EDAD 1	CE	DP	RP
M	33,84	21,0	9,42	43,36
DE	3,13	11,35	6,01	3,94
	EDAD 2			
M	45,94	24,05	11,8	43,77
DE	2,96	10,7	5,71	4,00
	EDAD 3			
M	56,82	24,71	12,60	43,03
DE	2,73	9,21	5,61	3,70

de 1986 de Maslach y Jackson(13). La traducción española del MBI fue la que se aplicó en la presente investigación, siendo la misma autoadministrada.

Iwanicki y Schwab(7) y Gold(6) probaron la validez factorial de esta versión del *Maslach Burnout Inventory*, para el primer estudio, los valores alfa de Cronbach fueron $\alpha = .90$ para agotamiento emocional, $\alpha = .75$ para despersonalización y $\alpha = .76$ para realización personal en el trabajo.

Procedimiento

Para comprobar la existencia de diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas en las subescalas del cuestionario, atribuibles a la edad de los sujetos que componen la muestra, se consideraron 3 grupos etarios: *Edad 1* (de 30 a 40 años), 19 enfermeros (23,17% de los participantes), *Edad 2* (de 41 a 50 años), 35 enfermeros cuyo (42,68%) y *Edad 3* (de 51 a 60 años), 28 enfermeros (34,14%). La edad promedio de los sujetos de la muestra fue de 38,7 años.

Se tuvieron en cuenta dos grupos en la presente muestra: Enfermeras profesionales, cuyo número era de 21, siendo el porcentaje de las mismas 25,60% y Auxiliares de enfermería, con 61 sujetos siendo el porcentaje de 74,39%.

En cuanto al Estado Civil se tuvieron en cuenta dos categorías: solteros (32 sujetos, 39,02%) y casados o en pareja (50 enfermeras/os, 60,97% de los participantes).

Tabla 2
M y DE en las subescalas en los grupos de Edad (N = 19), Edad 2 (N = 35) y Edad 3 (N = 28) Prueba "t" de Student

EDADES	CE	DP	RP
1-2	-0,97	-1,43	0,35
2-3	-0,25	-0,56	0,75
1-3	-1,23	-1,85*	0,29

Tabla 3
Matriz de Correlaciones en las puntuaciones de las subescalas del Maslach Burnout Inventory en el grupo total (N = 82)

	CE	DP	RP
CE		.34**	-.26*
DP			.015

En cuanto al lugar en que prestaban servicio, los grupos se constituyeron de la siguiente forma: sin cambios en el lugar de trabajo (11 enfermeras/os, que representan el 13,41 % de la muestra) y con cambios en el lugar de servicio (71 casos, representando un porcentaje de 86,58%).

Se tuvo en cuenta la situación laboral de los sujetos que constituyeron la muestra: 1) Contratados (20 enfermeras/os, representando el 24,39%) y 2) Incorporados a la Planta Permanente del hospital (62 sujetos, lo que representa el 75,60%).

También se consideró, en calidad de un hallazgo casual, la existencia o ausencia de patología hipertensiva en la presente muestra. Cabe señalar que las enfermeras que presentaban hipertensión eran 35 lo que representa el 42,7% de la muestra total y las enfermeras que no presentaban patología hipertensiva eran 47, lo que conforma un porcentaje del 57,3%.

Para establecer la diferencia de M entre los grupos en estudio, se aplicó la "t" de Student. Para examinar la relación existente entre las diferentes escalas utilizadas en el presente estudio se calculó el coeficiente de correlación "r" de Pearson.

Para examinar la asociación y significación de las diferentes variables en los grupos sometidos a estudio se aplicó ANOVA (análisis de la varianza).

Con el fin de indagar la estructura factorial resultante de la aplicación del *Maslach Burnout Inventory*, se realizó un **análisis factorial exploratorio**.

Resultados

A partir de los datos obtenidos por el procedimiento estadístico se procedió a:

1. Comparar las puntuaciones medias obtenidas en el Cuestionario *Maslach Burnout Inventory*, cuyas subescalas miden: (CE) *cansancio emocional*, (DP) *despersonalización* y (RP) *realización personal* en el trabajo.

Con el fin de investigar si existen diferencias de M obtenidas entre los tres grupos etarios, en las diferentes variables de MBI, se calculó la "t" de Student. Los resultados se muestran en la Tabla 2.

Se encontraron diferencias de M significativas en la variable edad, en la subescala (DP) del MBI a un nivel de significación de (p=*.05).

Vinculaciones entre variables

Para examinar la asociación entre las variables de las diferentes subescalas del *Maslach Burnout Inventory*, se calculó el coeficiente de correlación "r" de Pearson como puede observarse en la Tabla 3.

Tabla 5
Análisis Factorial de las subescalas del Maslach Burnout Inventory en el grupo total (N = 82)

	FACTOR 1	FACTOR 2
CE	.852	
DP	.662	
RP		.792

En el grupo total correlacionaron a un nivel altamente significativo (p=**.01) las subescalas (CE) *cansancio emocional* y (DP) *despersonalización* y en un nivel de menor significación (p= *.05) las subescalas (CE) *cansancio emocional* y (RP) *realización personal*.

Análisis de la varianza

A fin de comprobar si existe algún tipo de asociación entre los subgrupos resultantes de la partición de las variables nominales, se aplicó un análisis de la varianza cuyos resultados se exponen en la Tabla 4.

En el grupo total fue posible detectar diferencias de M estadísticamente significativas entre la variable (RP) del *Maslach Burnout Inventory* y el grupo de auxiliares de enfermería a un nivel de significación de p= *.05.

En cuanto a la variable situación laboral se encontraron diferencias significativas en la subescala (CE) *cansancio emocional* del MBI p= *.05) en el grupo de enfermeras que pertenecen a la planta permanente del hospital.

Análisis factorial

Para examinar el peso de los factores en las diferentes subescalas en estudio se realizó un Análisis Factorial, como se puede visualizar en la Tabla 5.

Los resultados obtenidos mediante el análisis factorial exploratorio -método de componentes principales, rotación Promax con normalización de Kaiser-arrojaron dos factores: un primer factor compuesto por las subescalas de cansancio emocional (CE) y la subescala de despersonalización (DP). El segundo fac-

Tabla 4
Nivel de significación de los coeficientes F calculados mediante la aplicación de ANOVA en las puntuaciones obtenidas en el MBI por los subgrupos de sujetos resultantes de la partición de las variables nominales

Variables Nominales	CE	DP	RP
E. Civil	0,67	0,23	0,80
Profes-Auxiliares	0,84	0,08	0,03*
Sit. Laboral	0,05*	0,06	0,10
Servicio	0,14	0,41	0,95
Hipertensión	0,26	0,53	0,86

tor presenta una saturación importante en realización personal (RP).

Discusión

Teniendo en cuenta que no se dispone de normas surgidas de muestras de la población argentina, los resultados que se obtuvieron mediante la aplicación del *Maslach Burnout Inventory*, se comparan con los obtenidos por Seisdedos en una muestra española(19). En dicha muestra no se especifican los resultados que correspondan al personal de enfermería, por lo que se toman como parámetros de comparación la M y DE de la muestra española total que incluye a médicos, cuidadores hospitalarios y paramédicos. De igual manera, dicho autor estableció una comparación con una muestra total estadounidense, en la que se incluye al personal de servicio social, médicos, profesionales de salud mental y personal docente.

En la muestra con la que se trabajó, la puntuación media en la variable *cansancio emocional* (CE) se ubica en el rango medio de la clasificación de la muestra española, al igual que en la muestra estadounidense considerada por el mismo autor.

Las M en la variable *despersonalización* (DP) y *realización personal* (RP) caen en el rango alto en la muestra española. Los resultados de la variable *despersonalización* (DP), enseñarían que la población de enfermeros analizada entra dentro del rango medio de la población estudiada por los norteamericanos. Sin embargo, si tomamos en cuenta solamente a los del grupo etario de 51 a 60 años, caerían en el rango alto. La variable *realización personal* (RP) se considera dentro del rango alto al igual que para la muestra española.

Al comparar los diferentes grupos etarios, surgieron diferencias significativas solo en la variable (DP) del MBI entre los grupos de enfermeras comprendidas entre los 30 y 40 años y el grupo ubicado entre 51 y 60 años.

Maslach y Jackson, al definir el *síndrome de burnout*, lo consideran como estrés crónico propio de los profesionales de servicios humanos, es decir, de los que tienen contacto diario y permanente con personas que están en situación de dependencia como son los pacientes hospitalizados(12).

Según los resultados arrojados en la aplicación del MBI en la presente muestra, se puede inferir que a pesar de un mediano *cansancio emocional* (CE) y una alta *despersonalización* (DP) observada en el grupo de enfermeras/os de mayor edad, este grupo parece mantener un elevado nivel de satisfacción en cuanto a su desempeño laboral, tal como se detecta en las puntuaciones registradas en la variable *realización personal* (RP). Las puntuaciones medias obtenidas en los diferentes grupos de edad, se ubican por encima del rango medio de la muestra española total y la muestra estadounidense total.

Si se tiene en cuenta que el mayor número de años de servicio en una institución puede influir en forma negativa produciendo acumulación de situaciones estresantes, los mencionados grupos etarios muestran que pueden afrontar las mismas en

forma satisfactoria evitando el deterioro psicológico que implica esta labor. Martínez y Guerra consideran al respecto que el inicio de este síndrome se relaciona con elementos laborales y organizacionales que producen tensión en el trabajo e insatisfacción personal(9).

En cuanto a las correlaciones obtenidas entre las subescalas del MBI, se pudo detectar que las mismas presentaban correlaciones de alta significación entre sí, poniendo de manifiesto la interdependencia de las escalas.

Los resultados obtenidos en la presente muestra son similares a las correlaciones obtenidas por García Izquierdo(5) en una muestra de profesionales de la salud, mostrando una relación positiva entre *cansancio emocional* y *despersonalización* y la subescala de *realización personal* (RP) que correlacionan negativamente con las otras 2 subescalas.

La relación obtenida entre las variables nominales mediante la aplicación de Anova, permitió detectar M significativas en la variable *realización personal* (RP) y el grupo de auxiliares de enfermería que registró puntuaciones más elevadas, es decir que este grupo evaluaría positivamente las tareas que realiza en contacto diario con los pacientes. Es necesario señalar que en la presente muestra, los auxiliares de enfermería representan el 74,4% de la muestra total y son quienes dentro de la institución hospitalaria registran mayor cantidad de años de servicio y han pasado en muchos casos de funciones de mucama a auxiliares de enfermería, con cursos realizados mientras cumplían esta función.

Lo anteriormente expuesto se relaciona con la situación laboral que revisten las personas de la muestra, ya que las enfermeras que pertenecen a la planta permanente del hospital son las que presentaron puntuaciones más elevadas en la subescala de *cansancio emocional* (CE) y la subescala de *despersonalización* (DP). Esto lleva a pensar que el personal de la planta permanente de esta institución que presenta mayor antigüedad en sus funciones es también el que estaría más expuesto a sufrir el *Síndrome de burnout* o desmoralización laboral.

Si bien no se encontraron diferencias significativas entre los grupos en cuanto a la presencia de hipertensión, se pudo detectar en la presente muestra que el 42,1% del personal de enfermería padecía hipertensión. La mayor parte del mismo está medicado, no sólo con fármacos hipertensivos sino con ansiolíticos, que les ayudan a enfrentar las tareas diarias, ya que sienten que su trabajo no es apreciado tanto por sus superiores como por la institución hospitalaria, lo que conlleva a la pérdida de autoestima. Al respecto Miller et al consideran que el *burnout* se relaciona con el estrés del rol y ambigüedad del mismo, considerando de importancia la sobrecarga de trabajo y como consecuencia la insatisfacción laboral(15).

El análisis factorial aplicado en el conjunto de variables contenidas en el MBI arrojó dos factores. El primero está compuesto por el *cansancio emocional* (CE) y por la *despersonalización* (DP). Estos se relacionan con elementos de tensión que produce la realidad laboral presente, generando un distanciamiento creciente del paciente con respuestas de tipo impersonal hacia los receptores de salud. El segundo factor

contiene la *realización personal* (RP) que se relacionaría con sentimientos de competencia y éxito en el trabajo directo con personas, en cuanto a las funciones de ayuda. Esto hace posible que, como se detectó en este estudio, a pesar de presentar síntomas característicos del desgaste emocional, los enfermeros creían poder realizar sus tareas habituales con competencia y responsabilidad.

Conclusiones

Los resultados obtenidos en la presente muestra permiten detectar puntuaciones medias en la variable Cansancio Emocional y altas puntuaciones en Despersonalización y Realización Personal en relación a las muestras con las que fueron comparadas, lo que confirma la condición de estresante de la labor del personal de enfermería.

El *Síndrome de burnout* no ha sido considerado como una temática vigente y de importancia en el área de Salud Pública, pero en la actualidad se hace necesario realizar cambios en las modalidades de gerenciamiento hospitalario que conduzcan a una revalorización de los recursos humanos de la enfermería y a promover el cuidado de los mismos.

Sería de gran importancia poder realizar trabajos que permitan investigar la incidencia de los cambios que se han sucedido en la actualidad en el contexto socioeconómico que ha llevado al deterioro del espacio público y la repercusión de los mismos en los trabajadores de la salud.

Si bien la temática en la presente investigación ha sido muy acotada ya que se trabajó con personal de enfermería, sería de gran interés investigar indicadores de *burnout* en diferentes trabajadores del área de salud, como médicos y paramédicos, para luego poder establecer comparaciones.

Lo anteriormente expuesto permitiría asumir un compromiso de trabajo en la ampliación y adaptación del paradigma bioético a la realidad sanitaria y proporcionar condiciones de vida digna para los ciudadanos necesitados y para los trabajadores que luchan diariamente a favor de la vida, sin importar los esfuerzos realizados en esta lucha.

Peiró(16) señala la necesidad de tener en cuenta los aspectos de bienestar y salud laboral en el momento de evaluar las instituciones, y esto se aplica a los organismos hospitalarios ya que el estado de salud física y mental de sus integrantes repercute directamente en la institución e, indirectamente, en la sociedad en general ■

Referencias bibliográficas

1. Atance Martínez JC. Aspectos epidemiológicos del Síndrome de Burnout en personal sanitario. *Revista de Salud Pública* 1997. Vol. 71, N° 3
2. Cherniss C. *Professional burnout in human service organizations*, Nueva York: Praeger, 1980
3. Edelwich J y Brodsky A. *Burnout: Stages of disillusionment in the helping professions*. New York: Human Services Press, 1980
4. Freudenberger H. Staff burn-out. *Journal of social Issues* 1974; 30:159-156
5. García Izquierdo M et al. Reliability and dimensions of two scales of burnout in the Spanish health care workers. Comunicación en Actas del *XIII International Congress of Applied Psychology*, Madrid, 1994. Traducido como "Estudio comparativo de dos medidas de burnout en personal sanitario". *Anuales de Psiquiatría*, 10, 5, 108-184
6. Gold Y. The factorial validity of the Maslach Burnout Inventory in a sample of California elementary and juniors' high school classroom teachers. *Educational and Psychological Measurement* 1984, 44: 1009-1016
7. Iwanicki EF y Schwab RL. A cross validation study of Maslach Burnout Inventory. *Educational and Psychological Measurement* 1981, 41: 1167-1174
8. Marshall RE. Burnout in the Neonatal Intensive Care Unit. *Pediatrics* 1980, 65(6)
9. Martínez M y Guerra P. Síndrome de Burnout: el riesgo de ser profesional de ayuda. *Revista Salud y Cambio* 1997, Año 6, N° 23
10. Maslach C y Jackson SE. *Burnout in health professions: A social Psychological Analysis*. 1982. Citado en Moreno Jiménez, B. y Peñacoba Puente, C. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid. 1995
11. Maslach C y Jackson SE. (1981) The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.
12. Maslach C y Jackson SE. Burnout Organizational Setting. *Journal of Applied and Social Psychology* 1984, 5, 133-153.
13. Maslach C y Jackson SE. Maslach Burnout Inventory. Palo Alto, California. *Consulting Psychologists Press*. 1986
14. Maslach, C. Burned out. *Human Behavior* 1976, 59: 16-22.
15. Miller et al. An integrative model of communication, stress and burnout in the workplace, *Communication Research* 1990, 17, 3: 300-326
16. Peiró JM. *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid. Eudema. 1992
17. Rivera Delgado AM. Presencia del Síndrome de Burnout en médicos del Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Amejeiras. *Tesis de Maestría*. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología, México D.F. 1997
18. Sardi R y Fisher H. *El Síndrome de Tomás, Temas de Práctica Médica*. Geriatria Práctica 1996, Vol. 6, N° 8
19. Seisedos N. *Inventario Burnout de Maslach. Síndrome del "quemado" por estrés laboral asistencial*. Madrid, TEA. 1986
20. Selwyn P. *Estado actual sobre los conocimientos del SIDA. Aspectos psicosociales, perspectivas terapéuticas*. Citado en Moreno Jiménez, B. op. cit. 1987

Suicidios en convictos bonaerenses

Jorge O. Folino

Profesor Adjunto de Psiquiatría; Director de la Maestría en Psiquiatría Forense U.N.L.P.; Perito de la Procuración de la Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Buenos Aires a cargo del Programa Piloto de Evaluación de Riesgo de Liberados. 50 Nro 891, Procuración General (1900), La Plata. TE (54) (221) 4121076. E-mail: programaerl@mpf.pjba.gov.ar

Susana E. Marchiano

Profesora Adjunta de Derecho Procesal Penal, U.N.L.P.; Subsecretaria y Coordinadora del Área Carcelaria de la Procuración de la Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Buenos Aires. 50 Nro 891, Procuración General (1900), La Plata. TE (54) (221) 4121043

Alfonso Sanchez Wilde

Abogado del Área Carcelaria de la Procuración de la Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Buenos Aires. Ayudante Diplomado de la Cátedra de Derecho Procesal Penal, U.N.L.P. 50 Nro 891, Procuración General (1900), La Plata. TE (54) (221) 4121040

Introducción

El suicidio es un problema social que, con sus múltiples facetas, genera preocupación en las instituciones judiciales, sanitarias, de seguridad y de política social. La dimensión del fenómeno no suele ser bien reconocida popularmente, sin embargo, sobrepasa a la del homicidio. Según la OMS, la estimación de muertes por suicidio en el año 2000 fue de 815.000, con una tasa de suicidio general ajustada por edad de 14,5 por 100.000 habitantes. Semejante cifra constituye el 49,1% del total de las muertes violentas del mundo en ese año(17).

El suicidio no se presenta homogéneamente en todos los países ni en todos los sectores sociales. Existen poblaciones particularmente vulnerables, entre las que se encuentran los convictos y los enfermos mentales internados por medidas de seguridad. El suicidio suele ser la causa más frecuente de muerte en las instituciones correccionales(19). Por otra parte, cada suicidio en prisión no sólo genera una pérdida humana con sus consecuencias particulares sino, también, tiene un impacto profundo en los parientes del suicida, el personal penitenciario y en los restantes internos. Además, el estado tiene responsabilidad en la protección y en el servicio de salud que se ofrece a los internos y si no cumple con esa responsabilidad se abren las oportunidades para las demandas judiciales.

Las realidades descriptas motivan el desarrollo de la presente investigación cuya meta es producir información que contribuya al conocimiento del fenó-

meno suicida y a obtener criterios de decisión en temas de política preventiva de las instituciones del sistema penal. La investigación se realiza en el marco de actividades del Programa de Evaluación de Riesgos de Liberados y del Área Penitenciaria de la Procuración General de la Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Buenos Aires.

Material y Método

Este estudio tiene un diseño descriptivo. La población estudiada está conformada por todos los casos de suicidio ocurridos en las prisiones y hospitales psiquiátrico forenses del Servicio Penitenciario Bonaerense durante el período Enero 2000 – Julio 2002.

Los datos se obtuvieron de diversas fuentes: Poder Judicial de la Provincia de Buenos Aires, Servicio Penitenciario Bonaerense y Policía de la Provincia de Buenos Aires. Si bien las fuentes fueron variadas, no se obtuvieron los datos completos para todos los casos. La información correspondiente a las variables descriptivas se obtuvo de los expedientes de las investigaciones judiciales realizadas en los diferentes Departamentos Judiciales de la provincia.

Se investigaron variables demográficas, criminológicas, sanitarias, judiciales y témporo-espaciales vinculadas al suicidio. Los tiempos calculados se consideraron desde la fecha correspondiente –detención, ingreso unidad, etc.– hasta el día del acto suicida que no fue necesariamente el día de muerte. La distancia entre Unidad y domicilio se categorizó de la siguiente

Resumen

Durante el período Enero 2000 – Julio 2002 hubo 29 casos de suicidio en las prisiones y hospitales psiquiátrico forenses del Servicio Penitenciario Bonaerense. La tasa anual de suicidio en convictos para el año 2000, fue 14 veces la de la población de la Provincia de Buenos Aires. El 93% de los suicidas fue varón. Entre otros factores y condiciones de riesgo que se describen en el estudio, se destaca la vulnerabilidad de la población psiquiátrico forense.

Palabras clave: Suicidio – Prisión – Convicto – Prevención suicida.

SUICIDE IN CONVICTS IN BUENOS AIRES PROVINCE

Summary

From January 2000 to July 2002, there had been 29 cases of suicide in prisons and forensic psychiatric hospitals of the Penitentiary Service of the Province of Buenos Aires. In the year 2000, the annual suicide rate in convictos was 14 times higher than that of the general population of the province of Buenos Aires. Ninety-three per cent of the suicides were committed by males. In this study, several characteristics and conditions associated with suicide are described. Among other findings, it is reported that forensic psychiatric population is at high risk for suicide.

Key words: Suicide – Prison – Convict – Suicide prevention.

te manera: se consideró "cercana" si la Unidad de alojamiento del suicida era la más próxima al domicilio o si, habiendo otras intermedias, la distancia no excedía de 100 km aproximadamente; de lo contrario, se consideró "alejada". La distancia entre Unidad de alojamiento del suicida y departamento judicial en el que éste fuera previamente enjuiciado se evaluó de la misma manera.

Resultados

Durante el período de estudio hubo 29 suicidios en las dependencias del Servicio Penitenciario Bonaerense. La distribución por año y las tasas se muestran en la Tabla 1. Los suicidas fueron 27 varones -93,1%- y 2 mujeres -6,9%-. Los dos suicidios femeninos ocurrieron en 2002. La edad pudo ser obtenida para 24 sujetos, resultando la media de 27,8, con un DT de 7,75.

El 20,5% como delito principal, había cometido delito contra las personas; el 3,4%, delito contra la integridad sexual; el 54,9%, delito principal contra la propiedad; el 20,6% otro delito tipo o no constaba.

Para los 15 casos en que se obtuvo la fecha de ingreso a la Unidad donde se produjo el suicidio, se calculó el tiempo transcurrido hasta la fecha de suicidio; 7 casos se produjeron en los 30 días siguientes al ingreso; 2 casos entre el día 31 y el día 90; 6 suicidios se produjeron más allá de los 90 días del ingreso.

Las distancia entre unidad a domicilio al departamento judicial pudo ser obtenida para el 76 y el 90 respectivamente (Tablas 2 y 3). El 24% de los suicidas había sido juzgado por su delito en el Departamento Judicial Lomas de Zamora; el 14%, en Mar del Plata; el 10% en La Plata. Mientras en el 10% de los expedientes no figuraba el dato, el resto se distribuyó en otros nueve departamentos judiciales.

El 69 de los suicidios se produjo mediante ahorcamiento (Tabla 4).

