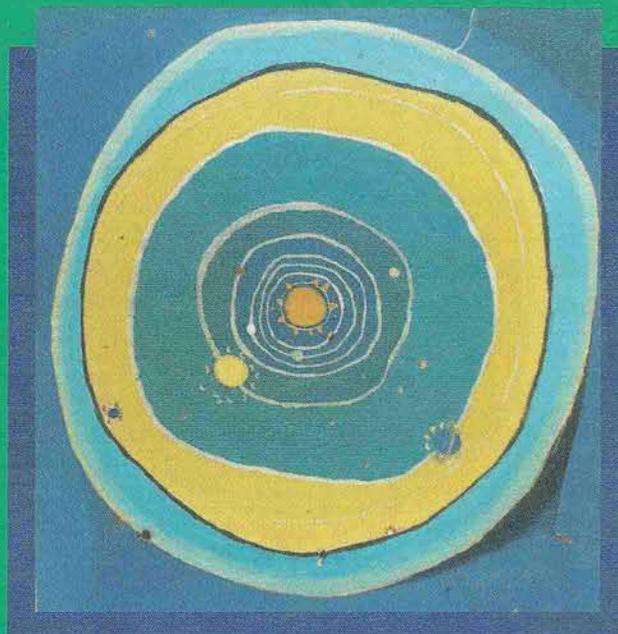


VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA

35

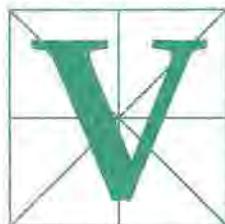


LAS CASAS DE LOS LOCOS TRANSFORMACIONES DE LAS INSTITUCIONES PSIQUIATRICAS

*Baistrucchi / Baudusco / Castánco
Focci / Elberman / Gargoloff / Melia
Pellegrina / Toro Martínez*

Revista de Experiencias Clínicas y Neurociencias / Dissoció / El Rescate y la Memoria / Contrarrazones / Señales

Volumen X - Nº 35 Marzo - Abril - Mayo 1999



Director:

Juan Carlos Stagnaro

Director Asociado para Europa:

Dominique Wintrebert

Comité Científico

F. Alvarez (Bs. As.), V. Baremlit (Barcelona), I. Berenstein (Bs. As.), S. Bermann (Córdoba), P. Berner (Viena), J. Bergeret (Lyon), E. Bringas (Córdoba), F. Caroli (París), B. Dubrovsky (Montreal), R. H. Etchegoyen (Bs. As.), N. Feldman (Rosario), J. Forbes (San Pablo), O. Gershanik (Bs. As.), A. E. Goldchluk (Bs. As.), M. Hernández (Lima), O. Kernberg (Nueva York), G. Lanteri-Laura (París), H. Lôo (París), M.A. Matterazzi (Bs. As.), E. Mejías Valenzuela (Madrid), J. Mendlewicz (Bruselas), R. Montenegro (Buenos Aires), A. Mossotti (Santa Fe), J. Nazar (Mendoza), P. Noël (París), E. Olivera (Córdoba), M. Palestini (Sgo. de Chile), H. Pelegrina Cetrán (Madrid), E. Probst (Montevideo), J. Postel (París), D. Rabinovich (Bs. As.), D. J. Rapela (Córdoba), L. Ricon (Bs. As.), S. Resnik (París), E. Rodríguez Echandía (Mendoza), S. L. Rojtenberg (Bs. As.), F. Rotelli (Trieste), B. Samuel-Lajeunesse (París), C. Solomonoff (Rosario), I. Vegh (Bs. As.), H. Vezzetti (Bs. As.), E. Zarifian (Caen), L. M. Zieher (Bs. As.), P. Zöpke (Rosario).

Secretaría de Redacción:

Norberto Aldo Conti (Coordinador); Pablo Gabay, Gabriela Silvia Jufe, Eduardo Leiderman, Martín Nemirovsky, Fabián Triskier.

Corresponsales en:

CAPITAL FEDERAL Y PCIA. DE BUENOS AIRES: N. Conti (Hosp. J.T. Borda); R. Epstein (AP de BA); S. B. Carpintero (Hosp. C.T. García); A. Mantero (Hosp. Francés); A. Gimenez (A.P.A.); S. Sarubi (Hosp. P. de Elizalde); P. Gabay (Hosp. Santojanni y Ramos Mejía); D. Matusevich (Hosp. Italiano y Asoc. Esc. Arg. de Psicot. para Grad.); E. Matta (Bahía Blanca); L. Milano (Hosp. J. Fernández); H. Reggiani (Hosp. B. Moyano); V. Dubrovsky (Hosp. T. Alvear); L. Millas (Hosp. Rivadavia); N. Stepanyk (Hosp. R. Gutiérrez); E. Wahlberg (Hosp. Español); D. Millas (Hosp. T. Alvarez); J. M. Paz (Hosp. Zubizarreta); M. Podruzny (Mar del Plata); N. Koldobsky (La Plata). **CORDOBA:** J. L. Fitó, H. López, C. Curtó, 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 CRUZ:** E. Osorio. **SANTA FE:** M. T. Colovini; J. C. Liotta. **TUCUMAN:** A. Fiorio.

Corresponsales en el Exterior:

ALEMANIA Y AUSTRIA: A. Woitzuck. **AMÉRICA CENTRAL:** D. Herrera Salinas. **CHILE:** A. San Martín. **CUBA:** L. Artiles Visbal. **ESCOCIA:** I. McIntosh. **ESPAÑA:** J. Giménez Avello, A. Berenstein, M. A. Díaz. **EE.UU.:** A. Sudilovsky (Pittsburg); 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. **SUIZA:** N. Feldman. **URUGUAY:** M. Viñar.

Gerencia y Administración:
Carlos De Lorenzo

Diseño
Coordinación y Corrección
Mabel Penette

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

Impreso en:
Chulca impresora s. a.
Doblas 1753
(1424) Buenos Aires
Tel.: 4921-5817 4922-4937

Informes y correspondencia:
VERTEX, Moreno 1785, 5º piso
(1093), Buenos Aires, Argentina
Tel./Fax: 54(11)4383-5291 - 54(11)4382-4181
E-mail: polemoss@sminter.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

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

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. X N° 35, MARZO - ABRIL - MAYO 1999

Todos los derechos reservados. © Copyright by VERTEX.

* Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, es una publicación de Pólemos, 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

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

- "Tratamiento psicosocial de la distimia", P. Retamal C. pág. 5
- "¿Porqué los síntomas de la esquizofrenia comienzan a partir de la adolescencia? Una hipótesis basada en las alteraciones del neurodesarrollo", F. J. Triskier pág. 11

DOSSIER

LAS CASAS DE LOS LOCOS

TRANSFORMACIONES DE LAS INSTITUCIONES PSIQUIATRICAS

- **Procedimientos innovadores en la gestión administrativo-financiera en el Hospital "Dr. A. Korn" de M. Romero. Fundamentos, programas y resultados**, E. Melía, P. R. Gargoloff, A. Cattáneo pág. 20
- **Cinco años de lucha por la transformación institucional (1993 - 1998)**, J. L. Pellegrini pág. 28
- **Daño psicopatológico en pacientes hospitalizados en un Hospital General**, G. Bauducco, et al. pág. 35
- **Estudio retrospectivo de una unidad de desintoxicación de la Provincia de Buenos Aires**, E. Toro Martínez., M. A. Focci, R. Baistrocchi pág. 44
- **Una utopía posible. La transformación institucional en el Hospital Neuropsiquiátrico "Liniers", Provincia de Entre Ríos**, L. A. Ellerman, A. Ruiz, P. Solz, R. D. Aguirre pág. 53
- **Entrevistas**, A. Goldchluck, M. Nemirosky y G. Williams pág. 60

EL RESCATE Y LA MEMORIA

- **La locura en Buenos Aires** (Capítulo VIII), por Samuel Gache pág. 68

CONFRONTACIONES

- **XIº Congreso del Colegio Europeo de Neuropsicofarmacología**, J. Scrazzolo, pág. 71

LECTURAS Y SEÑALES

- "Lecturas" pág. 76
- "Señales" pág. 77
- **Índice acumulativo del año 1998, Vol IX.** pág. 79

Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, es una revista científica de aparición trimestral, en 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.

EDITORIAL**L**

os factores culturales implicados en la génesis y la evolución de las enfermedades mentales han sido señalados desde larga data.

Valga como ejemplo una reciente investigación, realizada por W. A. Vega y comentada por J. I. Escobar (*Arch. Gen. Psychiatry*, 1998, 55[9] 771-782) sobre 3012 habitantes de California oriundos de México. Se observó que dicha población presenta un perfil de patología mental similar al del resto de los estadounidenses. Sin embargo, al comparar esta muestra con otras dos, una compuesta por residentes de la ciudad de México y otra de mexicanos que vivían en California desde hacía menos de 13 años, la prevalencia de trastornos mentales –registrados según criterios del DSM III-R– fue prácticamente del doble (48,1% contra 24,9%) en la primera respecto de las segundas. Los autores concluyen en que la mayor morbilidad psiquiátrica que representan los mexicanos arraigados en los EE.UU. es más influenciada por variables culturales que por el estatus socioeconómico o la residencia urbana o rural.

V. Kovess, eminente epidemióloga, nos recuerda que "... la evaluación de la Salud Mental en la población ... es un registro dinámico de todos los factores de la existencia humana y de sus avatares". Ciertamente, sabemos poco sobre los factores personales, familiares, sociales y culturales que determinan la tolerancia a ciertos síntomas, aún severos, e imprimen un perfil epidemiológico particular a cada población.

Estas breves reflexiones nos ayudan a pensar sobre ciertos aspectos de nuestro quehacer en la especialidad. En primer lugar las dificultades con las que se topa la búsqueda de un lenguaje universal en las nosografías cuando su costo es el de aplanar las diferencias culturales regionales y sociales. En segundo lugar las consecuencias que puede tener sobre el diseño curricular en la formación de recursos humanos y sobre la planificación de políticas de Salud Mental, la ausencia de estudios epidemiológicos confiables como ocurre en nuestro país. En el primero de los casos se corre el riesgo del adocenamiento en una "unidad" que no contemple la "diversidad" y en el segundo el de marchar a ciegas, carentes de eficiencia y cargados de prioridades, urgencias intelectuales y saberes de prestigio, extraños a las exigencias de nuestra práctica concreta ■

J. C. Stagnaro – D. Wintrebert

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES



1) Los artículos deben enviarse a la redacción: VERTEX. Moreno 1785, 5° piso (1039) Buenos Aires, Argentina.

2) Los artículos que se envíen deben ser inéditos, redactados en castellano y escritos a máquina, o de ser posible, presentados en diskette (en Microsoft Word o Word para Macintosh 5.1) 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 y teléfono. 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.

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 inmediatamente 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 no puede ser reproducido en otra revista o publicación sin previo acuerdo de la redacción.

Tratamiento psicosocial de la distimia*

Pedro Retamal C.

~ Profesor Asociado, Depto. de Psiquiatría, Campus Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
Avda. J. M. Infante 5517, Providencia. Hospital del Salvador. Santiago, Chile. Fax 56-2-236-0145, Teléfono 56-2-235-8593.

Introducción

En Chile la prevalencia de la distimia se ha calculado en un 3%, con un amplio predominio en mujeres (4,6%) respecto de los varones (0,7%) y salvo por estos datos no parece haber existido en nuestro país mayor interés en ese trastorno(29).

* Presentado en el Simposio Regional de la Asociación Mundial de Psiquiatría. Santiago, octubre 1997. (Versión Modificada).

En la comunidad científica internacional este cuadro recién se definió en 1980; antes la noción parecía coincidir con la denominada depresión neurótica o personalidad depresiva. Desde la década pasada la distimia fue clasificada como un trastorno del estado de ánimo y en 1987 el DSM-III-R estableció con precisión los criterios para su diagnóstico(4). En este cambio conceptual influyeron decisivamente las conceptualizaciones de Akiskal(1, 2).

Probablemente ha sido en este área donde se ha librado la batalla

más interesante entre las visiones excluyentes de un modelo psicoterapéutico y psicofarmacológico, las que recién pudieron demostrar su eficacia al tener una mejor definición operacional para actuar sobre la distimia. Aún sigue subdiagnosticada e incorrectamente tratada, cuestión que en gran medida ha sido resuelta en el caso de la depresión mayor. Es posible que después de la enseñanza que nos dejó la terapéutica de la depresión se hayan dado con más confianza los pasos para aceptar un modelo integrado

Resumen

Los nuevos conocimientos sobre distimia no sólo han permitido conocer el sub-diagnóstico sino también su diferencia con la personalidad anormal y facilitar el manejo psicofarmacológico y psicoterapéutico. En esta ocasión se realiza una revisión del enfoque interpersonal de la escuela de Klerman para el manejo de esta depresión crónica. En especial se consideran los aspectos distintivos respecto de la depresión mayor, se especifican los objetivos y tácticas para las sesiones iniciales, intermedias y de término. Especial interés es puesto en el área-problema déficit de relaciones interpersonales, ya que los otros focos (duelo, disputa de roles, transición de roles) son menos abordables en esta patología crónica.

Palabras clave: Distimia - Psicoterapia interpersonal - Psicoterapia y psicofarmacoterapia.

PSYCHOSOCIAL TREATMENT OF DYSTHIMIA

Summary

The new knowledge on dysthymia not only has permitted to know the subdiagnosis but also the difference with anormal personality and to promote the psychotherapeutical management. In this opportunity we reviewed the interpersonal approach of Klerman's for the management of this chronic depression. Specially we consider the distinctive aspect in relation to major depression. We point out the goals and tasks for the initial sessions, the middle sessions and the final sessions. Specially interest is given to problem area interpersonal deficit, since the others problems area (grief, interpersonal disputes and role transitions) are less reachable in the chronic pathology.

Key Words: Dysthymia - Interpersonal psychotherapy - Psychotherapy and psychopharmacotherapy.

psicológico y farmacológico para el manejo de la distimia(9, 17, 18).

El problema del Diagnóstico

La distimia es una enfermedad que tiende a comenzar en la juventud, incluso en la infancia, de manera insidiosa, con un curso crónico y sensación persistente de abatimiento y desinterés por las actividades cotidianas, con poca capacidad para disfrutar; esto puede llevar a que el paciente, su familia y el médico puedan confundirla con el estilo caracterológico y a los sumo puedan pensar que si hay una alteración, sea más bien un problema o un defecto de la personalidad, relacionada con el eje II del sistema de clasificación norteamericana, clásicamente vinculado a terapias de corte psicossocial y no con el eje I, anteriormente vinculado exclusivamente con terapéuticas somáticas(14, 18, 26).

En sus inicios, esta afección resulta muy poco aparente y causa importantes problemas sociales, con disminución del rendimiento escolar; en esta fase es posible que los pacientes consulten al médico general por síntomas psicológicos aparentemente vagos y somatización: fatiga, falta de energía, dolores variados, molestias digestivas, etc. Su reconocimiento es difícil para el médico no especialista en psiquiatría y la mayoría no recibirá el tratamiento apropiado. A esta altura es frecuente que además de la alteración crónica del ánimo desarrollen un trastorno psiquiátrico superpuesto y es probable que sólo en esta etapa el enfermo sea enviado a una consulta psiquiátrica. Pero aquí se puede presentar un nuevo problema con el diagnóstico, ya que estos cuadros psiquiátricos concomitantes encubren la distimia por ser más intensos y llamativos; entre ellos episodios de depresión mayor, ataques de pánico, fobia social, alcoholismo e incluso conflictos interpersonales serios por alteración de la personalidad (límitrofe, histriónica y dependiente) (12, 13). Si bien varias de estas enfermedades tienen tratamientos específicos y habitualmente eficaces, no modifican el curso del trastorno distímico subyacente crónico y al no recibir la terapéutica apropiada el paciente nuevamente presentará el estado

subafectivo o subsindromático previo, teniendo que soportar los mismos problemas crónicos previos, con el riesgo de volver a desarrollar los cuadros psiquiátricos concomitantes más severos y de más fácil diagnóstico(13, 31).

Muchos distímicos parecen psicológicamente sanos y no muestran sus síntomas depresivos y ansiosos, las personas cercanas no reconocen su alteración anímica y pueden considerarlos "neuróticos" y de carácter desagradable. Esto determina una mayor tendencia a la autocrítica y aislamiento, exponiéndolos al consumo inadecuado de alcohol y drogas. Así resulta que la mayoría de ellos no busca ayuda médica y de los que consultan, un número considerable no son diagnosticados correctamente.

La terapéutica

Establecer y mantener una relación terapéutica utilizando una aproximación empática y apoyadora facilita la recolección de información y permite obtener la confianza de un paciente, con frecuencia desesperanzado y en ocasiones receloso.

El manejo o apoyo psicoterapéutico incluye los siguientes aspectos(31):

- vigilar la aparición de los impulsos destructivos hacia otros y hacia sí mismo;
- entregar una explicación racional respecto de los síntomas, la enfermedad y el tratamiento;
- facilitar el proceso psicoeducativo, incluido el conocimiento de la enfermedad;
- reconocer que con frecuencia el término enfermedad mental es vago, impreciso, conectado con la historia más añeja de la medicina y asociado con el estigma. Sería preferible utilizar términos que tienen mayor precisión: depresión o distimia;
- proporcionar apoyo y guía respecto de los conflictos ambientales: trabajo, relaciones interpersonales;
- sugerir que se realicen cambios súbitos en relación a trabajo, estudios, etc., resoluciones que puedan surgir de una visión pesimista;
- facilitar que pueda reconocer a las personas y redes de apoyo disponibles.

Todo lo anterior implica que el médico tendrá una postura bastante activa y qué decir cuando la intervención incluye la farmacoterapia. No podemos olvidar que los clínicos de décadas anteriores, comentaban con frecuencia que el efecto placebo de los medicamentos dependía de la prestancia y prestigio del médico que los recetaba. Por otra parte algunos estudios han demostrado que los mejores resultados farmacológicos los obtienen aquellos médicos que tienen una postura más activa, cálida, directa y con mayor contacto visual con su paciente(17).

Hoy día la discusión respecto de si es mejor la psicoterapia o la farmacoterapia en la patología psiquiátrica en general, y en los trastornos del ánimo en particular, tiene escaso sentido; cada cual tiene sus efectos y diferente lugar de acción. Si bien el manejo psicofarmacológico ha ganado terreno de manera impresionante, en los últimos dos decenios la aproximación psicoterapéutica ha logrado desarrollar indicaciones bastantes precisas, con técnicas específicas, incluyendo pautas y manuales que facilitan la investigación, la docencia y la estandarización de métodos y procedimientos(10, 12, 25).

Diversos autores han comentado las posibles interacciones entre las terapias psicológicas y farmacológicas y ya son historia de la mitad de este siglo los supuestos de la posible influencia negativa de los medicamentos sobre la psicoterapia. En los decenios siguientes los estudios se orientan en dos direcciones: influencia de la psicoterapia sobre la farmacoterapia y de ésta sobre las terapias psicológicas. Se ha concluido que las interacciones posibles siempre son positivas y nunca negativas, excepto el inadecuado manejo de los conceptos, opiniones y prejuicios de los seguidores de un modelo que excluye al otro(9, 17).

Tratamiento farmacológico

Inicialmente con los antidepresivos tricíclicos existió cierta dificultad para implementar terapéuticas eficaces, en parte porque una sintomatología leve hacía difícil la evaluación, también porque los antidepresivos tendían a ser prescritos por pocos meses, como en la depresión

mayor y sobretudo por la dificultad con la "compliance" derivada de una falta de psicoeducación adecuada y más que nada por los efectos colaterales. En cambio los antidepresivos de la segunda generación, tanto los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina como los inhibidores reversibles de la monoaminooxidasa (moclobemida), con un aceptable perfil de efectos colaterales han permitido evaluar con más facilidad la eficacia de la farmacoterapia de la distimia(11, 26).

Es notable que la respuesta placebo sea baja en la mayoría de los estudios, lo que indicaría que las expectativas de mejoría no son determinantes en el tratamiento de la distimia, en tanto que la respuesta positiva a la farmacoterapia es 2 a 3,75 veces mejor que el placebo(11). Sin embargo un número importante de pacientes con distimia (40%) no responde a los antidepresivos o no los tolera y en tales casos se justifican las intervenciones psicoterapéuticas.

Psicoterapia de la distimia

En los trastornos del ánimo la evaluación de eficacia terapéutica se facilita si se consideran:

1. los efectos sobre la protección de nuevas fases (la profilaxis) y
2. los efectos en la adaptación psicossocial entre fases (período asintomático).

Los antidepresivos actúan claramente en la fase aguda y en la evitación de nuevas fases.

Conviene tener presente que su eficacia está asociada con el empleo de dosis más bien elevadas, según tolerancia y por períodos adecuados: en la fase aguda por lo menos 16-20 semanas después de la remisión de los síntomas agudos(3) y en la práctica se prefiere un tiempo de 6 meses(19). En la etapa del tratamiento profiláctico de episodios depresivos recurrentes se están considerando plazos tan prolongados como 5 años(8), incluso indefinidos en los casos más severos(3).

Por otra parte se reconoce que la psicoterapia es útil para prolongar el período asintomático entre los episodios y tratar depresiones moderadas(26, 18).

La terapia cognitiva ha focalizado su acción en los síntomas, y así como otras formas de psicoterapia pueden aliviar a la importante can-

tidad de pacientes distímicos que no responden, o lo hacen sólo de manera parcial, a los antidepresivos, o que simplemente no los aceptan o no los toleran. Al parecer algunos estudios estarían indicando su acción en la prevención de las recaídas.

El foco de la terapia cognitivo-conductual son los pensamientos negativos repetitivos que tienen los pacientes acerca de sí mismos, su situación y el futuro.

La discusión de los síntomas junto a las tareas escritas y conductuales que se sugieren, ayudan a modificar esos pensamientos irracionales. Si bien los resultados no son muy notables y las series clínicas son más bien escasas, es posible concluir que esta aproximación es útil en algunos enfermos(8).

La Psicoterapia Interpersonal ha demostrado su eficacia en el tratamiento de síntomas agudos y también como terapéutica de mantenimiento en la depresión recurrente; en este último caso se ha ensayado una reunión mensual por 3 años y los mejores resultados se obtienen en la medida que la intervención psicológica está más apegada al modelo interpersonal, es decir, la eficacia se demostró asociada a su especificidad(7).

Existiría un aceptable consenso respecto de los efectos psicoterapéuticos sobre la adaptación social: relaciones interpersonales, trabajo y familia. En esta área los antidepresivos serían menos eficaces que las intervenciones psicossociales, y de ellas parece ser que la terapia cognitiva conductual y la interpersonal disputan los mejores resultados(14, 15, 19). Puesto que en la distimia la alteración de la adaptación social es relevante, la aplicación de terapéuticas psicológicas resulta una alternativa muy razonable. Más aún cuando los pacientes requieren el empleo de psicofármacos por largos períodos -se ha dicho por lo menos 2 años- sin considerar los frecuentes episodios de depresión mayor(16), además del número importante de pacientes que no toleran los efectos colaterales o tienen aversión cultural a los psicotrópicos.

Respecto de la psicoterapia de Orientación Dinámica existiría menos información, no habría estudios controlados o sistemáticos en el tratamiento de la distimia. Sin

embargo la tradición psiquiátrica ha mantenido la opinión respecto de la importancia de las terapias breves en la depresión mayor(3, 6, 18, 26). El comienzo insidioso a edad precoz, junto a la evolución crónica, impiden el recuerdo de períodos eutímicos y lleva a la confusión entre un estado patológico del ánimo de tipo crónico, con los rasgos habituales de la personalidad; pero como la psicoterapia dinámica emplea un modelo psicopatológico basado en conflictos intrapsíquicos y menos en el modelo médico, facilita que al paciente se le responsabilice por sus fluctuaciones anímicas, de muy probable origen biológico y no solo psíquico.

Psicoterapia interpersonal

Este tipo de terapia psicossocial está dedicada a resolver las dificultades actuales del enfermo y aunque se revisa el estilo de relaciones interpersonales remotas, es de tiempo limitado (12 a 16 reuniones), se focaliza en los síntomas depresivos y en el contexto interpersonal asociado con el inicio de la enfermedad e incluye una revisión sistemática de las relaciones personales significativas.

Considera cuatro áreas-problemas: duelo, disputa de roles interpersonales, transición de roles y déficit de habilidades de relación interpersonal (6, 10, 12, 13, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 30, 31).

En vista que la mayoría de los enfermos que padecen distimia presentarán episodios de depresión mayor resultará altamente conveniente emplear Psicoterapia Interpersonal de la Depresión (P.I.D.) en el cuadro agudo. Así resulta que una vez que se demuestra la eficacia de la P.I.D. en el tratamiento de los síntomas agudos y en la mantención asintomática en las depresiones recurrentes, la investigación se extiende para su aplicación en el tratamiento de la distimia (13, 31, 12).

El énfasis en la interpersonalidad la hace especialmente adecuada para intervenir en las dificultades de adaptación y aislamiento social que presentan los pacientes con distimia, además de la frecuente asociación con rasgos o trastornos de personalidad de tipo dependiente evitativo. Estas dificultades de adaptación al trabajo, familia, estudio,

tiempo libre, no sólo aparecen al comparar a estos pacientes con controles sanos sino también con pacientes con depresión recurrente.

Así el foco de la P.I.D. en el funcionamiento interpersonal y social puede ayudar a desarrollar nuevas habilidades, con lo que los pacientes consiguen sentir, a menudo por primera vez en sus vidas, que tienen control sobre su ánimo y no que están a merced de las fluctuaciones depresivas(12, 13).

A continuación se exponen aspectos técnicos siguiendo fundamentalmente los aportes de Mason, Markowitz y Klerman(13).

Aspectos especiales en la sintomatología y la adaptación de la Psicoterapia Interpersonal en la distimia

A menudo los pacientes presentan síntomas por un período tan largo que no recuerdan estados eufímicos, algunos definen que han sido así toda la vida.

Además del ánimo depresivo, con frecuencia estos enfermos presentan culpa persistente, ideación suicida vaga, somatizaciones, ansiedad, libido baja, pesimismo, desesperanza, dificultades de concentración, irritabilidad, indecisión, alteraciones del sueño, aislamiento social, contacto interpersonal inadecuado, rasgos introvertidos, con tendencia a responsabilizar al ambiente de sus propias dificultades, con sentimientos de infelicidad, inadecuación e inferioridad.

Estos síntomas pueden ser tan persistentes que a los pacientes les cuesta distinguir los sentimientos asociados con su núcleo caracterológico. Así el tratamiento, además del alivio de los síntomas, debe disminuir —o evitar— y deshacer los efectos de la enfermedad sobre la personalidad y el núcleo de la identidad.

El grupo de estudio de la Universidad de Cornell ha identificado tres aspectos —que distinguen a la distimia de la depresión mayor— que obligan a ciertas modificaciones de la P.I.D. para que sea aplicada en los enfermos distímicos(13).

1. Ausencia de un evento precipitante agudo.

Es habitual que los pacientes con distimia busquen ayuda cuando los síntomas se han intensificado, lo que puede ocurrir en relación a un conflicto o cambio in-

terpersonal. Sin embargo la enfermedad propiamente dicha se inicia en forma insidiosa y antecede largamente a la exacerbación sintomática. Así, en la distimia, los eventos precipitantes con menos facilidad proporcionan un foco adecuado para ser tratado por la P.I.D., a diferencia de lo que acontece en las depresiones agudas.

2. Presencia de rasgos patológicos del carácter.

La P.I.D. es una aproximación focalizada y breve que no tiene como blanco la patología del carácter, pero cuando el paciente presenta un trastorno distímico es imposible no considerar rasgos patológicos de la personalidad. Un objetivo de la terapéutica en la distimia es ayudar a que el paciente reconozca algunos aspectos característicos que había considerado como inherentes a su personalidad y que en realidad dependen de su enfermedad o estado anímico y por lo tanto son modificables.

Así el enfermo debería distinguir entre *estado anímico* alterado y *rasgos del carácter*, que por la cronicidad de la enfermedad tienden a fusionarse.