Durante el período de estudio se produjeron cinco suicidios en la Unidad 34 (hospital psiquiátrico forense), cuatro suicidios en la Unidad 30; tres en la Unidad 21; 2 en las Unidades 10 (hospital psiquiátrico forense), 13, 15, 23, 28 y 8 (Unidad de mujeres); un suicidio en las Unidades 35, 29, 24, 6 y 2. El suicidio ocurrió en el 100% de los casos en la celda.

El 79% de los expedientes de investigación del suicidio estaban archivados al momento del estudio. El archivo de la causa se produce cuando la fiscalía decide que está corroborado el suicidio y no son procedentes mayores investigacio-

Año	Frec. en prisión	Tasa anual por 100.000 en prisión	Tasa anual por 100.000 en Prov. de Buenos Aires
2000	12	84	6
2001	10	62	6,5

Año	Frec.	Tasa en 7 meses por 100.000
2002 Enero a Julio	7	40

Nota: para el cálculo de la tasa anual 2000 y 2001 en prisión se consideró como denominador el promedio poblacional entre los meses de Enero, Julio y Diciembre; para el cálculo de la tasa en siete meses de 2002 se consideró el promedio entre Enero y Julio. Para el cálculo de la tasa en Prov. de Buenos Aires se consideró la cantidad de suicidios en la provincia -sobre la base de datos brutos de la Policía de la Provincia de Buenos Aires- menos la cantidad de suicidios en prisión; se consideró la población según proyección del *Anuario 1999 de Estadística Bonaerense* Tomo I 1999; Dirección Provincial de Estadística, Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires.

nes. En el 93% de los expedientes se encontró información que indicaba que el fiscal había investigado la alternativa de homicidio. En el 90% de los casos se habían realizado autopsias y las conclusiones fueron compatibles con el suicidio -hubo un informe de autopsia que no pudo ser revisado-. En el 69% de los casos hubo informe sobre la investigación de drogas en sangre/vísceras y sólo uno de ellos fue positivo para las pruebas de alcohol. Los expedientes contaban con muy escasos datos sobre la conducta del suicida en el penal y sobre alternativas legales tales como si había pedido audiencias últimamente o si estaba en condiciones de algún tipo de liberación anticipada.

Los expedientes contaban con pocos datos sobre el estado de las relaciones entre el suicida y su familia (Tabla 5). Se encontraron cartas explicativa de la conducta de cinco suicidas (17%) y testimonios de que 6 de los suicidas (21%) habían anunciado su intención oralmente a compañeros o a personal penitenciario.

Cinco casos -17- habían tenido incidentes heteroagresivos previos al suicidio. Tres de los incidentes heteroagresivos habían ocurrido muy cercanamente

		Frecuencia	%	% válido
Válidos	Alejada	12	41.4	54.5
	Cercana	10	34.5	45.5
	Total	22	75.9	100.0
Perdidos		7	24.1	
Total		29	100.0	

		Frecuencia	%	% válido
Válidos	Alejada	12	41.4	46.2
	Cercana	14	48.3	53.8
	Total	26	89.7	100.0
Perdidos		3	10.3	
Total		29	100.0	

al suicidio –uno en el mismo día del suicidio; otro, en los dos días previos y el tercero, en los trece días previos–. Dos casos (7%) habían tenido incidentes autolesivos en el Servicio Penitenciario; uno había ocurrido en los once días previos al suicidio y otro en los 270 días previos al suicidio.

Los antecedentes de tipo psiquiátrico obrantes en el expediente eran sumamente limitados. Sólo de un caso constaba el diagnóstico psiquiátrico y de seis constaba que estaban haciendo algún tipo de tratamiento en el periodo inmediato previo al suicidio. Respecto al periodo mediato al suicidio, se obtuvo información categórica sobre el antecedente de tratamiento por consultorio sólo en tres de los suicidas, resultando que el tratamiento de dos de ellos había sido psiquiátrico. En dos casos constaba que no habían tenido internaciones psiquiátricas y en los restantes no había información suficiente como para confirmar o negar el antecedente.

Discusión

La tasa anual de suicidios en las prisiones bonaerenses durante los años 2000 y 2001 y la parte estudiada del 2002, comparativamente con las tasas comunitarias, es alta (Tabla 1). Según la OMS(17) (pág. 338) la tasa anual de suicidio en Argentina en el año 1996 fue 6,5 por 100.000, lo que permite decir que, si el valor se mantuvo igual en el año 2000, la tasa sin ajustar en las prisiones bonaerenses fue trece veces la de la población general del país. Según los cálculos del presente estudio, la tasa de suicidios para el mismo año fue 14 veces la de la Provincia de Buenos Aires. Las tasas son altas, inclusive, al compararlas con tasas de otro medio carcelario –si bien las compara-

	Frecuencia	%
Ahorcamiento	20	69.0
Quemadura	7	24.1
Asfixia	1	3.4
Autolesión cortante	1	3.4
Total	29	100.0

ciones tienen limitaciones metodológicas por no ser tasas estandarizadas–: Marcus y Alcabes mencionan que hay dos estudios estadounidenses del *National Center on Institutions and Alternatives* que calcularon una tasa de suicidios en los centros de detención 9 veces mayor que en la población general(16).

En la población carcelaria bonaerense, durante los años 2000 y 2001, el suicidio fue absolutamente masculino. Llamativamente, en los primeros siete meses del año

2002 hubo dos casos en mujeres. Este dato puede resultar un alerta, lo que hace razonable monitorear la incidencia de manera constante. El neto predominio masculino es coincidente con el hallazgo de estudios norteamericanos(16) y canadienses(8).

La edad promedio de los suicidas fue 27,8 (DT 9,9), mientras que en el estudio norteamericano fue de 30 (DT 9,9)(16). Ambos datos indican que la población suicida en prisión tiende a ser relativamente joven. Independientemente de que esto se deba a que los jóvenes forman el grupo etario mayoritario de población carcelaria, el hallazgo orienta a considerar que las estrategias preventivas deberían ser especialmente aptas para los jóvenes. Liebling encontró que los jóvenes suicidas suelen tener extensos antecedentes de privación e inhabilidad para afrontar su sentencia o sacar provecho de la misma; que los jóvenes más vulnerables suelen estar en las peores condiciones, no tienen trabajo o actividad en la prisión y tienen poco contacto con familiares, hacen pocos amigos, experimentan dificultades con los demás internos y describen a la prisión como particularmente estresante. A estos jóvenes la combinación de la desesperanza, sus historias personales, su situación actual y su incapacidad para generar soluciones a sus problemas, los predispone al suicidio (15). Estas vulnerabilidades requieren medidas preventivas tales como estimular mayor participación en actividades dirigidas y conformar grupos de pares homogéneos, además de asistencia específica. En ocasiones, el joven varón con riesgo suicida tiene características que obstaculizan el apropiado apoyo social o profesional; entre esas características se destacan sus rasgos antisociales y su conducta provocativa y poco colaboradora(14). Estos jóvenes, dicen los autores, independientemente de tales características, tienen historia de abuso de sustancia y de violencia impulsiva dirigida hacia sí mismos o hacia terceros. Esos hallazgos deben predisponer a los profesionales hacia una adecuada administración de los efectos contrartransferenciales y deben estimular a la apropiada formación del personal de seguridad.

Marcus y Alcabes informan que, a diferencia de otros estudios norteamericanos que mostraban que el típico suicidio ocurría en las primeras 24 hs. de detención, en la población encarcelada de New York, más de la mitad ocurrió más allá del primer mes(16); los autores sostienen que esta información estaría indicando que el impacto inicial del encarcelamiento no ha desempeñado un rol importante. En los casos

del presente estudio, se obtuvo que muchos expedientes no contaban con información respecto a fecha de detención o de ingreso, por lo que los cálculos pudieron hacerse solamente sobre algunos casos. Entre éstos, se obtuvo que el 60% cometió el suicidio en los primeros 3 meses de ingreso a la última unidad penitenciaria en que estuvo alojado. Este hallazgo estaría indicando que algún factor podría estar actuando en el período de adaptación inicial o de adaptación a la nueva unidad y demarcando un período de vulnerabilidad digno de ser contemplado preventivamente. En el estudio norteamericano, el 50% ocurrió entre los tres días previos o posteriores a la audiencia en la corte(16). Los autores consideran que el mayor riesgo durante este período podría deberse a la ansiedad relacionada con la decisión judicial; también con la ansiedad o perspectiva de violencia vinculada al traslado hacia o desde la corte, cuando los internos suelen estar en vehículos o alojamientos superpoblados. En los expedientes locales estudiados no pudieron ser obtenidos datos vinculados a este aspecto, lo que impide mayor discusión.

La distribución de los Departamentos Judiciales que eran el origen del suicida muestra que entre los tres de mayor frecuencia se encuentran dos que, según estudio previo, mostraron altas tasas de delitos contra las personas: Lomas de Zamora y La Plata(6). El hallazgo es estimulante para nuevos estudios. La distancia entre unidad del suicidio y Departamento Judicial (Tabla 3) y domicilio (Tabla 2) fue estudiada ante la conjetura de su influencia en la sensación de aislamiento y/o abandono. La distribución es bastante pareja. Si bien no se pueden extraer conclusiones categóricas, cabe destacar que las proporciones en ambas variables está invertida, orientando a conjeturar una mayor importancia del alejamiento de la familia que del alejamiento del juez.

La Unidad 34 fue la unidad que más suicidios tuvo –cinco-. Si bien no puede realizarse una apropiada comparación, habida cuenta de que no se calcularon las tasas por Unidad, teniendo en cuenta que esa unidad es relativamente pequeña y aloja a internos con patología mental severa y funciona como hospital psiquiátrico de seguridad, surge obligatoriamente relacionar la elevada frecuencia con el peso causal de la patología. Esa relación se fortalece más aún si se considera que, sumados a los dos ocurridos en la U. 10, los suicidios en las unidades psiquiátrico forenses alcanzan el 24%. Este dato y los antecedentes del estudio de Marcus y Alcabes(16) en el que encontraron que el 52% de los suicidas tenía trastorno psíquico mayor y 46% tenía historia de tratamiento psiquiátrico en internación o ambulatorio, son más que suficientes como para considerar que la población allí alojada es de gran riesgo suicida y requiere medidas preventivas especiales.

En el ámbito penitenciario no debería dejar de reconocerse que hay internos violentos por lo que la evaluación y prevención debería adecuarse a sus características: entre los internos violentos no se encuentra la alta correlación entre la tristeza y el riesgo

Tabla 5 Problemas con la Familia			
	N válido	Frecuencia	% en válidos
Interrupción de comunicación familiar	11	4	36
Perturbación de la relación familiar	9	4	44

Nota: N válido es la cantidad de casos con información suficiente.

suicida ni la alta prevalencia de trastornos afectivos que se encuentra entre los no violentos(1); las características extremas de personalidad con gran ansiedad, impulsividad y agresividad y baja socialización o diagnóstico borderline de la personalidad se asocian a intentos suicidas en el ámbito psiquiátrico forense(9). En el presente estudio se detectaron cinco casos que habían tenido antecedentes de incidentes heteroagresivos cercanos al suicidio, de los cuales tres habían sido cercanos en el tiempo. En la situación de encarcelamiento estos incidentes resultan importantes pues también pueden estar indicando disfunciones relacionales sobre las que se podría intervenir.

La cárcel es un lugar en el que algunos modos de suicidio (por ejemplo, arrojarse debajo de un tren o intoxicarse con monóxido de un vehículo) están absolutamente vedados, por lo que predominan otros modos determinados por los medios disponibles. Lo más común es que el suicida se ahorque o inicie un fuego y muera asfixiado o por lesiones por quemadura (Tabla 4). Los autores del estudio norteamericano mencionan que el 91,7% de los suicidios fueron realizados con ahorcamiento y tuvo lugar en las celdas en las que el suicida estaba solo(16). Similares hallazgos fueron informados en Canadá(8). Los hallazgos locales son coincidentes en que fueron en su mayoría por ahorcamiento, si bien se destaca la mayor proporción de quemaduras/asfixias, lo que posiblemente esté señalando un mayor acceso a las fuentes ígneas en los internos locales. Independientemente del modo, resulta sumamente llamativa la coincidencia del alto porcentaje correspondiente al lugar de suicidio: la celda. Indudablemente, éste es el lugar en el que menos supervisión del personal y menos influencia de pares existe y, por lo tanto, es el lugar más propicio para atentar contra la propia vida sin interposiciones de obstáculos. Este hallazgo orienta evitar el alojamiento solitario de aquellos casos en riesgo y la observación frecuente.

Las investigaciones judiciales del suicidio fueron minuciosas en aspectos relacionados con la investigación de eventual homicidio, en la realización de autopsia y en la búsqueda de sustancias en sangre. En cambio, se obtuvieron muy pocos datos de los expedientes judiciales respecto a la conducta del suicida en el penal, a aspectos de la ejecución de la pena –si había pedido audiencias últimamente o si estaba en condiciones de liberación anticipada, etc.– y a antecedentes patológicos. Estos datos podrían ser relevantes a la hora de reconstruir la situación y motivaciones que pudieran avalar o no la hipótesis suicida, por lo que sería importante que las investigaciones judiciales los tuvieran en cuenta. Entre los antecedentes cercanos al suicidio, son importantes el esta-



do de la relación y la comunicación con la familia. La situación existencial del privado de su libertad se caracteriza porque su vida de relación familiar está conmocionada, ya sea por el hecho originario o por el distanciamiento físico, entre otras razones. Cuando tales perturbaciones son importantes, la diátesis suicida puede verse abonada. Si bien en los expedientes judiciales se encontraron pocos datos vinculados con este aspecto, se destaca el hallazgo de interrupción en la comunicación familiar en el 36% de los casos con información consignada y de perturbación en la relación familiar en el 44%.

Se ha informado reiteradamente en la bibliografía que una amplia proporción de suicidas anuncia de alguna manera su intención y hasta busca ayuda(13, 2, 18). Específicamente, entre los suicidas en prisión, Marcus y Alcabes informaron que el 62,5% tenían historia de intentos o gestos suicidas y muchos habían expuesto verbalmente que iban a suicidarse(16). En el estudio local, el 21% había anunciado su intención suicida verbalmente y el 17% dejó una carta explicativa. Las cartas explicativas suelen ser una información que se obtiene luego del suicidio y no posibilita medidas preventivas. En cambio, el anuncio verbal sí ofrece oportunidad de acción preventiva y debería ser siempre, en principio, contemplado como un indicador de riesgo. En este sentido, es imprescindible que los internos y personal en contacto cotidiano con el privado de libertad estén alertados de la importancia de esta información e instruidos sobre cómo actuar.

Los antecedentes de comportamientos parasuicidas tienen una importancia ampliamente reconocida en la evaluación del riesgo suicida(4, 17). En este estudio, uno de los suicidas había tenido un comportamiento autolesivo 11 días previos al suicidio. Si bien este tipo de comportamiento no es indicador absoluto de futuro suicidio, debería ser considerado un indicador absoluto de profundización en la evaluación y protección. No debe olvidarse que la autoagresión realizada sin decisión suicida también puede producir la muerte, ya sea accidentalmente o porque no es descubierta a tiem-

po(11). De todos modos, es razonable que los profesionales intenten diferenciar al interno que tiene conducta auténticamente suicida del que sólo se autolesiona. Mientras a la conducta de los primeros se asocia trastorno depresivo durante la vida adulta, a la conducta autolesiva no suicida se asocia historia de síndrome hiperkinético infantil o en la adolescencia temprana(7). El registro adecuado de estos incidentes es imprescindible tanto para la acción preventiva como para la investigación retrospectiva.

Medidas preventivas

El entorno de detención es un medio ambiente estresante aún para los que estuvieron previamente encarcelados(11), pone de manifiesto vulnerabilidades propias del sujeto y genera otros factores de vulnerabilidad. Estas condiciones influyentes en las altas tasas de suicidio en las prisiones, hacen necesaria la planificación de medidas preventivas especiales.

Las intervenciones de prevención en el ámbito de las prisiones, siguiendo un criterio centrado en el grupo al que va destinada(17), deberían considerarse intervenciones seleccionadas –dirigidas a las personas consideradas en mayor riesgo de padecer o cometer actos de violencia, es decir, a los que presentan uno o varios factores de riesgo– e intervenciones indicadas –dirigidas a las personas con antecedentes de comportamiento violento–. La Organización Mundial de la Salud recomienda las siguientes medidas para la prevención del suicidio en las prisiones:

- 1° identificar perfil de sujetos en riesgo;
- 2° identificar características y condiciones de las prisiones que aumentan el riesgo o que pueden ayudar a disminuirlo;
- 3° elaborar plan de identificación temprana del riesgo (al ingreso);
- 4° elaborar plan de detección post ingreso;
- 5° elaborar plan de manejo del sujeto en riesgo;
- 6° elaborar plan de acción si ocurre un intento de suicidio;
- 7° elaborar plan de acción si ocurre un suicidio(19).

Cabe destacar que la propuesta de prevención no es una aspiración utópica sin lugar de concreción en la realidad. Por el contrario, experiencias de otros medios dan cuenta de intervenciones preventivas eficientes, lo que debe resultar altamente estimulante(16, 5, 12).

Gunnell y Frankel dicen que no ha habido una única medida documentada con investigación que haya reducido el suicidio por sí misma y que para ambientes carcelarios son importantes la investigación del riesgo y los programas de prevención(10).

Reconociendo que la tendencia a la superpoblación se opone a las posibilidades preventivas(16) y que esa tendencia y las deficiencias en recursos, son un problema endémico en las instituciones locales, las referencias expuestas y los hallazgos del presente estudio, orientan a considerar que podrían ser de utilidad las siguientes medidas de prevención que no requerirían extremas erogaciones:

- Generar proceso de identificación de los internos con antecedentes psiquiátricos o suicidabilidad

potencial al ingreso al servicio penitenciario, utilizando una lista de cotejo de los principales factores de riesgo.

- Adaptar el proceso a cada tipo de unidad, en función de la población que recibe para su alojamiento.
- Vincular a los identificados en riesgo con el servicio de salud mental y evaluar inmediatamente a la derivación.

- Adaptar el sistema de evaluación mental al tipo de población de cárceles y hospitales psiquiátrico forenses.

- Abrir canales de derivación múltiples (familiares, consejeros, abogados, sacerdote o por el mismo interno) que operen en cualquier momento.

- Reiterar evaluación en cada traslado de unidad.

- Evitar alojar solos en una celda a los prisioneros identificados con riesgo.

- Supervisión secuencial pautada o continua -dependiendo del grado de riesgo- de los identificados. Disponibilidad de sector visible sin obstáculos o provisto de videocámara.

- Entrenar al personal para detectar a los internos autodestructivos y para valorar sus anuncios.

- Entrenar e involucrar a internos en la detección y facilitar el canal de comunicación de sus hallazgos.

- Privar de cordones y cinturones y materiales similares a los potenciales suicidas; disponer de celdas sin elementos prominentes que pudieran permitir colgarse; suministrar la medicación en presentaciones líquidas, en la medida de lo posible, y supervisadamente.

- Estimular participación en actividades dirigidas y conformar grupos de pares homogéneos con los jóvenes vulnerables.

- Disponer de un sistema para que los profesionales de salud mental conozcan las fechas de juicio y

poder suministrar servicio o evaluar antes y después.

- Comunicar al servicio de salud mental la existencia de incidentes tanto auto como heteroagresivos para activar la adecuada evaluación.

- Contemplar los períodos de crisis en las relaciones familiares como períodos en que el riesgo suicida puede aumentar.

- Disponer de sistemas de entrenamiento/apoyo/interconsulta para que los profesionales de salud mental y personal penitenciario administren adecuadamente los efectos de la interacción con los internos.

- Disponer de planes de acción ante el intento suicida, incluyendo primeros auxilios.

- Realizar reuniones para analizar lo hecho si ocurrió un suicidio y producir eventuales ajustes en el plan.

Conclusión

Esta investigación fue posible merced a la colaboración de los operadores de la justicia provincial, de funcionarios del Servicio Penitenciario y de la Policía de la Provincia de Buenos Aires. Su colaboración ha permitido a los autores encontrar, en un sistema que aún requiere mucho perfeccionamiento, voluntades dispuestas a trabajar para lograrlo. Esta vocación de trabajo es imprescindible para poder lograr los cambios que ayuden a prevenir el suicidio sin esperar que, como ha ocurrido en otros medios, esos cambios sean exigidos luego de demandas judiciales(3).

Los autores aspiran a que este estudio, a pesar de sus limitaciones, sirva para estimular alguna acción preventiva y evitar así que quien piensa suicidarse ya no tenga oportunidad de arrepentirse ■

Referencias bibliográficas

1. Apter A, Kotler M, Sevy S, Plutchik R, Brown S L, Foster H, et al. Correlates of risk of suicide in violent and nonviolent psychiatric patients. *Am J Psychiatry* 1991;148(7):883-7
2. Beskow J. Suicide and mental disorder in Swedish men. *Acta Psychiatr Scand* 1979;(277 (suppl)):1-138
3. Danto BL. Suicide litigation as an agent of change in jail and prison: An initial report. *Behav Sci Law* 1997;15(4):415-25
4. Díaz J, Sáiz P, Bousoño M. Concepto y clasificación de las conductas suicidas. Bobes J, González-Seijo J, Sáiz Pe. *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas*. Masson, Barcelona, 1997
5. Felthous AR. Preventing jailhouse suicides. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1994; 22(4):477-88
6. Folino JO. *Delitos contra las personas en la Provincia de Buenos Aires*. Vol. Documento de Trabajo N° 02. La Plata: Procuración General de la Suprema Corte de Justicia de la Prov. de Buenos Aires, 2001
7. Fulwiler C, Forbes C, Santangelo SL, Folstein M. Self-mutilation and suicide attempt: Distinguishing features in prisoners. *J Am Acad Psychiatry Law* 1997;25(1):69-77
8. Green C, Kendall K, Andre G, Looman T, Polvi N. A study of 133 suicides among Canadian federal prisoners. *Med Sci Law* 1993;33(2):121-7
9. Gunilla Stalenheim E. Relationships between attempted suicide, temperamental vulnerability, and violent criminality in a Swedish forensic psychiatric population. *Eur Psychiatry* 2001;16(7):386-94
10. Gunnell D, Frankel S. Prevention of suicide: Aspirations and evidence. *Br Med J* 1994;308(6938):1227-33
11. Haycock J. Manipulation and suicide attempts in jails and prisons. *Psychiatry Q* 1989;60(1):85-98
12. Hayes LM. From chaos to calm: One jail system's struggle with suicide prevention. *Behav Sci Law* 1997;15(4):399-413
13. Isometsa ET. Psychological autopsy studies - A review. *Eur Psychiatry* 2001; 16(7):379-85
14. Johnson C, Smith J, Crowe C, Donovan M. Suicide among forensic psychiatric patients. *Med Sci Law* 1993;33(2):137-43
15. Liebling A. Suicides in young prisoners: A summary. *Death Stud* 1993;17(5):381-409
16. Marcus P, Alcábes P. Characteristics of suicides by inmates in an urban jail. *Hosp Community Psychiatry* 1993;44(3):256-61
17. Organización Panamericana de la Salud. *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2003
18. Rich CL, Young D, Fowler RC. San Diego suicide study: young vs. old subjects. *Arch Gen Psychiatry* 1986;(43):577-82
19. World Health Organization. *Preventing Suicide - A Resource for Prison Officers*. Geneva: Mental and Behavioural Disorders; Department of Mental Health; World Health Organization, 2000

Características epidemiológicas y de la atención de los pacientes internados psiquiátricamente en una Empresa de Medicina Prepaga en la Ciudad de Buenos Aires

Martín Nemirovsky; Gustavo Guardo; Marcelo Rosenstein

Médicos psiquiatras, Coordinadores de Internación Psiquiátrica del Centro Medicus de Psicología Médica (CMPM)

Martín Agrest

Lic. en Psicología

Jorge Tkach

Médico psiquiatra, Director del Equipo de Adultos y del Equipo de Urgencias Psiquiátricas del CMPM

Roberto Montanelli

Médico psiquiatra, Director General del CMPM

Introducción

Es poco frecuente, sino virtualmente inexistente, la publicación de datos referidos al funcionamiento de un Sistema de Salud Mental del sector privado local. Si bien son escasas las referencias de los últimos 30 años que den cuenta del desempeño en el sector público(3, 12), por el lado del sector privado y de Obras Sociales éstas son aún más escasas(9, 11).