De manera similar a como los antidepressivos pueden ayudar a que el enfermo vea su mundo con otra perspectiva, la P.I.D. no intenta cambios caracterológicos; solamente pretende tratar una alteración anímica de toda la vida, que ha incluido la identidad y la perspectiva vital, facilitando que pueda examinar de otra manera su conducta y percepción de sí mismo y del mundo, disminuir las dificultades en el funcionamiento interpersonal y mejorar la autoimagen y la autoestima.

3. Imposibilidad de recordar períodos eufímicos.

Los pacientes con episodios de depresión mayor con facilidad pueden tener memoria de períodos premórbidos normales, lo que ayuda a considerar la enfermedad como un episodio limitado en el tiempo, del cual podrían recuperarse; en tanto que en los pacientes con distimia, el desánimo ha sido persistente, casi desde siempre, no pueden recordar estados eufímicos y consideran la depresión como constituyente del carácter, siendo difícil que se pueda considerar a la distimia, de evolución crónica, como una patología médica susceptible de trata-

miento y que pueden buscar o recordar períodos previos de mejor desempeño social y anímico.

Al respecto no es posible olvidar que los pacientes depresivos en general tienden a teñir los períodos previos como peores en intensidad y duración, producto de una distorsión cognitiva, la que probablemente sería más acentuada en los distímicos. Aún así, la búsqueda y reconocimiento de cualquier área de competencia y período de mejor funcionamiento proporcionará un fundamento para iniciar una percepción más realista que ayude a tener más confianza y mejor autoestima.

Objetivos y tácticas

Al igual que en el tratamiento de la depresión mayor, se han definido con precisión las metas y objetivos de la P.I.D. adaptada para el manejo de esta depresión crónica.

Sesiones iniciales (de la 1 a la 3)

En ellas se deben cumplir las siguientes tareas:

a. Definir el diagnóstico.

El paciente debería darse cuenta de que sufre una enfermedad del ánimo y que los síntomas no tienen que ver con la esencia de su personalidad y por lo tanto susceptible de ser tratada, aliviada y modificada. Junto con la anamnesis mórbida, pasada, actual, incluida la historia genética, se debe revisar el estilo de sus relaciones interpersonales: calidad, duración y expectativas anteriores y actuales.

También importará conocer la existencia de terapéuticas previas, psicológicas y farmacológicas, las posibles razones del fracaso y los aspectos positivos conseguidos.

b. Definir el área-problema a tratar.

Al parecer la mayoría de los pacientes distímicos pueden ser focalizados en el área-problema denominada déficit de habilidades en la relación interpersonal que frecuentemente tiene que ver con su ánimo depresivo. Así, el temor al rechazo, puede inducir a evitar los contactos, en tanto que el temor al abandono puede llevarlos a aceptar relaciones poco equitativas y perjudiciales. Desafortunadamente el capítulo de los déficits interpersonales es el área menos desarrollada de la P.I.D., siendo

preferible buscar focos alternativos, trabajando con tales dificultades en el contexto de otras áreas-problema: transición de roles, disputa interpersonal o duelo. En ellas puede ser más fácil obtener beneficios y alivio, lo que puede constituir el estímulo y modelo para modificar aquel más complejo y difícil de abordar.

c. Entregar el rol del enfermo.

El paciente puede eximirse de ciertas obligaciones y decidir que necesita ayuda, convirtiéndose en aliado de su mejoría. El definir que sufre una enfermedad anímica diagnosticable y específica permite que distinga sus síntomas como egodistónicos y no como un defecto atribuible a él mismo (su personalidad), de manera que le resultan menos aceptables, ya no son propios, más bien de la enfermedad, disminuyendo su culpabilidad por la "flojera" y otros síntomas.

También es posible que logre aliviar la autocrítica y reproches, disminuyendo las justificaciones para aislarse. Puede ser el punto de partida para iniciar o retomar los contactos sociales.

d. Formulación del diagnóstico.

Al paciente se le presenta la conclusión diagnóstica basada en los síntomas somáticos, cognitivos, emocionales y conductuales, vale decir una entidad específica con tratamiento adecuado. Puede ser útil entregar una cartilla con el listado de síntomas según algunos criterios, como DSM-IV(5). A continuación se acuerda con el paciente trabajar sobre un foco o área-problema, uno o dos de ellos.

e. La relación terapéutica.

Con frecuencia los enfermos se quejan con desesperanza de terapéuticas fracasadas anteriormente, lo que deberá ser acogido y reconocido por el profesional, pero sobre una base de nuevas esperanzas basadas en las mejores técnicas de diagnóstico y de tratamiento anti-depresivo y psicoterapéutico. Una postura psicoeducativa resulta primordial, lo que debe incluir aspectos como la naturaleza patológica de los síntomas, la evolución probable y comentarios sobre los tratamientos disponibles, así como su eficacia. Si bien no resulta apropiado exagerar el optimismo terapéutico, el tratamiento debe estar impregnado de esperanza, lo que debe ser claro para el enfermo.

Sesiones intermedias (de la 4 a la 12)

Las metas serán:

1. el alivio de los síntomas y
2. ayudar al paciente a pensar acerca de sus conflictos interpersonales.

Esto se consigue movilizando los recursos que den una mejor sensación de control sobre tales situaciones, además de buscar apoyo externo para facilitar sus relaciones personales.

Los síntomas depresivos deben ligarse a las situaciones interpersonales actuales desencadenantes, en tanto que si el paciente inicia las reuniones con sus problemas actuales, debe ser escuchado con atención y eventualmente relacionarlos con las fluctuaciones sintomáticas.

a. Importancia de la relación terapéutica.

Puesto que los pacientes distímicos necesitan pensar acerca de sus relaciones interpersonales, la relación terapéutica más que en la depresión aguda, proporciona un modelo importante, ya que sabemos de los déficit en tales interrelaciones. Así en la relación terapéutica el paciente puede tener excesiva tendencia a congraciarse, a presentarse como "muy normal" con temor a manifestarse con "defectos" o problemas y con inhibiciones para mostrarse rabioso. El terapeuta debe estimular la emergencia del descontento con la terapia y el profesional y habrá que revisar la tendencia a idealizar o descalificar.

b. Sensibilidad a las pérdidas. Cuando el área-problema es la muerte de un ser querido se presenta una buena oportunidad para explorar la especial sensibilidad de los pacientes distímicos a la pérdida, así como la dificultad para expresar rabia y otros sentimientos ambivalentes. Sin embargo en virtud de la evolución crónica de esta patología el duelo habitualmente no constituye un foco para la P.I.D.

c. Disputa de roles. Respecto del área-problema disputa de roles, sabemos que la distimia tiende a provocar aislamiento, lo que lleva a la superficialidad de las relaciones. Si los pacientes "aparecen normales", es al costo de un gran esfuerzo y tensión interna, puesto que se sienten inferiores, degradados. Esto los lleva a desvalorizar sus escasas inte-

relaciones y cuando se casan o logran establecer otras relaciones íntimas pueden aceptar algún tipo de inseguridad o explotación, convirtiéndose en masoquistas. Se sienten incapaces de disfrutar de relaciones más adecuadas o satisfactorias y tienden a establecer relaciones basadas en el temor al abandono y la pérdida de lo poco que tienen.

Cuando en una relación se ha producido un conflicto interesa explorar el estado actual y la posibilidad de negociación: al existir un desacuerdo ¿cuáles serán las opciones posibles para el cambio?; importará clarificar lo que el paciente en realidad desea de tal relación, en lugar de aceptar lo que está acostumbrado, lo que cree merecer, sobretodo porque han preferido satisfacer los deseos de otros como una manera de disfrazar su impresión de poca valía. Temen expresar sus desacuerdos y rabias por temor a la ruptura y perder a quien han sobrevalorado.

Así, no logran poner límites y sufren calladamente las acciones del otro significativo.

Importará sobremanera ligar o correlacionar el afecto rabioso o frustrante con la específica situación interpersonal. El paciente con frecuencia se convierte en víctima del otro y no sólo se debe estimular la catarsis sino también intentar movilizar los reclamos y rabias hacia el transgresor.

d. Cambios de estatus. Las situaciones de transición de rol son habitualmente los cambios en el estatus social u ocupacional (cambios de trabajo, de lugar geográfico, separación).

Con frecuencia los distímicos enfatizan los aspectos negativos del cambio y la terapéutica debe ayudarlos a encontrar los posibles beneficios.

e. Relaciones sociales. Los pacientes en que predomina el déficit en la creación y mantención de relaciones personales resultan los más complejos para la P.I.D., debido a que la pobreza de tales interrelaciones limita la existencia de material para ser trabajado en este tipo de psicoterapia, basada en el fortalecimiento de los vínculos interpersonales. Los problemas más frecuentes de encontrar en esta área son los siguientes:

e1. Aislamiento social. A los pacientes se les debe preguntar acer-

ca de sus actividades, especialmente en su trabajo y los fines de semana, con la intención de que comprendan que han abandonado los contactos habituales y naturales.

e2. *Sentimientos de inadecuación* en el contacto social, que los lleva a sentirse extraños o rechazables por los otros, especialmente en las relaciones más íntimas.

e3. *Disminución de la asertividad*. La pasividad y pérdida de la iniciativa constituyen una manera habitual de comportamiento en los distímicos, quienes tienden a sentirse a merced de los vaivenes de su estado anímico y dependientes de los deseos y necesidades de los otros.

e4. *Dificultad para expresar sentimientos de rabia*, a través de esque-

mas de interrelación masoquista, evitativo y dependiente, frente a los cuales el terapeuta puede invitar a que los pacientes se atrevan a manifestar su enojo y emprender acciones. Entre otras deberían atreverse a preguntar y saber qué ocurre con los otros en lugar de retraerse y suponer los motivos de otros. Atreviéndose puede llevar a que sean aceptados en lugar de recibir rechazo. Deberían intentar tomar responsabilidades en lugar de irritarse y tomar distancia.

Sesiones para finalizar (de la 13 a la 16).

El terapeuta debe discutir con varias sesiones de anticipación el término del tratamiento, intentando conocer la impresión del

paciente. Interesa reconocer la posibilidad de sentir esta fase como potencialmente desencadenante de sentimientos de abandono y pena, pero también como el paso del rol de enfermo al de "graduado en destrezas interpersonales", reconociendo los beneficios de la alianza terapéutica junto con lamentar la separación y la finalización del contrato terapéutico. Con frecuencia estos pacientes idealizan la importancia del otro y devalúan la propia, lo que hace más difícil aceptar su propia competencia y aceptación del otro.

En algunos casos, dada la cronicidad de la distimia, y al igual que en el tratamiento de la depresión recurrente, puede ser razonable continuar con sesiones mensuales por un tiempo prolongado(7, 13) ■

Referencias bibliográficas

1. Akiskal H. S., Dysthymia: Clinical and external validity. *Acta Psychiatrica Scand*, 1994, 89 (Suppl. 383): 20-25.
2. Akiskal H., Dysthymic and Cyclothymic Depressions: Therapeutic Considerations. *J. Clin. Psychiatric*, 1994, 55: 46-52.
3. American Psychiatric Association. Practice Guideline for Major Depressive Disorder in Adult. *Am. J. Psychiatry*, 1993, 150:4 (Supplement).
4. American Psychiatric Association, *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-III-R*. Masson S.A., Barcelona, 1988.
5. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV*, Washington, 1994.
6. Florenzano R., Psicoterapia de las Depresiones. En Retamal P. (Ed.). *Depresión, Diagnóstico y Tratamiento*. Ediciones Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, Santiago de Chile, 1992.
7. Frank E., Kupfer D., Wagner E., et. al., Efficacy of Interpersonal Psychotherapy as a Maintenance Treatment of Recurrent Depression *Arch. Gen Psychiatry*, 1991, 48:1053-1059.
8. Hirschfeld R., Schatzberg A., Long-Term Management of Depression. *Am. J. Medicine*, 1994, 97 (Suppl 6 A): 33-38.
9. Karasu T., Toward a Clinical Model for Depression. I Systematic Comparison of Three Psychotherapies. *Am. J. Psychiatry*, 1990, 140:133-147.
10. Klerman G., Weissman M., Rounsaville B., et. al. *Interpersonal Psychotherapy for Depression*, Basic Books, New York, 1984.
11. Lapierre Y. D., Pharmacological Therapy of Dysthymia. *Acta Psychiatrica Scand*, 1994:89 (Suppl 383): 42-48.
12. Markowitz J., Psychotherapy of Dysthymia *Am. J. Psychiatry*, 1994, 151: 1114- 1121.
13. Mason B. Markowitz J., Klerman G., Interpersonal Psychotherapy for Dysthymic Disorders. En Klerman G., Weissman M. (Eds.). *New Applications of Interpersonal Psychotherapy*. American Psychiatric Press, Washington, 1993.
14. Paykel E., Psychological Therapies (Dysthymia) *Acta Psychiatrica Scand*, 1994, 89 (Suppl 383). 36-41.
15. Persons J., Thase M., Crits-Christopher P., The role of Psychotherapy in the Treatment of Depression. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1996, 53:283-290.
16. Prien R., Kocsis J., *Long-Term Treatment of Mood Disorders*. Bloom F., Kupfer D. (Eds.). Psychopharmacology: the Fourth Generation of Progress. Raven Press, New York, 1995.
17. Retamal P., La Integración de la Psicoterapia y Farmacoterapia en las Depresiones. *Rev. Psiquiatría* (Chile) 1991, 8:755-765.
18. Retamal P., Depresión Reactiva. En Retamal P. (Ed.). *Depresión, Diagnóstico y Tratamiento*. Ediciones Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, Santiago de Chile, 1992.
19. Retamal P., Aproximación Psicofarmacológica en la Depresión. En *Depresión, Diagnóstico y Tratamiento*. Ediciones Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, Santiago de Chile, 1992.
20. Retamal P., Acuña J., Mercado M. et. al., La Psicoterapia Interpersonal de la Depresión. I Parte. *Revista de Psiquiatría* (Chile), 1993, 10:47-52.
21. Retamal P., Mercado M., Torrealba M.E., et. al., La Psicoterapia Interpersonal de la Depresión. II Parte. *Rev. Psiquiatría* (Chile), 1993, 10:34-39.
22. Retamal P., Mercado M., Torrealba M.E., et. al., La Psicoterapia Interpersonal de la Depresión. II Parte. *Rev. Psiquiatría* (Chile), 1993, 10:22-32.
23. Retamal P., Manejo Integrado del Duelo y Depresión. Descripción de un caso clínico. *Folia Psiquiátrica* (Chile), 1995, 1:35-42.
24. Retamal P., Relación entre Duelo y Depresión. *Rev. Psiquiatría* (Chile), 1995, 12:34-42.
25. Retamal P., Depresión. *Guías para el Paciente y la Familia*. Editorial Universitaria, Santiago de Chile, 1998.
21. Retamal P., Distimia. Diagnóstico y Tratamiento. En Retamal P. (Ed.) *Desarrollos en Enfermedades del Animo*. Ediciones Departamento de Psiquiatría Campus Oriente, Facultad de Medicina, Univ. de Chile. (En prensa).
27. San Martín J. Psicoterapia Interpersonal. Memoria para optar al Título de Psicólogo. Univ. de Chile.
28. Shelton R., Davidson J., Yonkers K., et. al., The Undertreatment of Dysthymia. *J. Clin. Psychiatry*, 1997, 58: 59-65.
29. Vicente B, Saldívia S., Riosco P., et. al., Trastornos Psiquiátricos en Diez Comunas de Santiago: Prevalencia de seis meses. *Rev. Psiquiatría* (Chile), 1994, 11: 194-202.
30. Weisman M., Markowitz J., Interpersonal Psychotherapy: Current Status. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1994, 51:599-606.
31. W.P.A., Dysthymia Working Group. Dysthymia in Clinical Practice. *Br. J. Psychiatry*, 1995, 166:174-183.

¿Porqué los síntomas de la esquizofrenia comienzan a partir de la adolescencia?

Una hipótesis basada en las alteraciones del neurodesarrollo

Fabián J. Triskier

Médico psiquiatra. Servicio de Psicopatología Hospital P. Piñero. Jefe de trabajos Prácticos, Depto. de Salud Mental, Fac. de Medicina, UBA. Gurruchaga 2463 1ª C, Buenos Aires. E-mail: triskier@satlink.com

Introducción

La caracterización de la psicopatología del adolescente ha sido materia de revisión en los últimos años. La concepción de "crisis del adolescente" como etapa benigna y necesaria, en la que lo patológico se convierte en un emergente de la elaboración de conflictos intrapsíquicos –necesarios, además, para evitar patología, de la vida adulta– ha sido puesta en cuestión por algunos autores(33). Dicha conceptualización llevó a la configuración de "una entidad semipatológica" denominada "síndrome normal de la adolescencia"(1).

Sin embargo, la mayoría de los adolescentes no parecerían atravesar por "crisis" con dichas características, es decir que la "adolescencia normal" no debería caracterizarse por los aspectos patológicos de algunos adolescentes que sí los sufren(33). La naturalización de

conductas patológicas y su extensión a la totalidad de los adolescentes no es ajena a la producción de diferentes construcciones sociales sobre los mismos, que en ciertas sociedades como la nuestra contribuyen a su estigmatización, represión violenta y marginalización¹.

Por otra parte, la emergencia de sintomatología psiquiátrica durante este período de la vida no parecería evitar el desarrollo de trastornos mentales en la vida adulta sino todo lo contrario, en muchos casos estos parecerían continuar en la adultez.

Por lo tanto, el diagnóstico y tratamiento adecuado de la patología adolescente se hace absolutamente necesario.

Diferentes teorías, entre ellas la psicoanalítica, han ofrecido notables y abundantes consideraciones acerca de precisar las razones por las que la adolescencia se convertiría en una época fecunda para la aparición de cambios factibles de

ser considerados síntomas de patología mental. Sin embargo, a partir de la década del '80, numerosos hallazgos provenientes del campo de las neurociencias han enriquecido nuestros conocimientos acerca del desarrollo normal del cerebro, así como también sobre los posibles mecanismos psicopatogénicos involucrados en la producción de diferentes trastornos mentales.

Cambios cerebrales durante la adolescencia

El desarrollo de la corteza cerebral no muestra una secuencia temporal continua en las diferentes modificaciones cuali y cuantitativas que sufre durante la vida. Existen períodos "críticos" en los que deben producirse ciertas modificaciones, necesarias para el establecimiento del patrón de organización cortical, en el que se conjugan fenómenos de diferente tipo

Resumen

Diferentes evidencias provenientes de la neuroanatomía, las neuroimágenes y la biología molecular han llevado a considerar la posibilidad de que al menos algunos casos de esquizofrenia se deban a alteraciones del neurodesarrollo. En el presente trabajo se pretende reseñar los hallazgos que intentan explicar el inicio clínico tardío de la esquizofrenia como un producto de la alteración en el "podamiento sináptico" que normalmente llega a un "plateau" entre la adolescencia y los primeros años de la vida adulta, y no exclusivamente a una alteración del neurodesarrollo prenatal.

Palabras clave: Adolescencia – Esquizofrenia – Neurodesarrollo – Eliminación de sinapsis.

WHY DO THE SCHIZOPHRENIA SYMPTOMS BEGIN IN THE ADOLESCENCE? A HYPOTHESIS BASED IN THE DISORDERS OF NEURAL DEVELOPMENT

Summary

Different evidences belonging to neuroanatomy, neuroimagens and molecular biology, have led to consider the possibility that at least some cases of schizophrenia were due to disorders of the neural development. This work tries to account the findings tended to explain the belated clinical onset of schizophrenia as a result of the disorders in "synaptic pruning", reaching a "plateau" between the adolescence and the first years of the adult life, and not only as a disorder of prenatal neural development.

Key Words: Adolescence – Schizophrenia – Neurodevelopment – Synaptic elimination.

y con distintas localizaciones(23).

Estas modificaciones no son ajenas a las capacidades cognitivas y conductuales de cada período(18). En este proceso se conjugan fenómenos programados genéticamente, con otros influidos por el ambiente y la experiencia, en un interjuego que por momentos es imposible de diferenciar.

Uno de los fenómenos ubicables en la etapa peri y postpuberal es la aceleración y clausura de los procesos de regresión sináptica en la corteza frontal(24). Luego de una etapa de gran proliferación que ocupa los primeros dos años de vida, comienza una etapa de regresión de estructuras sinápticas que tendrá un incremento en la pubertad, reduciendo el monto de sinapsis que permanecerá relativamente inalterado hasta la senectud.

La disminución en el número de sinapsis se produciría como consecuencia de un proceso de "darwinismo neural"(13), es decir de fenómenos competitivos con una posterior "estabilización selectiva"(9). En términos neuroplásticos, el desarrollo que nos lleva de la infancia a la adultez conlleva inevitablemente una pérdida, y en nuestra especie, a diferencia de otras, primordialmente, una pérdida de sinapsis.

La extensión de estos cambios regresivos a etapas tardías del neurodesarrollo —en especial las de ciertas zonas de la corteza cerebral prefrontal— así como también la prolongación de la mielinización de ciertas vías hasta entrada la vida postnatal(5) es consecuente con el postulado de la "neotenia cerebral" como motor evolutivo de la especie humana(19).

En la década del '80, el podamiento sináptico de la adolescencia, demostrado por Huttenlocher, es vinculado por Feinberg(15) a diferentes cambios funcionales evidenciables en dicho período, propios del desarrollo cerebral normal.

Estos son, entre otros, las modificaciones en la etapa de sueño profundo en los estudios electroencefalográficos, la disminución del metabolismo cerebral, la disminución en la capacidad de recuperación luego de distintas lesiones de la corteza cerebral, y la diferente respuesta a ciertas clases de psicofármacos.

Estos cambios, que serían pro-

prios del neurodesarrollo normal, generaron nuevas e interesantes hipótesis sobre la irrupción de síntomas y trastornos mentales durante y después de la adolescencia. Me refiero en especial, pero no exclusivamente, a la esquizofrenia.

La esquizofrenia y las alteraciones del neurodesarrollo

La esquizofrenia ha sido considerada por años como paradigma de la enfermedad mental de comienzo durante la adolescencia. La denominación de hebefrenia, "locura de la juventud" —que Hecker atribuyó al grupo por él delimitado, al que consideraba como la detención del desarrollo de la vida psíquica en la etapa puberal(20)— así como los hallazgos de Kraepelin de que el 75% de los casos clínicos utilizados para su descripción de la demencia precoz comenzaban antes de los 25 años(30) contribuyeron para que se estableciera dicha asociación entre esquizofrenia y adolescencia.

Sin embargo, el mismo Kraepelin fijaba el comienzo de la enfermedad maniaco-depresiva como un hecho frecuente durante la adolescencia y afirmaba —luego de enumerar diferentes caracteres propios de los jóvenes y que acompañan "los cambios del desarrollo sexual"— su incapacidad para concluir que hubiera "relaciones causales entre la demencia precoz y la

pubertad"(30). Bleuler resulta categórico en este punto, afirmando que "la esquizofrenia no es una psicosis de la pubertad, en el estricto sentido de la palabra, si bien en la mayoría de los pacientes la enfermedad se hace manifiesta poco después de esa edad"(7).

En los últimos años viene acumulándose numerosa evidencia tendiente a considerar a la esquizofrenia como una patología del neurodesarrollo(40). La misma proviene de numerosos estudios que incluyen la observación de alteraciones psicomotoras y del aprendizaje en niños que de adultos fueron diagnosticados como esquizofrénicos(16, 27, 41); los hallazgos neuropatológicos en estructuras cerebrales de pacientes esquizofrénicos(2, 4, 6, 26), así como también los producidos por neuroimágenes(8, 11, 14, 42, 44); y la experimentación con modelos animales (31, 32).

La consideración de la esquizofrenia como un trastorno del neurodesarrollo se opondría en cierta forma a la sostenida por generaciones de psiquiatras a partir de algunas de las afirmaciones de Kraepelin². La "demencia precoz", con su postulado deterioro progresivo convertido en dogma, y conclusión final en demencia ha llevado durante años a considerar a la esquizofrenia casi como una enfermedad neurodegenerativa.

Los hallazgos producidos con la utilización de TAC y RMN revela-



CLÍNICA PSIQUIÁTRICA PRIVADA MODELO DEL SOL

Director: Dr. William David Moreno

Asistencia
Docencia
Investigación

Comunidad Terapéutica

Psiquiatría Dinámica

*Consultores Científicos: Dr. Gustavo Lipovetzky
Dr. Luis Córdoba*

Chacabuco 770, (1704) Ramos Mejía, Pcia. de Buenos Aires
Tel. fax: (01) 656-4891 - 654-6989/5265

ron la existencia de variadas alteraciones estructurales. En general éstas aparecen como fijas, estáticas, no progresivas y se habrían generado antes del comienzo de la sintomatología clínica.

Los estudios neuropatológicos han confirmado las evidencias producidas por las neuroimágenes. Es de destacar la ausencia de gliosis en los tejidos estudiados(36), lo que ha llevado a concluir que los procesos lesionales ocurridos habrían de ser anteriores al tercer trimestre de la vida fetal, período en el cual las lesiones no desarrollan reacción gliótica. Este hecho ha llevado a postular que el evento que llevaría a las alteraciones cito e histopatológicas presentes en los cerebros de individuos con esquizofrenia, sería un evento temprano del desarrollo fetal, probablemente producido por una alteración del proceso migracional celular, que ocurre durante el segundo trimestre del neurodesarrollo fetal, en coincidencia con las afirmaciones de Jakob y Beckman en 1986(26).

La disposición anormal de poblaciones celulares llevaría a establecer un patrón de conexiones sinápticas atípicas entre la corteza prefrontal y el sistema límbico que ha sido postulado como uno de los condicionantes de la sintomatología esquizofrénica(43).

En síntesis, este modelo sostiene que las alteraciones neuroanatómicas y citoarquitectónicas presentes en cerebros de esquizofrénicos son muy anteriores a la aparición de los síntomas. Las consideraciones etiológicas para explicar estas anomalías del desarrollo cerebral incluyen hipótesis genéticas y/o ambientales (infecciones virales en útero y complicaciones obstétricas).

Este modelo de injuria cerebral precoz requiere de otras explicaciones que permitan postular mecanismos por los cuales se produce el retardo evidenciado en el surgimiento de los síntomas que integran el trastorno esquizofrénico, que, como es sabido, ocurre en la gran mayoría de los casos con posterioridad a la adolescencia, o en los primeros años de la vida adulta³.

Para responder a esta cuestión, algunos autores han hipotetizado sobre el rol que podría tener el desarrollo normal del cerebro en la producción de los síntomas(43), siendo entonces las modificaciones cere-

brales ocurridas en la juventud las que "liberarían" los síntomas esquizofrénicos en individuos con anomalías cerebrales acaecidas en la vida intrauterina. Es decir, que la causa de la aparición de ciertas características en un determinado período no sería próxima en el tiempo, sino muy anterior. Para sostener esta afirmación, se ha tomado como modelo a un trastorno neurológico como la leucodistrofia metacromática, en la cual también son frecuentes los síntomas psicóticos durante la adolescencia y juventud de los individuos que la sufren(25). También se han utilizado modelos animales de experimentación, en los que la lesión temprana de diferentes estructuras cerebrales evidencia alteraciones motoras y conductuales sólo después de la pubertad de los animales estudiados(31, 32).

En este modelo, se postula que las experiencias y requerimientos de la vida adulta (no muy bien discriminados ni explicitados por el momento), y/o la expresión de ciertos genes, darían cuenta del tiempo en el que aparecen los síntomas.

Sin embargo, aún cuando parecen haber recibido menor atención de los investigadores hasta la fecha, otros modelos plantean hipótesis diferentes. En éstos, se especula con algún tipo de anomalía ocurrida después de la pubertad o durante la adolescencia o adultez temprana, más próxima en el tiempo a la aparición de los síntomas de la esquizofrenia.

Estos modelos, a los que podríamos denominar como de "neurodesarrollo tardío", tienen su inicio a partir de las propuestas de Feinberg en 1982-83(15). Su hipótesis se centra en las alteraciones en procesos típicos del desarrollo normal del cerebro durante los últimos años de la adolescencia descriptos anteriormente. Feinberg propone un modelo según el cual algunos casos de esquizofrenia se producirían por errores en los mecanismos de regresión sináptica por los cuales serían eliminadas sinapsis de forma "disminuida, excesiva o errónea".