Aun cuando se presentan los datos, muchas veces se utilizan formas y criterios de medición que luego no son usados por otros estudios y no hay una ver-

dadera posibilidad de contrastación o comparación(1).

En este informe se presenta el modo de funcionamiento y algunos resultados del área de internación psiquiátrica de la Empresa de Medicina Prepaga MEDICUS (EMP M) que cuenta con 149.000 afiliados en el Área Metropolitana. El mayor énfasis está colocado en:

a. las reinternaciones, uno de los indicadores privilegiados para evaluar la calidad de atención y la continuidad de la asistencia dentro de un Sistema, presentando algunas puntualizaciones acerca de cómo medirlas y cómo tener mayores oportunidades de

Resumen

Objetivo: Observar las características de la población internada psiquiátricamente por medio de una Empresa de Medicina Prepaga en la Ciudad de Buenos Aires, atendiendo particularmente a los tiempos de estadía, los diagnósticos y las reinternaciones. **Método:** Entre el 1 de abril de 2000 y el 31 de marzo de 2002 se registraron todas las internaciones psiquiátricas de los afiliados de una Prepaga y se calcularon las tasas de reinternación y la prevalencia diagnóstica. **Resultados:** De las 244 internaciones (una tasa del 0,8 por mil de los afiliados por cada año del estudio), el 17% tuvo reinternaciones en ese período y uno de cada cuatro de los reinternados lo hizo en el mes siguiente a su alta. Tuvieron un promedio 11,8 días de internación. El 66% tuvo como motivo de ingreso un intento de suicidio o la presencia de ideas de suicidio. El 42% tuvo un diagnóstico de egreso de Trastorno del ánimo, 34% tuvo un diagnóstico de Trastorno de personalidad y 12% de Esquizofrenias u otras psicosis. **Conclusiones:** La población que sufre internaciones psiquiátricas de esta Empresa de Medicina Prepaga parece ser distinta de la estudiada en otros subsistemas de cobertura y hace complejo el problema de la comparación y valoración de los resultados. Futuras investigaciones deberán aportar más datos sobre estas mismas áreas para permitir nuevas comparaciones. Informaciones como las aportadas por este trabajo debieran ser habituales en estos sistemas para permitir la auditoría por parte de los usuarios, de quienes contratan los servicios y del Estado.

Palabras clave: Internación psiquiátrica – Puerta giratoria – Reinternaciones – Empresa de Medicina Prepaga.

EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF ADMITTED PATIENTS TO A PSYCHIATRIC UNIT IN A PREPAID MEDICAL ORGANIZATION IN BUENOS AIRES CITY

Summary

Objective: This paper addresses the issue of monitoring the features of the psychiatric inpatient population of a Prepaid Medical System in Buenos Aires City, paying special attention to its length of stay, diagnosis and readmission rate. **Method:** Between april 1 2000 and march 31 2002 all the psychiatric admissions have been registered and readmission rates and diagnosis prevalence were studied in a naturalistic setting. **Results:** There were 244 admissions (0.8 per thousand enrollees per year) and 17% was readmitted during this period (1 out of every 4 readmissions in the month following discharge). Their length of stay was an average of 11,8 days. 66% was admitted due to a suicidal attempt or suicidal thoughts. 42% had a discharge diagnosis of Mood disorder, 34% Personality disorder and 12% Schizophrenia or other psychosis. **Conclusions:** Inpatients belonging to this Prepaid Medical System seem to be different from other inpatient populations making the comparison among them hard to analyze. Future research should bring more data in order to perform further matching and benchmarking. This kind of information should be no secret and every System should be requested to show its results to allow users' and buyers auditory as well as State's control.

Key words: Psychiatric admission – Revolving door – Readmission rate – Prepaid Medical Organization.

comparar los datos con aquellos provenientes de otros Servicios de Salud Mental –del sector público o del privado– tanto de esta, como de otras latitudes;

b. el tiempo promedio de internación; y

c. los motivos de internación y los diagnósticos prevalentes.

A diferencia del sector público, y a semejanza de las Obras Sociales, la EMP M da cobertura a una población que tiene límites precisos y está nominada (se sabe quién entra y quién sale del Sistema, quién puede recibir la prestación y quién no, y cada beneficiario que tiene derecho a recibir la prestación tiene un nombre que es conocido de antemano), en algún sentido cautiva (para quienes tienen patologías mentales las posibilidades de cambiar de EMP son limitadas aunque es cierto que pueden migrar al sector público) y con un único lugar de internación para toda el área de Capital Federal (con lo cual es fácil seguir el curso de un paciente y los avatares de su tratamiento). Además, cuenta con la exigencia de brindar una cobertura acotada y precisa, instaurada por la ley del PMO(7, 8), consistente en la obligación de cubrir hasta 30 días por año de internación por causas psiquiátricas (aunque hay que destacar que esta cantidad de días se ha extendido en algunas oportunidades). En cambio, en el sector público no hay un padrón de beneficiarios, no hay ingresos y egresos al Sistema ya que éste es de puertas completamente abiertas, los pacientes migran de un hospital a otro sin un registro centralizado y se internan en varios centros (siempre y cuando logren conseguir una cama, dado que muchas veces al no haber disponibilidad de camas la internación no puede realizarse). Al confeccionarse la estadística de los centros públicos con internación psiquiátrica, bajo la actual modalidad de registro, los pacientes son consignados como un número y se carece de la posibilidad de discriminar si son reinternaciones o no y si un mismo paciente estuvo internado en otro centro asistencial con anterioridad.

Las características poblacionales son diferentes. En la EMP M se trata del segmento de mayor poder adquisitivo, con una tasa de ocupación laboral muy superior a la de la población general, con una red social menos deteriorada que en otros estratos poblacionales, con conjeturables diferencias en cuanto a la prevalencia de enfermedades crónicas (tales como la esquizofrenia), y con un alto porcentaje de afiliados con experiencia previa en el contacto con especialistas de salud mental (a quienes consultaron en forma privada y en muchos casos ahora consultan por intermedio de la EMP M).

Método

Entre el 1 de abril de 2000 y el 31 de marzo de 2002 se realizó un estudio observacional y descriptivo, en las condiciones naturales en las que se suele atender a los pacientes.

La EMP M cuenta con un equipo de urgencias y de pacientes graves, conformado por psiquiatras que se

hacen cargo de las guardias de 24 hs y de los pacientes internados, un coordinador rotativo y la supervisión general de todo el proceso de un psiquiatra Director de Urgencias. La metodología de trabajo del equipo fue desarrollada por los doctores Roberto Montanelli y Jorge Tkach a partir de 1975 como contraposición a las prolongadas internaciones realizadas por ese entonces en el ámbito privado. Cada internación marca un estigma en el paciente(2) que se intentó reducir a un mínimo; para ello se diseñó una atención intensiva con adecuado diagnóstico inicial en lo psiquiátrico, psicodinámico, familiar y socio-cultural.

Esta forma de trabajo implica que cuando se realiza una internación se planifica con especificación de los objetivos y con una estrategia trazada desde el comienzo mismo de la institucionalización para externar al paciente. El terapeuta que venía atendiendo al paciente, en el caso de que lo hubiera, es integrado al tratamiento durante la internación. La (futura) derivación del paciente se establece al inicio de la internación. Es prioritario que ésta no marque una ruptura en la continuidad temporal de la asistencia del paciente, trabajando desde el inicio con el profesional que vaya a seguir al paciente luego del alta. En toda internación se plantea cómo resolver la crisis de la manera más rápida pero sin aumentar las posibilidades de recaída. A cada paciente se le asigna un equipo tratante, que mantiene entrevistas para evaluar el contexto de la internación y para planificar la externación, conformado por dos psiquiatras que visitan al paciente alternativamente en forma diaria y una terapeuta familiar. El Director de Urgencias, los coordinadores y los psiquiatras que hacen guardia y siguen a los pacientes internados se reúnen semanalmente y discuten todos los casos (y, especialmente, los problemáticos).

Todas las internaciones se efectúan en una única clínica psiquiátrica de la Ciudad de Buenos Aires (que no tiene un contrato de exclusividad con la EMP M), facilitando la centralización de la información sobre este grupo de pacientes. Dicha clínica provee el servicio de hotelería, enfermería, medicación, actividades grupales y recreativas y profesionales de guardia para el eventual caso de una emergencia, pero no es la responsable de la resolución del motivo de internación (que queda en manos del Equipo de Urgencias de la EMP). La forma de pago a la clínica es por día de internación (abonándose la medicación de manera discriminada según cuál sea ésta) y a los terapeutas del Equipo de Urgencia la EMP M les paga por prestación.

Los pacientes cuya patología prevalente sea la adicción y/o sean menores de 18 años pasan por un circuito asistencial diferencial y sus internaciones se realizan en varias clínicas. Los datos que aquí se presentan no incluyen a estos pacientes.

En el presente estudio se registraron todas y cada una de las internaciones psiquiátricas producidas en la Ciudad de Buenos Aires por medio de la EMP M. Cada paciente admitido tuvo un motivo de ingreso, una edad al momento de la internación, un diagnós-

Tabla 1
Cantidad de pacientes y de internaciones

Número de internaciones	Cantidad de pacientes	Cantidad de internaciones	Porcentaje del total de internaciones
1 internación	173	173	71%
2 internaciones	20	40	16%
3 internaciones	7	21	9%
4 internaciones	0	0	0%
5 internaciones	2	10	4%
Totales	202	244	100%

tico de egreso según DSM IV (o, en algunos casos, más de uno), un tipo de egreso y se le contabilizaron los días de internación. También se registró si el paciente se reinternó durante el lapso considerado y qué cantidad de veces. Los diagnósticos fueron realizados por los profesionales de la EMP M que asistieron a los pacientes durante el curso de las internaciones a partir de las entrevistas clínicas efectuadas por ellos mismos.

La muestra del estudio coincide con el total de pacientes internados en el período de 24 meses.

Fueron excluidos del estudio los pacientes menores de 18 años y aquellos cuya patología prevalente fuera el trastorno relacionado con sustancias, dada la diferencia en el circuito de su asistencia.

Los datos se registraron a partir del trabajo diario de los psiquiatras del equipo de urgencias y fueron centralizados por el coordinador rotativo. Se confeccionó una planilla de Excel con estos datos, a partir de lo cual se efectuaron todos los cálculos de frecuencia de diagnóstico y promedios de días de internación y de edad.

Resultados

En el lapso del estudio se produjeron 244 internaciones (0,164% del total de afiliados en el Área Metropolitana en dos años, o algo más de un 0,8 por mil al año), de las cuales 169 fueron internaciones de mujeres y 75 de hombres (69% y 31% respectivamente).

El promedio de edad de los pacientes internados fue de 41,5 años (40,8 para los hombres y 41,8 para las mujeres). El promedio de días de internación fue de 11,8 (11,5 días para las mujeres y 12,5 días para los hombres), con un desvío estándar de 7,7 días y una mediana de 11 días.

Para valorar justamente el promedio de días de internación es necesario especificar cuántas altas en realidad fueron traslados y cuántas fueron contra opinión médica (aclarando qué promedio de días de internación tuvo este último grupo). Sólo así habremos presentado la verdadera significación de este dato. Vemos así que fueron trasladados para seguir internados (en el ámbito público en hospitales municipales, por intermedio de la seguridad social o en for-

ma privada) cuatro pacientes (1,6% del total de internaciones). Catorce pacientes fueron dados de alta contra opinión médica (5,7%), teniendo ellos un promedio de 3,8 días de internación (4,6 días de desvío estándar y 1,5 de mediana) y sufriendo reinternaciones en tres casos con posterioridad a esta alta (21% de las altas contra opinión médica). Si extraemos a este último grupo de 14 pacientes del promedio total de días de internación, el promedio del resto de la población se eleva de 11,8 días a 12,3.

Veintinueve (29) pacientes tuvieron dos o más internaciones (de los cuales 69% fueron mujeres y 31% hombres), sumando ellos solos un total de 71 internaciones (ver Tabla 1) y con un promedio de 11,3 días de internación para el total de sus internaciones. Por lo tanto, 42 internaciones fueron propiamente reinternaciones, conformando dentro del lapso considerado un porcentaje de reinternaciones de 17%. Presentado de otro modo, 202 pacientes fueron internados a lo largo de dos años (0,14% de la población de la EMP M o, en otros términos, uno de cada 738 afiliados requirió una internación en ese lapso).

Si tomamos la población que se internó durante el primer año del lapso estudiado (o sea, del 1 de abril de 2000 al 31 de marzo de 2001) y analizamos cuántos de ellos se reinternaron en el transcurso del primer mes posterior a su externación y cuántos en el transcurso del primer año vemos que:

a. hubo 112 internaciones en ese primer año del estudio y 103 pacientes internados en el lapso de estos doce meses (la diferencia estriba en que hubo nueve reinternaciones en ese período de doce meses);

b. catorce pacientes de los 103 internados se reinternaron en el transcurso del año siguiente al alta de cada uno de ellos (13,6%);

c. de los catorce pacientes que se reinternaron en el año subsiguiente a la externación, tres lo hicieron en realidad en el transcurso de los 30 días posteriores a su alta (2,9% del total de pacientes internados y 21,4% de los pacientes reinternados).

Si tomamos la población que se internó en los 24 meses del estudio (1 de abril de 2000 a 31 de marzo de 2002) y analizamos cuántas reinternaciones se produjeron en el mes subsiguiente a una externación vemos que:

a. sobre las 244 internaciones efectuadas, diez se realizaron durante el transcurso del mes luego de la externación (y ninguna reinternación de este tipo se produjo en el mes subsiguiente al 31 de marzo del 2002¹);

b. el porcentaje de reinternaciones al mes de externarse fue 4,1% respecto del total de internaciones

1. Para obtener este dato se extendió un mes más el período de observación, hasta el 30 de abril de 2002.

(10 de 244) y 23,8% del total de reinternaciones (10 de 42).

Si comparamos esta información con la de otros estudios vemos que en un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires se informó una tasa de reinternación de 30% durante un período de observación de 5 años(12). Esta cifra no contempló, como se ocupa de aclararlo, si esos pacientes se habían internado durante ese período en otros centros. Esta Unidad de Internación señaló que el tiempo promedio de internación fue de 43 días.

A nivel de Obras Sociales, otro trabajo reportó un porcentaje de reinternaciones de 29% durante un período de observación de 3 años, con un promedio de estadía de 34 días por año(9).

En el Sistema Nacional de Salud Público Inglés (NHS) se reportó una gran disparidad en las tasas de reinternación a 90 días, teniendo la mayor parte de los centros tasas de entre 5% y 25% de reinternaciones en ese breve lapso(6).

Es de destacar que en nuestro estudio no se tomó en cuenta (ni tampoco en los citados) cuántos de estos pacientes habían estado internados con anterioridad (al inicio de los estudios). Es posible que algunas de las internaciones sean reinternaciones de períodos más prolongados que no fueron observados. Esto es crucial para caracterizar quiénes son los pacientes con más riesgo de reinternarse. Este grupo, que suele denominarse de "puerta giratoria" (*revolving door*), es uno de los más problemáticos en el área de la Salud Mental. Varios estudios han tratado de determinar cuáles son los rasgos o predictores de ser parte de este grupo y lo más consistente ha sido la existencia de hospitalizaciones previas(5, 6, 10, 13). En este sentido, el estudio del fenómeno de las reinternaciones resulta ser clave para la organización y administración de los recursos en Salud Mental.

Los motivos de ingreso muestran una importante concentración en aquellos vinculados a la presencia de ideas de suicidio y a los intentos de suicidio, dando cuenta del 63% de los ingresos (ver Tabla 2 y Gráfico 1).

Los diagnósticos de egreso más frecuentes se concentran en los trastornos afectivos y los trastornos de la personalidad (especialmente el trastorno límite) (ver Tabla 3 y Gráfico 2). En algunos casos se usaron diagnósticos de eje I y II del DSM IV (en ocasiones, más de uno para el eje I), en otros sólo de eje I o sólo de eje II. Los diagnósticos de los otros ejes no fueron considerados para esta presentación aunque hayan formado parte indispensable del trabajo clínico. Dos pacientes, con breves internaciones, tuvieron su diagnóstico aplazado.

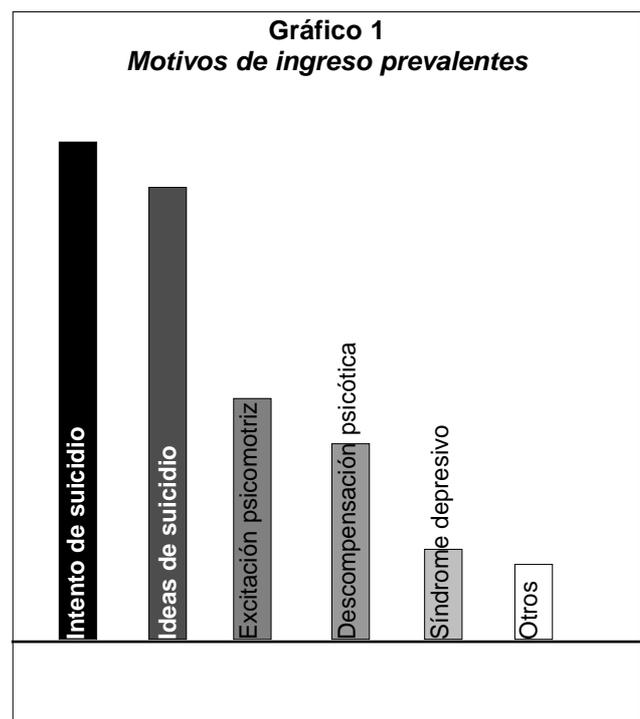
Si sumamos los diagnósticos referidos a los trastornos del ánimo vemos que casi cuaduplican a los de las esquizofrenias y otros trastornos psicóticos (42,6% vs. 11,6%). Dentro de los trastornos del ánimo, los Trastornos depresivos mayores, las distimias y los trastornos bipolares (TBP) (con último episodio depresivo) representan el 36,2% de los diagnósticos de egreso.

Cant.	%	Motivos de ingreso
80	33%	Intentos de suicidio
74	30%	Ideas suicidas
39	16%	Excitación psicomotriz
32	13%	Descompensación psicótica
7	3%	Síndrome depresivo
3	1%	Intoxicación alcohólica
2	0,8%	Síndrome confusional / demencia
2	0,8%	Trastorno límite de la personalidad descompensado
2	0,8%	Trastorno histriónico de la personalidad
1	0,4%	TOC
1	0,4%	Violencia familiar
1	0,4%	Psicosis puerperal
244	100%	Total

Por cada cuatro diagnósticos emitidos, uno fue de trastorno límite de la personalidad (27% del total de diagnósticos) y cada tres internaciones, una fue diagnosticada con este trastorno (80 sobre 244).

Las esquizofrenias no significaron más que un modesto 8% de las 244 internaciones (algo menos de una de cada doce internaciones), mientras que los TBP representaron el 12,3%. Por cada internación de un esquizofrénico hubo 1,5 internaciones de TBP y 4 de trastornos depresivos mayores.

Como señalamos con anterioridad, los pacientes cuyo diagnóstico principal era de trastornos relacionados con sustancias no fueron incluidos en este estudio y esa es la causa de una baja incidencia de esta



patología en nuestra muestra. Los escasos pacientes que figuran con este diagnóstico corresponden al reducido grupo para el que éste no era el diagnóstico principal, sino una comorbilidad.

Si analizamos las características de la población de nuestro estudio que sufrió reinternaciones, apreciamos que los 29 pacientes que sufrieron reinternaciones estuvieron internados 11,3 días; 22 de ellos (75,9%) tuvieron al menos un diagnóstico de trastorno del ánimo, 14 (48,3%) tuvieron al menos un diag-

nóstico de trastorno límite de la personalidad y sólo 5 (17,2%) tuvieron al menos un diagnóstico de esquizofrenias y otros trastornos psicóticos.

Si comparamos estos datos con los del hospital público de la Ciudad de Buenos Aires ya mencionado se pueden apreciar importantes diferencias en la prevalencia diagnóstica de internación: en este nosocomio se internaron 59% de esquizofrenias y otras psicosis, 22% de trastornos afectivos, 8% de trastornos de personalidad, y otros 11%(12).

Por su parte, los datos ofrecidos por una Obra Social muestran una prevalencia durante las internaciones de 34,9% de psicosis, 29,3% de trastornos del estado de ánimo, 14% de adicciones, 9,3% de neurosis, 7,4% de demencias, 2,9% de trastornos de personalidad y 2,3% de retraso mental(9).

Tabla 3 Diagnósticos de egreso de Eje I y II		
<i>Cant.</i>	<i>%</i>	<i>Diagnósticos de egreso (Ejes I y II)</i>
80	27,0%	Trastorno depresivo mayor
80	27,0%	Trastorno límite de la personalidad
19	6,5%	Esquizofrenia
15	5,1%	Trastorno histriónico de la personalidad
15	5,1%	Trastorno bipolar (episodio depresivo)
11	3,8%	Distimia
11	3,8%	Trastorno bipolar (episodio maniaco)
11	3,8%	Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trast. cognitivos
9	3,1%	Trast. adaptativo (con síntomas depresivos, mixtos y/o sin especificar)
5	1,7%	Trastorno psicótico breve
4	1,4%	Trastorno bipolar (episodio mixto)
4	1,4%	Trastorno psicótico no especificado
4	1,4%	Trastorno narcisista de la personalidad
4	1,4%	Trastorno delirante
3	1,0%	Dependencia del alcohol
3	1,0%	Abuso de sustancia
2	0,7%	Anorexia
2	0,7%	Episodio maniaco único
2	0,7%	aplazado
2	0,7%	Trastorno disociativo
2	0,7%	Trastorno del control de los impulsos
2	0,7%	Trastorno esquizoafectivo
1	0,3%	Trastorno de personalidad no especificado
1	0,3%	Trastorno de conversión
1	0,3%	TOC
293	100%	Total de diagnósticos de Eje I y/o II

Discusión

Cuando se analizan las internaciones y reinternaciones hay múltiples estrategias para evaluarlas y, desgraciadamente, no hay consenso respecto de "una" manera de medirlas. La ausencia de un criterio estándar internacional sobre cómo medir las reinternaciones dificulta la comparación entre sistemas. Mientras algunos trabajos consideran el plazo de 90 días posteriores a una externación para ver si se produjo una reinternación(6), otros toman períodos de una semana, de un año, de tres(9) o de cinco años(12).

Esta carencia puede ser al mismo tiempo una oportunidad, y así lograr un consenso acerca de cómo medirlas y facilitar una verdadera comparación entre Servicios y Sistemas de Salud Mental². Para el presente estudio se tomó un período de 24 meses, y se exponen distintas formas de analizar las reinternaciones.