Diferentes hallazgos ocurridos en los últimos años han revalorizado esta hipótesis según la cual los hechos determinantes en algunos casos de esquizofrenia serían tardíos, alrededor de la adolescencia. Éstos, han podido precisar al exceso en la poda sináptica duran-

te la adolescencia, como el principal mecanismo involucrado en la generación de los síntomas de lo que los psiquiatras denominamos esquizofrenia(29).

Estudios realizados han demostrado una actividad metabólica reducida en la corteza prefrontal en la esquizofrenia(3), lo que implicaría una disminución del metabolismo cerebral mayor que la observada en individuos sanos(10). Similares hallazgos se han realizado respecto a los cambios en la onda delta en electroencefalograma de sueño en pacientes esquizofrénicos(28).

Pettegrew y otros investigadores sostienen que este fenómeno se debería a alteraciones en el metabolismo de los fosfolípidos de membrana, con una disminución en los productos de síntesis y un aumento de los productos de degradación. Los mismos han sido evidenciados utilizando RMS con P31 en la corteza prefrontal de individuos con esquizofrenia(34, 35). En las mismas se observa un aumento en los productos del catabolismo de membranas en los pacientes esquizofrénicos respecto a controles sanos. Los autores proponen que las anomalías en el metabolismo de membrana descriptas se correlacionarían con una exageración de los fenómenos de regresión sináptica que ocurren en la adolescencia, lo que confirmaría la hipótesis de Feinberg.

Recientes hallazgos neuropatológicos presentarían indicadores indirectos de este mecanismo, revelando una reducción en la densidad sináptica. Por ejemplo el incremento en la densidad neuronal cortical como consecuencia de una reducción de la arborización sináptica(38), así como también la reducción en la expresión de sinaptofisina, un marcador sináptico, en cerebros de esquizofrénicos(12).

Los modelos de simulación por computadora, con la generación de "focos ectópicos autónomos", homologados por los autores a los síntomas positivos de los esquizofrénicos al sobrepasarse cierto umbral en la supresión de vías asociativas de redes neuronales, enriquecen esta línea de investigación(21, 22).

Discusión

Las hipótesis que centran en

eventos que alterarían el desarrollo cerebral alrededor de la adolescencia el desencadenamiento de las alteraciones de la esquizofrenia, deben ser puestos en serie y no en oposición con los que hacen énfasis en las alteraciones del desarrollo fetal. Si consideramos a la esquizofrenia como un constructo clínico heterogéneo, es probable que sus mecanismos fisiopatológicos también lo sean, aún cuando lleguen a un aparente final común. Hoffman y McGlashan han postulado un modelo en que se combinan posibles alteraciones en la proliferación sináptica temprana con las alteraciones en la poda sináptica de la adolescencia propuestas por Feinberg con la consecuente producción de diferentes formas de esquizofrenia y adaptaciones premórbidas(21, 22).

Si aceptamos que en una apretada síntesis, la hipótesis plantea que en la esquizofrenia se encontrarían aumentados o prolongados algunos fenómenos del desarrollo cerebral durante la adolescencia, nos encontraríamos próximos a una de las afirmaciones de Hecker acerca de la hebefrenia. En su monografía de 1871 puede leerse: "Todos estos síntomas no se reúnen arbitrariamente en un cuadro fortuito, sino que se insertan totalmente en el marco de los fenómenos de desarrollo normales del período de la pubertad, aquí de forma mórbida, anormalmente exagerados"(20).

El modelo propuesto despierta

un gran atractivo llevando a interesantes especulaciones teóricas y diferentes líneas de investigación a fin de despejar sus puntos inciertos. Por ejemplo, debería someterse la hipótesis del exceso en la regresión sináptica, a su comprobación mediante el estudio postmortem a gran escala en cerebros de esquizofrénicos, así como también sobre los procesos de maduración cerebral en poblaciones de adolescentes sanos y en primeros episodios de esquizofrenia utilizando técnicas funcionales como RMS, EEG, etc.

Además resulta estimulante verificar la presencia de características particulares en el inicio y curso del desarrollo puberal en pacientes con esquizofrenia, así como también la investigación de genes de probable activación tardía como posibles candidatos en la participación del inicio de los síntomas. Por otra parte, la confirmación de la hipótesis también podría generar modificaciones en los tratamientos, ya sea definiendo una iniciación más precoz de la terapéutica habitual o me-

dante nuevos intentos como podría ser (hoy sólo de manera especulativa) la administración o regulación de la síntesis y disponibilidad de factores de crecimiento nervioso a fin de modular la poda sináptica en individuos con riesgo de padecer esquizofrenia. Sin duda, sería necesario precisar qué influencia tienen, si es que la tienen, las experiencias vitales de la vida de relación durante la adolescencia en las modificaciones regresivas que sufren las sinapsis corticales durante ese período, lo que llevaría a desarrollar posibles y quizás novedosas estrategias psicoterapéuticas y preventivas.

Se abren además otros caminos para la investigación, ajenos al campo de la esquizofrenia, como por ejemplo el rol de los cambios plásticos de la adolescencia en otras patologías como por ejemplo el trastorno bipolar(37) y el trastorno obsesivo compulsivo en algunas de sus formas(39), así como también la ausencia de respuesta a los antidepresivos antes y después de la pubertad ■

Notas

1. Hago referencia a la frecuente asociación de los jóvenes a diferentes problemáticas sociales como la violencia, la drogadicción, el SIDA, como exclusivas de dicha población con consecuencias sociales sobre las que no me referiré en el presente trabajo.

2. Hago la salvedad de destacar "a partir de algunas de las afirmaciones de Kraepelin", ya que de otras de sus afirmaciones podría llegarse a conclusiones más cercanas a las hipótesis del neurodesarrollo.

3. En diciembre del año pasado se publicó una excelente revisión crítica acerca de las hipótesis que proponen una alteración en el neurodesarrollo prenatal y no progresiva de la esquizofrenia. (Woods, B. T., *Am. J. Psychiatry* 155: 12, 1998)

ANCLAJE



Acompañamiento Terapéutico

CRISIS, URGENCIAS, EMERGENCIAS

Internación domiciliaria
Traslados
Externaciones
Reinserción

ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO

Psiquiatras
Psicólogos
Médicos Clínicos
Nutricionistas
Enfermeras/os
Personal trainer

Lic. J. Britos

Lic. E. O'Connor

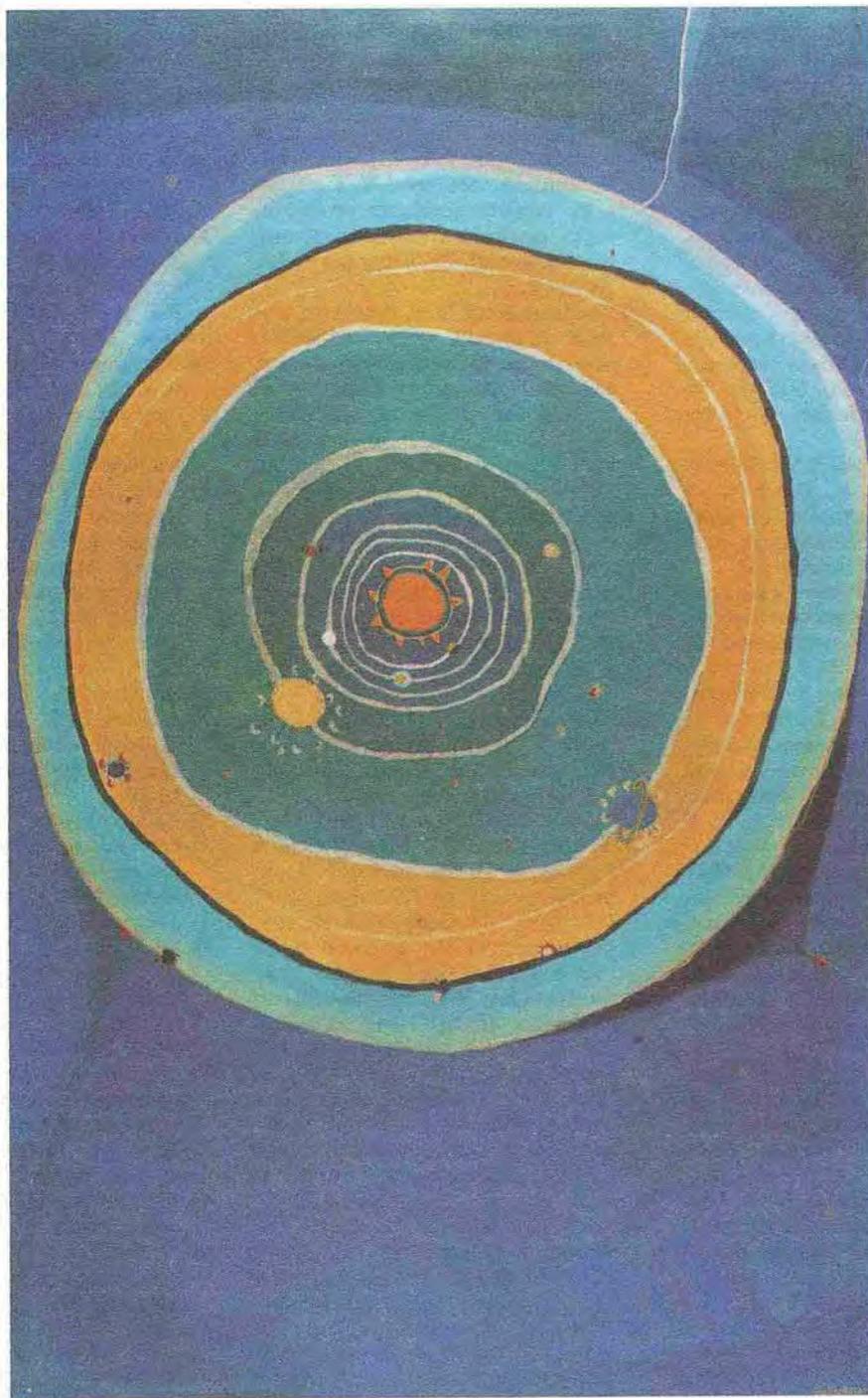
COORDINADORES

4371-8648

4787-9408

Referencias bibliográficas

1. Aberastury, A., Knobel, M., *La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico*, Paidós, 1984.
2. Akbarian, S., Bunney, W. J., Potkin, S. G., Wigal, S. B., Hagman, J. O., Sandman, C. A., Jones, E. G., "Altered distribution of nicotine-adenine dinucleotide phosphate-diaphorase cells in frontal lobe of schizophrenics implies disturbances in cortical development", *Arch. Gen. Psychiatry*, 1993, 50:169-177.
3. Andreasen, N. C., Rezaï, K., Alliger, R., Swayze, V. W., Flaum, M., Kirchner, P., Cohen, G., O'Leary, D. S., "Hypofrontality in neuroleptic-naïve patients and in patients with chronic schizophrenia: assesment with Xenon 133 single-photon emission computed tomography and the Tower of London", *Arch. Gen. Psychiatry*, 1992, 49:943-958.
4. Arnold, S. E., Hyman, B. T., Van Hoesen, G. W., Damasio, A. R., "Some cytoarchitectural abnormalities of the entorhinal cortex in schizophrenia", *Arch. Gen. Psychiatry*, 1991, 48:625-632.
5. Benes, F. M., *Corticolimbic circuitry and the development of psychopathology during childhood and adolescence*. en ídem(3), 1997
6. Benes, F. M., McSparren, J., SanGiovanni, J. P., Vincent, S. L., "Deficit in small interneurons in prefrontal cingulate cortices of schizophrenic and schizoaffective patients", *Arch. Gen. Psychiatry*, 1991, 48:625-632.
7. Bleuler, E., (1908) *Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias*, Lumen, 1993.
8. Bogerts, B., Ashtari, M., Degreef, G., Alvir, J. M., Bilder, R. M., Lieberman, J. A., "Reduced temporal limbic structure volumes on magnetic resonance images in first episode schizophrenia", *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 1991, 35, 1-13.
9. Changeux, J. P. & Danchin, A., "Selective stabilisation of developing synapses as a mechanism for the specification of neuronal networks", *Nature*, 1976, 264:705-712.
10. Chugani, H. T. & Phelps, M. E., "Maturational changes in cerebral function in infants determined by 18FDG positron emission tomography", *Science*, 1986, 231:840-843.
11. DeLisi, L. E., Hoff, A. L., Schwartz, J. E., et al., "Brain morphology in first-episode schizophrenic-like psychotic patients: a quantitative magnetic resonance imaging study", *Biological Psychiatry*, 1991, 129:159-175.
12. Eastwood, S. L. & Harrison, P. J., "Decreased synaptophysin immunoreactivity in the temporal medial lobe in schizophrenia demonstrated using immunohistochemistry", *Neuroscience*, 1995, 69:339-343.
13. Edelman, G. E., *Neural darwinism*, Basic Books, 1987.
14. Erel, O., Cannon, T. D., Hollister, J. M., Mednick, S. A., Parnas, J., "Ventricular enlargement and premorbid deficits in school-occupational attainment in a high-risk sample", *Schizophrenia Research*, 1991, 4:49-52.
15. Feinberg, I., "Schizophrenia: caused by a fault in programmed synaptic elimination during adolescence?", *Journal of Psychiatric Research*, 17:319-334.
16. Fish, B., "Infant predictors of the longitudinal course of schizophrenic development", *Schizophr. Bull.*, 1986, 13: 395-409.
17. Frazier, J. A., Alagband-Rad, J., Jacobsen, L., Leanne M. C., Hamburger, S., Smith, A., McKenna, K., Rapoport, J. L., "Pubertal development and onset of psychosis in childhood onset schizophrenia", *Psychiatry Res.*, 1997, 70(1):1-7.
18. Goldman-Rakic, P. S., Bourgeois, J. P., Rakic, P., *Synaptic substrate of cognitive development: life-span analysis of synaptogenesis in the prefrontal cortex of the nonhuman primate*, en ídem (3), 1997.
19. Gould, S. J., *El pulgar del panda*, Blume Ediciones, 1980.
20. Hecker, E., (1871), "La hebefrenia. Contribución a la psiquiatría clínica", en *La locura maniaco-depresiva. La catatonía. La hebefrenia*, Polemos, 1996.
21. Hoffman, R. E. & McGlashan, T. H., "Parallel distributed processing and the emergence of schizophrenic symptoms", *Schizophr. Bull.*, 1993, 19:119-140.
22. Hoffman, R. E. & McGlashan, T. H., "Synaptic elimination, neurodevelopment and the mechanism of hallucinated "voices" in schizophrenia", *Am. J. Psychiatry*, 1997, 154: 12:1683-1689.
23. Huttenlocher, P. R. & Dabholkar, A. S., "Developmental anatomy of prefrontal cortex", en Krasnegor, N. A., Reid Lyon, G. & Goldman-Rakic, P. S., *Development of the prefrontal cortex*, Paul H. Brookes Publishing Co, 1997.
24. Huttenlocher, P. R., "Synaptic density in human frontal cortex: developmental changes and effects of aging", *Brain Research*, 1979, 163:195-205.
25. Hyde, T. M., Ziegler, J. C., Weinberger, D. R., "Psychiatric disturbances in metachromatic leucodystrophy: insight in the neurobiology of psychosis", *Arch. Neurology*, 1993, 49:401-406.
26. Jakob, H. & Beckman, H., "Prenatal development disturbances in the limbic allocortex in schizophrenia", *Journal of Neural Transmission*, 1986, 65:303-326.
27. Jones, P., Murray, R., Rodgers, B., "Childhood risk factors for adult schizophrenia in a general cohort at age 43 years", en Mednick, A. S. & Hollister, J. M., *Neural development and schizophrenia. Theory and research*, Plenum Press, 1995.
28. Keshavan, M. S., Reynolds, C. F., Kupfer, D. J., "Electroencephalographic sleep in schizophrenia: a critical review", *Comprehen. Psychiatry*, 1990, 30:34-47.
29. Keshavan, M. S., Stewart, A., Pettegrew, J. W., "Is schizophrenia due to excessive synapting pruning in the prefrontal cortex? The Feinberg hypothesis revisited", *J. Psychiat. Res.*, 1994, 28(3), 239-265.
30. Kraepelin, E., (1909-1913) *La demencia precoz*, Polemos, 1996.
31. Lipska, B. K., Jaswik, G. E., Weiberger, "Postpuberal emergence of hyperresponsiveness to stress and to excitotoxic hippocampal damage: a potential animal model of schizophrenia", *Neuropsychopharmacology*, 1993, 9:67-75.
32. Lipska, B. K., Weiberger, D. R., "Subchronic treatment with haloperidol and clozapine in rats with neonatal excitotoxic hippocampal damage", *Neuropsychopharmacology*, 1994, 10(3), 199-205.
33. Offer, D., Schornet-Reichl, K. A., "Debunking the myths of adolescence: findings from recent research", *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1992, 31:1003-1004.
34. Pettegrew, J. K., Keshavan, M. S., Minschew, N. J., "31P nuclear magnetic resonance spectroscopy: neurodevelopment and schizophrenia", *Schizophrenia Bulletin*, 1993, 19:119-140.
35. Pettegrew, J. W., McClure, R. J., Keshavan, M. S., Minschew, N. J., Panchalingam, K., Klunk, W. E. "31 P magnetic resonance imaging studies of developing brain", en Keshavan, M. S. & Murray R. M. *Neurodevelopment & adult psychopathology*, Cambridge, 1997.
36. Roberts, G. W., Colter, N., Lofthouse, R., Bogerts, B., Zech, M., Crow, T. J., "Glossis in schizophrenia: a survey", *Biological Psychiatry*, 1986, 21:1043-1050.
37. Saugstad, L. E., "Age at puberty and mental illness. Toward a neurodevelopmental aetiology of Kraepelin's endogenous psychoses", *Bra. J. Psychiatry*, 1989, 155:536-544.
38. Selemon, L. D., Rajkowska, G., Goldman-Rakic, P. S., "Abnormally high neuronal density in the schizophrenic cortex", *Arch. Gen. Psychiatry*, 1995:52, 805-818.
39. Triskier, F & Cocco, C., "PANDAS: trastornos neuropsiquiátricos infanto-juveniles como respuesta autoinmune a la infección por estreptococos", (en prensa), 1998??.
40. Triskier, F. J. (1997) "Esquizofrenia y neurodesarrollo", *RAN*, 2:12-20.
41. Walker, E. F. & Lewine, R. J., "Prediction of adult onset schizophrenia from childhood movies", *Am. J. Psychiatry*, 1990, 147:1052-1056.
42. Weiberger, D. R., Torrey, E. F., Neophytides, A., Wyatt, R. J. "Lateral cerebral ventricular enlargement in chronic schizophrenia", *Arch. Gen. Psychiatry*, 1979, 36:735-738.
43. Weinberger, D. R., "Implications of normal brain development for the pathogenesis of schizophrenia", *Arch. Gen. Psychiatry*, 1987, 44:660-667.
44. Weinberger, D. R., DeLisi, L. E., Perman, G., Targum, S., Wyatt, R. J., "Computed tomography scans in schizophreniform disorders and other acute psychiatric patients", *Arch. Gen. Psychiatry*, 1982, 39:778-783.



Andrea Hernandez
"Universo"
Óleo sobre tela
1992
0.70x100 cm.



Las casas de los locos

Transformaciones de las instituciones psiquiátricas

Este Dossier de Vertex está dedicado al tema de las Instituciones Públicas de Asistencia: las transformaciones que en ellas se producen; los problemas de financiamiento que presentan; los resultados que ofrecen con los nuevos dispositivos acordes con las demandas actuales de atención; los testimonios que aportan quienes están a cargo de la tarea de dirigir las.

De hecho, a ellas concurren una crecida cantidad de ciudadanos a buscar asistencia. A los usuarios habituales del sistema se les suman otros nuevos: aquellos que por la pérdida o precarización de sus trabajos carecen de otra protección médica. Superadas las trabas burocráticas con las que suelen recibirlos, cuando ellos encuentran sus tratamientos tienen un aceptable grado de satisfacción con la asistencia que allí le es brindada. Incluso una porción de ciudadanos prefiere esta forma de asistencia sobre cualquier otra a la que podría tener acceso.

Es decir que, independientemente del grado de malestar que habitualmente exhiben los profesionales que allí se desempeñan y los funcionarios que se ocupan de ellas, de las apasionadas polémicas que su existencia despierta, es un hecho cierto que nuestras Instituciones siguen cumpliendo su función de brindar una asistencia bien calificada por sus usuarios.

Tradicionalmente, cuando se plantea este tema, se lo asocia al par Institucionalización –

Desinstitucionalización. Pueden verse precisamente en este Dossier los trabajos de Pellegrini en la provincia de San Luis y el trabajo de L. A. Ellerman y col. en la provincia de Entre Ríos dando cuenta de procesos transformadores que atravesaron con éxito el paso de instituciones asilares a instituciones asistenciales. En la misma línea, hay que destacar la notable reforma psiquiátrica liderada por H. Cohen en la provincia de Río Negro, la cual constituye una experiencia global que al ser efectivamente concretada permite un estudio cierto, tanto de los resultados beneficiosos logrados, como de los problemas que su puesta en práctica genera.

Sin embargo, a juicio de quien escribe estas líneas, esta tesis (institución asilar) y esta antítesis (desinstitucionalización) requieren una nueva síntesis.

La desinstitucionalización (véase J. C. Stagnaro, Vertex, Rev. Arg. de Psiqu. 1993, IV, pp. 265-266) constituyó un movimiento de renovación de las asistencias de las patologías psiquiátricas crónicas en abierto antagonismo con los efectos oprobiosos de la institución asilar. En gran medida, es necesario mencionarlo, este movimiento fue posible por la conjunción de posiciones ideológicas, nuevos recursos técnicos (básicamente los psicofármacos) y necesidades de tipo económico. Requiere para una puesta en práctica seria, de recursos adicionales a la tradicional institución psiquiátrica (hostales, ca-

sas de medio camino, atención domiciliaria, equipos de rehabilitación), los que deben tomar como objeto el mantenimiento de los programas de tratamiento y la asistencia de la discapacidad que produce la enfermedad mental.

Nótese que en el aspecto ideológico hemos tenido una clara evolución en nuestro país. Léanse las encuestas hechas para este Dossier a los Directores de Hospitales y adviértase que son ellos quienes más reclaman por instituciones intermedias que alivien el doble peso que deben cargar las grandes instituciones psiquiátricas: el terapéutico y el social. Pero esta evolución ideológica no se ha acompañado hasta el momento —salvo en experiencias aisladas— por la puesta en funcionamiento de dichas instituciones intermedias.

Sin embargo, quedarse fijado al par institución asilar-desinstitucionalización implica hoy una reducción de los problemas complejos de nuestro campo. Entre otras cosas porque reduce las cuestiones a las estrategias de tratamiento de las psicosis crónicas deficitarias y, por lo tanto, deja de lado en su consideración el resto de los problemas clínicos que nuestras instituciones afrontan hoy.

Así como la desinstitucionalización fue la bandera de los años sesenta, el organizar y brindar calificados servicios en Salud Mental, que respondan a las diversas demandas asistenciales de los ciudadanos, se constituye como la módica bandera de nuestra contemporaneidad. Este pasaje queda bien ilustrado por el trabajo de J. Pellegrini: la superación del asilo dio lugar a la creación de nuevos Servicios.

Nuestra sociedad ha hecho de la demanda a la intervención clínica un hábito. No se puede decir que la incidencia y prevalencia de los trastornos mentales haya aumentado; sí, en cambio, han aumentado las consultas. Esto produce un mayor requerimiento de financiamiento y un mejor entrenamiento en la administración de los recursos. Esto está aludido en los testimonios de los Directores de Hospitales y es el tema del trabajo de P. Gargoloff, E. Melía y A. Cattáneo.

Las demandas a la intervención clínica psiquiátrica no sólo provienen del paciente o de su grupo familiar, sino de otros estamentos de la sociedad, como la Escuela y la Justicia.

Precisamente, las relaciones entre la Justicia y la Psiquiatría fueron y son conflictivas. Por ello mismo abren a la consideración temas de interés. Piénsese conceptualmente el friccional anecdótico al que dan lugar los trastornos de la conducta social: el Juez enviando a los sujetos que encarnan ese problema al Hospital Psiquiátrico para la curación de los comportamientos anómalos y el clínico solicitando intervención disciplinaria de la Policía o del Juez.

En otros casos, la demanda parte de los médicos clínicos, lo que constituye el campo de las interconsultas. Podrá leerse al respecto en este Dossier los resultados encontrados en el Hospital San Roque de Córdoba sobre la incidencia de daño psicopatológico en pacientes internados por diversas patologías clínicas.

En nuestro medio circula con notoria facilidad la idea de que estamos en presencia de nuevas patologías. Quizás el final de la centuria que forma parte de nuestra contemporaneidad nos predispone espiritualmente para comulgar con esa idea antes de estudiar metodológicamente la patoplastia cierta de las enfermedades mentales.

Podemos estar rápidamente de acuerdo en que han cambiado —y lo siguen haciendo con un ritmo preestablecidamente periódico— nuestros sistemas clasificatorios, los que han elegido prevalentemente un valor operativo. Somos contemporáneos del intento de eliminar categorías clínicas consagradas como histeria o neurosis, en tanto ellas no pueden ser definidas con precisión. Probablemente, esa eliminación de nuestro sistema simbólico nos retorne de diversas maneras en la realidad de la fenomenología clínica y afecte nuestra posibilidad de interpretarla. Puede ser, en suma, que nuestros valiosos sistemas clasificatorios afecten nuestro juicio y nuestro sentido clínico.

Pero, no hay evidencia de que alrededor nuestro hayan nacido nuevas patologías. Esa falta de evidencia podría estimular investigaciones que encaren el tema de la influencia modeladora de lo social (cambiante por definición) sobre las presentaciones del sufrimiento psíquico.

Lo que sí resulta evidente y que ha cambiado el mapa de la clínica es la difusión de las

drogas de abuso en nuestra sociedad. Hoy en día, tanto las patologías de adicción como los trastornos duales constituyen una demanda dramática sobre nuestras Instituciones y las obliga a la creación de dispositivos apropiados para su tratamiento. En este Dossier, el trabajo de E. Toro Martínez, M. A. Focci y R. Baistrocchi da cuenta de ello.

Un Dossier como este tiene un adicional valor histórico. Servirá a la posteridad, si ella se interesa, por conocer datos sobre el estado de las Instituciones Psiquiátricas en la Argentina a fines del siglo.

¿Debemos dejar registrado para ellas un común denominador o debemos dejar indicado que es necesario remitirse a cada una de ellas y reconocer sus diferencias?

¿Debemos guiarnos por ese coro de fondo, quejoso y molesto, que se escucha por los pasillos de nuestras Instituciones o hacerlo por la satisfacción que suelen encontrar nuestros usuarios? ¿Será que ese coro lo entonan precisamente aquellos que ocultan su inoperancia con música? ¿Será que nuestros usuarios se conforman con muy poco?

Tomar partido por alguna de estas alternativas requeriría una investigación seria sobre nuestras Instituciones. A falta de ello, permítaseme apelar al más literario "pinta tu aldea y pintarás el mundo".

Intentaré, entonces, desde la premisa de considerar lo asistencial y lo docente como los objetivos prioritarios de una Institución, pintar lo que en mi aldea afecta el cumplimiento de esos objetivos.

• La distribución de las horas profesionales no se adecua a esas metas, de modo tal que un porcentaje exagerado de ellas está destinada a tareas administrativas y burocráticas de escaso rédito. Los intentos y aun las indicaciones destinadas a modificar esto, chocan con privilegios adquiridos que los profesionales defendemos corporativamente.

• Correlativo de ello es que una buena parte de la tarea asistencial esta a cargo de personal ad honorem. Su transitoriedad dificulta el sedimento de la experiencia clínica.

Esto se expresa en algo típico de nuestras Instituciones que es un eterno volver a empe-

zar, de modo tal que cada vez que se inicia un proyecto siempre se tiene la ilusoria sensación de la absoluta novedad.

• La falta de incorporación de nuevos profesionales a través de concursos abiertos capaces de seleccionar a los mejores. La consecuencia es la ausencia de una esperable renovación y que los profesionales se van convirtiendo en una población envejecida, rígida y sobreadaptada viciosamente a una Institución de la cual extrae diversas ventajas.