Por otra parte, la dificultad para homogeneizar poblaciones diferentes (con diferentes diagnósticos y medios socio-económicos) determina que las comparaciones deban sortear escollos de importancia. Y como si la falta de consenso acerca del uso de indicadores y la posible no homogeneidad de las poblaciones fuera poco, no es posible pasar por alto la baja con-

2. Es posible observar el porcentaje de *reinternaciones* en un año, pero también es posible observar el porcentaje de *pacientes* que al cabo de un año de su externación sufre una nueva internación. Ambas cifras seguramente diferirán ya que una cosa son las reinternaciones y otra distinta los pacientes que se reinternan. Un mismo paciente puede tener muchas reinternaciones y entonces haber muchas reinternaciones pero un solo paciente que se reinterna. Lo mismo puede hacerse para el período de un mes o de varios años y, dado que los lapsos son cruciales para medir las reinternaciones (a más tiempo de estudio, más posibilidades de reinternaciones), cada período presentará valores diferentes difícilmente comparables entre sí. El siguiente problema, por lo tanto, es darle un lapso igual a todos los pacientes considerados para medir sus reinternaciones. Un paciente que se interna al principio del período estudiado tendrá un *x* tiempo para observar si se reinterna pero el que se interna al final del período también debe tener el mismo *x* tiempo para observar si se reinterna.

fiabilidad de los diagnósticos. ¿Cómo debe entenderse que el hospital presentado por Strejilevich y otros haya pasado de internar 7 esquizofrénicos por cada TBP (en 1994) a 1,7 esquizofrénicos por TBP en tan solo 4 años o que otro hospital público haya pasado de diagnosticar 26 esquizofrénicos por cada TBP en 1985 a tan solo 8 por TBP en tan solo una década?(12). Como bien discuten sus autores en el citado trabajo, un cambio en los hábitos diagnósticos, amén de otros cambios también significativos, sería su mejor explicación. Nuestro hallazgo de 1,5 TBP por esquizofrénico internado (todavía lejos de lo que Strejilevich refiere de Kraepelin, el creador del término "Demencia precoz", quien en 1908 internaba dos maníaco depresivos por cada demencia precoz) puede hablar tanto de características poblacionales como de formas de realizar los diagnósticos. Mientras no se sigan protocolos de diagnóstico similares –a lo cual deberíamos dedicarnos– no sabremos en qué medida se trata de diferencias poblacionales o, por el contrario, de modalidades diferentes de diagnosticar (o semejantes).

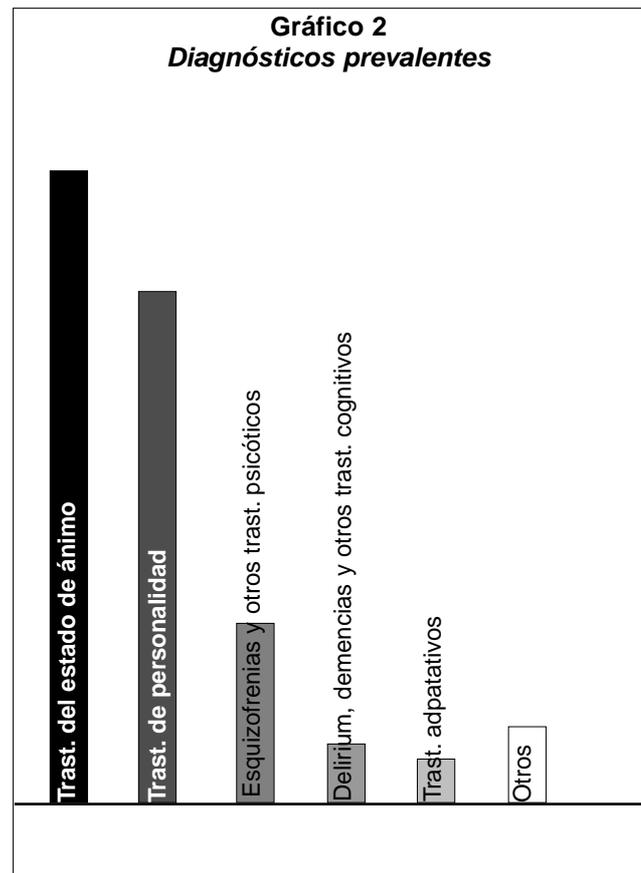
En necesario insistir en que cuando se consideran las reinternaciones, los plazos de latencia para medirlas son cruciales. No es lo mismo el tiempo que tiene un paciente internado al final del período considerado para volver a internarse que uno que se internó al principio del período. No es lo mismo considerar también a los pacientes que estuvieron internados con anterioridad al período estudiado como reinternaciones, que sólo considerar las reinternaciones producidas exclusivamente en el interior del lapso estudiado. En este sentido, las maneras de medir las reinternaciones utilizadas en este informe son algunas de las varias que existen, lo cual exige recaudos metodológicos a la hora de comparar los resultados con los que puedan arrojar otras poblaciones.

El estudio de las tasas de reinternación, así como el promedio de días de internación, es una medida indirecta para evaluar la calidad de la asistencia. Sin embargo, en el futuro sería preferible contar con estudios prospectivos de seguimiento en los que se atienda al nivel de sintomatología y a la calidad de vida (percibida por el paciente, su familiar y el profesional tratante) para profundizar el estudio de la calidad de asistencia ofrecida a este grupo de afiliados.

Conclusiones

Este trabajo permite realizar conclusiones de dos órdenes diferentes. Uno es el interno a los datos; otro es el que se desprende de la presentación misma de información concreta del funcionamiento de un Sistema de Salud Mental.

Realizando una serie de salvedades, la comparación de la cantidad promedio de días de internación(12, 9) o de reinternaciones(6) con otros Sistemas sería alentadora. El uso de internaciones breves no parecería aumentar la tasa de reinternación, siempre y cuando se cumplan los objetivos del cuidado



continuo y una modalidad intensiva de trabajo durante las internaciones. Sin embargo, también es justo decir que la población que se interna y/o la manera de hacer los diagnósticos podría ser diferente de la del hospital público con el que la comparamos, en donde el 48% de las internaciones obedece a trastornos esquizofrénicos. Solo un moderado optimismo debe embargarnos cuando vemos que en 24 meses se reinternó el 17% de los pacientes y que casi 1 de cada 4 pacientes que se reinternaron lo hicieron en el mes subsiguiente a la externación, ya que probablemente esta última cifra dé cuenta de altas prematuras, que están más ligadas a un error en el esquema terapéutico que a descompensaciones intrínsecas al cuadro clínico y/o familiar.

Los diagnósticos de egreso enseñan un elevado porcentaje de pacientes con trastornos del ánimo y trastornos límite de la personalidad. Las esquizofrenias y otros trastornos psicóticos no representan más que un 12% de la muestra. Estos datos no permiten rechazar la presunción de que la prevalencia de ciertas enfermedades psiquiátricas crónicas en la población de las EMP sería diferente de la de los hospitales públicos e, incluso, que la de las Obras Sociales. Sin embargo, no habría que equiparar la prevalencia en las internaciones con la de toda la población de las EMP sin hacer nuevas investigaciones para ver si este tipo de patologías no están subregistradas. Seguramente para ello sería necesario hacer algún tipo de tamizaje en la población de las EMP y/o relevar el número de pacientes crónicos asistidos en hospitales públicos que tienen cobertura de prepagos pero que no recibe asistencia a través de éstas.

Esperamos que la presentación de estos datos pueda servir de estímulo para que otras EMP presenten su información y así poder contrastar estos resultados. Creemos que la existencia de este tipo de datos es una contribución a la democratización de la información, centra la cuestión del gerenciamiento en cómo se hacen las cosas y no en la posesión de información como fuente de poder, permite una genuina comparación entre Sistemas y facilita una elección más transparente por parte de los particulares y/o de las empresas que contratan los servicios. No creemos que la *información* de esta naturaleza pueda ni deba ser fuente de poder. Estos datos deberían ser públicos y, en todo caso, el poder debería quedar asociado al conocimiento (de cómo actuar en función de los datos, de cómo lograr mejores resultados, de cómo hacerlo con los plazos más breves de exclusión del paciente, con los menores costos posibles y con la mayor satisfacción de los pacientes y de los profesionales involucrados). Es de destacar que el sufrimiento psíquico de los pacientes debe tratar de minimizarse, atendiendo a que no se prolonguen excesivamente las internaciones que constituyen en general un factor de estrés para el paciente y su familia. En el futuro, sería ideal contar con mayores datos tanto sobre la respuesta a las intervenciones como sobre la satisfacción de los usuarios y de los profesionales. Esperamos aportar nueva información sobre estas áreas próximamente y poder cotejar nuestra experiencia con la de otros sistemas de nuestro medio ■

Referencias bibliográficas

1. Agrest, M y Nemirovsky, M. Definición de treinta indicadores de calidad para Sistemas de Salud Mental en el sector privado. *Vertex, Rev Arg de Psiquiat* 2003, 14(51): 72-77
2. Goffman, E. (1961) *Internados*. Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1970
3. Goldchluk, A y otros. Continuidad hallada en tratamientos ambulatorios. *Vertex, Rev Arg de Psiquiat* 1993, 5(18): 245-251
4. Havassy, BE & Hopkin, JT. Factors predicting utilization of acute psychiatric inpatient services by frequently hospitalized patients. *Hosp Commun Psychiatry* 1989, 48(8):820-823
5. Lerner, Y; Popper, M; Zilber, N. Patterns and correlates of psychiatric hospitalization in a nationwide sample. I. Patterns of hospitalization with special reference to the 'new chronic' patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1989; 24: 121-126
6. NHS (2001) *Modernizing Health and Social services*. www.doh.gov.uk
7. Programa Médico Obligatorio. (1996). Resolución 247/96 MS y AS. *Boletín de la Superintendencia de Servicios de Salud*. 16-19- IV
8. *Programa Médico Obligatorio de emergencia* (2002) www.sssalud.gov.ar/agentessistemas/norm_pmo.php3
9. Sheinkman, M y otros (1999) Ponencia en el *Congreso de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA)*. Mar del Plata
10. Steinhart, I; Priebe S. Prediction of hospitalization within a psychiatric community care system-a five-year study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1992, 27: 270-273
11. Stolkiner, A y otros. Atención de la Salud Mental en el subsistema de Obras Sociales. *Vertex, Rev Arg de Psiquiat* 1997, 8 (30): 293-310
12. Strejilevich, S y otros. Datos operacionales de una unidad psiquiátrica de internación situada en un hospital general y público de la Ciudad de Buenos Aires. *Vertex, Rev Arg de Psiquiat* 2002, 13(48): 85-92
13. Zilber, N; Popper, M; Lerner, Y. Pattern and correlates of psychiatric hospitalization in a nationwide sample. II. Correlates of length of hospitalization and length of stay out of hospital. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1990: 25: 144-148

“Bordando condiciones de más dignidad”

Entrevista a Salvador Celia

por Ricardo Gorodisch*

Salvador Celia, Profesor de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de ULBRA, Canoas y Director del Instituto Leo Kanner de Porto Alegre, es también Consultor de ISAP (International Society of Adolescent Psychiatry), de IACAPAP (International Association for Children and Adolescent Psychiatry and Allied Professions) y Consultor de UNICEF en Brasil. Su original y brillante tarea en el área de la prevención en salud mental en áreas de carencia social con bebés y sus padres nos condujo a solicitarle una entrevista para incluir en este Dossier de Vertex.

Ricardo Gorodisch: *¿Cuáles considera Ud. que pueden ser los factores generados por la crisis social actual de nuestra región que tienen potencial patógeno para el normal desarrollo de las personas? Me refiero, por ejemplo a fenómenos tales como la desorganización familiar, la violencia, la dificultad de acceso a la educación y a la salud, entre otros.*

Salvador Celia: Todos estos son fenómenos muy importantes. La verdad es que nosotros estamos atravesando un momento de mucha deshumanización y con esto me refiero a procesos muy rápidos, muy desestructurantes y violentos, que estamos viviendo en una sociedad en la que es muy difícil encontrar “puertos seguros”. El primero de ellos debería ser la familia. Hoy existen familias con una gran desorganización; por ejemplo, hay familias que sufren grandes rupturas, como consecuencia de migraciones, de problemáticas importantes del padre y/o de la madre, falta de apoyo por parte de los abuelos, perdiéndose así las raíces. La familia deja de funcionar como un espacio continente, en donde haya lugar para el juego de las identificaciones. Como consecuencia de la tasa elevada de desempleo la autoestima de los padres es muy baja y este sentimiento deteriora su ca-

pacidad de valorarse en el ejercicio de la paternidad o la maternidad. Además, la monoparentalidad en Brasil es de alrededor del 25 al 30 %; y la mayoría son mujeres que asumieron toda la responsabilidad. El marido se separa de la mujer pero, lamentablemente, se separa también de los hijos, dejando un vacío muy profundo, porque sabemos que el padre representa la estructuración del código de ética de la sociedad y es el encargado de presentar el mundo al bebé. Esta es una falla muy grave que trae consecuencias en el futuro y en el desarrollo de la personalidad. Estamos viviendo en una sociedad sin esperanza, se vive en una sociedad con mucha depresión. Los padres luchan por conseguir recursos para sus familias pero no encuentran la posibilidad o las fuerzas internas para encontrar salida a esa situación. La violencia en Brasil empieza por la falta de comida. Tenemos una población muy carenciada y el niño es el que más sufre. Esto es, para mí, un aspecto psicopático de la sociedad, porque exportamos soja, harina, carne, exportamos al mundo proteínas de primera calidad, mientras el pueblo pasa hambre. Yo pienso que el presidente Lula tiene toda la razón al colocar como su primera prioridad al problema del hambre en Brasil e intentar resolverlo.

La dificultad de acceso a la educación sigue. Los jardines maternos que tenemos son de baja calidad, muchas veces son verdaderos depósitos de niños, y muchos niños no acceden a ellos. En cuanto a la educación, además de tener muchos analfabetos, tene-

* Médico Psiquiatra (UBA), Psicoanalista (APA), Presidente de la Fundación Kaleidos, Director del Instituto EOS y coordinador de *Jakairá*, Centro para madres y padres adolescentes, sito en la Ciudad de Buenos Aires.

mos los analfabetos funcionales, personas que saben leer pero que no saben lo que leen porque no entienden el significado. Todo ello genera, para innumerables personas, una situación de desventajas socioculturales, con problemas muy importantes para el desarrollo de su personalidad. Cuando uno empieza la vida sin ser contenido, sin tener las mínimas condiciones aseguradas, usará de la propia violencia a la manera de una defensa, como una forma de poder sobrevivir. Pienso que es una situación



Prof. Dr. Salvador Celia

muy difícil que genera psicopatología. La violencia, por ejemplo los homicidios en la adolescencia, ocupan actualmente en Brasil el primer puesto en las estadísticas de muerte. En la clase más favorecida tenemos la dependencia química a las drogas, la anorexia nerviosa y otros trastornos alimentarios, tal como se encuentra en los países más desarrollados.

O sea, es muy difícil vivir en una sociedad en la que algunas personas, muy pocas, disfrutan una vida del primer mundo, mientras que la mayoría de las personas está sufriendo como consecuencia de todos estos problemas.

RG: ¿Las familias monoparentales son consecuencia de una desorganización familiar o son una nueva modalidad de estructuración familiar que no es, necesariamente, desorganizada?

SC: Yo las entiendo como desorganización, incluso en los casos en los que los roles están invertidos, y no necesariamente el padre esté ausente. Puede ser que el padre esté en casa, pero que sea alcohólico o abusador, o un negligente y que no brinda el sostén necesario para su familia. Entonces la desorganización familiar pasa mucho por la falta de sostén, la falta de modelos de identificación. Esto se ve más en las subculturas del sector más desfavorecido de la sociedad.

RG: ¿Hay alguna otra variable por la cual piensa que la marginalidad social afecta el desarrollo normal de las personas?

SC: Si la familia no consigue ser el sustento, no consigue ser el caldo de cultivo favorable para que uno se desarrolle, existen alternativas de reemplazo. Entiendo a la escuela como un factor terapéutico. El maestro es otro modelo de identificación. Si no tengo ni papá ni mamá, si no tengo abuelos, si no tengo padrinos, yo podría encontrar en la escuela modelos de identificación más positivos. La exclusión social es muy seria para la personalidad.

RG: ¿Cuáles serían, a su criterio, los mecanismos, las vías, es decir, la "patogenia", por las cuales estos factores sociales determinan dificultades en el normal desarrollo de los vínculos tempranos y/o de otras etapas de maduración como la latencia y la adolescencia?

SC: Soy un apasionado de la "teoría del apego" y aprendí de las ideas de Bowlby que es necesario construir una base segura. Con una base segura puedo entonces protegerme, puedo enfrentar las cosas y ser más resiliente, o sea, puedo tener mayor capacidad de adap-

tarme. Pero cuando encuentro una situación tan desestructurante, tan excluyente, es muy difícil. Los estudios hechos en los Estados Unidos por Suffre muestran claramente que las personas que viven en una situación desestructurante desarrollan un apego muy inseguro. Y pueden partir de un apego inseguro evitante como una forma de defensa o un apego inseguro muy resistente que es también una forma de poder enfrentar las cosas. Si un individuo encuentra un mundo muy caótico podrá desarrollar un apego desestructurante. Pero, a decir verdad, las personas que viven mayores situaciones de riesgo son las personas que tienen un apego inseguro evitante. Y ahí, para defenderse tienen que crear una defensa en su narcisismo. Tienen dificultad desde chicos para reunirse en grupo y carecen de esta flexibilidad y de la posibilidad de interactuar socialmente. Entiendo entonces, como una de las vías de la patogenia, a los trastornos del vínculo. En un comienzo pueden aparecer como una forma reactiva pero, infelizmente, cuando la situación es permanente, cuando se hace crónica, estas personas pueden presentar problemas muy serios, como, por ejemplo, depresiones graves o actitudes antisociales, así como serias dificultades en la relación con los grupos. Y si esta defensa supera los límites se pasa a vivir entonces en un mundo de trastornos psicopatológicos que puede manifestarse en la hiperquinesia, el déficit de atención, la depresión, una autoestima muy baja, problemas del comportamiento... Como dice Winnicott, tal vez por las carencias sufridas estas personas estén en una búsqueda desesperada de sustitutos y van a robar, van a mentir, en otros términos van a buscar cosas que les robaron, por la falta de cariño, la falta del soporte, del calor humano. Enfrentan a la sociedad. La empatía se desarrolla en los primeros años en la relación con la madre y con el padre. Si éstos pudieron ofrecer una relación sintónica y continente entonces este niño podrá desarrollar la capacidad de sentirse en el otro.

En los estudios de personas con graves problemas

antisociales, criminales, se probó que no tienen desarrollada la empatía. ¿Cómo se resuelve esto? Si la mamá y el papá están bien podrán brindarle al bebé esta seguridad que es la base segura. Entonces situaciones muy desfavorecidas generan apegos inseguros. Más aún, sabemos que el 80% de las personas van a transmitir a sus descendientes la misma modalidad de apego que tuvieron de niños con sus padres, creándose así un verdadero círculo vicioso generacional.

RG: *Es decir, lo primero que se afecta por estas variables es la capacidad de confiar en otro, en un grupo o en la sociedad.*

SC: Exactamente. Y de sentir al otro. El apego para mí es el anticuerpo, es como una vacuna, es la manera que tengo para enfrentar la vida. El apego se forma por las representaciones internas. Yo voy a fotografiar mentalmente lo que mamá y papá hacen, principalmente lo que mamá o mis cuidadores, que son tan importantes, me hacen. Y en situaciones difíciles voy a disponer de esto. Pero si tengo una representación muy deteriorada se me hace muy difícil.

Ahora bien ¿Cuál es la otra función del apego? Es lograr un buen desapego, porque no se puede tener una simbiosis permanente, no queremos crear una sociedad parasitaria, simbiótica. El niño tiene que desarrollar su autonomía e independencia. El apego es una forma de tener un anticuerpo, de tener una fuerza emocional que va a devenir capacidad de adaptación y resiliencia. Pero no existe la invulnerabilidad. Según la mitología, Aquiles fue bañado en el río Tebas por su madre; un río que era milagroso y dejaba a las personas invulnerables. Pero la madre tuvo que sostenerlo por el talón, esa zona quedó fuera del agua y ahí recibió los flechazos que lo mataron; este mito sirve para mostrar claramente que la invulnerabilidad no existe. Pero tenemos que conocer los factores de riesgo y los factores protectores. Nunca voy a ser resiliente para todo, yo seré resiliente tal vez en la inteligencia, tal vez en la comprensión, tal vez en la sociabilidad; pero es difícil tener resiliencia para todo. La resiliencia no es mágica, depende de las aptitudes y esto tiene que ver con la política, con la ciudadanía, la política social de la familia, y más principalmente de los gobiernos.

RG: *Entonces, para entender el ciclo patogénico que estamos viviendo en muchos países de América Latina, ¿debemos decir que las políticas fracasan en brindar un sostén para que esas madres y esos padres puedan brindar un marco familiar en el cual sus niños desarrollen su capacidad de empatía?*

SC: Exactamente. Hay que trabajar con las competencias familiares, hay que trabajar *bordando condiciones de más dignidad*, intentar mejorar la situación de los padres, de las familias. Ayuda mucho saber que los padres quieren ser los mejores padres del mundo, entonces podemos tratar de favorecer estas fuerzas positivas, estos factores protectores de los padres. Esta es una de las funciones de la ciudadanía, brindar soporte para los padres respetando la cultura de cada uno, procurar respetar lo que pueden estar haciendo de bien, ofrecer condiciones para que se puedan desarrollar mejor, ofrecer condiciones educativas, ofrecer condiciones ambientales y ofrecer muchas

condiciones de salud. El control prenatal es muy importante. Es un momento muy oportuno para que la embarazada pueda hablar, pueda vivir su transparencia psíquica. Podemos descubrir ahí, por ejemplo, que muchas de ellas pueden estar deprimidas y esto es un verdadero problema de salud pública al igual que la violencia. La violencia social tiene que ser incorporada e integrada y vista como un problema de salud pública, al igual que la depresión materna durante el embarazo y la depresión post-parto. Estudiamos esta problemática en Canela y en Porto Alegre. En la población más desfavorecida, casi el 30% de las madres tiene depresión durante el embarazo, que no fue detectado en las visitas de control prenatal. El mismo se hace sólo para saber si el bebé está bien o no. No se dan las condiciones para que la madre pueda hablar sobre cómo está viviendo esos momentos. La depresión post-parto también es una cuestión de Salud Pública por su incidencia tan alta y porque afecta a la mamá, a la familia y al bebé que puede verse afectado en varias áreas de su desarrollo y crecimiento: la empatía, la inteligencia, el lenguaje, la socialización, el aprendizaje. El trastorno por déficit de atención no sólo es un problema por la falta de maduración por un problema orgánico, sino también por aspectos del vínculo temprano. Tenemos que brindar una mejor atención a la embarazada. Quiero subrayar un punto. En Brasil hay un millón de adolescentes embarazadas por año. Quinientas mil interrumpen el embarazo.

Sabemos que si ayudamos a estas chicas a ser madres, porque ser madre es algo que no es instintivo, es cultural –Winnicott nos dijo: se aprende a ser madre y se aprende a ser padre– si les damos a esos padres apoyo, información, suprimimos las carencias, las negligencias, los abandonos, acompañándolos adecuadamente, vamos a evitar muchos de esos abortos y daremos mejor calidad de vínculo a esos bebés. Para esto hay que movilizar a la ciudadanía, a la comunidad. Los cuatro pilares básicos de esa tarea son la salud, la educación, la cultura y la ciudadanía. Siempre yo digo que un hombre instruido es un hombre con salud.

RG: *Estoy completamente de acuerdo. ¿Cómo se traducirán estos eventos infanto-juveniles en capacidades, conductas o patologías del adulto? ¿Podría puntualizar algunas situaciones?*

SC: Con los problemas infanto-juveniles hay que tener cuidado. Yo aprendí con mi maestro Prego Silva, de Montevideo, que en psiquiatría infantil hay que hablar en gerundio porque la personalidad no se termina de desarrollar hasta los 16 ó 18 años. A veces pensamos que muchos chicos están determinados a enfrentar tales retos. Pero no siempre es así, sobre todo si estoy prestando atención a los eventos de los tres primeros años. Los bebés junto con sus padres tienen una fuerza, una vitalidad que los impulsa a buscar alternativas mejores. Entonces al tratar a un bebé, tanto en prevención como en tratamientos diversos, la situación puede cambiar. Yo propongo que Brasil abra las escuelas el sábado, el domingo y de noche para que realmente se ejercite una posibilidad de cuidado. Contamos con la infraestructura. Algunas personas van a presentar cuadros reactivos propios

de la edad, en la adolescencia, en la niñez, o de bebé, pero algunos lamentablemente van a presentar cuadros crónicos por la falta de modelos de identificación. Cuánto más precoz sea la intervención, mayor será la posibilidad de cambiar.

RG: *Por lo que nos cuenta entiendo que para Ud. las variables familiares y ambientales son de gran relevancia al momento de pensar en la posible etiopatogenia de los problemas mentales más allá de reconocer las variables biológicas y genéticas.*

SC: Sí, tiene toda la razón. Hay estudios canadienses que muestran que en personas muy violentas, con un genotipo determinado, el fenotipo puede mostrarse diferente porque el individuo sufre influencias del entorno. Si se trabaja con esas partes positivas podremos entonces realmente buscar soluciones para esto. Yo respeto la importancia de lo constitucional, pero la mayor vulnerabilidad proviene de las carencias del cuidador o del ambiente. Si se cambian estas variables las personas pueden cambiar, el adulto puede cambiar.

RG: *¿Cuáles serían los recursos y las maniobras terapéuticas, institucionales, psicosociales y políticas que tiendan a proteger a las personas de las consecuencias deletéreas de la crisis social? Entiendo que en el trabajo que Ud. desarrolla existen tres niveles de intervención muy importantes que quisiera pedirle nos describa: el jardín maternal, la formación de los alumnos de medicina y la experiencia de Canela.*

SC: Antes quiero remarcar que considero que la clave está en la capacitación de las personas, tanto en el nivel gubernamental y comunitario como, y principalmente, de los profesionales y los trabajadores. Y hay que tener una visión integradora, un profesional de la salud es un profesional de la educación y un profesional de la educación es un profesional de la salud. Además hay que descubrir en la comunidad las fuerzas positivas, las fuerzas vivas. El ser humano tiene la costumbre de dicotomizar, de separar, de decirse "eso no es mío, eso es del otro". Entonces antes que nada, la integración, después la capacitación de las personas. El jardín maternal no es un mal necesario, es una necesidad para nuestros tiempos. Hoy es difícil que una madre esté en casa, ni siquiera es posible contar con las abuelas. Por ende los jardines maternos son importantes. Pero los jardines maternos además de ser higiénicos, con buena alimentación, tienen que tener buena gente. Winnicott, decía que el rostro de la madre es el espejo del bebé y el rostro del maestro es el espejo del alumno. Lo mismo para los cuidadores de los bebés. Entonces cómo no voy a querer que en el jardín maternal haya, por lo menos para los dos primeros años, como dice la Academia Americana de Pediatría, un cuidador para tres o cuatro bebés como máximo. Yo hablo con algunos políticos y dicen que esto es una locura, pero esto es una locura que se puede hacer. Después hay que trabajar para que las escuelas estén más volcadas al humanismo: que tengan menor preocupación por los contenidos y mayor para la creatividad. Tienen que disponer de más espacios lúdicos. Además es un espacio ideal para la elaboración de los traumas, no sólo los traumas como consecuencia de la exclusión social. Los niños de cla-

se media y clase alta también tienen serias dificultades en los vínculos con sus padres. Así estos traumas pueden ser disminuidos si tienen buenos cuidadores y buenos maestros y un determinado tipo de escuela. La escuela tiene que funcionar como un factor protector. Fuera de la escuela son importantes los centros de recreación, de deporte, de teatro y de danza. Tengo experiencia con el "Proyecto Vidas" de Porto Alegre para niños, adolescentes y familias. La *capoeira* de Brasil [N. de la R.: suerte de danza y arte marcial] es algo tremendamente importante para ser usado con niños agresivos, niños de la calle, porque con sus danzas y con la música, construyen un espacio grupal para la expresión de la agresión pero contenida en un marco grupal y social, con límites. Esta agresión entonces se expresa pero sin violencia. En este proyecto tenemos muy buenos resultados con los aspectos depresivos de muchos de estos chicos, y disminuyeron los índices de *acting out*. En este deporte puedo jugar a que encuentre al enemigo y lo destruyo. Pero mis compañeros siguen ahí, siguen vivos. Por ende la danza, el teatro, son cosas muy importantes, necesitamos centros recreacionales y centros comunitarios. Hay que trabajar para que la comunidad pueda crear asociaciones comunitarias. Realizamos un estudio en Porto Alegre en el que vimos que muchas madres y bebés con problemas de nutrición provenían del interior, habían perdido sus raíces. Las madres en su mayoría no contaban con apoyo del compañero. La depresión apareció posterior a la desnutrición de los bebés. Desnutrición más depresión de las madres. Pero las madres que estaban conectadas con la asociación comunitaria tenían apoyo, y la situación era otra. Tenemos que pensar mucho en la comunidad, informarla y tratar de vitalizarla. El control prenatal es muy importante. Con las visitas domiciliarias se puede ver qué pasa en el núcleo familiar. Con este encuadre podemos disminuir el maltrato, las carencias y las negligencias. En Canela estamos capacitando a los trabajadores sociales y a otros agentes de salud para que no sólo evalúen la talla, el peso, los hitos del desarrollo del bebé. En su bolso llevan también un sonajero y una pelotita para jugar y poder observar así cómo está la interacción madre-bebé. Bragan para que las madres hablen más, le canten más al bebé, lo masajeen, lo toquen, gestos que para la salud son muy importantes.

RG: *¿Cómo funciona el jardín maternal del "Lar de Sao José"?*

SC: Ese jardín maternal está destinado a bebés cuyas familias estén en alguna situación de riesgo; madres adolescentes, deprimidas, con riesgo de perder su trabajo. Tenemos una capacidad para 15 bebés y contamos con 9 cuidadores, incluyendo la cocinera. Ella también es una maestra al igual que la persona encargada de la limpieza. Hay un cuidador cada 3 bebés, y cada uno tiene una supervisión individual semanal. Los problemas del equipo se trabajan en un espacio grupal. Además los padres de los bebés son bienvenidos. Porque entendemos que éste es un jardín maternal donde los padres tienen que estar integrados también. El 50% de los bebés tienen madres deprimidas. Entonces estamos haciendo psicoprofilaxis, porque además de atender al bebé atendemos a la ma-

dre. Ella puede venir a la hora que quiera y así le disminuyen las angustias persecutorias que surgen cuando se pregunta ¿Será que están tratando bien a mi bebé? También les pedimos que si falta alguien del personal, nos ayuden. Hay que tener una interacción permanente. Este jardín maternal es un sueño, pero posible de alcanzar, y tiene muy buenos resultados.

RG: ¿Cuál es el marco institucional de ese jardín maternal?

SC: Esto fue posible gracias a *Children Action* que nos ha brindado el financiamiento para realizar la reforma estructural de la casa y nos sostuvo con el pago del personal competente. Además de los cuidadores, este equipo incluye a un psiquiatra, que soy yo, a una psicóloga, ambos voluntarios, y a una pediatra. Somos un grupo encargado de brindar esta atención. Es una escuela de vida, pero también un centro de salud, de salud mental y de psicoprofilaxis. Con los alumnos de medicina iniciamos, en 1996, un proyecto de observación

de bebés durante la visita domiciliaria. Esta experiencia se realiza en el marco de la Facultad de Medicina de la ULBRA (Universidad Luterana de Brasil). Nos importa brindarle al alumno de medicina una posibilidad de aprender en la práctica observando bebés, pero no sólo como observador, porque también entran en contacto con familias en situación desfavorecida, familias con muchas carencias. Existen cuidados básicos que estos alumnos pueden atender: ¿Cómo están las vacunas? ¿Cómo está la salud física de los bebés? ¿Cómo están las personas? ¿Están conectados con un centro de salud? Si no lo están los alumnos tratan de ponerlos inmediatamente en contacto con el centro de salud más próximo. Y además tienen que ganarse la confianza de la gente, que no es fácil, porque la mayoría de la gente que vive en situación social desfavorecida, como dije antes, tiene un apego inseguro y la mayoría tiene un apego inseguro evitante. Esto hay que respetarlo e intentar crear una alianza terapéutica. Descubrimos que la empatía de estos alumnos cambia, mejora. La empatía se puede desarrollar tal como lo maternal. Siempre dijimos que en los primeros años es muy importante reforzar los aspectos positivos, el motor que tiene el bebé, esa fuerza que tiene el bebé para desarrollarse y desarrollar la parentalidad de los padres. Estas visitas domiciliarias mejoran la humanización del médico, mientras ayuda a las familias el futuro médico se está transformando en un médico más humano. Descubrimos que el bebé por su fragilidad, su vulnerabilidad, sus potenciales y su esperanza de cambio, es el verdadero maestro de la Facultad de Medicina. Ya se formaron las primeras camadas de médicos que están insertos en varios hospitales. Nos llegan algunos comentarios en tono de crítica, pero



“Paseo de los bebés” con la participación de toda la comunidad, en la ciudad de Canela, durante el acto de cierre de la “Semana del bebé”.

para nosotros son un elogio. Dicen que nuestros alumnos son todos psiquiatras. Le doy un ejemplo: llega una persona a la Guardia, con un cuadro de ansiedad importante. Los compañeros le aconsejan: “No pierdas tiempo, dale un ansiolítico”. Pero nuestros ex alumnos conversan con las personas. Intentan descubrir lo que hay por detrás: ¿Una desilusión amorosa, una carencia, una falta de vínculo? Hoy vemos que nuestros estudiantes son buscados para trabajar como médicos de familia. Muchas ciudades en Brasil desarrollan proyectos comunitarios de médicos de familia y nuestros estudiantes están contratados principalmente como médicos comunitarios. Y bien, el bebé es el maestro de todas estas experiencias.

RG: ¿Podría contarnos acerca de la experiencia en Canela?

SC: Nosotros acordamos con Nelson Mandela cuando dice: “*It takes a village to raise a child*”, se necesita de un sistema comunitario para criar a un niño. La pregunta era cómo llevarlo a cabo. Buscamos una ciudad y decidimos realizar esta experiencia en Canela. Trabajamos con el gobierno municipal, con la comunidad, las fuerzas vivas, el Rotary Club, el Club de Leones, las asociaciones comunitarias de los barrios, etc. y nos propusimos conversar sobre todo lo concerniente a los bebés. Creemos que la comunidad puede funcionar como un gran agente protector para disminuir los factores de riesgo y mejorar las resiliencias. Nos dedicamos a capacitar a la comunidad por la radio, por el diario, por folletos. Elegimos un día particular, el día de la vacunación. En Brasil hay dos días nacionales de vacunación. Todos los niños, casi el 99%, se vacunan. Elegimos ese día como un símbolo, el niño viene a buscar resistencia, va a desa-

rollar anticuerpos. Comenzamos viendo a los bebés menores de 1 año en Canela y les pedimos a las madres, después de la vacunación, cinco minutos para hacer un cuestionario, para ver cómo estaba la interacción madre-bebé, o bebé-madre, o bebé-padre, o bebé-abuelo y ver cómo estaba el desarrollo del bebé. Si sospechábamos algún problema en la interacción hacíamos una visita domiciliaria. Recuerdo un caso: un mes después del día de la vacunación fuimos al domicilio de una familia en la que habíamos evaluado dificultades en la interacción. La madre me muestra el carnet de vacunación y un papel que habíamos escrito, en el que decíamos: "Felicitaciones a la madre que trajo a su bebé para ser vacunado, será un bebé, un niño, un adolescente y un adulto muy sano". Y agregábamos: "Si usted no le canta a su hijo, cántele; si usted no le cuenta cuentos de hadas, cuénteles; si usted no lo masajea, hágalo". Me sorprendí mucho porque el bebé estaba muy bien. Había sido visto por una buena alumna de medicina, que tenía una buena mirada, un buen entendimiento clínico. La madre me dijo: "Doctor, yo no sabía que necesitaba cantarle al bebé, yo no sabía que el bebé oía, ahora converso con él, le hablo, le cuento todo, pensé que a los bebés no les pasaba nada". Era un pequeño problema de interacción. La madre estaba un poco deprimida. Y con diez centavos del folleto, con esta información, cambiamos una familia. Hoy estamos trabajando para usar este cuestionario muy simple y UNICEF va a intentar extenderlo a otras regiones de Brasil para que otros puedan utilizarlo, no sólo los estudiantes de medicina. Se puede evaluar si hay tendencias de problemas en la interacción tomando este cuestionario.

RG: ¿Esta experiencia era con los estudiantes de medicina?

SC: Sí, desde 1996, empezamos por Canela. Allí surgió la idea de hacer la "Semana del Bebé". O sea, hacer que toda una comunidad, todos juntos pudieran trabajar por una misma idea. Compartir con la comunidad los estudios que muestran la importancia de invertir en los bebés, de mejorar la atención prenatal, mejorar la pediatría, mejorar las visitas domiciliarias, mejorar los partos, disminuir los índices de cesárea, disminuir la mortalidad infantil y disminuir el problema del embarazo en la adolescencia. Trabajamos en todas las escuelas, con los niños de 11 años hasta 18 años, sobre el problema de la sexualidad humana; trabajamos también con los maestros. Creamos la "Semana del Bebé" y lo difundimos por la radio. Para realizar este evento contamos con aportes de distintos sectores: salud, educación, cultura y ciudadanía. De la salud porque hacemos varios seminarios internacionales incluso para discutir los temas y los proyectos de la primera niñez, los primeros años de vida. De la educación porque visitamos los jardines maternos, capacitamos a los cuidadores y vamos a las escuelas para tratar con los

profesores el tema de la sexualidad humana. En Canela más del 24% de los partos son de adolescentes. Capacitar a la comunidad es fundamental. En el sector de educación además de trabajar con los profesores hacemos un concurso de composición sobre los bebés. Hay cinco premios para las mejores composiciones desde el nivel primario hasta la escuela para adultos. En cuanto al sector de la cultura hay un festival de canciones para la niñez y otorgamos premios de honor. También se presentan obras de teatro protagonizadas por grupos locales que tratan el tema de la infancia, y organizamos un concurso de fotos de bebés, que se exponen en los locales comerciales. Trabajamos con los políticos; el intendente y la cámara de los ediles trabajan junto con nosotros. El Rotary Club, el Club de Leones y otras asociaciones están con nosotros. Preparamos discusiones y charlas en los barrios. Socializamos la información sobre los bebés. Y terminamos con dos actividades muy importantes: el paseo de los bebés y la bendición ecuménica en la iglesia del pueblo. Algunos nos decían que era una locura, que los pobres no iban a traer a los bebés. Quienes nos dijeron eso se engañaron, ellos mismos nos demostraron que al pobre le gusta mucho mostrar su bebé. Vinieron todos, hubo entre 2000 y 3000 personas. Este paseo se realiza el domingo, es el paseo de los cochecitos, y todas las familias y toda la comunidad caminan para pedir por la paz y manifestarse contra la violencia. Invertir en el bebé es cambiar la sociedad, es disminuir la violencia. Un bebé que recibe todo ese cariño desarrolla un apego seguro, no va a ser un delincuente, y la agresividad va a disminuir, va a desarrollar una agresividad constructiva, no una agresividad destructiva. En este paseo salimos todos, buscamos gente de la comunidad, actores de televisión, de cine y de teatro, participamos juntos mostrando que invertir en el bebé es muy importante. Como dije antes el paseo termina en la iglesia con una bendición ecuménica: luterana, católica, evangélica, y metodista, una bendición para todos. Pienso que socializamos la información y conseguimos desarrollar esta política de la ciudadanía en la comunidad. Para ser un ciudadano se necesita ser un bebé ciudadano, un bebé con cultura, con respeto, inserto en una comunidad, y así todos cuidaremos de nuestra gente, por un niño, un adolescente y un adulto más sano. Esta es nuestra idea en la "Semana del Bebé".

RG: ¿Cuántas "Semanas del Bebé" han organizado?

SC: Llevamos cuatro, una por año, y vamos para la quinta. Invertir en los tres primeros años es disminuir la psicopatología y es aprovechar el momento para mejorar la calidad de vida futura de las personas, para cambiar la sociedad. Como dice nuestro amigo, el psiquiatra y psicoanalista francés, Bernard Golse: invertir en los bebés tal vez sea, "la última utopía" para tener una ciudadanía y una sociedad más sanas, menos violentas ■

el rescate y la memoria



Los simuladores del talento

La expansión individual*

Por José María Ramos Mejía

José M. Ramos Mejía (1852-1914) fue el primer profesor de la Cátedra de Enfermedades Nerviosas, en Buenos Aires, y dirigió la Asistencia Pública. Su prédica, desde el Departamento Nacional de Higiene, su activa participación en la vida política, así como sus trabajos médico-históricos (*Neurosis de los hombres célebres de la historia argentina*, *Las multitudes argentinas*, *Rosas y su tiempo* y *Los simuladores del talento*, uno de cuyos capítulos reproducimos aquí) lo colocaron en el escenario del positivismo argentino con particular relevancia ■

La lucha por la vida es función elemental de la animalidad y del mundo orgánico en general; y conocido es el provecho que para el desenvolvimiento de su monumental teoría, han sacado Darwin y sus continuadores, de este recurso tan importante para la *adaptación*.

Sabemos hace ya rato que es el procedimiento por el cual el ser viviente se defiende mejor y triunfa sobre los que no son aptos para verificarla. Sería tal vez pueril entrar en las largas y lacrimosas descripciones del *implacable combate*, con las que los autores de manuales de Zoología estimulan la curiosidad del poco aprovechado estudiante.

Pero para establecer las diferencias entre ambas luchas: “la lucha por la vida” y la “lucha por la personalidad”, hay que decir que la una, es puramente función de nutrición y la otra de relación y perfeccionamiento. Todos los instintos se aguzan y movilizan, en la primera, para defender lo que la vida tiene de más animal: el alimento; mientras que en la otra, todo el ingenio y lo que el cerebro posee de más humano, se combina y perfecciona para adquirir lo que la animalidad superior, en sus avanzados tramos, tiene de ideal e intangible y sin embargo trascendente y eficaz: la personalidad moral. La primera es por esencia inferior, función de ganglio y de larva; la segunda, humana y de perfeccionamiento.

Esta última, en sus más violentas y activas formas, es función social de moderno origen, porque nunca la expansión de la individualidad ha adquirido mayor amplitud que en estos tiempos en que el individualismo

* La expansión individual, Capítulo II de “*Los simuladores del talento*” de José María Ramos Mejía, Lajouane, Buenos Aires, 1904.



toma formas realmente delirantes; y digo así, con tanta mayor propiedad cuanto que es bien notorio el trágico final patológico de su convencido y caluroso apóstol. Es pues una vigorosa y característica expresión de la vida social moderna que se siente cada vez más fuerte y busca en esa flor de la voluntad su más libre y particular desarrollo.

Sus desvíos y viciosos caminos, hijos tal vez de la misma expansibilidad, están en ese individualismo intemperante que desemboca a menudo en las dolorosas doctrinas de la anarquía y el nihilismo. A la democracia que amenaza con la nivelación de todo, al socialismo y al anarquismo popular, Nietzsche opone una aristocracia nueva que sería el triunfo de ese su individualismo a ultranza, y en la que ve la única salvación posible de la civilización. Al hombre medio, igual, mediocre y parecido a todos los demás, sin discrepancia de un ápice, opone "el superhombre", es decir, el despotismo de la personalidad superior, del individuo contra la colectividad. La doctrina del autor de *Zaratustra* es la sanción, mejor dicho, la santificación, en una forma un poco extraviada, el vigoroso empeño que las fuerzas morales y las necesidades de los tiempos modernos en sus tendencias a la expansión, hacen para sintetizarse en el gran instrumento de la *personalidad*, que es la que, una vez constituida, transforma toda la virtualidad de los valores mentales en fuerzas y tendencias de actualidad y de creación.

Tan encarnizada lucha, signo de la poderosa aspiración hacia ese perfeccionamiento progresivo que Nietzsche canta, ha hecho hasta desaparecer de las sociedades modernas todas aquellas formas de padecimientos cerebrales que implicaban una regresión alucinatoria hacia la personalidad animal: la *zooantropía*, la *licantropía*, que ya no se ven en nuestro tiempo, desde que la idea de ser lobo, caballo o perro, no puede implantarse en el cerebro humano, el cual ni en el hipnotismo, que reduce la independencia moral a un servilismo tan grande de la voluntad, acepta tales formas de disgregación.

Los hombres podrán creerse transformados en mujeres, sin ninguna anomalía sexual que justifique esta metamorfosis, convertirse en aves y hasta en objetos inanimados; pero siempre, la mujer será una reina o inspirada sibila; el ave de rapiña, el objeto inanimado,



algún fantástico submarino o locomotora colosal que atraviesa fulgurante el espacio devorando las distancias. Hasta en los delirios, la tendencia que domina, es la difusiva lucha contra la reducción digregante de la persona, lucha que infunde en la mente un índice de expansión tan considerable.

En la actualidad los *poseídos* y *demoníacos*, vivos ejemplos de un servilismo fatalista y que antes abundaban, tampoco son ya tan frecuentes; lo propio de lo que pasa con otras formas de negación que ha descrito Cottard y que tienen, ellas mismas, a escasear en la patología. Aquel estado en que "el espíritu se piensa bajo la forma de la eternidad y

aparece como fuera del tiempo y del espacio" de que han hablado los metafísicos panteístas, no atormenta más a la mente moderna, porque es contrario a las tendencias actuales que gobiernan la voluntad y que en ese caso se traduce por confiscación absoluta de la actividad cerebral, en la que una sola idea fija domina: la del aniquilamiento de la personalidad, que, como decía Amiel, "se desata, se disuelve, vuelve a tomar su estado primitivo, a hundirse en la fluidez original, sin figura, sin ángulos, ni formas acentuadas", es decir, en la difluencia del idiotismo.

Ninguna forma de alienación es tan común como aquella en que la expansión individual afecta proporciones enormes: la *parálisis general*.

Signos demenciales aparte, ¡cuán exuberante es la personalidad del hombre en las vicisitudes de aquella delirante odisea, en que el loco toma a la embriaguez y al sueño los colores más vivos para confeccionar las magníficas tapicerías de sus triunfos y riquezas faraónicas! Cuando en el principio de la grave dolencia, se le oye delirar, la idea de ser uno mismo, actor de un cuento de algún Pöe musulmán, le viene a la fantasía. Cierro sabor macabro de dolorosa realidad le invade el espíritu, e involuntarios esfuerzos de liberación, surgen a la voluntad movimientos como de sonámbulo que huyera de algún grave peligro, que en las sombras del raro sueño accionado, se desenvolviera rápidamente. La verdad sea dicha: a mí me dan vértigos las cimas a donde ellos se trepan en la desordenada y progresiva ascensión; sobre todo cuando la lucidez normal, ya en retirada sin embargo, mantiene todavía algo de la fé-



rea y saludable disciplina que muy pronto la sombría demencia hará pedazos.