Toda Institución tiene que poseer mecanismos de homeostasis, autoconservación y auto-perpetuación para seguir teniendo una identidad en su función. Sin embargo, cuando estos mecanismos pierden plasticidad, se pierde también la necesaria capacidad de actualización y modificación.

• Ejemplo mayor de la falta de renovación es la pérdida que implica la despedida anual de los profesionales residentes a los que se dedicó tiempo de formación, lo que luego no es aprovechado.

• La falta de un programa de formación continua que determina una jerarquización basada en razones burocráticas.

• La escasez de iniciativas de investigación y la imposibilidad de inversión en avances tecnológicos lo cual repercute sobre la desactualización en la capacitación.

• La falta de una imparcial auditoría y control de los desempeños y rendimientos.

Si el lector que trabaja en un Institución ve que estas falencias se aplican a la suya querrá decir que lo aquí enunciado se acerca a una generalización. Podrá cada uno, incluso, ilustrar estas apreciaciones con el pintoresco anecdótico que hace tan particulares a nuestras Instituciones.

En ese caso tendremos un panorama de nuestros problemas actuales. Los cuales, como sucedió con tantos otros del pasado, de una manera gradual o de una manera brusca tendrán que ser resueltos ■

Aníbal Goldchluk
Jefe de Consultorios Externos,
Hosp. "J. T. Borda", Buenos Aires

Procedimientos innovadores en la gestión administrativo-financiera en el Hospital "Dr. A. Korn" de Melchor Romero

Fundamentos, programas y resultados

Egidio Melía

Médico especialista jerarquizado. Director Gen. del Hosp. Neuropsiquiátrico "Dr. Alejandro Korn", Melchor Romero, La Plata. Asesor de la Subsecretaría de Salud, Minist. de Salud de la Pcia. de Buenos Aires. Diplomatura en Gestión de Instituciones de Salud. Docente Univ. Nac. de La Plata.

Pedro R. Gargoloff

Médico especialista jerarquizado en Psiquiatría y Psicología Médica. Director Asociado del Hosp. Neuropsiquiátrico Alejandro Korn", Melchor Romero, La Plata. Diplomatura en Gestión de Instituciones de Salud. Docente Univ. Nac. de La Plata.

Alberto Cattáneo

Ingeniero electricista y Jefe del Area de trabajo de la UNTFRLP. Docente Univ. Tecnológica Nac. Master en Administración Hospitalaria y Sistemas de Salud, UNLP. Master en Ingeniería Biomédica, Fund. Favaloro
Calle 520 entre 175 y 176, Melchor Romero, La Plata. CP 1896. TE: 54 221 478-5665 y 54 221 478-0279
Email: gargoloff@hotmail.com

Introducción

La conducción del Hospital Neuropsiquiátrico "Dr. Alejandro Korn" de Melchor Romero, La Plata, ha direccionado sus objetivos de gestión hacia tres aspectos centrales:

a. rediseñar el sistema de aten-

ción, con traslado progresivo de cuidados en Salud Mental del Hospital Psiquiátrico a la comunidad,

b. ampliar el espectro de los cuidados en Salud Mental y

c. aplicar gradual y firmemente los principios de descentralización administrativa y de autogestión del hospital público, según las

oportunidades y factibilidades del contexto y las circunstancias presentes al momento de su empleo.

Ha sido la conducción de este hospital quien ha tomado como punto de partida que el principio fundamental que debe identificar a su gestión se corresponde con un procedimiento cuyo objetivo,

Resumen

En el marco de las innovaciones en la gestión administrativa y financiera llevados a cabo por la conducción del Hospital Neuropsiquiátrico "Dr. A. Korn" de Melchor Romero, La Plata, se describirán las acciones y los resultados de estos procesos, en pos de optimizar no sólo la obtención de nuevos recursos económicos sino también la de operar en la asignación presupuestaria de éstos. Entre estos procedimientos se destacan los programas y dispositivos de producción de bienes en los talleres, la huerta y el criadero de animales, los convenios de coparticipación comunitaria en la explotación agrícola en sectores específicos del propio hospital, los acuerdos con la seguridad social y con empresas de la zona en la prestación de servicios arancelados y, por último, los convenios con el gobierno de Italia y Laboratorios de especialidades medicinales. Asimismo, se pactó con la Universidad Tecnológica Nacional una prestación sistemática de miembros de ésta en áreas críticas del mantenimiento del establecimiento. Otras actividades han estado dirigidas a la mejoría de la calidad de atención de los pacientes, ya sea en cuanto a agilizar su egreso como a evitar las muy frecuentemente innecesarias reinternaciones.

Palabras clave: Administración hospitalaria - Gerenciación financiera - Cuidados de la Salud.

INNOVATOR PROCEDURES IN ADMINISTRATIVE AND FINANCIAL MANAGEMENT AT HOSPITAL "DR. A. KORN", MELCHOR ROMERO. FOUNDATIONS, PROGRAMS AND RESULTS

Summary

In the context of the innovations in the administrative and financial administration carried out by the conduction of Hospital Neuropsiquiátrico "Dr. A. Korn" of Melchor Romero, La Plata, the actions and the results of these processes will be described, not only to optimize the obtaining of new economic resources but also to operate in the budgetary assignment of them. Among these procedures they stand out the programs and devices of production of goods in workshops, the vegetable garden and the hatchery of animals, the agreements of community copartnership in the agricultural exploitation in specific sectors of the own hospital, the agreements with the social security and with companies of the area in some services and, lastly, the agreements with the government from Italy and laboratories of medicinal specialties. Also, it was made an agreement with the Universidad Tecnológica Nacional for a systematic assistance of some of its members in critical areas of the maintenance of the establishment. Other activities have been aimed to improve the quality of patients' attention, either as for speeding up their egress like to avoid the very frequently unnecessary rehospitalizations.

Key Words: Hospital administration - Financial management - Health care.

en concordancia con lo enunciado por Schaeffer(5), es la "solución de un problema de salud por medio de una acción cooperativa -intervención conjunta, compartida- y racionalizada -a través de un proceso intelectual sistemático de análisis de la información y la deliberada selección de todas las alternativas posibles de acción-. El lema, entonces, fue y es: "Acción de todos y racional".

Ello ha sido posible en presencia de coincidencias de los propósitos del nivel central en los Programas y propuestas de acción en Salud Mental y la gestión específica en terreno de este centro de salud. Es imperativo destacar que los fundamentos que guiaron estos cambios fueron:

1. el hecho indiscutible de que la asistencia psiquiátrica convencional impide en la práctica alcanzar una Atención Comunitaria, Descentralizada, Participativa, Integral, Continua y Preventiva, en pleno acuerdo con los principios de la Reestructuración de la Atención psiquiátrica presentes en la Declaración de Caracas del 14 de noviembre de 1990 y las sugerencias planteadas por R. González y I. Levav(3).

2. atento a la circunstancia de que el Hospital psiquiátrico tradicional tiende a aislar al paciente (generando una discapacidad social adicional), pone en riesgo sus derechos humanos y civiles, genera un presupuesto rígido, promueve y aplica una capacitación convencional y sigue el modelo médico o clínico versus el modelo epidemiológico-comunitario de cuidados en Salud Mental y

- c. el posicionamiento de esta institución a favor de la generación de recursos económicos adicionales, no sustituyentes del presupuesto regular y factibles de un manejo global con plena capacidad para la asignación de estos fondos según criterio de la conducción del hospital.

Este Modelo epidemiológico-

comunitario ha sido la guía para la concepción de los cuidados organizados por esta Dirección, sobresaliendo los siguientes aspectos del mismo:

1. detecta las necesidades previas a la demanda,

2. induce acciones de Promoción de la salud y va a la Comunidad para obtenerla, pasando de ser beneficiario el paciente a serlo la comunidad y los grupos de riesgo,

3. propugna una participación ampliada de los cuidados, integrando al Equipo de Salud Mental al médico generalista, a los líderes comunitarios, a los grupos de autoayuda y a la formulación de programas de autocuidado.

Partiendo de las pautas de OPS(4), que destacan:

- a. la casi imposibilidad de generar recursos económicos por parte del hospital público, consecuente con el hecho de que la legislación vigente no lo permitía o no lo facilitaba y en el marco de procedimientos de gestión que requirieron actualización,

- b. la experiencia universal de los hospitales públicos de nuestro país, en cuanto a la seguridad de no disponer de mecanismos que posibilitaran la reinversión de los recursos económicos generados por éste en la propia institución, los que ingresaban directamente al Tesoro Nacional, vía Rentas generales y

- c. la aparición, dentro del marco de las innovaciones en el procedimiento de gestión del subsector público, de disposiciones legales que permitieron a los prestadores públicos una "descentralización administrativa" y una "autogestión financiera". Esto en acuerdo con la apertura económica global y en cierta medida con las iniciativas de la Organización Panamericana de la Salud de reforma del sector salud, asumida por nuestro país en diversos foros internacionales (en especial en lo atinente precisamente a la mayor participación social, la descentra-

lización y el establecimiento de enlaces intra e intersectoriales).

En consecuencia con todo ello, se observó una lenta pero creciente gestión del establecimiento, con miras a la obtención de recursos económicos propios y a su posterior designación, según las necesidades de los pacientes y del hospital, con un procedimiento de asignación directa y ágil, lo que motivó adicionalmente a todos los protagonistas de esta intervención a optimizar cada vez más su propio accionar. Cabe agregar que estas acciones fueron y son concordantes con políticas económicas y sanitarias vigentes, de largo alcance y del nivel nacional, las que están representadas por las disposiciones con fuerza de ley que dictaminan sobre la Descentralización Hospitalaria y el Hospital de Autogestión.

En esta línea, la efectividad de esta tendencia a optimizar las acciones administrativo-financieras de la Institución, se logró merced a su integración con las políticas, planes y programas del nivel central de gestión gubernamental y, también, a una armonización equilibrada entre las necesidades e intereses de los prestadores de cuidados por un lado y de la población de pacientes y familiares a los que fueron dirigidos esos servicios asistenciales por el otro. Son estos dos elementos -integración coherente de criterios y acciones en los tres niveles (gobierno, proveedor y beneficiario)- los que permitieron una implementación efectiva aunque aún parcial de un sistema presupuestario de autogestión con clara orientación pragmática y consistente con los principios básicos de la Atención de la salud(1).

La coordinación pragmático-operativa fue llevada a cabo por y desde la Dirección del Hospital, motivando y capacitando al personal que intervino y que en la actualidad participa, ya sean provenientes de este establecimiento como de otros organismos, guber-

namentales o no (Universidad, Escuelas de dependencia provincial y municipal, Fundaciones y otras Organizaciones no gubernamentales). El énfasis fue puesto en este punto, al promover y mantener los cambios en las actitudes y aptitudes de todos los que brindaran alguna forma de prestación posible de ayuda hacia este modelo de gerencia financiera del efector público de servicios de salud.

Como agregado que compatibiliza "hacia arriba" los conceptos vertidos, se describen las acciones contenidas en el Último Plan de Salud Mental (Incluido en el Plan Quinquenal 1995-2000 de la Provincia de Buenos Aires), entre los cuales están algunos elementos que hicieron posible estas innovaciones. En este plan de gobierno, se propone:

- a. efectuar un Diagnóstico epidemiológico regional de los Trastornos mentales,
- b. capacitar los Recursos humanos, profesionales y técnicos (especialmente el Médico generalista) en el abordaje de las enfermedades mentales prevalentes,
- c. establecer una Red de atención y un Flujograma de derivación para internación,
- d. propiciar Programas de Rehabilitación Psicosocial,
- e. normatizar los diagnósticos y tratamientos de los Trastornos mentales prevalentes y otras condiciones clínicas,
- f. aplicar Protocolos de Ade-

cuación terapéutica psicofarmacológica,

g. Incluir la Salud Mental en Programas de Seguridad Social (Programa Médico Obligatorio) y

h. promover y facilitar el desarrollo de programas de generación de recursos económicos por parte del efector público, con una íntegra administración y capacidad de asignación de los recursos a la conducción de la Institución de Salud

En síntesis, las autoridades de la institución han asumido el desafío que implican las obligadas transformaciones de los cuidados de la Salud Mental a diseñar e incorporar, sin obviar la consideración de que este proceso de cambio en curso supone necesariamente la vigencia temporal de la actual modelo institucional. Esta afirmación se fundamenta en dos aspectos de claro impacto práctico:

a. que este establecimiento continúa como centro de referencia para la derivación asistencial de aquellos casos, en los que la severidad y complejidad de la comorbilidad clínica y psiquiátrica así lo justifique, y

b. la permanencia como Centro de Capacitación en Salud Mental (cuenta con Residencias de Psiquiatría, de Psicología y la Carrera universitaria de postgrado en Psiquiatría y Psicología médica, Escuela de enfermería en Salud Mental).

Finalmente, lo expuesto fundamenta la Reestructuración de los cuidados en Salud Mental y las innovaciones en los mecanismos de gestión administrativo-financiera procuradas por la conducción de la institución, desde luego que contando para ello con el trabajo solidario de muchos de sus empleados, profesionales o no.

Historia

El Hospital Neuropsiquiátrico "Dr. Alejandro Korn" está ubicado en la ciudad de Melchor Romero

en el partido de La Plata, Provincia de Buenos Aires. Ésta es su denominación desde marzo de 1973, siendo instituida como reconocimiento de casi 20 años de conducción en la Dirección del Establecimiento de este destacado pensador argentino, filósofo y psiquiatra que naciera en 1860 y fuera designado al frente del hospital en el año 1897.

Con la aspiración de ubicar este hospital psiquiátrico en el contexto demográfico y sanitario, se destacan los siguientes datos:

La Provincia de Buenos Aires registra una población de alrededor de 14 millones de habitantes y aproximadamente 22 mil médicos y 50 mil camas de internación general (alrededor de un 17% de éstas son psiquiátricas); la República Argentina, 36 millones de habitantes, algo más de 89 mil médicos y 150 mil camas de internación (una proporción levemente inferior son psiquiátricas). (Tabla 1)

Con respecto a los dispositivos de la Provincia, existen en el subsector público cuatro grandes Hospitales monovalentes y un número en aumento de Servicios de Salud Mental en Hospitales generales, con o sin internación. Por otra parte, el Subsector privado ha exhibido un destacado papel en el incremento más reciente de instituciones de internación psiquiátrica. La tabla 1 exhibe las fluctuaciones del número de camas psiquiátricas en el territorio provincial desde 1962 a 1997, en el que, si bien ha habido un corrimiento de los cuidados manicomiales hacia los hospitales generales, por su lentitud y volumen es considerado aún insuficiente. (Cuadro 1).

Su historia se inicia hacia octubre de 1883, en oportunidad de la sanción por parte de la Legislatura de la Provincia de Buenos Aires de una ley que ordenó la construcción de un hospital destinado a los cuidados de las personas afectadas de enfermedades mentales. Fue el 24 de abril de 1884 la fecha



de su habilitación e inicio de actividades, con el nombre en ese entonces de Hospital de "Melchor Romero", con una capacidad total de 200 camas distribuidas en un área de 80 hectáreas.

Entre los cambios más significativos que presentó en esta última mitad del siglo, se destacan dos. El primero, en el año 1965, en el que el pabellón y las colonias donde se internaban individuos con trastornos mentales que hubieran cometido delitos, se transfirieron a la Dirección de Establecimientos Penales del Ministerio de Gobierno. Como consecuencia de los cambios organizacionales del estado provincial y considerando que el perfil de necesidades de estos pacientes es más de reclusión que asistencial, además de la peligrosidad para terceros inherente a esta población. El segundo hecho de importancia ocurrió en 1957, cuando se reorganizó el establecimiento inaugurándose un pabellón donde se centraba toda la tarea asistencial no psiquiátrica (clínica médica, cirugía y demás especialidades). Este área de atención no psiquiátrica, con el correr de los años, tuvo un desarrollo importante al brindar cuidados globales no sólo a los enfermos internados o ambulatorios que presentarían trastornos mentales y se asistían en el hospital, sino también a la creciente demanda de la población que se fue afincando en los alrededores del hospital, en el pueblo y luego ciudad de Melchor Romero.

El número de camas habilitadas para pacientes con desórdenes psiquiátricos en momentos puntuales de su historia, refleja una gradual y sostenida reducción, alcanzando algo más del 50% en los últimos 35 años.

En la actualidad, la estructura orgánico-funcional del hospital comprende cuatro Direcciones Asociadas:

- Psiquiatría y Psicología Médica Asistencial,

Tabla 1

<i>Camas de internación psiquiátrica</i>	<i>1962</i>	<i>1988</i>	<i>1997</i>
Hospital "A. Korn"	2838	2392	1506
Hospital "Cabred"	3109	1533	1240
Hospital "Estévez"	2808	1242	1140
Hospital "M. De Oca"	1050	1200	1027
Hospitales Generales y Municipales	—	564	859
Total del Subsector Público	9805	6931	5772
Total del Subsector Privado	415	5824	2836
Total General	10220	12755	8608

- Psiquiatría y Psicología Médica de Rehabilitación,
- Clínico-quirúrgica y
- Técnico Programática.

El número actual de profesionales es de 348, siendo el plantel no profesional de 1053 personas. Cuenta con treinta salas de internación psiquiátrica distribuidas en 164 hectáreas, con 260 camas para corta y mediana estancia; hacia febrero del corriente año, contará con 1201 plazas en el área de rehabilitación. Estos recursos se encuadran en la categoría de alojamiento para pacientes afectados de desórdenes crónicos que realmente requieren internación prolongada; personas que no poseen contención social y padecen algún desorden neuropsiquiátrico pero que no justifica su internación en una institución de cuidados tan específicos y costosos como ésta y hasta otros individuos libres de trastornos mentales relevantes y que permanecen en la institución por falta de vivienda.

En estos últimos años ha habido una reducción mayor de camas para pacientes afectados de trastornos mentales crónicos, con un incremento en la dotación de camas para media estancia. Registra un promedio de 1000 a 1200 ingresos anuales, la mayoría con intervención judicial, un tercio de ellos con diagnóstico de Esquizo-

frenia y otro tanto padeciendo trastornos mentales debidos al consumo de sustancias y alcohol, con un promedio de estadía en el Servicio de Intervención en crisis de 18 días.

Dispositivos o programas de producción de bienes o servicios

Talleres Protegidos de Producción

Los Talleres Protegidos de Producción (TPP) están constituidos por dos dispositivos: el primero corresponde al TPP intrahospitalario, se ubica en los predios del establecimiento y es donde se desarrolla la actividad agrícola-ganadera; el segundo sitio de trabajo tiene su emplazamiento en la Casa de Pre-alta, vivienda ubicada en la zona céntrica de la ciudad de La Plata donde se manufacturan diversos productos. Ambas tareas son coordinadas y administradas por personal hospitalario y por una Fundación, entidad sin fines de lucro que ha intervenido en los cambios producidos en el área.

Enmarcados en el convenio suscrito entre el Hospital y la mencionada Fundación, corresponde mencionar los fines de esta organización no gubernamental; éstos son:

realizar acciones coordinadas con el hospital en pos de una mayor reinserción social, apuntando más a la prevención y la concientización y permitiendo la comercialización de los bienes producidos por los pacientes-trabajadores. Este último aspecto es trascendental para el proyecto en común dado que el establecimiento asistencial, si bien tiene la posibilidad de producir bienes y venderlos, en la práctica esto se obstaculiza porque las normativas legales actuales implican una seria dificultad en estos procesos cuando el protagonista es directamente el hospital. Así es como esta Fundación, ajustándose a estas normas legales, de hecho comercializa sus productos fluidamente, haciendo así viable el programa.

Los TPP intrahospitalarios utilizan el espacio físico y las instalaciones que expresamente para ese fin existen en una extensión de 12 hectáreas dentro de la institución de salud, realizando tareas de huerta con un variado cultivo: entre los más destacados por su volumen y valor económico: tomate, ají, acelga, zapallito, perejil, lechuga, rabanito, además de algunos frutales. Asimismo, es de resaltar la siembra de maíz y de pasturas para animales. Por último, y llevados a cabo en forma algo más discontinuada, se cita el vivero de plantas ornamentales.

La explotación ganadera en este ámbito está representada principalmente por criaderos de las es-

pecies porcina, caprina y avícola (pollos y patos). Finalmente, hay un emprendimiento en crecimiento, el apiario.

En las instalaciones físicas de la casa de Pre-alta se encuentran otras actividades de producción, estando anexas a otros sectores, que cumplen funciones de vivienda para los pacientes que tienen fijada esta casa como residencia transitoria. Para su contextualización, cabe mencionar que el perfil que poseen estos usuarios se corresponde con una elevada posibilidad de reinserción en la comunidad, en función de un apropiado autovalimiento y aptitudes para la rehabilitación psicosocial, pero que carecen de vivienda como para iniciar el tránsito hacia una vida independiente; todos tienen pautada una estadía inferior a los 12 meses. En este período intervienen en todas las actividades del programa.

En el presente marco se sitúan los Talleres de confección de pañales descartables, de bolsas de polietileno para residuos domiciliarios y el de trapos de piso, las áreas de reparación de bicicletas, de serigrafía (para estampado sobre tela, madera, cartón) y el de tejido y costura (mantelería, carpentería, confección de ropa de bebé, pullovers, bufandas y muñecos de peluche).

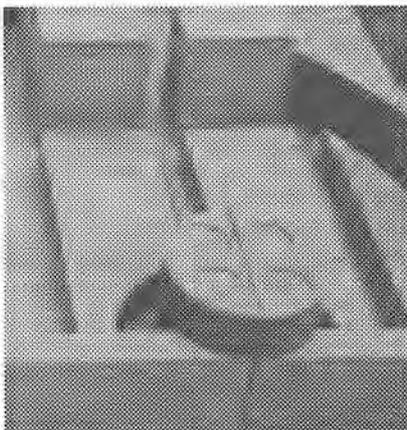
Todos los productos elaborados son puestos a la venta a través de una comercialización mixta, mayorista y minorista. La primera está centrada en el propio hospital y otros centros de salud zonales, vendiendo productos de granja y pañales descartables. La venta minorista se efectúa al público en general y al personal del establecimiento, por medio de puestos que para tal fin se emplazan en la comunidad y en los sitios estratégicos de ingreso al hospital.

Como áreas de trabajo interrelacionadas, complementarias y provenientes de proyectos en curso, se deben mencionar los Centros de Formación Laboral (CFL) y

los Convenios suscritos con la Secretaría de Extensión Universitaria de la Universidad Nacional de La Plata y el Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (INTA). Los CFL, con iniciación previa a los TPP pero con aspectos comunes, están integrados por personal proveniente del Ministerio de Educación de la Provincia de Buenos Aires, los que respondiendo a un convenio de capacitación dirigido a pacientes internados se constituyen en maestros para la enseñanza de aspectos tales como vivero, carpintería, jardinería, corte y confección y cocina, entre otros. Actualmente concurren a él alrededor de 120 pacientes. Los mencionados convenios con la Universidad y el INTA tienen como objetivo la cooperación técnica (definir cuándo y qué sembrar, por ejemplo) y la capacitación del personal y pacientes afectados a estos TPP.

Con el fin de aportar datos que expresen la importancia de este programa, baste mencionar que la cifra de ingreso anual por la venta de los mencionados productos ha sido, en promedio, algo más de \$70.000 desde que la mencionada fundación la ha coordinado y administrado, bajo el claro y vigoroso apoyo de la conducción del hospital; durante el año 1998 la venta total permitió un ingreso ligeramente superior a los \$80.000. Como referencia histórica, se recuerda que la suma proveniente de la producción agrícola-ganadera en los años previos y cuando su gestión era llevada a cabo sin la estructura organizacional ni los objetivos del convenio con la mencionada fundación, fue inferior a los \$37.000 (para cada uno de los años 1993 y 1994).

Una parte de estos valores se emplean para el pago de los insumos necesarios para la explotación, asignando el beneficio resultante a los pacientes que trabajan en este proyecto. Así es como en el año 1998 se destinaron \$27.537



como aporte mensual bajo el concepto de peculio para alrededor de 110 pacientes.

Con el propósito de ampliar la información respecto de los orígenes de los aportes de dinero y las cifras que reciben los pacientes internados, se encuentra el concepto identificado como "peculio regular". Éste lo perciben los enfermos en la modalidad de pago mensual, en tanto estuvieran incorporados a algún dispositivo programático que implique participar en cualquier actividad productiva dentro del hospital. Son alrededor de 1.000 los pacientes que, con valores fluctuantes permanentemente, reciben un promedio de casi \$150 anuales (hay 3 categorías de asistencia económica, aunque muy próximas en sus montos). Esta ayuda se fundamenta en una ley que establece el otorgamiento de un peculio para personas afectadas de trastornos mentales internados en establecimientos de salud mental.

Convenios de coparticipación para la explotación agrícola

Bajo la forma legal de contrato de medianería, de coparticipación y de riesgo compartido, se pautaron líneas para la explotación agrícola con miembros de la comunidad, algunos linderos al hospital. Este emprendimiento se lleva a cabo en los terrenos no ocupados ni utilizados con otro fin, asistencial o no, del propio establecimiento.

En este marco, se cultivan diversas hortalizas, variando su tipo y cantidad según la demanda local. La comercialización está a cargo de la Asociación Cooperadora del Hospital, la que vende mayoritariamente sus productos a la empresa que elabora y dispensa la comida de los enfermos internados (éste es un servicio tercerizado) a otros hospitales y a la comunidad. El total de esta venta se divide en partes iguales, para beneficio de quien hace este trabajo de

Tabla 2
Facturación de SAMO por año

1990	\$ 127.385	1995	\$ 729.100
1991	\$ 180.051	1996	\$ 996.901
1992	\$ 641.544	1997	\$ 1.736.955
1993	\$ 470.437	1998	\$ 1.770.630
1994	\$ 552.233		

explotación agrícola y para la Institución.

Los ingresos durante el ciclo de vigencia del convenio fueron los siguientes:

1995: \$9.017,

1996: \$9.509,

1997: \$12.464.

Ese dinero se destina en bienes para el Hospital en su menor parte y principalmente como inversión social en los pacientes: para el pago de pasajes para el traslado de los enfermos y familiares desde su domicilio hasta el consultorio donde reciben atención ambulatoria, para la adquisición de lentes con corrección y en concepto de peculio para algunos pacientes que realizan tareas en la misma Cooperadora. A los valores ingresados por este convenio –los más importantes– se suman otros provenientes de los "bonos de contribución voluntaria", cuotas sociales y el alquiler de los edificios donde funcionan el kiosco y el buffet.

Convenio con el gobierno de Italia

Durante la actual gestión, la dirección del Hospital concretó un convenio con el Gobierno de Italia, cuya finalidad fue la de prestar apoyo económico a pacientes nacidos en este país y que registraran una prolongada internación en las Salas de enfermos crónicos de esta Institución de Salud.

Se inició con los 30 connacionales alojados en el área de larga

estancia del hospital psiquiátrico que no contaban con ninguna cobertura de la seguridad social, ni ingresos por pensión o jubilación y que, en general, no recibían ayuda de allegados o familiares por diversas razones (la mayoría porque carecían de ellos).

Es así como el gobierno italiano se solidarizó con ellos y, convenio mediante, aportó una muy útil suma de dinero, la que se destinó a la obtención de bienes no asistenciales (los que sí obviamente están asegurados por el hospital) y que mejoraran la calidad de vida de esta población. En esta línea se adquirieron, entre otros objetos, televisores, heladeras y lavarropas para uso personalizado, mobiliario especial, cortinados, etc.

La metodología definida para efectivizar este aporte corresponde a la de un Subsidio anual por adelantado, implicando valores finales desde su inicio en 1996 de \$107.000:

7/1996 a 7/1997: \$50.000;

7/1997 a 7/1998: \$7.000;

7/1998 a 07/1999: \$50.000.

Facturación a la Seguridad Social por medio del SAMO (Tabla 2)

La facturación regular de servicios asistenciales prestados a pacientes que poseen obra social ha experimentado un aumento inédito para lo que son las cifras históricas de los hospitales públicos de la Provincia de Buenos Aires, incluso

desde la implementación del sistema SAMO. El modelo prevé los mecanismos y los valores tanto para su facturación como para los cobros. En este aspecto, se realizaron varios acuerdos para la facturación a PAMI y otras obras sociales.

Como ilustración del éxito de este proceso, baste decir que de un promedio de algo menos de \$400.000 anuales en el ciclo previo a la actual conducción (1990-1994), trepó a algo más de \$1.300.000 en el lapso 1995-1998 (3,3 veces más).

Esta efectividad se obtuvo merced a la combinación de una vigorosa y muy cerrada supervisión del área y a la intervención de personal contratado para este propósito, el que posee un profundo conocimiento y experiencia en el manejo de la facturación a la seguridad social y gran motivación intrínseca en esta propuesta de trabajo.

Finalmente, cabe mencionar que la mayor parte de este producido se recicla en construcciones y refacciones del recurso físico de la institución y en adicionales del salario de todos sus empleados (para el año 1998 significó casi \$700.000 en obras y algo más de \$800.000 en bonificación al personal).

Otros ingresos

En este apartado se enumeran los convenios con Empresas privadas de la zona, con ART y otras Compañías aseguradoras para el pago de diversas prestaciones, compitiendo con el subsector privado en los exámenes laborales, pericias y actividad asistencial de accidentes laborales y viales. Esta actividad se considera en aumento, con un gran potencial de mejoras.

Por otro lado, se suscribió un convenio con un Laboratorio de especialidades medicinales para la realización, a cargo de éste, de los análisis de laboratorio como parte efectora de un programa de fármaco-vigilancia nacional. Ello implicó un ingreso genuino, al realizar

estas prestaciones no sólo a pacientes que se asisten en la Institución sino a aquellos a quienes les resulta más accesible el hospital, aún cuando fueran asistidos por psiquiatras del ámbito privado.

Convenios y Programas que redujeron costos

Convenio con la Universidad Tecnológica Nacional

Desde hace aproximadamente 30 meses y como consecuencia del convenio celebrado entre el Hospital la Facultad Regional de La Plata de la Universidad Tecnológica Nacional (FRLP-UTN), inicialmente se intervino en la provisión de energía eléctrica. Se inició con el Servicio de Usina Automática y mantenimiento de la red de baja tensión del Hospital, incluyendo la iluminación perimetral y las bombas de agua potable para suministro del establecimiento. Esta gestión implicó la baja del monto de un contrato previo de \$27.000 mensuales, a una erogación de \$2.500 del presente convenio.

Además de la re-jerarquización del personal del Hospital – bajo la dirección, capacitación y asesoramiento del ingeniero destacado por esa unidad académica– esta gestión ha producido un ahorro mensual de \$22.000, que acumulados para todo el ciclo de vigencia del acuerdo, ascienden a la suma de \$660.000. Se ha conseguido mejorar significativamente el servicio y simultáneamente se ha conseguido una mejora económica y laboral del personal afectado al área eléctrica del establecimiento (mejores ingresos, mejores condiciones de trabajo, mejor horario, jerarquización del mismo).

Otro ahorro significativo se produjo en la modificación de los contratos por suministro de energía eléctrica con la empresa prestadora, gracias a un ajuste de los mismos a los valores reales de demanda (tari-

fa III) con lo que se pudo reducir la fijación de la tarifa en un promedio de \$3.000 mensuales. Sumado a este factor se agrega otra medida técnica (modificación del factor de potencia de la red eléctrica del establecimiento), lo que permitió evitar las consecuencias de las frecuentes bajas de tensión, y las multas aplicadas por la empresa proveedora en concepto de servicios adicionales.

Una tarea de relevancia económica la constituyó la creación de un grupo de programadores, dos personas que se encontraban ejerciendo otras funciones en el hospital y que pasaron a cargo del área de la FRLP-UTN. En ésta se ha desarrollado una *software* de aplicación para distintos servicios: laboratorio (de control de stock), mesa de entradas, personal, UTI, servicio de ginecología y farmacia. Es posible una ponderación de los ahorros considerando el costo de cada programa, alrededor de \$700 cada uno. Sólo el programa de farmacia –que permite simplificar la tarea, sistematizar el ingreso y los reportes de la información ingresada, ejerciendo un control genuino sobre la dispensación de la medicación– ha implicado un descenso del 15 % en las cantidades y valores de éstos (esencialmente debido a la evitación de las sobre-prescripciones de todo tipo que previamente al uso del sistema era factible realizar).

Otras acciones en las que intervino el responsable del convenio fueron las tareas de apoyo técnico al Hospital, las que, sin duda, han permitido indirectamente un ahorro en las erogaciones y una eficiencia en las prestaciones derivadas de las decisiones tomadas según este asesoramiento. Entre ellas están:

a. redacción de pliegos técnicos para distintas finalidades (ecógrafos, compra de PC'S, microdifusores para esterilización, tomógrafo, compra de materiales eléctricos y de construcción, etc.);

b. proyectos y pliegos para la realización de distintas obras (refacciones en el Servicio de clínica,

ampliación del servicio de Rx-/TAC, reparación de esterilizadores y maquinas de lavadero, etc.);

c. relevamiento y adecuación de los extintores de incendio y de los equipos de aire acondicionado y

d. intervención directa en la compra de una central telefónica digital y su puesta en marcha.

Intervenciones dirigidas y diseñadas en pos de la optimización del cuidado integral de los pacientes afectados de trastornos mentales

Se han llevado a cabo numerosas actividades que pretenden una mejora de la calidad de atención y cuyo efecto final ha contribuido a hacer más eficiente la gestión, aunque con la mira no puesta necesariamente en los costos y su contención. Esto implica que la mayor eficiencia de la intervención es una consecuencia de la mejor calidad de atención prestada, siendo éste el objetivo primario. Las intervenciones se realizaron tanto sobre las admisiones de pacientes como sobre sus egresos.

Las acciones destinadas a facilitar el alta se han guiado por el concepto de la optimización de la receptividad social previa al alta y no por medio del criterio de rápida expulsividad institucional.

Los hechos que hablan de las readmisiones se centraron en los procedimientos que asegurasen

a. la accesibilidad del paciente a la medicación prescrita,

b. su concurrencia al sitio donde recibirá asistencia posterior a su alta y

c. su integración a una red de cuidados por el Equipo de Salud Mental (médico psiquiatra, psicólogo, trabajadora social y enfermera especializada en Salud Mental, recreacionista). Otros aspectos ya no asistenciales, pero que respondieron a las necesidades presentes en los pacientes y que por lo tanto generaron cuidados específicos, fueron el asegurar un acceso igualitario con el resto de la población sana a la recreación como un derecho absoluto, a expresar su potencial creador artístico y a la provisión de vivienda, en tanto sea viable en el recurso y en el autovalimiento.

Los programas y dispositivos a que se hace mención en el párrafo

anterior son la "Red de provisión de Psicofármacos a pacientes ambulatorios", el Hospital de Día intrahospitalario, el Centro de Día de localización comunitaria, el "Area de Reinserción comunitaria" del Pabellón de Agudos de Mujeres, los Talleres Creativos Artísticos y las Casas de convivencia. Para una descripción ampliada de éstos, remitirse al artículo "La Rehabilitación psicosocial en el Hospital Neuropsiquiátrico 'Dr. A. Korn' de Melchor Romero, La Plata, Argentina"(2). Todas estas intervenciones, potenciando los obvios cuidados asistenciales, indujeron a una reducción de la tasa de admisiones y de permanencia de la población a la que estuvo dirigida ■



Referencias bibliográficas

1. Kulfas, M., en *Atención de la Salud*, 3ª edición, 2º Tomo, Parte I. Sonis, A y col., Ed. El Ateneo, Bs. As., 1984.
2. "La Rehabilitación psicosocial en el Hospital Neuropsiquiátrico 'Dr. A.

- Korn' de Melchor Romero, La Plata, Argentina", *Archivos Peruanos de Psiquiatría y Salud Mental*, 1998, Vol. 2, Nº 1, págs. 25-32.
3. OPS, HPA/MND 1.91, 1991.

4. Resolución CSP/R4, 1994; Resolución CD40-R19, 1997.
5. Schaeffer, M., en *Atención de la Salud*, 3ª edición, 2º Tomo, Parte I. Sonis, A. y col., Ed. El Ateneo, Bs. As., 1984.

Cinco años de lucha por la transformación institucional (1993 - 1998)

Jorge Luis Pellegrini

Dirección Prov. de Salud Mental, Riobamba extremo norte s/n. (5700) San Luis, Tel-fax: (03652) 423781

Introducción

Hace un lustro comenzó una experiencia de transformación institucional cuyo objetivo primero fue partir de un manicomio tradicional hacia la conformación de un Hospital Público de Salud Mental de agudos. El espacio de dicha experiencia fue el Hospital Psiquiátrico de San Luis, ciudad capital de la Provincia del mismo nombre, República Argentina.

Punto de Partida: institución monovalente cuya internación se realizaba con una dotación de un número no bien determinado de camas; El 86% de los seres humanos allí depositados eran rotulados como *crónicos*; el promedio de internación era de siete años y medio; Las historias clínicas de pacientes internados informaban casi uniformemente *sin novedad*, con escasa actualización y *diagnósticos* que repetían periódicamente lo consignado al momento de la admisión (cinco, diez, veinte o treinta años antes). Existían cuatro calabozos de escasas dimensiones,

pobres en iluminación y ventilación (eufemísticamente llamados *salas de aislamiento*); violencia, maltrato, abandono, violación de derechos humanos; suciedad, falta de aseo y mugre en personas o ambientes físicos; historias de mujeres que parían hijos de padres desconocidos –pero sospechados– que luego partían también con rumbo desconocido; enfermos que padecían una serie de enfermedades infecciosas sin tratamiento específico; espacios y seres humanos tabicados donde circulaba el rumor en lugar de la información, y la descalificación del resto de los servicios y compañeros de trabajo era moneda corriente; aceptación resignada del rol de custodios fijado por otras instituciones y por el imaginario social; lugar de castigo al que iban empleados públicos separados de sus lugares de trabajo original (el 60% de los empleados revistaba esa condición en 1993); encierro sobre sí mismo y lugar silenciado en la sociedad puntana; falta de capacitación permanente organizada

por la institución y desaliento del personal; psicofarmacología como instrumento casi exclusivo de la asistencia; institución única de referencia en la provincia y en la zona geográfica circundante (regiones limítrofes de las provincias de Mendoza, Córdoba, La Pampa y Santa Fe); 72% de los seres humanos depositados en la internación a partir de órdenes judiciales, policiales o de otros órganos del Estado con un promedio de estadía de 11 años; falta de planes de reinserción familiar, vinculación comunitaria o proyección social, etc.

El Hospital había protagonizado en los años previos a 1976 una experiencia de *Comunidad terapéutica* dirigida por el Dr. Angel Molina Quiroga que había democratizado muchos aspectos de la vida cotidiana y había generado mejores condiciones de permanencia para trabajadores, profesionales y pacientes, habilitando también espacios de participación para el conjunto de la institución. Si bien no había puesto sobre el tapete la cuestión de la reinserción social,

Resumen

En noviembre de 1993 se inició un Plan Provincial de Salud Mental. Su principal objetivo fue la reformulación integral de la atención psiquiátrica en el sistema público de la Provincia de San Luis. Se organizó también un Plan provincial sobre Alcoholismo (G.I.A) y el Programa "Ocupándonos de la Salud de los Trabajadores de la Salud". Una larga historia de encierro terminó en San Luis. No más encierro, calabozos ni abandono social y el mejor modo de terminar con ese pasado es organizar hoy el hospital abierto, y habitado por la comunidad, donde las familias son ayudadas. El conocimiento y el aprendizaje han reemplazado al maltrato y la humillación, y muestran un nuevo modo de concebir la salud y la enfermedad.

Palabras clave: Reinserción Social – Encierro – Familia Sustituta – Atención Domiciliaria.

FIVE YEARS OF STRUGGLE FOR INSTITUTIONAL TRANSFORMATION

Summary

In november 1993, a Provincial Plan on Mental Health was worked out. Its main goal was the integral reformulation of psychiatric care in the public setting of the Province of San Luis. There was also a Provincial Plan to fight Alcoholism and the Program "Taking Care of the health Worker's Health". A long story of asylum is over in San Luis. And the best way to get over with this past it to organize a new open hospital inhabited by the community and where families can be assisted. Knowledge and learning take over mistreatment and humiliation and they show a new way to approach Health and Illness.

Key Words: Social reinsertion – Confinement – Substitute family – Domiciliary attention.

esta experiencia avanzada en el país era todavía recordada como referente significativo por el personal más antiguo del hospital.

Los inicios

Desde la Dirección Provincial de Salud Mental (cuyo ámbito era el hospital) se convocó a todo el personal técnico-profesional a discutir durante una semana hacia dónde conducir el rumbo. Se expresaron: adhesiones hacia un *hospital de agudos* (aunque las maneras de concebirlo eran muy dispares), resistencias al cambio, desconfianzas (algunas de ellas encubrían resistencias), y oposiciones abiertas (las menos). Estaba planteado si era o no posible el cambio. Se adoptaron dos decisiones simultáneas: *cerrar la admisión de pacientes "crónicos" o "casos sociales"*; y *abrir las puertas del hospital propiciando la salida de pacientes y personal a la calle.*

El cierre de la admisión a "crónicos" y "casos sociales" (largamente deseada por una parte del personal técnico) fue resistido. Los obstáculos no solo surgieron de los sectores sociales que se beneficiaban con la depositación, sino del propio personal que enunció su apoyo a la medida. Los obstáculos internos —determinados por la aceptación del rol socialmente impuesto de custodios— hacían referencia a que *los pacientes no tenían dónde ir, y a que ésa era su casa* y a confundir internación (un medio en la estrategia asistencial) con tratamiento (una finalidad del acto asistencial). De esta polémica participaba todo el hospital que —tal como sucede en todas las instituciones totales— (en el sentido en que las define E. Goffman) establecía un tipo de relación con los pacientes de larga estadía del tipo de grupo primario, es decir: mediatizada principalmente por sentimientos, pasiones y odios. Cada sector tenía *sus* pacientes, hijos y entenados. El espa-

Algunos datos estadísticos comparativos 1993 -1998

Año	1993	1998
Nº de Servicios Salud Mental en Provincia	2	7
Nº de Grupos Inst. de Alcoholismo en Pcia.	1	8
Tiempo promedio internación		
Htal. Psiquiátrico.	7 años 6 meses	8 días
Nº de camas internación Htal. Psiquiátrico	100-120	11
% pacientes crónicos internados HPSL*	86	13
% pacientes agudos internados HPSL	14	87
% ocupacional de camas internación HPSL	100	65
Promedio diario pacientes internados HPSL	92	7
% pacientes internados por orden judicial	72	13
Nº prestaciones Cons. Externo HPSL	3.000	15.000
Nº prestaciones Grupo Institucional de Alcoholismo	382	2.097
Comisiones Atención domiciliaria a otros puntos de la Provincia desde HPSL**	—	107

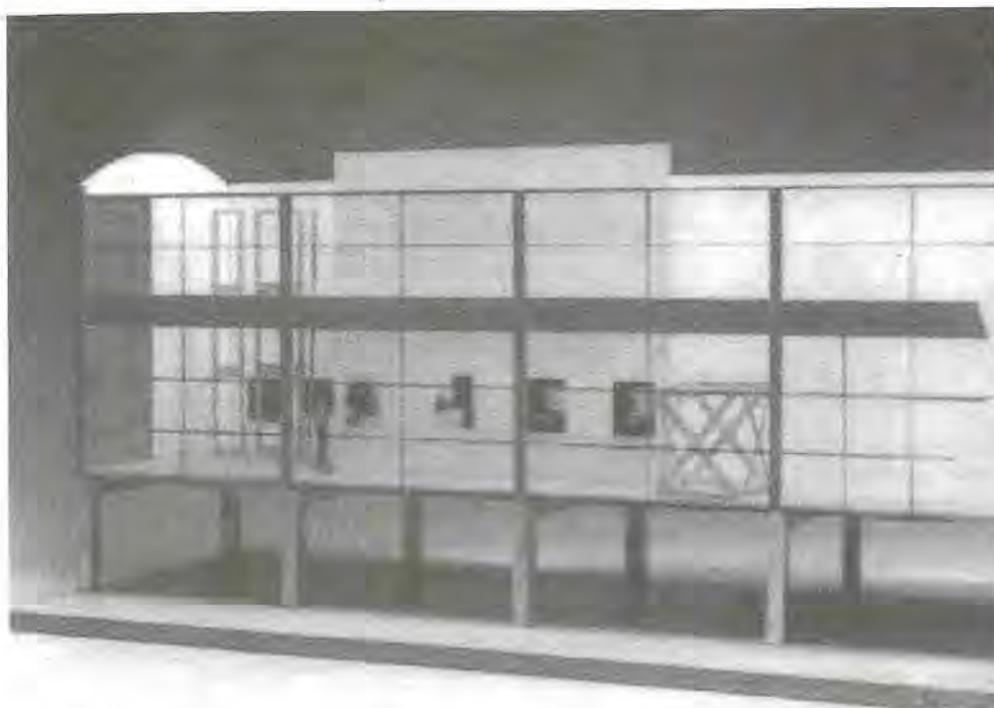
* HPSL= Hospital Psiquiátrico de San Luis.

**37.000 km recorridos

cio para la distancia reflexiva era escaso, y las modalidades relacionales estaban maternizadas con graves manejos institucionales psicopatizados. Los actos de violencia que esto producía eran referidos a la *agresividad* del paciente. La institución no podía verse a sí misma, no podía evaluar sus actos terapéuticos o iatrogénicos. Por tanto el cierre de la admisión de "crónicos" y "casos sociales" conllevó una crisis que fue necesario resolver. Un elemento *racional* que apareció es que costaba precisar qué se entendía por *agudo* cuando en realidad el centro del proceso no estaba en el diagnóstico descriptivo de los pacientes sino en la lectura de la institución.

Articulado con lo anterior la *apertura del hospital* (lo que llamamos *el hospital en la calle*) y la salida progresiva del personal y pacientes de larga estadía a calles, veredas y paseos de la ciudad, abrió una nueva situación en la comunidad y en la institución. La reconexión social nos puso en contacto con los rechazos, los sen-

timientos de culpa y también con los deseos reparatorios de la sociedad. No se transitaron ni se ocuparon espacios públicos marginales: la decisión fue pasear, conocer, bailar, mostrar la actividad teatral, tomar helados... en los lugares que la población utiliza cotidianamente. Se buscaba el reencuentro y no la ficción de igualdad. Allí enfrentamos también los miedos de la institución de salir y de ser sancionada por ello. Hubo —tanto adentro como afuera de nuestro espacio institucional— quienes apoyaron, quienes balconearon, y quienes resistieron. Hubo momentos (año 1994) en que fue prioritario abordar los conflictos cotidianos internos, y momentos en que la prioridad se ubicó en el espacio comunitario. Así fue necesario habilitar ámbitos de participación democrática (Asambleas regulares, Revistas de sala abiertas, abrir puertas y tabiques, prohibir el uso de los calabozos y desterrar el uso de los llavines) y también empezar a utilizar los medios de comunicación masivos.



Cuando en una Asamblea se votó el cierre de los calabozos un sentimiento de miedo recorrió el hospital. *¿Qué harían ahora los pacientes violentos?* A la vuelta de los años releemos esto con una sonrisa, pero entonces era muy difícil ver la violencia institucional (estaba naturalizada) de la cual la de los "locos" era una parte. Por lo contrario esa agresividad siempre se remitía a su patología.

Del mismo modo los llavines, pequeñas llaves maestras eran usados por personal del hospital para pasar de un ámbito a otro, lo cual confería el poder absoluto de determinar la circulación dentro del espacio común, favorecía el tabicamiento, la incomunicación y la arbitrariedad. Pese a ello el chisme y el rumor –tan corrosivos de cualquier organización humana– franqueaban libremente rejas, puertas macizas y paredes.

Hacia Julio de 1994 "El Psiquiátrico" comenzó a ser tema en la ciudad. Con mucha fuerza aparecieron los prejuicios seculares contra el loco y la locura. Como todo movimiento de cambios profundos, éste motivó resistencias irraciona-

les apoyadas en lo estatuido y en lo inscripto como *ya dado* y peligroso de cambiar. Como dice Norman Sartorius se nos hizo dolorosamente claro que para el imaginario social la locura es el espacio común que queda entre los tres prejuicios dominantes: *los locos son malos, los locos son peligrosos y los locos son incurables*. El Hospital que –tal como es habitual– está del otro lado de la ruta, transitaba el Centro: profesionales, enfermeros y pacientes con su simple mostrarse y desplazarse estaban forzando una redistribución de la locura y de la cordura. Mientras habían aceptado quedarse en "su lugar" nada había pasado, pero ahora miles de preguntas nada académicas recorrían el espacio público.

Sobre esa base social y cultural secular, se fueron montando otros intereses e instituciones. Durante 1994 el argumento dominante que debimos enfrentar fue: *¿qué peligros corre la sociedad estando los locos sueltos?* Ello se expresó también cuando en abril de 1994 decidimos abrir un *Servicio de Niñez y Adolescencia* vecino al sector internación de pacientes de larga esta-

día. Esta decisión –motivo de ataques– perseguía mostrar con hechos que la convivencia era posible y necesaria. *¿Cómo sometíamos nosotros a madres y niños a tal peligro?* Curiosamente, en 1995, cuando se intentó frustrar el proceso de cambio desde una Dirección transitoria ejercida por una médica psiquiatra éste fue el argumento utilizado para cerrar el Servicio de Niñez y Adolescencia.

Al instalarse socialmente el debate, el mismo fue involucrando a sectores confesionales, políticos, legislativos, judiciales. Algunos de ellos se sentían afectados. Los medios de comunicación, de modo excluyente, se ocuparon entre agosto y diciembre de 1994 de "la grave situación". En los últimos meses de ese año cuando el programa de externaciones de pacientes de larga estadía había logrado la reinserción del 66% de los mismos a través de una eficiente red de atención domiciliaria, el argumento de resistencia cambió. Ya no eran peligrosos los locos –que no habían protagonizado ningún episodio de violencia en la comunidad– sino nosotros que los abando-

nábamos. Tal como relatan John Carriery y Ian Kandall en *Care en the Community: illusion or reality?* para la experiencia londinense, y Franco Basaglia para la experiencia italiana, la muerte fuera del hospital de un paciente externado luego de una larga estadía fue públicamente utilizada para atacar el proceso de cambios. Sin investigar las causas del deceso, el mismo era mecánica y prejuiciosamente ligado a la reinserción social. Los victimarios sociales ya no eran los locos, sino quienes debíamos cuidar de ellos. Nuestro argumento de mostrar que la mortalidad intra-hospitalaria había descendido respecto a años anteriores más de cuatro veces, no alcanzaba a equilibrar el debate. Luchábamos contra un prejuicio acendrado: deben estar allí de por vida. Allí donde yo no quiero ir y me quedo tranquilo si están recluidos los otros, los que sí deben estar porque no son ni están cuerdos como yo.

La situación fue pasta de *manipulación mediática*, porque tocaba sensibilidades profundas, y *herramienta de ataques políticos y confesionales*. Los sectores más retrógrados atacaban la experiencia, y desde allí se habló por televisión advirtiendo a la comunidad "sobre la ideología que subyace en este Plan". Algunos legisladores que nunca habían sabido de la existencia del Manicomio, encontraron la veta de la instrumentación electoral: presentaron pedidos de informe legislativos y una denuncia penal por *abandono de persona seguido de muerte*.

En esos momentos la mayoría del hospital, ya trabajando en la calle en el proceso de reinserción, defendió la experiencia en ese mismo espacio. Juzgados, Cámaras legislativas, radios, diarios, debates públicos, mostraron que el proceso de cambio había encarnado en un sector de la comunidad. Pacientes, familiares e instituciones también resistieron.

Pero en el período cerrado en Enero de 1995 –además de los

Algunos datos estadísticos comparativos 1993 -1998

<i>Pacientes de larga estadía externados desde 1993</i>	<i>(Capital, %)</i>	<i>(Interior de la Prov., %)</i>
Requirieron reinternación breve	23	38
No requirieron reinternación breve	77	62
Residen con su familia	52	75
Residen en otras Instituciones	6	17
Viven solos en sus casas	4	6
Con régimen de Familia sustituta	38	
Trabajan	75	65
Reciben ayuda social	52	52
Reciben Pensión / Jubilación	28	25

* Datos tomados del trabajo escrito, realizado por la Lic. Susana Agundez, Jefa del Servicio de Area Externa del Hospital Psiquiátrico de San Luis, de próxima publicación.

cambios institucionales– un hecho fundamental había tenido lugar: *el tema de la Salud Mental se había instalado como problema en la comunidad*. De lo negado y renegado había pasado a un existente que motivaba rechazos, adhesiones, preguntas, dudas, culpas, y toma de posición. Del mismo modo una mayoría significativa del hospital había hecho una experiencia que implicaba *el descubrimiento de que otro camino diferente del manicomio era posible*. Que era posible su transformación hacia la humanización, la eficacia, la eficiencia, y la afirmación de los derechos humanos. Esto que señalo en este párrafo resultó de fundamental importancia en el período siguiente.

Los vientos adversos

En enero de 1995 se produce la renuncia de todo el gabinete de Salud de la provincia. Con ella la Dirección de Salud Mental queda vacante, y se designa a cargo de la Dirección del Hospital Psiquiátrico a una médica psiquiatra que ya había dirigido la institución años antes en su etapa manicomial. El nuevo Ministro era un médico Psi-

quiatra que al asumir anunció la decisión de reformar la progresista Ley de Carrera Hospitalaria, y de avanzar en distintas medidas que debilitaban el Hospital Público.

Se intentó cerrar el Servicio de Niñez y Adolescencia con el argumento –después de un año de su fundación– de *no mezclar niños con enfermos mentales*. Se cerró el Servicio de Creatividad que había sido fundamental en la movilización, sensibilización y ampliación de la oferta terapéutica. Se anunció el desmantelamiento del Servicio de Alcoholismo. Se anunció la reinternación de los pacientes de larga estadía externados desde hacía algo más de un año. Se buscó paralizar la red de Atención Domiciliaria.

Cada una de esas medidas fue resistida por los mismos actores sociales que habían participado de los cambios en 1994. El personal del Hospital acompañado por familiares y pacientes, así también como por sectores políticos y medios de comunicación fue buscando alternativas para evitar la vuelta al manicomio. Nuevamente el conflicto adquirió dimensión pública. Pero ahora el retorno al Manicomio, a la depositación y al abandono, no podía mostrar resultados positivos. Por otra parte

la mayoría de profesionales y trabajadores no acompañaban este retroceso.

Cinco meses después de su asunción renuncian Ministro y Directora. Se abre un período de *impasse* hasta fin de 1995, donde se pugna por mantener los avances logrados el año anterior. Los que en 1994 habían atacado durante cuatro meses el proceso de cambios, en 1995 silenciaron su preocupación por el destino y vida de los pacientes.

Retomando rumbos

En Enero de 1996 un nuevo equipo de Salud asume la conducción de la política sanitaria. Se restablece la Dirección Provincial de Salud Mental y se avala explícitamente el Plan basado en la experiencia Noviembre 1993-Enero 1995.

Mientras que en enero del '95 al producirse el cambio de Dirección arriba mencionado había 26 pacientes internados (19 de ellos de larga estadía) cuando retomamos la experiencia transformadora había 42 pacientes internados (34 de ellos de larga estadía). Se tomaron dos decisiones principales: *concluir el proceso de reinserción social de los pacientes "crónicos", y provincializar la experiencia.*

Para concluir el proceso de reinserción social se adoptaron diversas medidas ya insinuadas en noviembre de 1994: reconexión social y familiar, actualización de los diagnósticos, trabajo con instituciones intermedias, municipios y otras áreas del estado buscando alternativas.

La actualización de los diagnósticos fue un punto importante iniciado en enero de 1994. Los pacientes figuraban con antiguos diagnósticos descriptivos que nada decían del individuo, de su historia, de su identidad, de sus apoyos, de sus aspectos sanos, de sus redes sociales. La confrontación entre los seres de carne y hueso in-

ternados y lo que de ellos contaba la historia clínica llevó a reformular los diagnósticos, haciéndolos operativos, y consignando en ellos el principal: *institucionalización*. De ello emergen consecuencias prácticas, técnicas y teóricas de enorme trascendencia hacia la comunidad, hacia el paciente y hacia la propia institución que debe adoptar medidas reparatorias del daño causado por el hospitalismo.