La imagen del triunfo de la individualidad en sus más orgullosos excesos ¿no es ese *paralítico* en completo desenfreno cerebral y cuya fisonomía, gestos y actitudes dan la acabada sensación del orgullo humano, del sentimiento de la fuerza y de la despreciativa superioridad del individuo? Es el *superhombre*, mirado por vidrio de aumento.

En su abundante etiología, el afán de la fortuna, que crea fácilmente personalidades superficiales, las preocupaciones de la ambición con sus sueños de grandeza y predominio, son las que a menudo concurren a producirla. Más que de los intelectuales (aunque ellos mismos no escapan), es enfermedad de la inferioridad mental, que sin instrumento suficiente para la expansión individual dentro de ciertas regiones superiores, quiere forjar la grandeza por medio del azar y del dinero. Suerte de Palissy caricaturesco, ese *parvenu* aurífero echa al horno la vida y sus jugos más preciados, y cuando se aproxima la hora del triunfo, halla que sus pobres sesos han sido devorados en los febriles apresuramientos de la tentativa. En tan extraña forja, fúndese la vida con el metal, y el oro rutilante escapa del horno con la mente ardiendo en el delirio. La demencia triunfa sobre la avaricia que ha consumido a fuego lento la verdadera y más preciada riqueza de la vida: la tranquila mediocridad de un bienestar, sin abundancias sospechosas.

Las grandes fortunas (por lo menos en nuestro país) no conocen la longevidad de la mente. La lucha por el dinero, es una causa de disgregación de la personalidad, lejos de servir para forjarla, en la forma sólida y definitiva que otros instrumentos de trabajo. La misión de cuidar *la plata* y de reproducirla, sin más fin que las especiales sensaciones que produce el verla acumulada, debe tener y sin duda alguna la tiene, oculta letalidad para el cerebro. Porque los hechos, así como al azar recogidos en la sana observación de la vida, comprueban en nuestros hombres más ricos, una visible y prematura predisposición a las enfermedades del noble aparato. Veinte años de usurero (y tienen alma de tal los que no abrigan otra idea que la práctica de ese culto), consumen mayor porción de vida que ochenta años de meditación y de estudio. Más o menos, casi todos ellos cojean, diré así, de la médula y del cerebro. La personalidad que han formado, es socialmente tan estéril que, a seguir así llegarían a constituir una clase perjudicial por la inquina que naturalmente suscita la vida de hebraísmo contemplativo en que discurren. Desde ese punto de vista serán en el futuro tan antisociales como los malhechores y los vagabundos.

La expansión individual tiene formas de un exotismo sabroso e inesperado. En su incesante peregrinación hacia la definitiva formación de la personalidad, llega a veces hasta la extravagancia poliforma del caleidoscopio. Si las diversísimas formas que afec-

ta pudieran asimilarse al color, no habría cromos de más ricas variantes.

En sociedades tan nuevas como la nuestra en que no existen todavía cultos ideales y escuelas, consagradas por la tradición del éxito para la formación del carácter, la personalidad se forma por sí sola en las vicisitudes de la agitada vida que llevamos a diario, o por las virtudes innatas de una materia prima, rica en jugos de energía que se expende espontáneamente; o como producto casual de una sociedad, grupo, clase o pandilla que echa mano del artificio de la simulación, para conjurar peligros o encaminar tendencias vivamente sentidas. Así surgen muchas, que vemos desaparecer del escenario tan rápida y mágicamente. Los apuros de la mentalidad colectiva cuando se siente estéril, hacen el prodigio de una creación de carne y hueso, que es genuina expresión de su estado moral, en el que se mezclan aspiraciones puramente sensuales, algunas veces ideales de reposo y de conservación vegetativa. Se les necesita, por eso, se les crea.

Por una especie de alucinación voluntaria, la imaginación popular hace verdadera paleografía y lee sobre aquel fragmento de hombre, sin un solo trazo que autorice la ilusión, las calidades y aptitudes que necesita utilizar, como sobre el bloc informe que el roce casual ha pulido, ve el arqueólogo iluso las coincidencias y revelaciones que la mente ingenua de los aficionados acepta convencida. Poseen lo que el intencionado vicio de refracción mental de la muchedumbre les atribuirá por un fenómeno conocido de constante sugestión. Son los ingenuos *simuladores* mal grado suyo; prosadores sin saberlo de la política y de la historia. Ejemplos abundantes que no necesito citar, huelgan en la nuestra, y sin embargo, suelen ser útiles estas personalidades así creadas; porque la blanda plasticidad de su estructura acepta más fácilmente las deformidades de las preocupaciones populares que la resistencia y superioridad de una voluntad de otra pasta, resistiría con irritación.

Un pueblo de puras personalidades superiores sería intolerable y hasta perjudicial, porque el cumplimiento de las leyes y de los usos que constituyen la economía social y aseguran su correcta marcha, exigen esta indispensable tolerancia de parte de la personalidad grumosa de los mediocres que crea la necesidad. Pensad que el cerebro, con todas sus prerrogativas no es capaz de presidir los modestos movimientos del intestino que elabora vitalidad y fuerza, y que el más humilde ganglio, tiene en las funciones elementales de la vida, papel más solemne e irremplazable que toda la circunvolución de Broca con sus aristocráticas adyacencias. Esa es en la vida colectiva la providencial utilidad de los inútiles.

Ha dicho Sedwick-Minot, que en política el obstáculo más grande para conocer el valor de los hombres, es el predominio de lo que él llama las *ideas de muñeca* (dollidea); clasificadas así, por analogía con lo que pasa entre ella y los niños. Aunque éstos conozcan la superchería que encierra el pedazo de trapo con que jue-



gan, le asignan, sin embargo, pasiones, sentimientos y aptitudes que la ingenua ilusión, baraja con fines de pasatiempo. El niño llega a sentir verdaderos afectos, profunda simpatía por su muñeca. Se identifica de tal manera con la realidad que ha creado, que llora y ríe según la índole de los sentimientos que le atribuye; y aun cuando está persuadido de que aquel lienzo inanimado y sucio, es la misma negación de la vida, la necesidad lo impone, porque la sugestión tiene poder tan grande y tan débiles son sus facultades críticas, que fácilmente llega a la más completa alucinación. ¿Para qué agregar como corolario, el lugar común que está en todos los labios: el pueblo es un niño?

La creación del mito histórico y político es en muchísimos casos una función de utilidad y de defensa social.

Y aquí, la silueta del inolvidable Juan Moreira baja precipitadamente a los puntos de la pluma, como impuesta por la oportunidad de su aplicación.

Aun cuando no fué creado con fin político alguno, sírvenos a maravilla, para mostrar cuál es el fácil dispositivo que tiene la imaginación popular para engendrarlo. Surgido de todas piezas en el breve espacio de una generación, fué llevado del humilde circo de payasos, hasta el aristocrático teatro lírico. Y si tal engendro, aun sin satisfacer necesidad social alguna, ha marchado tan de prisa, ¡cuál habrá sido la presteza de otros, que sin duda la llenaron, y que al llegar al presente, transformados en vivas tradiciones o en encarnación de ideas que ni remotamente conocieron, satisfacen el orgullo de partidos o de pueblos, que los consagran con su admiración y cariño!

Hay otro género de personalidades hechizas, que fabrican también las pasiones colectivas del momento, y que, una vez calmadas, dejan como sedimento una víctima, en ese caudillo popular que han adorado como una realidad.

Hecho para un medio ambiente determinado, pronto se asfixia por falta de adaptación a la atmósfera ordinaria, una vez que se restablecen las cosas dentro de sus quicios naturales. Cuando la agitación toma grandes proporciones, el *ser caudillo* llega a constituir una profesión, y el arte de simular una personalidad; es fácil y hasta lucrativo. Las facultades plásticas de ciertos caracteres permite, a los que tienen buenas disposiciones simuladoras, formarse una, accidental y pasajera si se quiere, pero que, si el temperamento se presta, llega a encarnar genuinamente voluntades y apetitos de determinadas fracciones, que le dan ponderación social.

El procedimiento es bien sencillo: renuncian a su verdadera aunque opaca personalidad de antes, para tomar la que le confecciona o impone el movimiento político. Como el populacho siempre escaso de *facultades de relación*, precisa un órgano que sintetice su pasión, una a modo de encrucijada sensitiva, a donde afluyan las diversas fibras del dolor común, y la de los apetitos inferiores de cada uno, lo modela a su imagen; materialmente, lo fabrica, sacando un alma

y metiendo otra, sin más función que la de gesticular y accionar aquellas sus necesidades elementales. Hay en suma, una verdadera *depersonalización* o sustitución de personas. Eliminadas las circunstancias del momento, sucede que la primera, es decir, la antigua dueña primitiva del ser, y que es la que posee el sentido real de la vida, despierta al fin a la carnal existencia, turbia pero efectiva, sin decoraciones ni panoramas que le hagan el relieve sin los gritos que encelan las pasiones, ni los tiranos legendarios para sus gesticulantes discursos. La personalidad de fábrica, ha desaparecido como las visiones de un delirio. Interrogado el instrumento que antes hacía prodigios de popularidad, no responde ya; el prestigio ha dejado evaporar su esencia una vez rota la redoma vistosa que reverberaba en la puerta del comité, y el caudillo empieza a comprender, recién, que en el trance ha perdido las dos personas: la suya y la artificial que le seguía. Estado moral inexplicable y análogos al del personaje del fantástico cuento escandinavo, que en los umbrales de la locura había extraviado la sombra de su cuerpo. Al bullicio de la lucha sucede el silencio de un estado mental ambiguo, en que uno mismo en igualdad de circunstancias se sentiría con ausencias de espíritu; vacío por dentro, como quien dice. Situación de angustia pasiva desarrollada alrededor de esa sensación de insuficiencia psicológica, en que prosperan después las ideas extravagantes de damnación social que terminan en el desastre de una emocionante tragedia.

Hemos visto en la historia de nuestros días, cuando las aciagas luchas alteraron la tranquilidad del país, más de un caso de caudillos sedicentes jefes de partido, que perdieron la gran personalidad accidental que las circunstancias les habían forjado, para luego caer en la interesante vagancia de los príncipes destronados. Sin embargo, uno que otro incidente, algún periódico de lejana provincia retardado en sus informaciones, o la tentativa arqueológica de un biógrafo entusiasta, nos vuelve a producir vivos recuerdos que por un instantes le dan vida y actualidad en el abandonado escenario político.

Cruza por el campo de la visión actual, una de las dos, traída por el recuerdo y tal vez aplaudida; mientras la otra, que aun discurre opaca pero real por el mundo, asiste al curioso espectáculo de un desfile extravagante en que él mismo presencia sus distintas actuaciones, como en el vidrio de una linterna mágica. Análoga sensación a la que experimentaba aquel muchacho enfermo que cita el curioso Seglas en su hermoso libro tan conocido, y que, al ver pasar un tranvía, le asaltaba el pensamiento de que su personalidad se iba en él, mientras clavado en el sitio y naturalmente confuso, lamentaba tan angustiada situación de espíritu.

Aquello de que, *nadie es profeta en su tierra*, expresa un fenómeno psicológico que la fisiología social explica con alguna verosimilitud. ¿No habéis observado que, a veces, la personalidad de un hombre,



artista, filósofo o político, sufre algo así como una emigración del propio cuerpo, en virtud de la cual actúa en otras regiones bien lejanas de su residencia; que lucha y es discutida allí, como si se hallara presente; y triunfante o derrotada circula desprendida de su físico que tal vez despreciado y arruinado, vive en la oscuridad de su residencia carnal? En su país anda como un divorciado de aquella esposa que ha huído de su lado, sin ser sentida y discurre, como digo, dentro del anónimo; afuera sus obras o sus hechos le han formado otra personalidad que tiene en la imaginación, hasta un tipo físico, trabajado por ella dentro de líneas posiblemente contradictorias con el verdadero. Con él circula la personalidad moral que el capricho imaginativo llega hasta reproducir en los periódicos ilustrados y si por acaso la persona material, cuerpo sin sombra, instrumento de música sin eco pero propietaria legítima, sin embargo, fuera a recoger las palmas que tan copiosamente le tributan, es indudable que le tomarían por loco o por impostor.

En la imaginación pública, la personalidad es algo muy peculiar, cuanto a su formación; una mezcla de hechos y circunstancias percibidas y sintetizadas por cada uno según la idiosincrasia de sus sentidos, combinaciones de imágenes y sensaciones que el cerebro baraja a su modo. Indudablemente se precisa cierta particular educación y perfeccionamiento para verificar correctamente ese género de visión distinta y útil, de que no siempre participa el populacho. Cuando no se forma en la retina la sensación sintética por excelencia, cuando la conciencia pública no la percibe, es porque, probablemente los lineamientos y calidades que la constituyen, son superiores al grado de perceptibilidad que en ese momento posee el sentido general. Son personalidades para otro medio, de otra época en que la percepción, en un grado mayor de evolución, posee aparatos más aptos para sentirla.

La popularidad, siempre efímera, no es otra cosa que la posesión real o artificial de calidades que por lo elementales se hacen más accesibles a la sensibilidad actual. Las *personalidades fáciles* son las populares, como las músicas de las canciones y los versos amatorios. En cuanto a las otras, pasan los años, las generaciones se suceden, y de repente las grandes personalidades, que otrora fueron turbias, las ve uno aparecer como un *revenant* que encontrara al fin su medio, buscado y esperado, tal vez por siglos inútilmente. Confusas e indistintas antes, parece como si se encendieran al tocar atmósfera propicia tomando entonces posesión de los sentidos y del alma contemporánea, embargada por la sensación de su grandeza. Se parecen a esos autores cuya luz recién percibe la tierra mil años después de haber desaparecido. Es indudable que la noción o el sentimiento de la personalidad no necesita ser afianzada por el constante concurso físico visible. La personalidad de un hombre de cierta magnitud vive y actúa, en la con-

ciencia popular, como la alucinación que es, según se le define generalmente, "una sensación sin objeto".

En la encarnizada lucha por la expansión individual, sólo no bregan *los insuficientes* y los que yo llamaría por asimilación, *tuberculosos de la voluntad*.

Sin embargo, los primeros combaten a su manera empleando las desconocidas formas de actuación que veremos después; los segundos se entregan más fácilmente al pasivo fatalismo de su *abulia servil* e inerte. De la pasta de ambos suele formarse cierto género de simuladores de que hablaré en el capítulo respectivo.

Teóricamente comprenden que es buena la actividad, que la lucha tiene sus halagos y sus recompensas; la conciencia de que pueden y deben obrar está en ellos despierta, pero al comenzar la idea a transformarse en acto, se detienen, la fatiga los invade y reducidos por la inercia contemplativa en que beatamente viven, vuelven a sus goces de placer sin trabajo. Dudan entre el "yo debo" y el "no debo", y la conclusión de estas premisas dubitativas (Lapie). La inercia práctica es el resultado de su duda intelectual. Todos los casos son para ellos insolubles porque el entendimiento falto de energías y de luces carece de instrumento necesario para obrar, del estímulo y el impulso que es vigor de vida sana, de la facultad y los deseos en una volición y un pensamiento.

Es una personalidad disgregada *ab ovo*; difícilmente se le reconstruye cuando la infección de la abulia es tan general.

En muchos de ellos, suele no ser una enfermedad sino una deformación ingénita o adquirida de la voluntad, un desequilibrio entre las necesidades y los instrumentos hereditarios con que deben satisfacerse. Los menos lesionados obedecen a la orden, aunque hay que indicarles el deber imperativamente, como quien fustiga la espontaneidad de esos nervios en relajación; hablar al animal estimulando al reflejo para obligarlos a caminar. En la vida social tan interesantes enfermos constituyen el grupo de los *bohemios* inteligentes, de los *conservadores*, sin más trascendencia en la acción que el despliegue de fuerza necesario para llenar aquellas necesidades más indispensables de la vida: el *pechador* activo y voluntario, solo, en sus singulares procedimientos de extracción, el *poeta talentoso* y alcoholista que trabaja una noche entera en cincelar un soneto pero a quien el menor esfuerzo de adaptación al trabajo, en cualquier forma, postra y abate como si un enorme peso gravitara sobre sus músculos. Y no deben escapar de este grupo, aquellos infelices herederos de las grandes fortunas, cuya frágil naturaleza moral y dorado cretinismo los precipita dentro, apenas han pesado los umbrales de la edad adulta. Carecen hasta de ese vigor en el libertinaje que acusa, si se quiere, vida desordenada, pero con cierta energía interesante de la volun-

1. Tardieu. *L'ennui*, 1828.



tad, que, aunque mal dirigida, les crea una personalidad *sui géneris*.

Su gran falta –se ha dicho– está en esa desviación del trabajo que exige esfuerzos engrandecedores y fecundantes; no pudiendo ejercer sus facultades, el espíritu inerte queda afectado de una falta de desarrollo que lo detiene en el infantilismo, y lo entrega maniatado a la cómica explotación de la bohemia elegante, que lo circunda para devorarlo. Según Schopenhauer, los ricos son enfermos que sufren de una debilidad orgánica de la atención, de una dolencia incurable del deseo y de la voluntad, cuando no reproducen, íntegra, la ataxia moral del carácter histérico, la inestabilidad mórbida de su desequilibrio (1). Almas excitadas por deseos vivaces, pero generalmente servidas por órganos insuficientes, tienen en todos sus actos los estigmas de la fragilidad del carácter. El gráfico de su vida sería, según Seguin, una línea loca a fuerza de ser quebrada, que en el tambor registrador reproduciría el galope del caballo que marcha al azar y en libertad.

Cabría igualmente en el género, pero sólo por su espíritu gregario e inapto para la lucha, aunque tal vez bondadoso, aquel *empleado antiguo* que es todo un tipo psicológico social y que durante cuarenta y cinco años no ha hecho otra cosa que seguir la rutina honorable de su empleo, en un ininterrumpido sonambulismo que lo sustrae a todas las espontaneidades del espíritu y de la voluntad.

Todo lo que es desviación del carril, lo postra en la fatiga y suscita sus alarmas; para ellos el esfuerzo sería el estallido o la muerte. Al verlos funcionar, se le antoja a una que han de ser honorables, porque no tienen aparatos mentales para otra cosa; la malicia y el prurito de la tentación no encontrarían órgano en su simplicidad de espíritu rayana de la imbecilidad. La costumbre de una misma función, exclusiva y absorbente, durante cincuenta años no ha permitido que se forme en el cerebro el centro psíquico-motor o de ideación, que sugiera y ordene el mecanismo de un acto punible. Todos estos abúlicos por temperamento o por la fuerza de la costumbre, fuera o dentro de la administración pública, son los más sólidos basamentos de los despotismos; porque, como carecen de personalidad, son números y no personas como los enfermos de los hospitales; su servilismo honesto y paciente no incomoda y se dejan conformar dentro del molde en que los vacía la mano que toma su masa dócil.

De la asociación de todos aquellos *insuficientes*, de tan variados aspectos, resulta una de las más curiosas personalidades de la vida social: las *personalidades coloniales*; es decir, formadas, como los animales descritos por Edmond Perrier: por la agregación de pequeños individuos, que para vivir y prosperar tienen que sumar sus eficacias, en una colaboración que les procura inesperado éxito.

El mejor ejemplo a la mano es el voraz organismo

que bajo el nombre alternativo de "sindicato" "empresa" "compañía" o "congregación" constituye la personalidad por muchos conceptos imponente del *Ventre de presa*, peculiar de la fauna financiera argentina y por otras derivaciones, de la sociedad en general.

Es una personalidad homogénea y vigorosa precisamente por el medio silencioso en que opera, y el procedimiento rampante que por lo general emplea. Es, como digo, uno de los géneros más curiosos de la expansión individual, sobre todo, en esta sociedad afectada de la obsesión mercantil y de la megalomanía plutocrática.

Se insinúa por todas partes donde hay reparto, obesidad de presupuesto, propuesta o botín de cualquier especie. Según las épocas y las circunstancias económicas o las modas financieras los *Vientres de presa* son especialistas en todo: en el acaparamiento de la tierra, en el monopolio de las licitaciones, en la enseñanza, o en la compra de buques y armamentos. Como tienen el don precioso del mimetismo administrativo, se ocultan tomando el color de todas las banderas según las circunstancias y las necesidades. En la gestión de la tierra pública poseen la fecunda invención del nombre que les permite distribuir en varios bocados una misma lonja de tierra, abarcando provincias enteras. Y ya sea bajo el nombre falcioso de: *unos ingleses*, *viuda de fulano* o *herederos de zutano*, el plano indiscreto no revela el largo intestino, sino en fracciones defensivas y modestas, dejando la ilusión del reparto equitativo que ha soñado la ingenuidad de la ley y los enemigos del latifundio.

Y hay que ver cómo desaparecen por las abiertas fauces los dineros del Estado dentro de las anfractuosidades de aquellos vientres todo superficie digestiva. No sé qué don de taumaturgia olfativa les permite discernir, desde la metrópoli, las mejores tierras hasta con su sistema completo de irrigaciones naturales, calidades de sus pastos y proximidades ferroviarias; a tal punto es certera su visión. Lo mismo pasa con la propuesta X o con el proficuo negociado de otro orden, que antes de concebirlo el gobierno, ya ellos lo tienen resuelto en lo más íntimo de su enorme colon, sin un centavo de falla o diferencia.

Se insinúan lo mismo en los proyectos de educación nacional, cuando es congregación, o en las grandes ubicaciones de tierra, como en todas las tentativas de colonización en grande o pequeña escala; bajo la temperatura del sol abrasador del Chaco o en las brumas heladas de la tierra del Fuego; y cuando uno tanea en las oscuridades y mansedumbres de alguna de esas propuestas inocentes, y tan bien disfrazadas bajo la tupida red de deslumbrantes cifras o de propósitos morales y patrióticos, que se arrojan como polvo de oro a los ojos del incauto, siente que el tacto choca contra aquel vientre blando tan dócil y plástico, casi inofensivo, para no despertar sospechas. Como la vela en las calmas, es puro trapo inútil en el reposo del acecho, pero cuando el contacto de la mano, que, en el cuerpo humano es el órgano



que da, despierta la voluptuosidad de una próxima realización, hinchase el paño, como empujado por vientos bienhechores y, entonces hay que verlo surcar garboso el tesoro público como si fueran aguas conocidas.

Es rico de vinculaciones sociales y políticas, porque sabe agarrar con sus asas intestinales de oro, abogados, ministros, diputados, etc., etc., y a todos los que directa o indirectamente puedan apretarle los ganglios sensibles. Saben insinuarse en la voluntad de todos ellos por granjerías y promesas que alejan el fantasma del hambre y estimulan la visión de una riqueza inmediata. Contaminan las mejores inteligencias, los caracteres más probos, los sanos corazones inocentes, con aquella abundancia sin reticencias, con que llaman a la puerta de la conciencia en el momento en que comienza a sentirse la necesidad, para echar por el ojo de la llave leve olor a dinero, sobre el oído ruidos suaves de metal, montones de papel moneda sobre la visión extraviada. No emplean nunca el zarpazo, sino la contaminación lenta de la humedad, roen como la lima, avanzan como el aceite untando todos los resortes para resbalar en silencio.