Se reactivó la *Red de Atención Domiciliaria* que recorre 45.000 kms. por año en toda la Provincia, acompañando el proceso de reinserción social, proporcionando ayuda social, involucrando instituciones locales del ámbito de residencia del internado, entrenando recursos humanos en atención comunitaria y vinculándose desde la tarea común con Hospitales Públicos en toda la provincia.

Sobre esa base se comenzó en marzo de 1996 la construcción de una *Red de Servicios de Salud Mental*, que hoy comprende a las ciudades de Villa Mercedes, Merlo, Santa Rosa del Conlara, Concarán, La Toma y Buena Esperanza, donde no existía oferta de servicios. De tal manera se descentró el papel hegemónico excluyente del Hospital Psiquiátrico de la Capital, y se llevó asistencia al lugar donde viven a personas que enferman, porque allí existen los factores causales de su padecimiento pero también los recursos sociales, familiares y humanos que hacen posible la corrección. De tal modo se ha ido provincializando el Plan. Para ello es de enorme importancia el trabajo con los Grupos Institucionales de Alcoholismo que desde los hospitales Públicos, en diez puntos de la Provincia, crearon espacios terapéuticos de amplia participación institucional y comunitaria que van poniendo en práctica nuestra manera de ver la Salud y la Enfermedad.

En marzo de 1996, un grupo de diez personas de muy larga estadía quedaba en el Hospital. Por primera vez su número igualaba al de se-

res humanos en crisis que se internaban por breves períodos (agudos). Se trataba de diez personas sin familias contenedoras, con redes sociales poco firmes, sin posibilidades de tener un domicilio hacia el que ir.

Se autovalían, eran psicóticos crónicos residuales, o discapacitados, o abandonados sociales. Armamos entonces la figura de familia sustituta ya existente para menores de edad con discapacidad. El régimen se tituló *Familia Sustituta para discapacitados Psico-Físicos*, y partió de la idea de que esas personas recibieran cuidados no especializados, tuvieran vida en una casa y no en un hospital, eligieran sus horarios, comidas y tiempos. Desde entonces el estado Provincial, sobre la base de asumir la necesidad de reparar los daños producidos por la depositación, asume la responsabilidad de proveer alimentos, medicamentos, vestimentas, calzado, y un subsidio por persona cuidada a la familia que se hace cargo. Con la habilitación de dos familias sustitutas en septiembre de 1996 y el completamiento del pasaje a ellas de esas diez personas a fin del mismo año, concluyó el proceso de reinserción social de los pacientes de larga estadía comenzando en noviembre de 1993. Hoy sólo queda un ser humano de larga estadía, internado por decisión judicial que esperamos revertir.

• En septiembre de 1997 el *Hospital monovalente de Psiquiatría* sufrió otra transformación. Toda un ala de quinientos metros cubiertos, que había alojado a cuarenta mujeres de larga estadía, había quedado sin uso. Cuatro salas grandes, un calabozo, una sala de admisión, cinco baños y un enorme salón de usos múltiples pasaron a ser el Centro de Salud del vecino y populoso Barrio "Eva Perón". Odontólogo, médico clínico, pediatra, agente sanitario, enfermeros y administrativos trabajan allí con una gran población que vuelve a mostrar que la Salud

Humana es una sola y que es preciso integrar con hechos concretos los aspectos diversos de la persona. Un parque infantil construido al efecto por personal de Salud Mental muestra diariamente a decenas de niños jugando en la plazoleta "Dr. Angel Molina Quiroga", cuyo verdor comparten con pacientes psiquiátricos y sus familias.

- Este nuevo movimiento institucional *ha ido modificando la demanda y la población*, así como el aspecto humano de la Sala de espera. Aquel muestrario de seres abandonados en su imagen de sí mismos, sucios, despeinados, asumiendo plenamente el rol de locos tal como de ellos socialmente se espera lo hagan, dio paso a familias consultantes, individuos con adicciones, crisis existenciales, pacientes con SIDA que buscan acompañamiento, depresivos que en forma creciente concurren a su grupo GITDE (Grupo de Depresiones), personas en crisis, estallidos familiares, adolescentes en riesgo, etc. Esta realidad ha generado una innovación técnica: la internación de muchos pacientes con su familia. Al acortarse los períodos de internación (actualmente 7 días) es posible involucrar desde el abordaje de la crisis al núcleo familiar, hacer que compartan el paso por el hospital, ayudarlos a ayudar, adquirir un conocimiento más completo del proceso de enfermar del individuo en cuestión, y desplegar lo terapéutico que las familias encierran, en conflicto con sus aspectos más segregadores y abandonantes. Se alojan en el hospital, comparten el comedor, participan de las instancias terapéuticas, y pueden ver cómo funciona la institución.

- **Una cuestión clave: el presupuesto.** Suelen encubrirse planes de desmantelamiento hospitalario como medidas progresistas de evacuar depósitos humanos, para luego cerrar esos espacios sanitarios. Nuestro modo de defender el Hos-

pital Público es hacerlo actualizado científicamente, eficaz, eficiente, humanizado y respetuoso defensor de los derechos humanos. Pero ello exige un presupuesto adecuado. En el caso de nuestra experiencia ello es así registrándose aumentos anuales de partidas que permiten dedicar incluso parte de ellas a la capacitación permanente de recursos humanos en la Provincia, en otros lugares del país y en el extranjero. La misma distribución del presupuesto ha cambiado: las partidas no se agotan en medicamentos y alimentación. Estos rubros han bajado para aumentar proporcionalmente movilidad, docencia, publicaciones (llevamos publicados dos números de la *Revista del Hospital*, cuatro cuadernos de alcoholismo, dos libros sobre Salud Mental, etc.) capacitación permanente, viajes de estudio, ayuda social a pacientes y familiares, etc.

- En este proceso permanente de cambios, la vida cotidiana comenzó a entrar en contradicción con *la estructura edilicia del Hospital*. Al primer movimiento de apertura de puertas, anulación de encierros, rejas y tabiques aislantes, el tiempo le agregó una tarea impostergable: poner el edificio a tono con sus movimientos, objetivos e ideas directrices. En mayo de 1998 comenzó una refacción total del enorme Hospital. Todos los servicios han opinado sobre las modificaciones a realizar para que la planta sea representativa de nuestras necesidades y sueños. En diciembre de 1998 un nuevo Hospital –ya parcialmente habilitado– con anchos pasillos, sin tabicamientos, luz, aire y claridad, mostrará que nada allí es ocultable y todo está en cambio y revisión permanente. La historia de encierros con color verde oscuro, ocre desoladores y conos de sombra habrá quedado atrás, y ahora las paredes acompañarán el movimiento transformador en curso.

Conclusión

El recorrido de este escrito des-puntó algunos ejes teóricos que orientan nuestro Plan Provincial de Salud Mental:

- **Una idea sobre la Salud y la Enfermedad Mental** que las concibe como polos antagónicos de una contradicción, donde la existencia de una implica la existencia de la otra. A la formación cultural que nos dicta que, o estamos todos sanos o todos enfermos, oponemos la idea de que ambos aspectos conviven en cada ser humano, y que el proceso puede desplazarse en uno u otro sentido según el momento, el lugar y la práctica social que realicemos. Como dijera Domingo Cabred hace noventa años: *Hasta el enfermo más enfermo preserva algo de sano*. Nuestra tarea –sin desconocer ni negar la enfermedad– es descubrir esos aspectos sanos (laborales, afectivos, estéticos, familiares, vocacionales, creativos, etc.) para enfrentar los procesos del enfermar, acompañando en esa lucha al protagonista del cambio: el paciente, su familia, sus vecinos, su comunidad.

- La ubicación de la institución en un campo y en un tiempo concretos, donde *la problemática de los derechos humanos* tiene ecos y presencias fuertes. Trabajamos con seres humanos cuyo derecho a la dignidad, a la libertad, a la familia, a la propiedad, al tratamiento adecuado y actualizado, son desconocidos y avasallados. No podemos dejar de integrar esto a los enfoques teóricos, técnicos, de nuestro marco científico. Defendemos firmemente un Hospital Público que asume como parte de su tarea la problemática de los Derechos Humanos. No somos custodios de candados, sino trabajadores o profesionales de la Salud Mental. Y ello implica defender también nuestros propios Derechos: los de ser agentes de la Salud Pública y no cómplices de pactos perversos

que maltratan, humillan, violentan, discriminan, abandonan, a seres humanos sufrientes. Defendemos nuestro derecho a ocupar el lugar que vocacionalmente elegimos: aliviar el dolor humano y no agravarlo con enfoques pseudo-científicos que transforman a los enfermos en muertos civiles. Sin libertad no hay Salud.

• De lo anterior surge que entre nosotros no tiene lugar la *lucha interna entre las distintas escuelas* de pensamiento que cada uno sostiene en el campo de la Salud Mental. En las Revistas de Sala, en los tratamientos, en la tarea comunitaria, en la defensa social de nuestra tarea, el criterio de verdad está en los resultados que se obtienen partiendo de las necesidades de la

población que requiere del servicio público que debemos brindar. Es en esa práctica clínica, científica, política o social que cada uno muestra la validez de su pensamiento, y es tarea de quienes conducimos este proceso encontrar las complementaciones posibles. Esto no implica ocultar o desconocer los diversos marcos teóricos que nos orientan, sino subordinar a su discusión la práctica concreta que en cada momento realizamos en beneficio de quien debemos servir: nuestra población. Y es en esa práctica que se verifican –o no– los planteos teóricos que cada cual sustenta. Todo ello dentro de un Plan Provincial cuyos objetivos de política sanitaria hemos expuesto ■



Bibliografía

- Asoc. Mundial de Psiquiatría. Asoc. Psiquiátrica de América Latina. Geneva initiative. *Médicos, Pacientes, Sociedad - Derechos Humanos y Responsabilidad Profesional de los Médicos*. Buenos Aires, 1998.
- Basaglia, F., *La Institución negada*. Ed. Corregidor, Buenos Aires, 1972.
- Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales. "Memoria presentada al Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto por el Dr. Domingo Cabred, presidente de la comisión". Imprenta del Hospicio de las Mercedes, Buenos Aires, Agosto de 1906.
- Gilbert, A., *El Manicomio, ¿Una Institución para los locos?* Ed. Cinco, Buenos Aires, 1992.
- Goffman, E., *Internados*. Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1972.
- Kraut, A., *Los derechos de los Pacientes*. Ed. Abeledo-Perrot, Buenos Aires, 1997.
- Machado de Assis, *El Alienista*. Fábula Tusquets Editores, Barcelona, 1997.
- Revistas del Hospital Psiquiátrico de San Luis. Dirección Provincial de Salud Mental de San Luis. Número 1 (Agosto 1997) y Número 2 (Abril 1998) San Luis, Argentina.
- Saraceno B., Asioli F. Y Tognoni G., *Manual de Saude Mental*. Ed. Huicitec, Sao Paulo, 1994.
- Leff J., *Institute of Psychiatry. "Care in the community: illusion or reality?"*. John Wiley & Sons, London, UK, 1997.
- Saidon, O y Troianovski P. (Comp.), *Políticas en Salud Mental*. Ed. Lugar, Buenos Aires, 1994.

Daño psicopatológico en pacientes hospitalizados en un Hospital General

Guillermo Bauducco, Liliana Bilbao, Pedro Brousset, Angélica Dávila, María E. Fissore, Silvia Herreros, Oscar Luchino, Fabiana Nuciforo.

Servicio de Salud Mental del Hospital San Roque, Córdoba. Tel.: 054-51-230071/76 - Fax: 054-51-232348/616497
Email: hidlago@onenetcom.ar

Marta Baistocchi, Juan Chiappero

Cátedra de Psicología Médica. Univ. Católica de Córdoba.

Jacinta Buriyovich

Sub-Dirección General de Salud Mental de la Pcia. de Córdoba

Introducción

El Servicio de Salud Mental del Hospital San Roque se ha caracterizado por implementar sus acciones tanto en relación a los Consultorios Externos como a atender, a través de las interconsultas, las demandas provenientes del internado.

En cuanto a los Consultorios Externos, las consultas son constantes y crecientes, ya sea por solicitud espontánea cuanto por derivación de otros profesionales.

En esta oportunidad, y atendiendo al hecho del aumento considerable de los pedidos de interconsulta, el propósito de la investigación realizada comporta la pretensión de conocer cuál es el índice de pacientes que presentan trastornos cognitivos y emocionales en el internado.

A fin de preparar nuestro protocolo de investigación, se trabajó

previamente sobre fuentes secundarias, las que dan cuenta de un fenómeno de estricta actualidad: las crisis socioeconómicas ocasionan una mayor vulnerabilidad psicopatológica.

Entendemos, por ende, que la precarización de las redes de contención social y de los ámbitos de prevención del sector salud, han promovido un incremento de la asistencia en hospitales de alta complejidad como lo es el Hospital San Roque.

Aunado a ello observamos una mayor gravedad de las patologías emergentes.

Sin desconocimiento de la complejidad de los ítems anteriormente planteados, nuestro propósito se orientó hacia el estudio e investigación de los pacientes hospitalizados a través de un corte transversal; esta operación se llevó a cabo con la instrumentación de una encuesta y de dos pruebas psi-

cológicas como lo son el Goldberg-GHQ28, y el Mini-Examen cognoscitivo.

La importancia de medir el impacto de los trastornos emocionales y cognitivos en los pacientes internados persigue la finalidad de detectar la demanda potencial y en consecuencia afinar las estrategias a implementar para un abordaje más adecuado de los trastornos psicopatológicos

El Hospital San Roque

Este hospital se encuentra ubicado en la zona céntrica de la ciudad de Córdoba.

Posee Servicios de internación y Servicios sin internación. Hasta la actualidad había sido considerado un hospital general de alta complejidad, con todas las especialidades. En este momento, frente a una propuesta gubernamental, se

Resumen

Desde un Servicio de Salud Mental de un Hospital Polivalente, se diseña un modelo de investigación que permita conocer con mayor detalle la incidencia del daño Psicopatológico en la población de pacientes internados de dicho Hospital por causas de enfermedad orgánica. Se confecciona una encuesta y se aplican dos test (GHQ 28 y Minimental), estos últimos ya probados en distintas partes del mundo. La tarea se realiza en dos días, obteniéndose una muestra de 106 pacientes. Los resultados muestran una alta incidencia de daño Psicopatológico en concordancia con lo obtenido en otras investigaciones de este tipo

Palabras clave: Interconsulta - Enlace - Trastornos emocionales - Trastornos cognitivos - Grupos de riesgo.

PSYCHOPATHOLOGICAL DAMAGE IN PATIENTS HOSPITALIZED IN A GENERAL HOSPITAL

Summary

This article presents an investigation realized by a Mental Health Service of General Hospital. The objective of this study was to determine the incidence of Psychopathological damage in patients admitted because of organic diseases. An inquiry was designed and two tests (GHQ 28 - Mini Mental test) were applied to all interned patients, in two consecutive days. Final results were obtained from a sample of 106 patients. Patients with diverse somatic disorders showed a high incidence of Psychopathological damage, according with the results of other investigations consulted.

Key Words: Interconsultation - Liaison - Emotional disorders - Cognitive disorders - Risk groups.

le ha asignado el perfil de Hospital Gastroenterológico, de Emergencias y Oncológico, por contar con una bomba de cobalto. Además, es necesario destacar que es un Hospital Escuela, dado que en él funcionan diversas cátedras de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba.

El personal asistencial, se compone de personal de planta rentado y Residentes de diversas especialidades médicas.

El número de camas, que se distribuyen en quirúrgicas y clínicas, varía de acuerdo al presupuesto y a la época del año, pudiendo llegar a 200 en momentos pico.

Las Unidades de Salud Mental en los Hospitales Generales

En la provincia de Córdoba, a partir del año 1984 y como consecuencia del ingreso a la vida democrática, se inauguran en algunos casos y se refuerzan en otros, una serie de grupos de trabajo, llamados "Servicios de Salud Mental" que funcionan en los Hospitales destinados a la atención de pacientes con enfermedades somáticas.

La identidad de estos servicios, el grado de inserción en la institución, su dependencia orgánica, su objeto de trabajo, han sido tema de discusiones todavía no agotadas.

En lo que se refiere a nuestro Servicio de Salud Mental del Hospital San Roque, y después de catorce años de trabajo intenso, adherimos a lo expresado por T. Herzog y A. Lobo cuando dicen: "Los psiquiatras, según donde trabajan, ven todo tipo de pacientes, centrándose en aquellos con síndromes centrales orgánicos, abuso de sustancias y trastornos afectivos severos... La psicopatología trata con el rango completo de trastornos psicológicos no psicóticos y no orgánicos, con un énfasis especial en aquellos que presentan quejas somáticas y en problemas de afrontamiento o de colaboración con el tratamiento (*complan-*

ce). Los pacientes con trastornos funcionales, neuróticos y de personalidad, forman la mayor parte de su clientela"(12).

Al tener cada vez más definido el perfil de Servicio de Psicopatología o Interconsulta y Enlace, nos interesó indagar sobre nuestra "clientela" en el sector de internación del hospital; es así como iniciamos una serie de investigaciones que nos permiten ofrecer cada día mejores servicios a nuestros pacientes.

Este trabajo de investigación es uno dentro de la serie.

Descripción del Servicio de Salud Mental del Hospital San Roque

El Servicio de Salud Mental se integraba en el año 1984 con un jefe (médico psiquiatra contratado) y personal ad-honorem. En la actualidad cuenta con una jefatura (médico psiquiatra), dos médicos psiquiatras y cinco psicólogos (personal de planta). Anualmente pasan por el Servicio, profesionales en formación de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental a fin de tener una experiencia en Hospital General. Estos pueden ser médicos, psicólogos, trabajadores sociales o comunicadores sociales.

En el momento de la investigación, el Servicio contaba con ocho profesionales que cursaban la concurrencia-pasantía de "Capacitación en Psicopatología".

El Servicio cuenta con tres Áreas programáticas:

- Docente,
- Asistencial y
- de Investigación y Programas Especiales.

El Área Docente organiza capacitación interna del personal de planta y/o en formación; eventos científicos, y actividades de capacitación interservicios, además de colaborar en jornadas hospitalarias.

El Área Atención brinda Psicoprofilaxis, Psicoterapia individual

y grupal, Psicofarmacología, Psicodiagnóstico, Junta Médica y Grupos de Reflexión o Grupos tipo Balint (para el personal del equipo de salud).

El Área de Investigación trabaja en proyectos disciplinarios e interdisciplinarios, intra o interservicios.

En cuanto a los Programas Especiales, constituyen actividades de apoyo e integración a equipos interdisciplinarios en relación a problemáticas prevalentes en el Hospital (anorexia, bulimia, enfermedades renales crónicas, diabetes, alcoholismo, enfermedades psicopatológicas, dolor, enfermedades oncológicas, epilepsia, etc.).

Antecedentes de Investigación

En 1986 se realizó un relevamiento de pacientes con problemas de alcoholismo en las Salas de Clínica Médica. El objetivo de esta investigación fue "afianzar las altas" de los pacientes con antecedentes de consumo excesivo de alcohol.

Desde 1987 a 1989 se llevó a cabo un Proyecto de Psicoprofilaxis del paciente quirúrgico, con una investigación realizada con grupo control y muestra, a fin de observar las diferencias entre ambos grupos de pre-quirúrgicos respecto a su posterior evolución.

En 1992 se realizó otro relevamiento de los pacientes con antecedentes de alcoholismo. En el mismo año se diseñó un Proyecto de Investigación denominado "*Estudios Psicopatológicos de la enfermedad orgánica*" con los siguientes objetivos:

- Lograr una integración biopsico-social en los abordajes terapéuticos.
- Discriminar factores de riesgo de enfermar, con fines de prevención.

De este proyecto general fueron surgiendo subproyectos, de acuerdo a demandas hospitalarias y a los intereses de los miembros del

Equipo de Salud Mental: Abordaje Psicoterapéutico al paciente con enfermedad renal en 1992(5); Factibilidad para la creación de un Servicio de Oncología en 1993 16); Trastornos de la alimentación en 1994(20); Equipo interdisciplinario de diabetes en 1995(1); Aproximación a un estudio interdisciplinario del paciente con epilepsia, en 1995(6); Lupus Eritematoso Sistémico en 1997 (9). En 1993 se realizó un Estudio de Prevalencia de Alcoholismo en los pacientes de Consultorios Externos y en el internado; y en 1994 una investigación sobre caracterización de la demanda al Servicio de Salud Mental del Hospital San Roque. Todos estos proyectos incluían facetas docentes, asistenciales y de investigación.

En 1997 se proyectó el estudio que nos ocupa "Detección de pacientes de Salud Mental en el Internado".

Justificación del problema a investigar

Las más recientes investigaciones epidemiológicas muestran que la sintomatología mental es frecuente entre los enfermos que recurren a la medicina, lo cual causa malestar, sufrimiento e incapacidad(12).

Según la bibliografía internacional, aproximadamente la mitad de los enfermos que consultan al médico tienen un trastorno psíquico significativo. El trastorno es casi siempre leve en los pacientes médico ambulatorios y de moderado a grave en los pacientes ingresados en las salas hospitalarias(15).

Los trastornos psicológicos, en los pacientes médicamente enfermos, influyen en su bienestar y también en el costo de los cuidados sanitarios.

Por otro lado, la prevalencia de trastornos psicósomáticos se da entre el 12 y el 40% para la población general, así como para los usuarios de servicios médicos ge-

nerales ambulatorios u hospitalarios(12).

También se han detectado en salas médicas hospitalarias importantes cifras de prevalencia de déficits en la esfera intelectual o cognoscitiva. Esta afectación implica graves riesgos para el enfermo. Por otra parte, a menudo estos trastornos no son detectados por las plantas médicas.

Por lo dicho, se pretende con este estudio, a través de procedimientos de *screening* detectar el grado de malestar psicológico de los pacientes internados.

El propósito general de la investigación es fortalecer la relación de cooperación entre el Servicio de Salud Mental y los otros Servicios hospitalarios.

Problema:

- ¿Constituyen los pacientes internados del Hospital San Roque un grupo de riesgo de salud mental?

Objetivos:

- Caracterizar el tipo, frecuencia y distribución de los trastornos psíquicos y deterioro cognitivo de los pacientes internados.

- Establecer a qué variables están asociados los trastornos psíquicos y el deterioro cognitivo (socio-económicas, institucionales, patológicas, etc.)

- Validar instrumentos confiables que permitan la detección de pacientes con trastornos psíquicos.

- Elaborar propuestas a fin de diseñar acciones pertinentes en prevención y asistencia.

Hipótesis:

- El paciente hospitalizado por causas somáticas presenta una elevada incidencia de daño psicopatológico.

- Los trastornos psíquicos están asociados a variables como tipo de patología, tiempo de internación, tipo de intervención, etc.

- Los trastornos psíquicos son menores si los pacientes cuentan

con un buen soporte social, buenas relaciones con los servicios hospitalarios, etc.

Variables a indagar

Variables independientes:

- Edad, Sexo, Nivel de instrucción, Trabajo, Estado Civil.
- Tipo de patología, Servicio que lo atendió, Tiempo de internación, Tipo de intervención. Atención psicológica previa.

Variables dependientes:

- Trastornos psíquicos
- Deterioro cognitivo
- Auto percepción de enfermedad mental

Variables intervinientes:

- Soporte social y familiar
- Relación con los servicios
- Percepción de la enfermedad
- Conoce/no conoce el diagnóstico.

Modalidad de atención

Metodología:

El GHQ-28 ítems (Cuestionario de Salud de Goldberg) y el Mini-Examen Cognoscitivo pueden emplearse aisladamente, pero al usarlos como batería se potencian mutuamente presentando una alta sensibilidad y mejorando el índice de mal clasificados(15).

El GHQ: este cuestionario mide trastornos psíquicos de tipo afectivo-emocional. Presenta 28 ítems divididos en cuatro escalas:

la escala A mide síntomas somáticos de origen psicológico,

la escala B estado de ansiedad/angustia,

la escala C disfunción social y

la escala D el estado de ánimo depresivo(7).

El paciente tiene que contestar todas y cada una de las preguntas, indicando la respuesta que mejor se adapte a su estado psíquico. Se le presentan cuatro opciones; a las dos

Cuadro 1

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Permanente	25	23.6
Temporario	20	18.9
Jubilado	5	4.7
Desocupado	17	16
Ama de casa	29	27.4
Sin datos	10	9.4

Cuadro 4

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	27	25.5
Casado	51	48.1
Viudo	5	4.7
Concubino	9	8.5
Divorciado	1	0.9
Separado	8	7.5
Sin Datos	5	4.7

Cuadro 2

Cuestionario de Salud de Goldberg GHQ-28 Trastornos emocionales	Mini-Examen Cognoscitivo Trastornos cognitivos
44.8% y 51.4%	55.3%

Cuadro 3

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	63	59.4
Masculino	43	40.6

primeras opciones se le asigna un puntaje (1, uno), desechando las dos segundas. Se suman sólo las respuestas de las primeras opciones.

El punto de corte o umbral caso probable/probable normal se ha fijado (según la bibliografía consultada) a nivel de 5/6 ó 6/7 dependiendo del proyecto. Si el objetivo es estudiar en una muestra la prevalencia total de trastornos psíquicos se elegirá el punto de corte 6/7 que produce un 15% de mal clasificados; con ello, además, se obtiene la máxima especificidad, o sea el menor número de "falsos positivos". Si, por el contrario, se quiere evitar que se escapen "probables casos" se elegirá el umbral 5/6 obteniendo la máxima sensibilidad o sea el menor número de "falsos negativos".

Para este último punto de corte la probabilidad de mal clasificados es del 17%.

Tanto la sensibilidad, la especificidad como el índice de mal clasificados puede considerarse aceptable u óptimo para instrumentos de este tipo y comparable a los conseguidos en otros países. El GHQ no está diseñado para diagnósticos de cuadros nosográficos ni para hacer diagnósticos diferenciales entre los mismos.

Para este estudio, si bien se consignan los resultados de ambos puntos de corte, se tomará el umbral 5/6 porque se considera prioritario obtener el menor número de "falsos negativos".

El Mini-Examen Cognoscitivo: este cuestionario mide trastornos referidos a la función cognitiva o intelectual. Permite evaluar la función intelectual "a la cabecera del enfermo", sin ninguna complicación de material, en cinco o diez minutos. Explora las más importantes áreas cognitivas (orientación, concentración y cálculo, memoria y lenguaje y construcción) con lo cual suministra información de todas ellas, además del puntaje global(14).

Se le asigna un puntaje a cada uno de los ítems. Con un puntaje total máximo de 35, los puntos de corte son:

- para adultos no geriátricos 27/28 (se entiende que presenta

Cuadro 5

Nivel educativo	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeto	8	7.5
Primaria incompleta	33	31.1
Primaria completa	33	31.1
Secundario incompleto	17	16
Secundario completo	9	8.5
Universitario completo	1	0.9
Universitario incompleto	1	0.9
Sin datos	4	3.8

Cuadro 6

	Total	Con trastornos cognitivos y emocionales	Sin trastornos cognitivos ni emocionales	Con trastornos cognitivos	Con trastornos emocionales
Femenino	59.4	71.9	48.3	70	57.1
Masculino	40.6	28.1	51.7	30	42.9

un déficit global cognitivo cuando se obtiene un puntaje igual o menor a 27);

- para geriátricos 23/24 (presenta un déficit global cognitivo cuando se obtiene un puntaje igual o menor a 23).

Estos puntos de corte tienen que ser proporcionalmente corregidos en casos excepcionales: analfabetos, imposibilitados para realizar algún subtest (ciegos, etc.). Incluso con un puntaje total dentro de los márgenes de normalidad puede haber déficits parciales, en ítems específicos, que sugieren casos de desorientación, amnesia, disfasia, etc.

Del Mini-Examen se ha demos-

trado sensibilidad, especificidad y bajo índice de mal clasificados (entre el 15 y el 17%) lo cual demuestra que es válido y útil para los propósitos de su diseño.

Caracterización de la Muestra

Se utilizó una muestra accidental, incluyendo en la misma todos los pacientes internados en los días 29 y 30 de Abril de 1997. El total de encuestados fue de 106. Ver Cuadros 1, 3, 4 y 5.

Resultado

Los resultados obtenidos a través del Cuestionario de Salud de Goldberg; por arriba del punto de corte seleccionado (6/7) el 44.8% de los encuestados presenta trastornos emocionales. Con el punto de corte 5/6 los presenta el 51.4%.

Con la aplicación del Mini-Mental para un punto de corte de 28, los que obtuvieron menos de este puntaje fueron el 55.3%, los cuales presentaron trastornos cognitivos (Ver Cuadro 2).

- El 68.86% presentó trastornos emocionales, cognitivos o ambos.

- El 18.86% trastornos cognitivos, pero no trastornos emocionales.

Cuadro 7

Estado civil	Total	Con trastornos cognitivos y emocionales	Sin trastornos cognitivos ni emocionales	Con trastornos cognitivos	Con trastornos emocionales
soltero	25.5	18.8	10.3	25	33.3
casado	48.1	62.5	31.0	45	42.9
viudo	4.7	3.1	34.5	10	4.8
concubino	8.5	3.1	6.9	10	14.3
divorciado	0.9	—	3.4	—	—
separado	7.5	12.5	—	10	4.8
sin datos	4.7	—	13.8	—	—

Cuadro 10

Consulta S. Mental	Total	Con trastornos cognitivos y emocionales	Sin trastornos cognitivos ni emocionales	Con trastornos cognitivos	Con trastornos emocionales
Sí	4.7	3.1	3.4	—	—
No	85.8	96.9	65.6	100	100
sin datos	9.4	—	31	—	—

Cuadro 8

Educación	Total	Con trastornos cognitivos y emocionales	Sin trastornos cognitivos ni emocionales	Con trastornos cognitivos	Con trastornos emocionales
Analfabetos	75	3.1	10.3	—	19
Prim. incomp.	31.1	34.4	31.0	10.0	47.6
Prim. comp.	31.1	37.5	34.5	35.0	14.3
Secun. incomp.	16	12.5	6.9	35.0	9.5
Secun. comp.	8.5	9.4	3.4	15.0	9.5
Univ. comp.	.9	3.1	—	—	—
Univ. incomp.	.9	—	—	5.0	—
Sin datos	—	—	13.8	—	—

Cuadro 9

Enfermedad	Total	Con trastornos cognitivos y emocionales	Sin trastornos cognitivos ni emocionales	Con trastornos cognitivos	Con trastornos emocionales
Con auto-percepción	21.7	37.5	6.9	10	28.6
Sin auto-percepción	67	62.5	51.7	90	71.4
Sin datos	11.3	—	41.4	—	—

• El 19.81% trastornos emocionales, pero no trastornos cognitivos.

Los dos últimos grupos sumados representan el 38.67%.

• El 31.14% no presentó trastornos (registrados por la encuesta).

Para el análisis de los resultados se conformaron cuatro grupos, clasificados según la puntuación obtenida en los dos cuestionarios administrados.

Caracterización del grupo que presenta trastornos emocionales y cognitivos:

• En este grupo se ubicaron 32 sujetos (30.1% de los encuestados). De este grupo, el 71.9% son mujeres y el 28.1% varones. La mayoría son casados (62.5%). Si se agrupan las categorías soltero, viudo, separado y divorciado suman el 34.4% y los casados y concubinas suman 65.6%. El 75% tiene sólo primaria completa.

• El 37.5% presenta autopercep-

ción de enfermedad nerviosa, el 96.9% no consultó al Servicio de Salud Mental y el 81.3% no ha realizado nunca una consulta psicológica.

• En cuanto a la actividad, el 21.9% trabaja en relación de dependencia, el 31.3% por cuenta propia y el 46.9% no tiene actividad.

• El 43.8% se interna en medio clínico y el 56.3% se interna en medio quirúrgico.

Cuadro 11

Consulta psicológica	Total	Con trastornos cognitivos y emocionales	Sin trastornos cognitivos ni emocionales	Con trastornos cognitivos	Con trastornos emocionales
Si	14.2	18.8	—	20.0	14.3
No	77.4	81.3	69.0	80.0	85.7
Sin dato	8.5	—	31.0	—	—

Cuadro 12

Actividad del encuestado	Con trastornos cognitivos y emocionales	Sin trastornos cognitivos ni emocionales	Con trastornos cognitivos	Con trastornos emocionales
Relación de dependencia	21.9	31.3	25	9.5
Cuenta propia	31.3	12.5	25	38.1
Sin actividad	46.9	56.3	50	52.4

Cuadro 13

Motivo de la internación	Con trastornos cognitivos y emocionales	Sin trastornos cognitivos ni emocionales	Con trastornos cognitivos	Con trastornos emocionales
Clínico	43.8	65.6	20	38.1
Quirúrgico	56.3	34.4	75	61.9
Sin datos	—	—	5	—

Caracterización del grupo que no presenta trastornos emocionales ni cognitivos:

- En este grupo se ubicaron 33 sujetos, (31.14% de los encuestados). De este grupo, el 48.3% son mujeres y el 51.7% varones. Según el estado civil, el 48.2% están solos y el 37.9% acompañados. La población más sana se concentra en el grupo de menor nivel educativo.

- Sólo el 6.9% de este grupo se percibe con alguna enfermedad nerviosa; el 3.4% consultó al Servicio de Salud Mental, y no ha realizado nunca antes de la internación alguna consulta psicológica.

- La mayoría son del área clínica, 65.6%, y 34.4% son quirúrgicos.

Caracterización del grupo que no presenta trastornos emocionales y sí trastornos cognitivos:

- En este grupo se ubicaron 20 sujetos, (18.86% de los encuestados). De ellos el 70% son mujeres y el 30%, varones. El 45% están solos y el 55% en pareja. El 80% se distribuye entre los niveles educativos que llegan hasta la secundaria incompleta.

- El 10% con autopercepción de enfermedad nerviosa, y sin autopercepción el 90%; en ningún caso consultaron al Servicio de Salud Mental. El 20% ha tenido consultas psicológicas previas.

- El 20% de ellos pertenece a Servicios clínicos y el 75% a Servicios quirúrgicos.

Caracterización del grupo que presenta trastornos emocionales y no presenta trastornos cognitivos:

- En este grupo, el 57.1% son mujeres, el 33.3% solteros y el 42.9% casados; el 19% analfabetos, el 47.6% tiene primaria incompleta y el 14.3% primaria completa. Si se toma la actividad del encuestado, el 9.5% trabaja en relación de dependencia, el 38.1% por cuenta propia y el 52.4% está sin actividad. Con respecto a su autopercepción de enfermedad nerviosa, el 28.6% manifiesta que sí, no presentando consultas previas al servicio de Salud Mental, pero sí otras consultas psicológicas (un 14.3%). El motivo de internación refleja un 38.1% de pacientes

Cuadro N° 14

Escala A del GHQ: Síntomas somáticos de origen psicológico

Puntajes	Frecuencia	Porcentaje
0	35	33
1-3	40	37.7
4-7	31	29.2

Cuadro N° 15

Escala A del GHQ: Ansiedad/Angustia

Puntajes	Frecuencia	Porcentaje
0	36	34
1-3	38	35.8
4-7	32	30.2

Cuadro N° 16*Escala A del GHQ: Disfunción social*

Puntajes	Frecuencia	Porcentaje
0	43	40.6
1-3	50	47.2
4-7	13	12.3

Cuadro N° 17*Escala A del GHQ: Estado de ánimo depresivo*

Puntajes	Frecuencia	Porcentaje
0	70	66
1-3	24	22.7
4-7	12	11.3

clínicos y 61.9% de quirúrgicos.

Los cuadros que sintetizan la información de los cuatro grupos relevados son, en relación:

Al sexo: Cuadro N° 6

Al estado civil: Cuadro N° 7

Al nivel educativo: Cuadro N° 8

A la autopercepción de enfermedad nerviosa: Cuadro N° 9

A la consulta a los Servicios de Salud Mental: Cuadro N° 10

A la consulta psicológica: Cuadro N° 11

A la actividad del encuestado: Cuadro N° 12

Al motivo de la internación: Cuadro N° 13

Distribución de la sintomatología según las Escalas del GHQ

Escala A: Síntomas somáticos de origen psicológico: Cuadro N° 14

Escala B: Ansiedad/Angustia: Cuadro N° 15

Escala C: Disfunción social: Cuadro N° 16

Escala D: Estado de ánimo depresivo: Cuadro N° 17

Tal como se observa en los Cuadros, los trastornos emocionales más frecuentes son los síntomas somáticos de origen psicológico (Escala A de GHQ) y los menos frecuentes los que miden estado de ánimo depresivo (Escala D de GHQ).

Estos resultados podrían producirse por las características psicopsomáticas de los pacientes internados con escasa mentalización y predominio de las manifestaciones somáticas.

Discusión

En nuestro modelo inicial el

abordaje del interconsultor se direccionaba al médico, manejándose el primero con la concepción de proveer a éste las herramientas esenciales que le permitieran un mejor manejo del sujeto enfermo. El interconsultor realizaba una escucha parcial que dejaba al paciente mismo marginado de su intervención, dado que el eje se sustentaba en la función del médico.

De este modo, se sobrecargaba en demasía la función médica, y, como consecuencia, el interconsultor quedaba apartado de la relación médico-paciente. Ello nos hizo pensar en la necesidad de un cambio.

Nos interesamos en buscar una vía de abordaje que nos permitiera trabajar junto al médico en la atención del paciente, aportándole nuestro saber más que hacer de él un experto conductor.

En la actualidad, nuestra opinión es que se trata de un intento de abarcar la complejidad de lo humano de nuestro paciente. Tomando ideas de J. Carpinacci, pensamos que en el soma de nuestros pacientes podemos encontrar un Cuerpo Biológico, uno Psicológico, uno Social y uno Filosófico.

En consecuencia, el sentido de la I.M.P. es el de aportar una visión de este paciente que pase también por su cuerpo Psicológico y permita un enfoque más completo y abarcativo sobre este Humano y su padecimiento. Todo lo que hagamos en la I.M.P. será en el intento de que esta visión sea incluida en la tarea de comprender a ese sujeto con su enfermedad.

Creemos que alguien, desde distintas disciplinas o varias, cada uno con la suya, e interactuando

puede alcanzar una comprensión adecuada sobre el sujeto enfermo.

Este modelo tiende a sensibilizar al Equipo de Salud sobre la detección de daño Psicopatológico, promoviendo lo que se considera la interconsulta precoz, con beneficio sobre la relación médico-paciente. Como confirmación del funcionamiento del modelo diseñado, obtenemos un incremento en las solicitudes de interconsulta.

Conclusiones

El grupo de pacientes que presenta trastornos cognitivos y emocionales está integrado fundamentalmente, por mujeres, con bajo nivel educativo, con mayor autopercepción de enfermedad nerviosa, que si bien no han consultado al Servicio de Salud Mental, han realizado más que los otros grupos alguna consulta psicológica. Entre los motivos de internación aparecen con más sintomatología los pacientes del área quirúrgica.

La caracterización del grupo que nos indica estos resultados, nos permite inferir factores de riesgo para la salud mental de los pacientes internados en el Hospital San Roque por alguna dolencia somática. Toda internación es una situación de crisis que reactualiza conflictos personales no resueltos, en especial cuando la terapéutica es quirúrgica. Esto nos induce a replantear nuestro Servicio de Salud Mental, apuntando al abordaje y seguimiento de los pacientes hospitalizados y al trabajo conjunto con el Equipo de Salud interviniente a través de la interconsulta.

El estudio realizado corrobora la prevalencia de malestar psicológico y déficit cognitivo detectada en otras investigaciones. Los resultados de las Escalas del Goldberg, donde se encuentra un predominio de síntomas somáticos y menor incidencia de los síntomas anímicos, coinciden con los estudios sobre alexitimia. Por otro lado, de acuerdo a lo que señala la bibliografía consultada, los trastornos emocionales y cognitivos influyen en la evolución de la enfermedad; y por lo tanto, en el costo de los cuidados sanitarios.

Inferimos de ello la importancia de la existencia de servicios de Salud Mental en los Centros de Salud y la necesidad del diseño de

estrategias de diagnóstico, terapéuticas y de rehabilitación con características interdisciplinarias.

Considerando sólo las cifras obtenidas en el grupo más dañado encontramos una elevada población de pacientes potenciales del Servicio de Salud Mental (31 en la muestra y alrededor de 50 proyectado en la totalidad del internado). Esto nos impone algunas consideraciones:

1. No hay en la provincia de Córdoba Servicios de Salud Mental, tal como están programados, que puedan dar cuenta de esta demanda.

2. Se trata de "otra locura" o de una segunda locura que no ingresa en la "carrera del loco" que es mucho más numerosa y silenciosa y

que no sabemos cómo evoluciona.

3. En un primer análisis encontramos ciento cincuenta pacientes (150) por mes que se renuevan a razón de cincuenta (50) cada diez días, lo que constituye un flujo muy difícil de abarcar y que impone seleccionar estrategias de detección y tratamiento de gran eficacia y eficiencia.

4. Si consideramos que un paciente con trastornos emocionales y cognitivos ocasiona un gasto al sistema sanitario tres veces mayor que un paciente "normal" significaría que, concentrando los recursos de Salud Mental en el internado, se podría hacer una reducción del gasto hospitalario muy importante (12) ■

Bibliografía

- Alippi, L.; Orozco, N., *Equipo Interdisciplinario de diabetes. Comunicación interna*, Hospital San Roque, Córdoba, 1995.
- A.P.A., *Revista de Psicoanálisis. Acerca de la enfermedad psicósomática*. Tomo XLV, 1988.
- Bekei, M., *Trastornos psicósomáticos en la niñez y adolescencia*. Nueva Visión, Buenos Aires, 1990.
- Bekei, M. (comp.), *Lecturas de lo psicósomático*. Lugar Editorial, Buenos Aires, 1991.
- Bilbao, L.; Cardozo, G; et al., *Abordaje Psicoterapéutico al paciente con enfermedad Renal, Comunicación interna*, Hospital San Roque, Córdoba, 1992-1994.
- Bilbao, L.; Bondio, K; et al., *Aproximación a un estudio Interdisciplinario del paciente con epilepsia, Comunicación interna*, Hospital San Roque, Córdoba, 1995-1996.
- Breilh, J., *Nuevos conceptos y técnicas de investigación*. 3a edición. Ediciones CEAS, Quito, 1982.
- Ciampa, N.; Harbi, M.; et al., *Psicósomática en el campo del psicoanálisis*. Ricardo Vergara Ediciones, Buenos Aires, 1993.
- Davila, Angelica. et al, *Lupus Eritematoso sistémico. Comunicación interna*, Hospital San Roque, Córdoba, 1997.
- Fichas bibliográficas elaboradas por los integrantes del Programa de Psicósomática del Servicios de Salud Mental del Hospital San Roque, Córdoba,
- Gorali, V. (comp.), *Estudios de Psicósomática*. Vol. 1, De. Atenea, 1993.
- Herzog, T.; Stein, B.; Nickel, T; Lobo, A. Hayse, F; Malt, U., "Tratamiento de los Trastornos Psicósomáticos. Cuestiones conceptuales y de Coste-efectividad". *Revista Ciencias Médicas Psicósomáticas*, 1994, N° 30:12-27.
- Lieberman, D.; Piccolo, et al., *Del cuerpo al símbolo*. Editorial Kargieman. Buenos Aires, 1982.
- Lobo A. Ezquerras y colab., "El Mini-Examen Cognoscitivo. Un test sencillo y práctico para detectar alteraciones intelectivas en pacientes médicos". *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*.
- Lobo, A.; Pérez Echeverría, M. J. y colab., "Aportaciones para el uso en España de la versión en Escalas del GHQ". *XIV Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría*. Valladolid, 1981.
- Luchino, O; Orozco, N., *Factibilidad para la creación de un Servicio de Oncología*. Hospital San Roque, 1993.
- Marty, P., *La psicósomática del adulto*. Amorrortu, Buenos Aires, 1992.
- Mc Dougall, J., *Teatros de la mente. Ilusión y verdad en el escenario psicoanalítico. Alegato por una cierta normalidad*. Tecnipublicaciones, Madrid, 1987.
- Mc Dougall, J. y Yebenes, J., *Teatros del cuerpo*. Gráficas Clarión, Madrid, 1989.
- Rosales, L.; Moreno, M., *Trastornos de la alimentación. Comunicación interna*, Hospital San Roque, Córdoba, 1994.
- Sami Ali, *Pensar lo somático*. Editorial Paidós, Barcelona, 1991.
- Sivak, R.; Wiater, A., "Alexitimia, ¿un indicador posible en prevención?". *Vertex, Rev. Argentina de Psiquiatría*, Vol. VI, 1995, 169-173.
- Sivak, R.; Wiater, A., *Alexitimia, la dificultad para simbolizar afectos*. Paidós, Buenos Aires, 1997.
- Stolkiner, Alicia y otros, "Atención de la Salud Mental en el Sub-sistema de Obras sociales". *Vertex, Rev. Argentina de Psiquiatría*, Vol. VIII N°30, 1997-1998.
- Wolfberg, G., "Psiconeuroinmunoendocrinología y campo psicósomático". *Vertex, Rev. Argentina de Psiquiatría*, Vol. VII, 1996 :245-249.
- Zuckerfeld, R., *Acto bulímico, cuerpo y tercera tópica*. R. Vergara Ediciones, 1991.

Estudio retrospectivo de una unidad de desintoxicación de la Provincia de Buenos Aires

Esteban Toro Martínez

Médico Especialista en Psiquiatría. Profesor Adjunto de Farmacología de las Adicciones, Instituto de Drogadependencia, Univ. del Salvador. Cuba 2335 "2° A" TE: 786-1231. E-mail: etoro@intramed.net.ar

María de los Angeles Focci

Médica Psiquiatra. Directora de la Unidad de Desintoxicación del Hosp. General de Agudos "Gobernador Mercante", Prov. de Bs. Aires

Roberto Baistrocchi

Profesor Titular de Farmacología de las Adicciones. Instituto de Drogadependencia, Univ. del Salvador.

Introducción

La dependencia de sustancias reconoce antecedentes remotos. Sin embargo el significado que tuvo la misma para la sociedad y en consecuencia para su comunidad sanitaria ha sido diferente según las épocas. La primer edición del Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (APA-I, 1952) consideraba a la dependencia como un "Disturbio Sociopático de la Personalidad" y al igual que lo hiciera luego el DSM-II (APA, 1968) lo incluía en esta categoría junto con la desviación sexual y las conductas antisociales(4, 7). Esta visión si bien constituyó un intento de incluir la dependencia de sustancias bajo el dominio de la medicina, estuvo cargada de prejuicios y de una calificación peyorativa, cuyas raíces se remontaban al siglo XIX

cuando era vista como un pecado o un acto criminal.

En 1980 el DSM-III divide el uso de sustancias en dos categorías mayores: Abuso y Dependencia, incluidas en un capítulo específico denominado "Trastorno por Uso de Sustancias" (codificable en el Eje I) distinto del apartado correspondiente a los Trastornos de la personalidad. Por otra parte el texto resaltaba los hallazgos de la investigación que involucraba a los factores socioculturales y genéticos en la etiología de este trastorno. De este modo se enfatizaba el rol que científicos y clínicos habían comenzado a tener en el estudio y tratamiento de la enfermedad(1).

Con esta evolución también se modificó la visión de las sustancias propiamente dichas y de los conceptos de abuso, abstinencia y dependencia. Históricamente las drogas se fueron dividiendo en pesadas

y livianas. Las primeras de enorme potencialidad adictiva y tóxica y las segundas de menor potencialidad de abuso y mayor benignidad. Con relación a la capacidad adictiva se ponderaba, como criterio de capital importancia, la producción de "dependencia física" que se manifestara a través de un claro síndrome de abstinencia(4). Por lo tanto sólo producirían dependencia drogas como el alcohol o la heroína en cuya abstinencia son marcados los síntomas neurovegetativos, pero no la cocaína cuyo síntoma principal de abstinencia es la disforia, como más tarde se reconocería. Esto hizo que para el DSM-III la cocaína fuera sólo una droga de abuso y que reconociera exclusivamente la intoxicación como cuadro desencadenado por la misma(1). Esta situación condujo a una subestimación de la real magnitud del problema.

Hacia 1991 la prevalencia del

Resumen

La dependencia de sustancias reconoce antecedentes remotos. Su consideración como enfermedad y su consecuente tratamiento, evolucionaron fundamentalmente en las últimas dos décadas. Las complicaciones psiquiátricas, médicas y sociales que genera requieren de un abordaje transdisciplinario. Este trabajo realiza un estudio retrospectivo de una unidad especializada en desintoxicación para contribuir a la optimización de la atención del paciente. Caracterizaron a la población estudiada: el policonsumo, los bajos niveles de escolaridad y empleo, las tendencias antisociales, la dualidad, el HIV + y las hepatitis B y C.

Palabras clave: Drogadependencia - Dependencia múltiple - Emergencia y toxicomanías - Multidisciplina y drogadependencia.

DETOXIFICATION UNIT: A RETROSPECTIVE STUDY

Summary

Substance dependence has been known from long time ago. However the conceptualization of the illness and its treatment has strongly evolved in the last two decades. Psychiatric, medical and social complications need an integrated approach. A retrospective study from a specialized detoxification unit was made. The findings showed high rates of polysubstance dependence, low educational level, unemployment, antisocial behaviors, dual diagnosis and positive test for HIV, BHV and CHV.

Key Words: Substance dependence - Polysubstance dependence - Emergency and drug-addiction - Multidiscipline and substance dependence.

abuso o dependencia de drogas en la población norteamericana mayor de 18 años fue 16.7% (NHSDA, 1991) (15). La prevalencia para el abuso o dependencia de alcohol fue de 13.8% y para sustancias no alcohólicas 6.2% (NHSDA, 1991)(15). Las drogas de más frecuente utilización fueron el alcohol y la nicotina, aunque marihuana, hashish y cocaína fueron también comúnmente utilizadas (NHSDA, 1991) (15). El consumo de cocaína aparece asociado en proporciones significativas a emergencias médicas ocupando un segundo lugar luego del alcohol combinado con otras sustancias en la lista de urgencias vinculadas a sustancias(16, 18). El panorama en la Argentina es similar pero mientras que el mencionado estudio de prevalencia informa que el número de personas que consumieron cocaína al menos una vez en los últimos 30 días se redujo en un 70% comparado con los datos obtenidos en 1985, en nuestro país se observa una alarmante pendiente de crecimiento(17).

Actualmente el DSM-IV (APA, 1994) clasifica la drogadependencia como "Trastornos relacionados con sustancias", proponiendo dos categorías mayores: abuso (caracterizado por dificultades en el ámbito social) y dependencia (caracterizada por la tríada tolerancia, abstinencia y compulsión) especificando si presenta o no dependencia fisiológica. De esta manera se supera la dicotomía dependencia física o psíquica(3, 4).

Otro problema que la dependencia presenta es el de la dualidad, es decir la comorbilidad con un trastorno psiquiátrico adicional, el cual se da en un 75% de hombres y en el 65% de mujeres(6, 12, 14). Los diagnósticos más frecuentemente asociados son el Trastorno Antisocial, el Trastorno Depresivo Mayor (TDM), las Fobias, los Trastornos de Ansiedad, Déficit de Atención con Hiperactividad (ADHD) y el Trastorno Límite de la Personalidad. Por otra parte

Cuadro I	
Modelo de ficha utilizada	
Apellido y nombre:	
Edad:	Sexo:
Nivel de educación:	Status laboral:
Modalidad de internación:	
Eje I Ingreso:	Eje I Egreso:
Eje II:	
Eje III:	Eje IV:
Eje V: Sustancia/s consumida/s:	
Cantidad/es diaria/s:	
Vías de administración:	
Antecedentes de internaciones toxicológicas previas:	
Ambito de las internaciones previas:	
Duración de la internación (en días):	
Lapso último consumo (en días):	
Modalidad de finalización de la internación:	
Serología:	HIV: Hepatitis B: Hepatitis C:
VDRL:	
PPD:	
Causas judiciales relacionadas con la internación:	
Causas judiciales no relacionadas con la internación:	
Actividad antisocial sin causas:	

existen patologías psiquiátricas con altas chances de presentar consumo asociado siendo la Esquizofrenia (E), el Trastorno Bipolar (TB) en su fase maníaca y el TA los más destacados(6, 12, 14).

Por lo tanto la prevención y el tratamiento de las adicciones requieren de dispositivos acordes para cada una de las diferentes complejidades que la patología presen-

ta. Para tal fin la Secretaría de Prevención y Asistencia de la Drogadependencia ha diseñado un dispositivo en red, compuesto por niveles de complejidad creciente (grupos de autoayuda, centros preventivos asistenciales, hospitales de día, unidades de desintoxicación, Servicios para pacientes duales no intoxicados e internación) e intercomunicados en forma recíproca. El 2 de

setiembre de 1997 la Secretaría, en acuerdo con el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, inauguró la Unidad de desintoxicación del Hospital General de Agudos "Gobernador Domingo Mercante", tomando como modelo la Unidad similar que funciona en el Hospital Interzonal General de Agudos "Evita" de Lanús (HIGA) que inauguró el 23 de enero de 1996.

La Unidad se encuentra integrada por un equipo transdisciplinario compuesto por un Médico psiquiatra Coordinador, un médico infectólogo de planta, 6 médicos de guardia, 2 psicólogos de planta, 1 trabajador social y 5 enfermeros. Presenta una disponibilidad de 8 camas y se encuentra en la planta baja del Hospital, próxima a la Unidad de Terapia Intensiva. El objetivo de la Unidad es el manejo de la urgencia toxicológica, internando pacientes hombres intoxicados, en abstinencia o en riesgo de padecerla, pacientes duales para garantizar que la descompensación no esté relacionada en forma aguda con el consumo de sustancias, pacientes en mal estado general o pacientes que no pueden interrumpir la compulsión por el consumo en forma ambulatoria. El paciente luego de ser desintoxicado es derivado a la instancia correspondiente de la red para que continúe su tratamiento.

Objetivo principal

El presente trabajo posee como objetivo el de realizar una observación sistematizada de la población atendida durante 14 meses en una Unidad de desintoxicación de la Provincia de Buenos Aires en el marco de la Red Preventivo Asistencial de la Secretaría de Prevención y Asistencia de la Droga-dependencia de la Provincia de Buenos Aires, a los efectos de poder reproducir dicha observación en otros centros de similares características y contribuir así a la

optimización de la calidad asistencial del paciente.

Material y métodos

Del total de historias clínicas de internación (HC) de la Unidad de desintoxicación del Hospital Provincial de Agudos "Gobernador Domingo Mercante" correspondiente al período setiembre 1997-noviembre 1998, se seleccionaron al azar 10 Historias Clínicas (HC) por mes, lo que hace un total de 140 HC.

Para recabar la información de las mismas, se confeccionó previamente una ficha (ver fig. 1) donde constaron datos relacionados con seis áreas a investigar: filiatorios, modalidad de internación (fuente de derivación), diagnósticos de adicción (identificación de la condición de intoxicación, abstinencia u otros trastornos inducidos por sustancias), otros diagnósticos psiquiátricos y/o médicos, epidemiología y antecedentes jurídico-sociales. Con la ficha así confeccionada para cada una de las HC que se incluyeron en este trabajo, se procedió a realizar una estadística descriptiva de la muestra.

Area 1: (datos filiatorios), se hizo constar apellido y nombre, edad, sexo, estatus laboral, nivel educacional.

Area 2: (modalidad de internación), se consignó si la derivación provino de un Centro Preventivo Asistencial (CPA), de la Guardia del Hospital Mercante (Guardia), de la Unidad de Desintoxicación del HIGA, del Servicio de Admisión Central de la Secretaría de Prevención y Tratamiento de las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires (Admisión), Judicial o Voluntaria.

Areas 3 y 4: se consignaron los diagnósticos de adicción y otros psiquiátricos de acuerdo al Sistema Multiaxial (en los cinco ejes) del DSM-IV. Para el diagnóstico de adicción en Eje I, se lo subdividió en dos tiempos:

a. al ingreso, donde se registró

la condición de Intoxicación, Abstinencia u otros trastornos inducidos por la sustancia y

b. al egreso, donde se registró si se trataba de abuso o dependencia a las sustancias.