En la gestión de la presa, poseen una filosofía mundana, que es una síntesis moral de su práctica de la vida, la antena invisible que guía su prudencia cautelosa: la necesidad –se dicen– es peor que la miseria, porque toma al hombre todavía en toda su integridad moral y sensitiva; como cierta conmoción del ánimo que ella ocasiona suministra a la conciencia una susceptibilidad un poca confusa, pero real para la percepción de las cosas, hay que darle al soborno los contornos del préstamo, la forma del auxilio o del descuento; en la miseria plena, la personalidad moribunda o fatigada, ha llegado a la disgregación que abre ancha puerta a las más francas tentativas; y de ese bajo fondo de animalidad en que ha caído, tal vez en defensa estéril de su integridad moral, nace un concepto escéptico y pesimista de la vida, que predispone a la tolerancia.

Tan especial epicureísmo, mucho más provechoso cuando es discreto y prudente, que profesa el hombre que ha conocido hambrunas y no las ha satisfecho, lo pone a disposición del aterciopelado contacto del vientre y se entrega en cuerpo y alma. La primera es lucha, con esperanza de triunfo, pero haciendo prodigios de equilibrio para mantener a todo trance la actitud humana de pie; la segunda es una simple rendición; el uno es un beligerante todavía, el otro es un maltratado prisionero de tribu antropófaga. Se lo devoran con intrépida desvergüenza, dejando chorrear la sangre para que todo el mundo se imponga del homicidio.

En las congregaciones religiosas y más especial-

mente, todavía, en la prensa, ya que la tenemos a la mano, vais a encontrar otros ejemplos de estas *personalidades coloniales* o por agregación: sus eslabones, como los de un anélido colosal, van juntándose hasta constituir su unidad definitiva.

El *diario* moderno, aquí especialmente donde el espíritu industrial domina como en ninguna parte, pertenece al orden de esos animales compuestos, cuyo "carácter positivo", que diría Cuvier en sus apuros de clasificación, está en el aparato de nutrición, en beneficio del cual todos los demás le están sometidos. Cada diario, el diario-empresa sobre todo (y no conozco otra especie), es el mejor tipo de este género de expansión de la personalidad.

Una vez constituido el curioso organismo, la vecindad forzosa, la diaria y constante cohabitación bajo un mismo techo, la continuidad casi material y hasta la unidad del aparato digestivo, establece tal género de relaciones que todos acaban por sentir y vivir una misma vida, expresar una misma sensibilidad. Es el caso de las Esponjas y de las colonias de Pólipos que se juntan, estos últimos para constituir la famosa Hidra. Cada individuo transmite sucesivamente y por procedimiento variable la sensación que experimenta y gracias a la cooperación de todos, aparece algo así como un órgano particular encargado de recibirlas y de transmitir simultáneamente a todos, ciertas reacciones directrices que allí se forman y que son capaces de determinar movimientos combinados. Es curioso cómo se desarrolla esta individualidad psicológica que acaba por ser toda una personalidad. El individuo, director o por otro nombre, la cabeza de la Medusa multiforme, no ha llegado de un solo golpe a establecer su hegemonía. Para servirme de una feliz expresión de Alfredo Espinas (1) diré que es por una larga serie de delegaciones sucesivas por parte de todos que concentra la mayor actividad psíquica de la colonia; poco a poco ha ido recibiendo el mandato de más en más extendido antes de llegar a obtener la abdicación completa de sus asociados.

Las impresiones producidas sobre los diferentes individuos del agregado y aun ciertas impulsiones que de ellos emanan, llegan al órgano que las concentra, el cual fija la orientación diaria de sus aparatos de prehensión. La conciencia suya se agranda y crece hasta convertirse en la conciencia misma de toda la colonia; es él, el que quiere por todos sus asociados dóciles al dictado del instinto de conservación que domina, y que establece al fin la unidad psicológica real e indiscutible del extraño conjunto. Es de este modo, más o menos, como los animales superiores llegan a la noción de individualidad y como el *yo* se sustituye al *nosotros*, ese *yo*, que no es otra cosa que el *yo* invasor y despótico de la persona, a quien circunstancias diversas no el talento, han dado a las veces en la colonia un lugar preponderante.

Una vez bien organizada la personalidad colonial, por este sistema de agregaciones, la función de

1. Véase "*Les Sociétés Animales*", 1878 y el bien pensado libro de Edmond Perrier, "*Las Colonias Animales*", de donde copio toda la parte zoológica de estas aplicaciones sociales.



conjunto se hace sola. Es tan celoso el mecanismo y tal el hábito de moverse en determinado sentido, que el trabajo diario con su despliegue habitual de entusiasmos y de pasiones, marcha, puede decirse, solo. Determinados individuos deben producir automáticamente movimientos y actitudes ya previstos, otros sus gritos y exclamaciones prefijadas, segregar otros el veneno sin necesidad de estimulaciones actuales. Y sin embargo, comparad la importancia que, dentro, tiene cada una de las insignificantes personalidades con la que poseen fuera de la colonia, y veréis cuál es el valor social del *agregado* a los fines de defensa y de engrandecimiento, que por el socorrido sistema adquiere la insuficiencia microscópica.

El anillo, solo o desprendido del conjunto, nada puede cuando está aislado. Es menester que las impresiones colectadas fuera, vayan a la conciencia colonial y de allí salgan transformadas en la dentellada o la caricia que impone el aparato director.

En ese diario, la confección del veneno se hace por una serie de pequeñas colaboraciones; las virulencias se suman y el tósigo que resulta, al fin, sólo necesita de la gota para emponzoñar una vida. Esta situación cómoda en que todos los resultados son impersonales, vagas e inciertas las responsabilidades, facilita enormemente el trabajo, porque el peligro se difunde en proporciones infinitesimales.

La importancia del diario actual radica en el hecho de haber llegado por el sistema de las colonias animales hasta constituir esta personalidad psicológica, que por simples movimientos reflejos va hasta producir fenómenos de actuación tan considerables. Ha suprimido al hombre y sustitúidolo por la máquina; las interesantes torpezas del corazón humano han desaparecido y aun cuando en esos colosales organismos no se siente el calor sano del cariño, ni aquella luz intermitente que agita las montañas, en cambio, rinde una suma de trabajo útil, mucho mayor que la que lograba el diario antiguo, en el cual el factor hombre, tan incómodo y perturbador, palpita a cada instante en cada una de las líneas del mal impreso periódico.

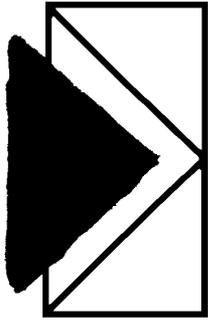
Antiguamente, el director o redactor de un diario lo caracterizaba imprimiéndole su personalidad: hoy es la unidad de esa alma industrial en cuyo fatalismo generalmente nada tiene que hacer el espíritu. Podéis sacarlo, substituir el talento por la imbecilidad, que la personalidad colonial no se altera. ¡Cuántas congregaciones, cuántos grupos, no marchan sin cabeza, nada más que dirigidos por el instinto de la *agregación!* ¿No se mueve la Hidra, como el insecto de más elevación zoológica, sin el concurso del pensamiento y aun sin un sistema nervioso protector? ¿Variando su procedimiento de locomoción, cambiando de camino cuando no le conviene el que llevaba; fijarse o escapar a voluntad, huir de la luz y hasta contraerse voluptuosamente cuando toma la presa o alguien le hiere? El diente que muerde no tiene, por eso, con-

ciencia de su función, del mismo modo la vesícula de la serpiente decapitada que se mueve en virtud de reflejos establecidos, filtra con una rabia artificial la mortal ponzoña. No insulta ni alaba el protozoario, sino el *periódico*. El inferior organismo que trabaja en la garra como el que funciona en la vesícula de la hiel, ignora la amargura que destila, o la miel con que unta el labio del acariciado; tienen cada uno la conciencia de la rueda que tritura, del cilindro que separa el grano de la broza.

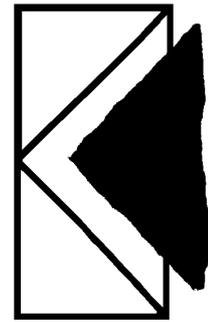
Movimientos e impulsos que sugieren al observador esa impresión de completa conciencia, más aún, cuando ve al Pólipo apretado por una fuerte ligadura, atravesado por instrumentos, punzantes u obligado a tragar objetos indigestos, retorcerse o mutilarse espontáneamente para escapar al peligro. Sin embargo, que oscura conciencia exista, no lo dudéis, pero rudimentaria para los actos que salgan del padrón fijado por su fatalismo económico. En las personalidades coloniales, el éxito resulta, en mucha parte, de esta ausencia del dolor físico o moral de cada individuo. Cada uno de ellos tiene una sensibilidad personal, pero otra es la del conjunto, la de la colonia como individualidad; el dolor colonial, diremos así, no es pues el personal y el agente vulnerable hiere generalmente aquélla y no ésta, salvo excepciones. La vida moderna, que ha sugerido tan admirable organismo, asegura por medio de estas y otras peculiaridades propias de semejante personalidad, la vida preciosa de tal entidad moral, felizmente intangible a los peligros, como útil en el juego de las instituciones públicas que salvaguardan los derechos de los pueblos y el dinero de los asociados.

La no menos interesante personalidad de los *grupos* tiene igual origen. Es también de ahí de donde proviene su resistencia.

Un procedimiento parecido les da vida y cotización social relativa. El *grupo* es otra forma de asociación colonial como el sindicato, la congregación y la empresa, porque con todas ellas, tiene parentesco, y con algunas, estrecho. La notoriedad que, por reflejo, recoge de allí el mediocre, es el recurso de ciertas voluntades y mentes débiles para labrarse una posición suficiente. Suele ser alrededor de una persona más o menos sobresaliente que se forma ese organismo de lucha. Asimilándose por elementales aptitudes de mimetismo, muchos rasgos suyos, pueriles, pero aparatosos, logran producir una vaga sensación de analogía cuyo artificio no descubre el superficial análisis. A los fines de simulación se apropian sus aptitudes y frases comunes; y como a veces la presencia de calidades amables de carácter, o condiciones morales modestas pero eficaces les da cierta consideración social, surge de allí la ilusión de un volumen personal que facilita su circulación. Las deliciosas intimidades con los hombres de valor real, cuya augusta benevolencia les proporciona fácil acceso al capital de prestigio que irradian, alumbra la opacidad de todos esos segundones ■



confrontaciones



De la epidemiología psiquiátrica a la investigación en el campo de la salud mental

Alicia Stolkiner

Lic. en Psicología. Profesora de Salud Pública/Salud Mental de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. stolkin@psi.uba.ar

La epidemiología psiquiátrica es un punto de intersección entre dos disciplinas: epidemiología y psiquiatría. El objetivo de este trabajo es realizar un análisis crítico de su desarrollo y de sus enlaces. Este análisis implica su historización y su contextualización a fin de develar sus lógicas como constructos sociales. Se trata de una tarea necesaria para arribar a los interrogantes y desafíos que implica la actual investigación en el campo de la salud mental, en un momento de fuerte confrontación y quiebre de paradigmas.

Epidemiología y Psiquiatría: enlaces y diversidades en los orígenes y procesos de dos ciencias modernas

La epidemiología y la psiquiatría son ciencias que se constituyen como tales en la modernidad y, por lo tanto, son acabadamente disciplinas modernas¹. Afirmar esto es adherir a la idea de que una disciplina científica –y el pensamiento humano en general– responde a una demanda y posibilidad de época, y reconocer en su nacimiento una determinación histórica y política.

Poco se puede agregar a lo que Michel Foucault describió como el nacimiento político de la psiquiatría en el contexto de la fundación paradigmática de los Estados modernos: la Revolución Francesa(10). En una

ciudad pensada para el libre deambular de los ciudadanos en los espacios públicos, y en una sociedad donde se suponía que los sujetos regidos por la razón realizaban las elecciones necesarias para posicionarse libre e individualmente, fue necesario definir un espacio material y simbólico para alojar la “locura” y tutelar a quienes no podían ejercitar la libertad por hallarse “alienados”. Se suponía una sociedad compuesta por sujetos racionales que tomaban decisiones en función del máximo beneficio al menor costo –el sujeto por definición de la economía clásica y neoclásica– y que se desarrollaba armónicamente por el motor de la competencia mercantil. El Estado era el garante del cumplimiento de este contrato y debía también definir los espacios para quienes resultaban disruptivos o fracasaban, de allí el nacimiento de instituciones asistenciales, ejecutadas con una lógica filantrópica y sostenida en una articulación entre ciencia y moral. No obstante, esta tendencia “natural” al orden y al equilibrio se manifestó tempranamente como una idea insostenible en el capitalismo naciente. La medicina “científica” fue llamada a ocupar un papel relevante en el ordenamiento político.

Este fue el contexto del nacimiento de la psiquiatría, destinada a dar convalidación científica al espacio de la no racionalidad. La naciente “Medicina Mental” instituyó los que anteriormente eran establecimientos de reclusión como espacios de curación. Al respecto dice Emiliano Galende: “El gran cambio en las prácticas terapéuticas se introduce por la medicalización de la relación de asistencia, pasando de lo que era un encierro compulsivo y policial con convalidación de la Iglesia a un tratamiento compulsivo de los enfermos”(12).

1. Esto no significa negar una prehistoria que se remonta al pensamiento griego. También es necesario mencionar el carácter precursor de una salud pública metódica, de la medicina árabe que alcanza su apogeo en el siglo X. (6)

‘Si la psiquiatría nace relacionada con la necesidad del Estado de sostener el orden de la razón, la epidemiología será hija de la economía de la población’

La medicalización no fue privativa de la psiquiatría. Es una faceta de un proceso en el cual la ciencia moderna, supuesta de producir un conocimiento objetivo y verdadero, externo a los intereses y ópticas –eventualmente contrapuesto– de los diversos sujetos sociales, se instituyó como razón de poder reemplazando el lugar de convalidación ejercido hasta entonces por la religión.

La medicina fue llamada a ejercer un papel de ordenador en nombre del bien de los sujetos y del desarrollo de la sociedad. Esto es lo que Jaques Donzelot muestra en su análisis del “policiamiento” de la familia: “hay un *polo médico higienista* que no trata de contener la demanda inflacionista del papel del Estado, sino, al contrario, de utilizarla como instrumento directo, como *medio material* para conjurar el peligro de la destrucción de la sociedad por el debilitamiento físico y moral de la población (...) La tendencia médica es la consecuencia necesaria de la tendencia industrial, ya que la influencia que esta última ha ejercido sobre la salubridad está fuera de toda duda, en el sentido que ha multiplicado el número de peligros a los que las poblaciones manufactureras están, por lo general, mucho más expuestas que las poblaciones agrícolas” (8, pág. 59).

El modelo médico alienista conjugó estos intereses políticos con los de una corporación naciente que se delimitó como “especialidad médica”: “el triunfo histórico del alienismo se debe a que supo aunar –o más bien no disociar– un entramado médico, garantía de respetabilidad científica, y un entramado social, el de los filántropos y reformadores del período posrevolucionario a la búsqueda de nuevas técnicas asistenciales” (4).

Si la psiquiatría nace relacionada con la necesidad del Estado de sostener el orden de la razón, la epidemiología será hija de la economía de la población. Ésta –la población– se constituyó en el nacimiento de la modernidad como un valor y recurso del Estado nación. Resultó necesaria tanto su preservación como fuerza de trabajo, cuanto como ejército. Así, “la idea de que la riqueza principal de una nación es su pueblo, aliada al acto objetivo de que el poder político es el poder de los ejércitos, hace que sea necesario contar al pueblo y al ejército, o sea, al Estado. La medida del Estado, la estadística. El pueblo como elemento productivo, el ejérci-

to como elemento beligerante precisan no sólo del número sino de la disciplina y de la salud” (5).

Es así que la epidemiología tuvo desde su origen un foco en lo colectivo de la salud/enfermedad de las poblaciones. La psiquiatría, por su parte, más ligada a la clínica, se esforzó en categorizar las así llamadas “enfermedades mentales” a nivel individual y, si es posible, biológico. Con respecto a la psiquiatría original del siglo XIX escribe Emiliano Galende: “la diferenciación nosográfica se apoya en la esperanza de que se logre hallar, concomitantemente, una especificidad anatomoclínica, y haga entonces del diagnóstico psiquiátrico un acto de verdad objetiva. (...) La teoría se agota en una taxonomía siempre cuestionada, siempre modificada” (12, pág 136). Sin embargo, esta adscripción, originalmente diferenciada entre ambas disciplinas tiene puntos de enlace.

Naomar de Almeida Filho plantea que históricamente la epidemiología se estructuró sobre un trípode: la clínica, la estadística y la medicina social: “sin la clínica no puede existir epidemiología, pero lo mismo acontece con la estadística y con la perspectiva de lo colectivo en la salud, que puede ser sintetizada en el movimiento de la medicina social. En esta medida, sin una concepción de lo colectivo y, en fin, de lo político, es imposible pensar la epidemiología” (5, pág 2).

La epidemiología naciente recibió de la clínica el modelo causal biológico de la enfermedad. Sustentándose en un saber naturalizado, racionalista, moderno, la ciencia clínica terminó reforzando aún más el estudio unitario –el caso, a partir del estudio sistemático de los enfermos, finalmente recogidos en hospitales(6)– y el descubrimiento de los microorganismos fundamentó la concepción ontológica de la enfermedad, proveyendo de un fuerte impulso a la medicina organicista.

La medicina social, que había respondido a la necesidad de pensar y preservar la fuerza de trabajo en el contexto de los efectos devastadores de la industrialización naciente, fue posteriormente subordinada a la interpretación biológica individual de la enfermedad que proveía la clínica. “Otra vez lo individual, ahora cientificado, habría suplantado a lo colectivo en el abordaje de la enfermedad y sus determinaciones” (6, pág 67). Aunque la medicina social tuvo sus propias esferas de supervivencia paralelas, a fines del siglo XIX la “medicina científica” había consolidado una sólida hegemonía como sustrato conceptual en el campo de la salud. Esto implicaba también una definición positivista del abordaje científico que habría de impregnar fuertemente la epidemiología en la elaboración de sus metodologías y en la definición de su objeto.

En este punto, la epidemiología que estudiaba la distribución de las enfermedades, y la psiquiatría que investigaba y catalogaba las “enfermedades mentales”, pudieron encontrar su primer enlace configurando una intersección: la epidemiología psiquiátrica de fuerte corte positivista. En su base estaba el esfuerzo de categorizar las “regularidades observables en la naturaleza”, que en el caso de la psiquiatría fueron las nosografías y definiciones de cuadros patológicos generalmente observados en su hábitat: el hospicio.

Cabe mencionar el ejemplo de un censo de alienados que se realiza en la Argentina a finales del siglo

XIX y que es recogido por José Ingenieros en 1919 en un temprano estudio epidemiológico de patologías mentales en el país, brindando una dimensión cuantitativa de las patologías mentales de la época(13).

Este modelo, de corte claramente positivista tanto en epidemiología como en psiquiatría, comienza a mostrar fisuras desde los inicios del siglo XX. A partir de la crisis del 30, la reformulación del Estado al incorporar las ideas keynesianas generará –para las prácticas y las concepciones en salud– un contexto de profundas transformaciones con el nacimiento de las políticas sociales universales, en reemplazo de la filantropía de los Estados liberales. A los fines de este trabajo importan las políticas en salud y en relación a ellas las políticas en salud mental. Los Estados Sociales o de Bienestar, tuvieron su mayor desarrollo en los países centrales en el período que va de la posguerra hasta la crisis de mediados de los '70. En América Latina su desarrollo no fue tan acabado, pero repercutió también en la promoción de políticas sociales universales.

Vale como ejemplo la definición de salud que enuncia la Organización Mundial de la Salud en su nacimiento (1946): “Salud es estado de completo bienestar: físico, psíquico y social, y no solamente ausencia de enfermedad”. Se trata simultáneamente de una definición teórica y política que, en la fundación de un organismo de concertación internacional, propone asumir la salud como un objeto complejo. Señalemos, casi anecdóticamente, que si se omite las palabras “de completo”, salud se define como “estado de bienestar” o *wellfare state*.

El nacimiento de las políticas en salud mental y el desarrollo paralelo de la epidemiología: nuevos enlaces

En el período que va de la posguerra hasta la crisis de los '70 se producen profundas transformaciones que determinan cambios tanto en la asistencia en salud mental, como en la epidemiología. También hay modificaciones de los paradigmas científicos que deben ser tenidas en cuenta al momento de evaluar la confluencia actual de estas disciplinas.

La crisis de la medicina científica eclosionó en la década del 30, en la que el avance de las especializaciones, la fragmentación y la “elitización” de la asistencia individual chocaron con un momento en que el sistema político del capitalismo en crisis, más necesitaba de la salud en cuanto mecanismo de control social. Esta crisis determinó el retorno de la epidemiología, que retoma la dimensión de lo colectivo-poblacional(6). El paradigma unicausal biológico de la enfermedad mostró sus fisuras y fue reemplazado por el multicausal, factible de sostener políticas preventivas que operaran en conjuntos poblacionales. El modelo de la historia natural de la enfermedad, pensada en la interacción ecológica permitió, al ampliarse más allá de la clínica individual, el nacimiento de la medicina preventiva.

Esta transformación tuvo su correlato en la psiquiatría, bajo la forma de la higiene mental. La psiquiatría basada en la cuantificación de nosografías asilares fue cuestionada por el higienismo mental

desde principios del siglo XX. Como ejemplo, puede mencionarse el comentario que Leo Kanner hace de las transformaciones de la psiquiatría bajo el influjo del higienismo: “lo que solía ser considerado como una entidad patológica circunscripta se miraba ahora como la actividad nociva de una persona, a veces de fundamento orgánico reconocido, a menudo sin esa etiología pero siempre impregnada por los factores de personalidad y el medio. La psiquiatría salió de los manicomios, se divorció de las restricciones impuestas al concepto legal de insania de encierro y se dedicó a atender toda clase de conducta humana defectuosa, de cualquier intensidad”(14, pág 43).

Con el higienismo mental se inician también las críticas al modelo asilar, pero no logran modificar los principios de privación de derechos o el modelo de la reclusión. Luego de la segunda guerra mundial confluyeron distintos factores que dieron lugar al comienzo de transformaciones mucho más nodales en los modelos asistenciales y en el desarrollo de la epidemiología.

‘Salud es el estado de completo bienestar: físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de enfermedad’

Pensemos el escenario. Europa estaba devastada. Los problemas de salud mental de la población, sometida a una guerra sin precedentes, excedían en mucho las patologías clásicas a las que se había dedicado la psiquiatría: familias desintegradas, soldados que volvían de los frentes con procesos traumáticos, reordenamiento de las sociedades, etc. Simultáneamente, el mundo se reorganizaba de manera bipolar y surgían las Naciones Unidas como organismo internacional de negociación y búsqueda de consenso. Seguirán dos décadas en las que los modelos de estado adoptados en occidente, con base en el keynesianismo, formularán políticas sociales universales y centradas en la expansión de las categorías de derechos ciudadanos, entre ellas las de salud.

Simultáneamente, el acelerado desarrollo de la psicofarmacología proveyó una herramienta inédita para controlar, en el doble sentido del término, la sintomatología psiquiátrica que fundamentaba la reclusión, privándola de un soporte argumental.

Todos estos factores confluirán en el nacimiento de las políticas en salud mental que tratan de suprimir la internación prolongada, promoviendo formas de asistencia centradas en la comunidad. Su meta era evitar los probados efectos iatrogénicos del confinamiento y atender la enfermedad en el contexto social de la persona, resguardando sus derechos. No es tam-

poco ajeno a estas transformaciones el hecho de que, al configurarse los sistemas universales de salud, la presencia de numerosas camas hospitalarias ocupadas infructuosamente –desde la lógica curativa– por pacientes psiquiátricos apareció visiblemente como un problema.

En 1953 la OMS recomendó la transformación en comunidades terapéuticas de todos los hospitales psiquiátricos, adoptando el modelo propuesto por Inglaterra(12). Simultáneamente se desarrollan experiencias alternativas en diferentes países.

Sobre este proceso dice Emiliano Galende (1990): “En los años cincuenta (...) se va definiendo el nuevo reordenamiento de lo mental en el mundo. I. Goffman muestra en EE.UU. la creación de una nueva patología por el internamiento. Crecen en todo el territorio norteamericano las socioterapias y las comunidades terapéuticas. Cuando llega la ley Kennedy, en 1963, con el Programa Federal de Psiquiatría Comunitaria, el terreno estaba abonado. En Francia, a partir de la experiencia de Saint-Alban y con el apoyo del Frente Patriótico, se promulga la reforma sanitaria y la creación del Sector, como una nueva política en Salud Mental. En Italia, el Frente Democrático reconstruye la organización de salud e instala las primeras comunidades terapéuticas para luego, con Basaglia, desembocar en el cierre del Hospital de Trieste y la actual ley de salud mental. *Todo este movimiento no debe entenderse como despliegue, extensión o modernización de la psiquiatría, ya que, por el contrario, constituye su crisis, expresada justamente en su imagen institucional, y ha de llevar a la construcción de un nuevo modelo de acción, que son las políticas en salud mental*”(12, pág 146).

La transformación de los modelos asistenciales en salud mental se acompañó de una consecuente modificación de la epidemiología psiquiátrica. Así como la epidemiología en general había ampliado sus definiciones básicas sobre la salud-enfermedad reconociéndole una multiplicidad de factores en la etiología, las nacientes políticas en salud mental implican una redefinición de su objeto. En 1957 Morton Krammer escribía: “debido a la naturaleza compleja del problema la investigación epidemiológica de los trastornos mentales, está introduciendo en el campo de la salud pública a profesionales de varias disciplinas tales como psiquiatría, psicología, sociología, antropología y asistencia social psiquiátrica”(15).

Esta nueva investigación en salud mental se alejaba de la simple cuantificación descriptiva de nosografías cuidadosamente diseñadas a partir de la observación asilar. En 1973, por citar un ejemplo, Harvey Brenner publicó los resultados de un estudio retrospectivo de 127 años en el Estado de Nueva York, correlacionando los ingresos hospitalarios psiquiátricos con los procesos de recesión económica. En él mostraba que aún los pequeños procesos recesivos eran el factor más importante para que aumentaran las internaciones, alejándose definitivamente de la explicación biomédica y anatomoclínica(3). El título de su trabajo, “*Mental Illness and Economy*”, muestra el cambio de paradigma al incorporar el término “*illness*” (que designa la enfermedad en cuanto vivenciada por el sujeto y construida socialmente) en lugar de “*disease*”, el conjunto de eventos y patologías definidas desde el saber médi-

co. Se trata de una concepción proveniente de la sociología médica parsoniana.

La epidemiología en salud mental seguía el rumbo del desarrollo de la epidemiología en general. Ésta había sido renovada y jerarquizada por la demanda de los sistemas de salud y por la fe en que la programación de acciones preventivas podía ser un eje de mejoramiento general de las condiciones de vida y, a la vez, un elemento central de ordenamiento de la sociedad desde una lógica técnico-científica. El punto más alto, y probablemente el mayor éxito, de esta concepción es la erradicación de la viruela por acción concertada de las naciones que componían la OMS: el Programa Intensificado de Erradicación de la Viruela, se acuerda en 1965, en 1977 se detectan los últimos casos naturales y en 1980 se la declara definitivamente erradicada.

La rejerarquización de la epidemiología se consustanció con una tendencia a demostrar su “cientificidad” por la adhesión a modelos matemáticos proveniente de una ciencia estadística, también potenciada, y el recurso de la informática. La incorporación de la multicausalidad no había producido, sin embargo, una ruptura con los supuestos básicos positivistas, entre ellos el de “objetividad” o causalidad lineal determinista. De hecho, la multicausalidad no era más que una complejización cuantitativa de relaciones lineales, cualitativamente idénticas a las de causalidades simples. Tampoco había incorporado una conceptualización de lo social que reconociera la especificidad de esta dimensión, las variables sociales en la producción de la enfermedad eran consideradas con una lógica ecológica funcionalista.

Refiriéndose a las décadas del '50 y '60 Naomar De Almeida Filho (1992) escribe: “emerge una fuerte tendencia ecológica en la epidemiología, con una versión occidental contrapuesta a la soviética”(5, pág. 8)”. Se impone la investigación sobre la salud-enfermedad, con el recurso de la matemática. Para la epidemiología, la matemática sirve ideológicamente como poderoso mito de razones, indispensable para la confrontación con la experiencia clínica o la demostración experimental, en tanto supuestos fundamentales de la investigación médica. Resulta que al final los epidemiólogos también se afirman como metodólogos de la investigación en el área médica, abriendo la posibilidad de una *epidemiología clínica*, compelida a la regresión que significa la negación del carácter social de la medicina”(5 pág. 9).

Esta tendencia no se reprodujo totalmente en los países periféricos. En el caso de América Latina, desde mediados de los 60 la resistencia a las frecuentes formas dictatoriales en sus países se acompañó de un retorno a las formas originales de la Medicina Social para, de allí, configurarse polos de pensamiento y acción, genéricamente definidos como movimiento de salud colectiva. Como parte de este proceso se gesta la corriente latinoamericana de epidemiología crítica. También en ese período las innovaciones en salud mental de los países centrales adquirieron formas propias en algunos de los países latinoamericanos. Uno de los casos observables fue el de la Argentina, que produjo experiencias con altos niveles de participación e innovadoras en cuanto a la articulación

entre lo específico y las prácticas sociales, luego interrumpidas por el Terror de Estado.

Con distintas tensiones y contradicciones internas de cada campo, tanto la epidemiología como la salud mental se afianzaron en su desarrollo. La epidemiología hegemónica trató, en el campo de la salud mental, de convalidarse con modelos de investigación epidemiológicos estrictos subordinando a ello la definición de su objeto. La insistencia en una ciencia sin sujeto, que sería epistemológica y metodológicamente cuestionada en la segunda mitad del siglo XX, era una evidente paradoja en este campo en el que la dimensión subjetiva de la enfermedad está puesta en juego paradigmáticamente.

Nuevas tendencias, perspectivas y posibilidades

En la crisis de mediados de los '70 se inició una dramática y veloz transformación del mundo. En lo económico, la apertura de los mercados, la flexibilización de las relaciones de trabajo y la privatización de las empresas y servicios estatales, constituyeron el trípode organizador de la propuesta capitalista(16). A lo largo de tres décadas se produjo una notable concentración de la riqueza que tendió a dualizar las sociedades. En lo institucional, la redefinición de la relación entre Estado, mercado y sociedad; y entre capital y trabajo, se articuló con una veloz transformación de otras formas institucionales, inclusive la familia. Para los países de América Latina fue el período del endeudamiento y la subordinación de las necesidades del desarrollo de las sociedades a los requerimientos de acumulación del capital financiero, inaugurando un período de acelerada profundización de la inequidad.

Se trata de una época de producción de contradicciones y antagonismos entre tendencias hegemónicas y otras disruptivas, que culmina en la crisis de comienzos del siglo XXI.

El supuesto de que el mercado es el que mejor asigna y distribuye los recursos, fundamentó una redefinición del rol del Estado y, por ende, de las políticas dirigidas a los sectores desfavorecidos en el acelerado proceso de concentración de la riqueza que caracterizó este período. Estas ideas fundamentaron los procesos de reforma de los sistemas de salud en los países deudores y están siendo fuertemente impulsadas en la actualidad en la reforma de los servicios sociales de los desarrollados (vale el ejemplo de Alemania). La idea de universalidad fue reemplazada por la de prestaciones básicas o mínimas que debían garantizarse para el conjunto, dejando las restantes libradas a su provisión por el mercado. La pobreza, y los pobres, fueron mostrados como un remanente efecto "colateral" o "indeseado" de las políticas instrumentadas en algunos casos o de la inadecuada implementación de las mismas en otros. Al respecto, consta en un documento del Banco Mundial: "... los efectos de las reformas de mercado no son los mismos para los distintos grupos que integran una economía: hay ganadores y perdedores, y entre éstos pueden estar los pobres"(2, pág 38).

En el caso de las prestaciones en salud, la naturalización de la desigualdad en el acceso rompía, en los hechos, con la igualdad en el derecho a la vida, al an-

‘ La psiquiatría salió de los manicomios, se divorció de las restricciones impuestas al concepto legal de insania de encierro y se dedicó a atender toda clase de conducta humana defectuosa ’

teponerle la relación costo beneficio en la distribución de recursos "escasos". Baste citar el ejemplo de las intervenciones que el Banco Mundial desaconseja para los países de ingresos bajos: "hay muchas prestaciones que tienen tan poca eficacia en función de los costos que los gobiernos deberían excluirlas del conjunto de servicios clínicos esenciales. En los países de ingreso bajo podrían contarse entre ellas la cirugía cardíaca, el tratamiento (excepto para aliviar el dolor) de cánceres de pulmón, hígado y estómago, costosas quimioterapias para pacientes con VIH y cuidados intensivos para bebés excesivamente prematuros"(1, pág. 119).

Tal subordinación de los sistemas y servicios de salud a la lógica del mercado producirá más de una década de desarrollo de un pensamiento y discurso fuertemente economicista en salud, cuyo corazón es evaluar la relación costo-eficacia. Una parte de la producción epidemiológica es incorporada a esta lógica. El estudio y evaluación del riesgo, central a la epidemiología clásica, es puesto al servicio de mitigar los riesgos del capital asegurador bajo la lógica implícita de la selección adversa (dejar afuera, o gravar más, a los individuos de mayor riesgo) y también al servicio de seleccionar cuidadosamente los servicios esenciales de mayor impacto. El análisis de la eficiencia conlleva el desarrollo de estadígrafos sofisticados como el de Años de Vida Ajustados en función de la Discapacidad, que sirve como indicador para jerarquizar las acciones en función de la relación costo-beneficio.

Las problemáticas de salud mental aparecen redefinidas y recategorizadas, se mide y evalúa su impacto en el desarrollo de las sociedades. Por poner un ejemplo: los trastornos depresivos aparecen entre las diez primeras causas en la distribución de la carga global de morbilidad en población adulta en los países llamados "en transición demográfica"(1, pág. 229). La relación entre problemáticas mentales y economía se estudia según sus costos "para determinar ese costo -el de las enfermedades mentales- antes se calculaban sobre todo los costos directos de mantener las instalaciones y el personal necesarios para el tratamiento de los enfermos mentales, mientras que

ahora se calculan además los costos indirectos por disminución de la productividad, accidentes y ausentismo” (9, pág 206).

Esta epidemiología que desarrolla una alta sofisticación técnica y que, apoyada por la informática, logra resultados descriptivos de alta precisión, aparece simultáneamente impotente frente a la magnitud de

‘ Hay muchas prestaciones que tienen tan poca eficacia en función de los costos, que los gobiernos deberían excluirlas del conjunto de servicios clínicos esenciales ’

Banco Mundial

los problemas. “A pesar de todos sus desarrollos metodológicos, conceptuales, analíticos, la epidemiología general se ha transformado progresivamente en una disciplina que mide, desde el exterior, los problemas provocados por el desarrollo de la sociedad. Hay una asimetría impresionante entre los conocimientos que se poseen y su capacidad de modificar la realidad que describen” (17, pág.16).

En este período también los perfiles epidemiológicos de las poblaciones evidenciaron claramente que la explicación biológica, individual y uni o multicausal era insuficiente para abordar la complejidad de la problemática. Se trataba tanto de enfermedades emergentes (del las cuales el HIV era un paradigma) cuanto del retorno de otras que se consideraban superadas (por ej. el cólera) o una nueva expansión de las que se suponía declinantes (tuberculosis, malaria, dengue). Como paradigma de que es imposible pensar la enfermedad y su distribución sin tener como base las formas de organización del poder en lo social, la viruela –cuya erradicación era el triunfo de la medicina preventiva– retornó como amenaza ante la posibilidad de su uso como arma bacteriológica. Pese al avance veloz de la investigación biomédica en la producción de nuevas y sofisticadas terapéuticas, la morbimortalidad actual más numerosa se curaría con un medicamento que la humanidad conoce desde mucho antes del nacimiento de la ciencia: los alimentos.

En el campo de las ciencias coexisten y antagonizan dos tendencias. Una de ellas refuerza los postulados ideológicos del positivismo bajo formas renovadas. Se trata de poner el conocimiento científico como dato objetivo que fundamenta las intervenciones tecnocráticas en nombre de su certeza. La economía neoclásica es su exponente más claro al plantearse

cómo única forma de explicación y solución al devenir de las sociedades, con prescindencia de lo político o sea de actores o sujetos. En la producción teórica en salud, y especialmente en salud mental, reaparece un neobiologismo duro, que se apropia de los desarrollos de las neurociencias y de la genética, como recurso ideológico para retornar a una explicación monocausal e individual recuperada.

La otra es una tendencia que reconoce los límites y la crisis de los paradigmas existentes. Al incorporar, de diversas maneras, el paradigma de la complejidad, cuestiona los límites disciplinarios y supera las concepciones de causalidad lineal.

El concepto de objetividad es cuestionado desde el corazón de las ciencias “duras”, la física, obligando a repensar el sujeto de la producción del conocimiento en el sentido individual y colectivo. Las corrientes de investigación post-positivistas rompen con el principio de que el método garantiza la científicidad, y plantean la adecuación de la estrategia de producción de conocimientos a la definición del problema y del objeto.

La inclusión de la subjetividad y de la acción en la investigación configuran un campo teórico particularmente propicio para indagar las problemáticas de salud mental. Vale el ejemplo de lo planteado en un libro de metodologías de la investigación: “Los actores sociales pueden ser observados como objetos-cosas, y de esa observación obtener cierto resultado que permita actuar sobre ellos considerándolos objetos-cosas manipulables y tener éxito en la empresa. También pueden ser observados como subjetividades que toman decisiones y tienen capacidad de reflexionar. Esto convierte al pensamiento social en un juego de ajedrez donde se trata de prever el movimiento reflexivo del otro” (11, pág. 21).

El antagonismo también se manifiesta en el campo de las acciones en salud mental. Las experiencias innovadoras desarrolladas a partir de la posguerra se fueron institucionalizando en algunos países desarrollados y adoptadas por otros. Su prolongación en el tiempo demostró que era posible atender ambulatoriamente las problemáticas que antes se confinaban en internaciones prolongadas. Existen estudios que muestran que aquello que se consideraba una evolución “natural” de la patología, cambia cuando se modifica el modelo de asistencia. Por ejemplo, se cuestiona la de la esquizofrenia conlleve inexorablemente el deterioro. “La amplia experiencia acumulada demuestra que la hospitalización prolongada en grandes instituciones, con personal escaso, interactúa con el proceso esquizofrénico para producir un síndrome de colapso social más devastador que la enfermedad misma” (7, pág 48).

Los modelos de reforma neoliberales en el campo de la salud, también produjeron cuestionamientos a las instituciones de internación prolongada, en este caso por su escasa relación costo/beneficio. Pero sus propuestas tendieron a desamparar a los asistidos, delegando en las familias y las comunidades –simultáneamente precarizadas y fragilizadas– el soporte de su asistencia. En una sociedad productora de exclusión y marginalidad, la función política del manicomio comenzó a resultar perimida. Hace una década escribía: “Es en este contexto que el establecimiento manico-

mial resulta insuficiente en sus objetivos de origen: dar un lugar definido al "no trabajo". La marginalidad desborda sus posibilidades. Si el manicomio cumplió la función de recordar a la sociedad que había un lugar de contención a la locura, la diversidad y la marginalidad; si legitimó la negación de los más elementales derechos para quienes fueran reclusos en él, si el amparo de la institución psiquiátrica permitió formas de represión agresivas que no herían la sensibilidad social (dado que piadosamente se las consideraba aplicadas "por el bien del paciente"), puede decirse crudamente que los asentamientos humanos irregulares son los manicomios de la época. El lugar de los marginados, de los excluidos. Allí, y al desamparo de las calles, serán devueltos los internos" (16).

Esta evolución antagónica indudablemente modifica la psiquiatría y la coloca frente a una alternativa. Puede incorporarse en prácticas interdisciplinarias donde la problemática del padecimiento subjetivo sea comprendida en sus múltiples dimensiones y abordada sobre el supuesto de reconocimiento de los sujetos y de la diversidad, en un contexto de redes que reciban la adecuada contención social y estatal; o evolucionar hacia una práctica standardizada de prescripción psicofarmacológica como complemento de formas encubiertas de desamparo.

Conviene entonces pensar en modelos de investigación en el campo de la salud mental, más que en la epidemiología psiquiátrica clásica, aunque ésta puede aportar.

Los desafíos y revisiones necesarias de este campo de investigación son confluyentes con los que hoy enfrenta la epidemiología: un avance teórico en la definición de su objeto y una mayor relación entre su producción y la transformación de las prácticas.

El pensamiento latinoamericano de la salud colecti-

‘ El supuesto de que el mercado es el que mejor asigna y distribuye los recursos, fundamentó una redefinición del rol del Estado ’

va parece un campo propicio para esta nueva confluencia entre epidemiología y salud mental. Esta posibilidad la sintetiza, al final de su último libro, Naomar Da Almeida Filho (6 pág 306): "Análisis de base interpretativa –destinadas a la comprensión multiangular de los objetos integrales de la salud colectiva, incluyendo desde las figuras de lenguaje natural del cuerpo-salud hasta aún los modelos matemáticos más sofisticados posibles– serán capaces de producir sentidos para la totalidad de las situaciones de salud. Quiere decir, en búsqueda de un proceso de totalización a ser construido en función no sólo de probabilidades sino de posibilidades, deberemos ser capaces de crear una "nueva hermenéutica epidemiológica". De hecho, eso significará integrarla cada vez más en una nueva epistemología: una epistemología de la complejidad, de la reflexividad, y de la deconstrucción; una epistemología crítica decisivamente marcada por una eco-sensibilidad, reafirmando así el carácter histórico de los procesos de salud-enfermedad en la sociedad" ■

Referencias bibliográficas

1. Banco Mundial "Informe sobre el desarrollo mundial 1993: Invertir en Salud" Banco Mundial, Washington, 1993
2. Banco Mundial Informe sobre el Desarrollo Mundial: lucha contra la pobreza. Washington DC 2000/2001
3. Brenner H. *Mental illness and the economy*. Boston: Harvard Press, 1973.
4. Castel R. *El Orden Psiquiátrico. La Edad de Oro del alienismo*. Madrid: Ediciones de La Piqueta, 1980
5. De Almeida Filho N. *Epidemiología sin números*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Serie Paltext No 28. 1992
6. De Almeida Filho N. *La Ciencia Tímida-Ensayos de deconstrucción de la epidemiología*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2000
7. Desjarlais R y otros, *Salud Mental en el Mundo-Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos*. Serie PALTEX, Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 1997
8. Donzelot J. *La policía de las familias*. Valencia: Ed. Pre-Textos, 1979
9. Feldman S. Enfermedad Mental y Economía. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol. 98, Nº 3, 1985
10. Foucault M. *Historia de la Locura en la Época Clásica*. México: Fondo de Cultura Económica, 1967
11. Galindo Cáceres J. (coord.), *Técnicas de Investigación-En sociedad, cultura y comunicación*. México: Ed. Addison Wesley y Longman, 1998
12. Galende, E. *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica* Buenos Aires: Ed. Paidós, 1990.
13. Ingenieros, J. (1919) *La Locura en la Argentina*. Buenos Aires, L.J.Rosso, 1937.
14. Kanner, L. *Psiquiatría Infantil*. Buenos Aires: Ed. Piados, 1971
15. Kramer M. (1957) "Una discusión de los conceptos de incidencia y prevalencia en relación con los estudios epidemiológicos de los trastornos mentales" *American Journal of Public Health*, 47:826-840. Tomado del libro: *El Desafío de la Epidemiología-Problemas y lecturas seleccionadas*. De Buck, C. Llopis, A. Nájera E. y Terris, M. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica No 505, 1991.
16. Stolkiner, A. "Tiempos "posmodernos": ajuste y salud mental". En *Políticas En Salud Mental* (comp. O. Saidon y P. Troianovsky), Buenos Aires: Lugar Editorial, 1994
17. Tognoni, G. (Ed.), *Manual de Epidemiología Comunitaria*, Quito-Ecuador: Edición CECOMET, 1997

lecturas y señales



LECTURAS

Mónica Fernández Bruno y Pablo M. Gabay, Rehabilitación psiquiátrica y inserción social de las personas con trastornos mentales crónicos graves. Polemos, Buenos Aires, 2003, 222 págs.

La rehabilitación en Salud Mental constituye un problema social y cultural que interpela a toda la comunidad y a su organización sanitaria. En ese sentido, este libro, dirigido particularmente a los especialistas de los equipos de Salud Mental, puede ser de gran utilidad a todos los implicados en el problema de la rehabilitación de las personas aquejadas de una enfermedad mental crónica, en particular psicosis y graves trastornos del estado de ánimo. En efecto, los responsables de la Administración del Estado –en especial los ligados a la planificación de la Salud Pública, tanto en el ámbito público como en el privado, legisladores, juristas– otros líderes de la comunidad y familias y público en general, pueden encontrar en sus páginas una información de gran nivel académico pero de lectura accesible para documentarse en el tema.

La lucha contra el estigma de la enfermedad mental, debe llevarse adelante en varios frentes: el de la cultura misma, horrorizada por esa otra dimensión de lo humano que todos tenemos, que es la locura; el de la aceptación de la condición de enfermo mental crónico por parte de una sociedad más preocupada –en su obediencia a una ideología “darwinista”– por la productividad y la adaptación pasiva que por el bienestar y la integración de sus miembros y el de la investigación y las aplicaciones prácticas que de ella

se desprenden en el tratamiento de los pacientes.

Todos estos tópicos se exploran en este apasionante texto que incluye el aporte de autorizados especialistas.

J. C. S.

Pablo M. Bagnatti (comp.) Ricardo F. Allegri, Janus Kremer y Fernando E. Taragano, Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Manual para los familiares y el equipo de salud. Polemos, Buenos Aires, 2003, 152 págs.

La enfermedad de Alzheimer y otras demencias semejantes constituyen enfermedades con una prevalencia creciente en la Argentina. La oferta de información y consejos para familias con sufrientes de demencia no es ni tan vasta ni tan accesible en nuestro país. Esta obra

apunta a proporcionar ambos aspectos. Al mismo tiempo, el desafío de brindar un texto para ser leído no sólo por médicos, y volcar con la misma rigurosidad y actualización a la que están acostumbrados los especialistas, toda la experiencia y conocimientos de los autores –en un libro que fuera de utilidad para los familiares de pacientes de Demencia, así como para el equipo de salud (médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionales, asistentes sociales, fonoaudiólogos, kinesiólogos, nutricionistas, profesores de educación física, enfermeros, auxiliares geriátricos, etc.)– ha sido plenamente alcanzado. Se brinda así, en estas páginas, una lectura indispensable para la comprensión de estas enfermedades y el acompañamiento de las personas que las sufren.

Vertex

CLEF
CAMERACION EN LENGUA FRANCESA

**Profesores universitarios/
 Métodos interactivos**

- Francés para profesionales en ciencias sociales, humanas y biológicas
- Cursos de conversación, comprensión y producción oral
- Lectocomprensión de bibliografía en francés

Corrientes 1847, 12 "E", Ciudad de Buenos Aires

Tel: 4373-7423

www.clef.com.ar - E mail: info@clef.com.ar