Con respecto a los otros diagnósticos psiquiátricos que se hubieren realizado se consignaron en los respectivos Eje I y II siguiendo el procedimiento estándar para la utilización de dicho Manual. Las enfermedades médicas en relación etiológica o de importancia para el tratamiento fueron asentadas en el eje III. En el eje IV se especificó el problema psico-social y/o ambiental: relativo al grupo primario, relativo al ambiente social, relacionado con la enseñanza, con lo laboral, con la vivienda, con lo económico, relativo al acceso a los servicios médicos, a la interacción con el sistema legal o el crimen y otros como categoría residual. En el eje V se puntuó de acuerdo a la Escala de Evaluación de la Actividad Global.

Area 5: se consignaron la/s sustancia/s consumida/s, la/s vía/s de administración, la cantidad diaria consumida, antecedentes de internaciones toxicológicas previas y el ámbito en que se realizaron, período de internación en la Unidad expresado en días, modalidad de finalización de la internación (alta, fuga, abandono), lapso desde el último consumo hasta la internación expresado en días, serología para HIV, Hepatitis B, C, VDRL y PPD.

Area 6: se consignó la presencia de causas judiciales relacionadas o no con la internación y la presencia de actos antisociales aunque no hubieran devenido en causas judiciales.

Con relación a las sustancias consumidas fueron especificadas: alcohol, cocaína, marihuana, opiáceos, inhalantes, psicofármacos legales y otros como categoría residual. Las vías de administración también fueron explicitadas: oral, inhalatoria, endovenosa, fumada (bajo la forma de cigarrillos), y otras como categoría residual

Contemplando la posibilidad

Tabla 1

Distribución de las modalidades de internación

Modalidad de internación	Número de pacientes
No determinado	24
Guardia	25
Judicial	17
Voluntario	8
HIGA Lanús	2
Admisión	1
CPA	42

Tabla 3

Diagnóstico de ingreso en Eje I

	Intoxicación	Abstinencia
Alcohol	19	16
Cocaína	44	18
Alcohol y Cocaína	11	0
Marihuana	2	0
LSD	1	0
Inhalantes	1	0
Psicofármacos	1	0
Opiáceos	1	4

de que no todas las HC pudieran presentar la totalidad de los datos buscados para completar la ficha, se establecieron como criterios de exclusión:

a. la no disponibilidad simultánea de dos de la siguiente lista de datos: edad, motivo de internación, cantidad de días de internación, diagnóstico de ingreso y sustancia/s consumida/s;

b. la no disponibilidad simultánea de 3 ó más de los datos a recolectar no especificados en el ítem anterior.

Resultados

De las 140 HC seleccionadas siguiendo los criterios de exclusión establecidos en la metodología, fueron utilizadas 119 para completar las fichas.

Con respecto a los datos filiatorios:

el 100% (n=119) de la muestra correspondió al sexo masculino, el promedio de edad fue de 30.4 años (S.D 10.8), el 31.9% (n=38) se encontraba ocupado, el 63.8% (n=76) no tenía trabajo y el 4.3% (n=5) fueron no determinados (nd).

El Nivel de Educación reflejó que: el 42.85% (n=51) refería Primaria Incompleta,

25.21% (n=30) Primaria Completa, 20.16% (n= 24) Secundaria Incompleta, 9.24% (n= 11) Secundaria Completa, 0.84% (n=1) Universidad Incompleta y 1.68% (n=2) como nd.

Con relación a la Modalidad de Internación (Ver Tabla 1):

el 35.3% (n=42) de los sujetos fueron ingresados por indicación profesional desde los CPA, 21% (n=25) por Guardia, 12.6% (n=15) por derivación judicial, 6.7% (n=8) por determinación voluntaria, 1.7% (n=2) por indicación de la HIGA, 0.8% (n=1) por Admisión y 21.8% (n=26) fueron nd.

En cuanto al Diagnóstico de Ingreso relacionado con el uso de sustancias se registró que:

las Intoxicaciones representaron el 67.2% (n=80), las Abstinencias el 31.9% (n=38), se registró un caso de Distonía por Neurolepticos (0.84%).

Los diagnósticos que compusieron el rubro Intoxicación fueron: Intoxicación por Cocaína 55% (n=44), por alcohol 23.7% (n=19), por Alcohol y Cocaína 13.7% (n=11), por Cannabis 2.5% (n=2),

por LSD 1.25% (n=1), por Inhalantes 1.25% (n=1), por Psicofármacos Legales 1.25% (n=1) y por Opiáceos 1.25% (n=1).

La composición del rubro Abstinencia fue la siguiente:

Abstinencia de Cocaína 47.4% (n=18),

de Alcohol 42.1% (n=16), de Opiáceos 10.5% (n=4) (Tabla 3).

Los diagnósticos de egreso para los problemas relacionados con el uso de sustancias fueron:

Dependencia de Varias Sustancias 60.4% (n=72),

del Alcohol 19.3% (n=23), de Cocaína 14.2% (n=17),

de Opiáceos 4.2% (n=5) y nd 1.7% (n=2) (ver tabla 2).

En lo que respecta a Otros diagnósticos en Eje I se consignaron:

8 casos de Trastorno Psicótico inducido por Cocaína (6 intoxicados y 2 en abstinencia),

16 de TDM (12 casos de dependencia alcohólica,

1 de dependencia de varias sustancias en el cuál la abstinencia alcohólica fue el motivo de ingreso,

2 de dependencia de Cocaína,

1 de dependencia de opiáceos,

1 de Depresión inducida por Hipnosedantes,

1 de Trastorno del Animo no Especificado (en el contexto de dependencia múltiple),

2 de Trastorno Bipolar I (1 caso de

Tabla 2

Consumo como droga única vs droga asociada

	Dependencia única droga	Total de pacientes que consumen
Alcohol	23	103
Cocaína	17	84
Opiáceos	5	10
Marihuana	0	47
No determinado	2	0

dependencia de cocaína y 1 caso de dependencia múltiple),
 2 de Esquizofrenia Paranoide (1 caso de dependencia de cocaína y 1 caso de dependencia de alcohol),
 3 de ADHD (los tres relacionados con el uso de cocaína) y
 1 de Trastorno de Ansiedad inducido por sustancias (en el contexto de Dependencia de Varias sustancias).

Fueron 77 los sujetos que recibieron diagnóstico de Trastorno de Personalidad en el Eje II:

33 Trastorno antisocial
 32 Trastorno límite,
 3 por Evitación,
 3 Narcisista,

2 Esquizotípico,
 2 no Especificados (combinación de rasgos antisociales y límites),
 1 Histriónico y
 1 Obsesivo-Compulsivo.
 Dos pacientes recibieron el diagnóstico de Retraso Mental.

En Eje III se consignaron:

25 casos HIV +
 36 de patología hepática,
 10 de trastornos gástricos,
 2 de patología de Vías aéreas superiores,
 6 de patología respiratoria.

Fueron diagnosticados en Eje IV:

69 relativos al grupo primario de apoyo,
 22 relativos al ambiente social,
 17 relativos a la interacción con el

Tabla 4

Distribución de la serología en pacientes adictos

Pacientes con:	Vía IV	Todas las vías
HIV	47	21
Hepatitis B	21	7
Hepatitis C	24	12

sistema legal,
 5 problemas laborales y problemas económicos.

En Eje V la puntuación de la EEAG fue de 45.8.

Las Sustancias Consumidas en orden decreciente fueron:

Alcohol (n=103),
 Cocaína (n=84),
 Marihuana (n=47),
 Psicofármacos de venta legal (n=32), Inhalantes (n=13),
 Opiáceos (n=10),
 LSD (n=10) (Ver Tabla 2).

Las vías de administración utilizadas fueron

Oral (n=111),
 Inhalatoria (n=80),
 Fumada (n=56)
 Endovenosa (n=34) y
 otras -se consignó I.M- (n=2).

El consumo diario promedio de cocaína fue de 4.3 gramos y el de alcohol fue de 4.4 litros.

En cuanto a las Internaciones previas:

43 sujetos recibieron en promedio 2 internaciones previas, utilizando 33 el ámbito público, 8 el privado y 2 fueron nd.

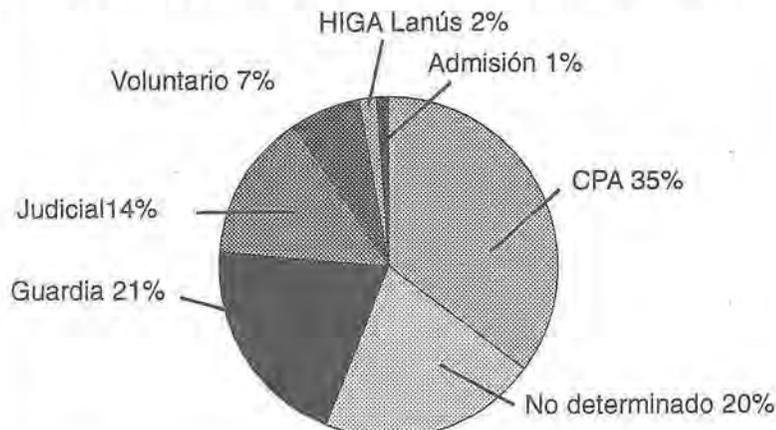
El período promedio de internación fue de 11.2 días (SD: 9.1), mediana 9.

La finalización del tratamiento en la unidad fue:

Alta en el 84% (n=100),
 por Abandono en el 8.4% (n=10) y
 por Fuga en el 7.6% (n=9).

El lapso desde el último consumo

Cuadro 2

Distribución de las modalidades de internación

hasta el momento de la internación sobre un total de 68 casos determinados fue:

menor de 1 día en el 64.7% (n=44),

1 día en el 19.1% (n=13),

2 días en el 11.7% (n=8),

3 días en el 1.4% (n=1),

4 días en el 1.4% (n=1),

5 días en el 1.4% (n=1).

Con respecto a las determinaciones serológicas en el total de la muestra:

6.72% (n=8) Hepatitis B,

11.7% (n=14) Hepatitis C,

21% (n=25) HIV,

1.6% VDRL,

11.7% (n=14) PPD.

Considerando solamente a los pacientes utilizadores de la vía endovenosa

47.05% (n=16) resultó HIV +,

20.5% (n=7) Hepatitis B + y

23.5% (n=8) Hepatitis C + (Ver Tabla 4).

Se encontró que el 50.4% (n=60) de los pacientes incurría en conducta antisocial:

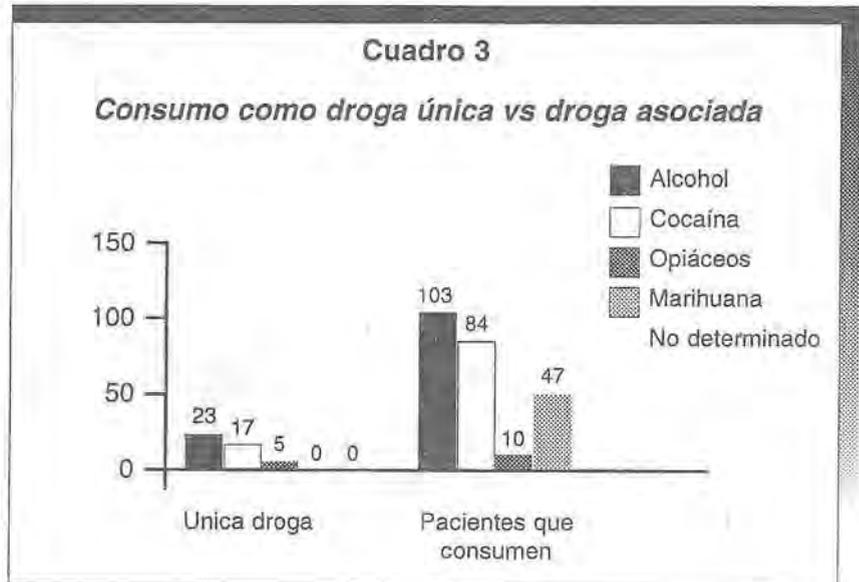
17 casos con causas judiciales relacionadas con la internación,

23 con causas previas no relacionadas y

20 reconocían haber cometido actos antisociales).

Discusión y conclusiones

Los pacientes admitidos en la Unidad de desintoxicación se encontraban comprendidos en la categoría de adultos jóvenes (edad promedio 30.4 años), en su mayoría desocupados (63.8%), con un insuficiente nivel mínimo de educación como lo demostró el 68% que no superó el nivel primario. Con relación a la modalidad de internación la Unidad recibió mayoritariamente derivaciones desde la red de la Secretaría: Admisión, HIGA y CPA (37.8%), desde el propio hospital (21%) y desde la instancia judicial (12.6%), lo cual refleja una adecuada articulación con las diferentes instancias de la comunidad (Ver Cuadro 2).



Las sustancias mayoritariamente consumidas fueron en orden decreciente (Ver Cuadro 3):

Alcohol en el 86.5% (n=103) de los 119 casos analizados (n=103),

Cocaína en el 70.5% (n=84),

Marihuana en el 39.4% (n=47),

Psicofármacos de venta legal en el 26.8% (n=32),

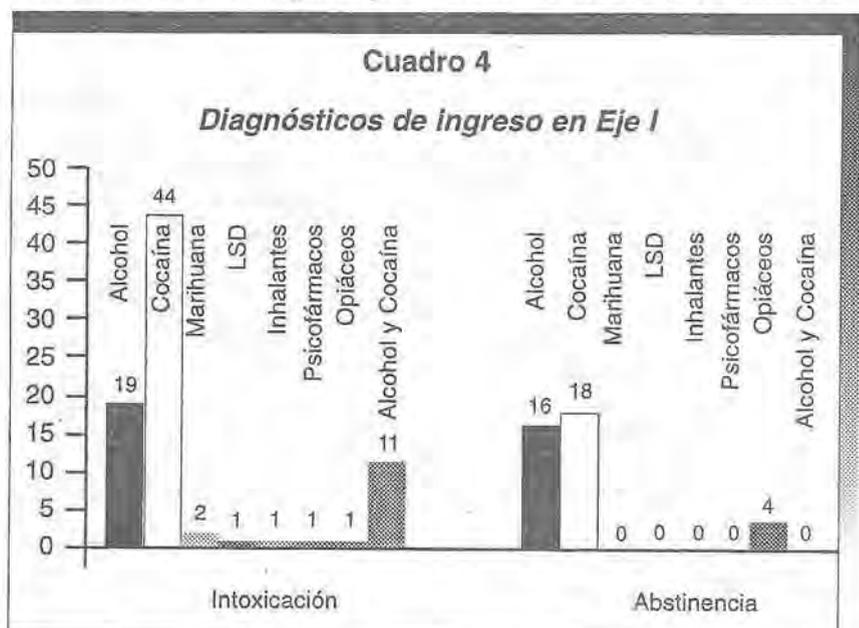
Inhalantes en 10.9% (n=13),

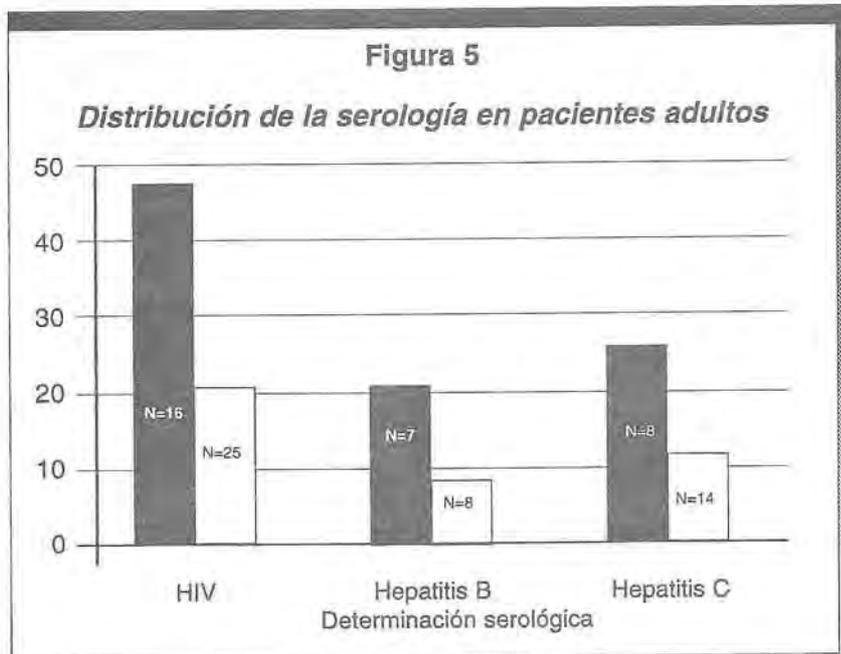
Opiáceos en el 8.4% (n=10) y

LSD en el 8.4% (n=10)

Considerando los diagnósticos de ingreso, fue la más frecuente la patología vinculada al consumo de cocaína tanto en lo que respec-

ta a las intoxicaciones (68.7% del total de intoxicaciones) como a las abstinencias (47.4% del total de las abstinencias), seguida en segundo lugar por el alcohol (37.5% del total de las intoxicaciones y 42.1% de las abstinencias) debiéndose señalar que un 13.7% de las intoxicaciones consistió en una combinación de ambas sustancias. Sólo 2 pacientes ingresaron intoxicados por Cannabis (2.5% de las intoxicaciones). La problemática vinculada a la abstinencia de Opiáceos representó la tercera causa de abstinencia (Ver cuadro 4).





Como problema primario relacionado con el consumo de sustancias: el 60.4% fue diagnosticado como dependiente a Varias Sustancias (en su mayoría consumo combinado de cocaína y alcohol), 19.3% de Alcohol, 14.2% de cocaína y 4.2% de Opiáceos (4.2%).

Puede impresionar como contradictorio que siendo el alcohol consumido por el 86.5% de los sujetos sólo generó alcoholismo en un 22.3% de los que lo consumen, que siendo la cocaína consumida

por el 70% de los sujetos sólo generó dependencia a la cocaína en el 20.2% y que la marihuana referida como la tercera droga consumida en el 39.4% no presentó casos de dependencia pura. Sin embargo estos datos deben ser puestos en la perspectiva del diagnóstico de dependencia a varias sustancias y de la noción de policonsumo. De este modo la cocaína que fue consumida por el 70% de los sujetos de la muestra, que produjo dependencia en un porcentaje similar (considerando los casos de

dependencia pura y múltiple en los que estuvo involucrada), que fue responsable del 68.7% de las intoxicaciones y de aproximadamente la mitad de las abstinencias, aparece como la principal causa generadora de urgencia en la Unidad. Fue seguida por el alcohol al que -si bien produjo un tercio de las intoxicaciones y el 42.1% de las abstinencias- su frecuencia de consumo (86.5%) y los problemas médicos asociados (aproximadamente el 60% de los diagnósticos en Eje III) le confieren un lugar relevante.

Considerando que en EE. UU. la cocaína sigue al alcohol combinado con otras drogas en un segundo lugar representando el 28% de las urgencias médicas relacionadas a las sustancias(16, 18) y que en el ámbito nacional en los centros de urgencia alcanza el 6.7% de la consulta en interacción con el alcohol(17), refleja que la Unidad Mercante está funcionando como centro altamente especializado que absorbe la urgencia producida por la drogadependencia ilícita. La ausencia de dependencia exclusiva a marihuana se explica por el lugar tradicional que ésta tiene como puerta de entrada.

La mayoría de los pacientes atendidos en los centros de tratamiento citados en el estudio nacional anterior la refiere como tal(17). Kandel y Faust postulaban(10, 11) un camino progresivo desde drogas de puerta de entrada (cerveza, cigarrillos, marihuana) hacia drogas de mayor capacidad adictiva (cocaína). Miguez, al igual que Kandel et al., describe tres niveles de iniciación que implican la progresión desde drogas de aceptación social hacia las ilícitas en una secuencia escalonada de mayores transgresiones y psicodislepsia(13). Además el alcohol, la marihuana y los hipnosedantes ocupan un lugar estratégico en todo el patrón de consumo de la cocaína. Es conocida la capacidad del cannabis para potenciar psicodislépticamente



a la cocaína, como el efecto del alcohol o las benzodiazepinas para "bajar" de la euforia cocaínica(6, 13). Esto explica el por qué no se detectaron casos de dependencia a la marihuana o a los hipnosedantes en la muestra.

Con relación al consumo de opiáceos es de destacar que siendo baja la incidencia de consumo (8.4%), la abstinencia inducida por los mismos representó la tercer causa de abstinencia a tratar y que del total de pacientes que refirieron consumo el 50% eran dependientes. La potencia, la capacidad para desarrollar tolerancia y la importante abstinencia explican su potencialidad adictiva como así también la magnitud del problema. Su tercer lugar invita a preguntarse qué es lo que pasaría si el consumo de los mismos alcanzara las proporciones epidémicas que tienen el alcohol y la cocaína.

Con respecto a los otros diagnósticos en el Eje I, el 9.5% de los consumidores de cocaína padecieron trastornos psicóticos inducidos por la misma, 3.5% presentaron antecedentes de ADHD, 2,3% presentaron Trastorno bipolar I (TB) y 2,3% Esquizofrenia Paranoide. Es interesante señalar que el trastorno psicótico apareció tanto en el contexto de las intoxicaciones (mayoritariamente) como en el de las abstinencias. Los síntomas psicóticos inducidos por cocaína se describen como consecuencia de la intoxicación y no de la abstinencia(8), por lo que debería reflexionarse si en el paciente aún no persistirían síntomas de intoxicación (tomando en cuenta el porcentaje de pacientes que refirieron último consumo dentro de las 24 hs previas a la internación o si no debiera haberse esperado en esos casos las 4 semanas que se exigen para diferenciarlo de un trastorno primario(3). Por otra parte se describe antecedentes de padecer síntomas tales como delirios paranoides o alucinaciones hasta en un 90% de los consumi-



dores de estimulantes(9), aunque este dato no se investigó puntualmente en este estudio. La presencia de pacientes con TB, Esquizofrenia Paranoide y ADHD no debe sorprender puesto que son enfermedades que tienen altas chances de presentar consumo en el curso de la misma(4, 12).

El Trastorno depresivo mayor tuvo una incidencia del 13% en el total de la muestra, la cual es similar a la que se describe para pacientes no adictos internados por cuestiones médicas y aunque apareció concentrado mayoritariamente en pacientes con problemas vinculados al alcohol (11% del total de los mismos) tampoco superó la incidencia que se describe de la enfermedad en hombres(12).

El 64.7% de los pacientes de la muestra presentaron Trastornos de Personalidad, siendo los más frecuentes el TA (27.7%) y el TL (26.8), seguidos por el Evitativo y Narcisista (2.5% cada uno), el Esquizotípico y no Especificado con mezcla de rasgos borderline y antisociales (1.6% cada uno), y finalmente el Histriónico y el Obsesivo Compulsivo (0.8% cada uno).

Es importante destacar que los criterios diagnósticos para la personalidad antisocial incluyen la impulsividad y el descuido por sí mismo y los demás, y para la personalidad límite incluye el consumo de

sustancias como manifestación de impulsividad(3). Estas patologías también constituyen riesgos para la adicción(6, 8, 12). Es necesario contemplar ambas dimensiones del problema en el tratamiento de las adicciones puesto que cuando coexisten tienen peor pronóstico.

En relación a la problemática judicial, en el 40 al 80% de los arrestos realizados en las principales ciudades norteamericanas se detectó cocaína en muestras de orina de las personas detenidas(5). Los datos encontrados al respecto entre los pacientes de la Unidad se encuentran en la misma línea: el 50.4% (n=60) del total de la muestra reconocieron cometer actos antisociales. En una primera impresión podría parecer que al haber en la muestra pacientes antisociales (donde la violación de las leyes es parte del diagnóstico) se incurriría en una cuestión tautológica. Sin embargo la incidencia del trastorno fue menor. En este punto hay que considerar que casi en igual proporción hubo pacientes con personalidad límite donde la conducta de riesgo impulsiva puede alcanzar proporciones delictivas. La propia dependencia puede llevar a conductas antisociales al transformarse los esfuerzos por obtener la sustancia en la prioridad máxima.

En cuanto al área epidemiológica la población de pacientes endovenosos (28.5% del total) representó: 64% de todos los casos de serología positiva para HIV, 87% del total de Hepatitis B y 57.5% del total de Hepatitis C, confirmando el evidente carácter de población de riesgo (Ver Cuadro V). En cuanto a la duración de la internación el promedio fue de 11.2 días, habiéndose cumplido con éxito el objetivo de la misma en el 84% de los casos y registrándose deserciones en el 16% restante.

La observación sistematizada permite hacer múltiples diagnósticos de acuerdo a las complejidades que presenta cada nivel de gravedad. Dicha sistematización permitirá su reproducción en los distintos Centros del mismo nivel favoreciendo la optimización de la cali-



dad asistencial en la red provincial.

En el nivel de la desintoxicación, se trabaja sobre cada paciente desde un paradigma multidisciplinario, funcionando como puer-

ta de entrada o de reentrada en la red preventivo-asistencial con la esperanza de constituir un paso hacia la apertura de la puerta de salida de la enfermedad ■

Referencias bibliográficas

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3^o Edition. Washington, DC. American Psychiatric Association, 1980.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3^o Edition, Revised. Washington, DC. American Psychiatric Association, 1987.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4^o Edition. Washington, DC. American Psychiatric Association, 1994.
4. American Psychiatric Association. DSM-IV Sourcebook Volume 1. Washington, DC. American Psychiatric Association, 1994.
5. Bloom F. E. et Kupfer D., *Psychopharmacology*. The fourth generation of Progress. New York, Raven Press, 1995.
6. Ciraulo D. A. et Shader R. I., *Clinical Manual of Chemical Dependence*, 1^o Edition. Washington, DC. American Psychiatric Press, 1991.
7. Freedman A. M., Kaplan H. I. Sadock B. J., *Tratado de Psiquiatría*, 2^o Edición. Barcelona, Salvat 1982.
8. Galanter M. et Kleber H. D., *Textbook of Substance Abuse Treatment*, 1^o Edition. Washington DC. American Psychiatric Press, 1994.
9. Gawin F. H., Ellinwood E. H., Cocaine and other stimulants: actions, abuse, and treatment. *N. Engl. J. Med.* 1988, 318: 1173-1182.
10. Kandel D. B. et Faust R., Sequences and stages in patterns of adolescent drug use. *Arch. Gen. Psychiatry* 1975, 32:923-932.
11. Kandel D. B. et Yamaguchi K., From beer to crack: developmental patterns of involent in drugs. *Am. J. Public Health* 1993, 83:851-855.
12. Kaplan HI, Sadock B. J. et Grebb J. A., *Synopsis of Psychiatry*, 7^o Edition. Baltimore, Williams & Wilkins, 1994.
13. Míguez H. A., Uso Intravenoso de la cocaína en Argentina. *Acta psiquiat. psicol. Am. Lat.* 1998, 44: 41-49.
14. Nace E. P., Davis C. W., et Gaspari J. P., Axis II comorbidity in substance abusers. *Am. J. Psychiatry*, 1991, 148: 118.
15. National Institute on Drug Abuse: National Household Survey on Drug Abuse: Highlights, 1991. Washington DC. U. S. Government Printing Office, 1991.
16. National Institute on Drug Abuse, National survey results on drug use from The Monitoring the Future Study, 1975-1992. Washington DC. U.S. Government Publication 1993, Number 93-3597.
17. Secretaría de Programación para la prevención de la Drogadicción y la lucha contra el Narcotráfico, "Caracterización de la consulta por consumo de drogas en centros de tratamiento y servicios de urgencia hospitalaria". Buenos Aires, SE.DRO.NAR, 1998.
18. Schatzberg A. E. et Nemeroff Ch. B., *Textbook of Psychopharmacology*, 2^o Edition. Washington DC. American Psychiatric Press, 1998.

Agradecimiento

Los autores agradecen, tanto al personal de la Unidad de desintoxicación del Hospital General de Agudos "Gobernador Domingo Mercante", como al Dr. Juan Alberto Yaría, Secretario de Prevención y Asistencia de la drogadependencia de la Provincia de Buenos Aires, por su colaboración y apoyo para llevar a cabo este trabajo.

Una utopía posible

La transformación institucional en el Hospital Neuropsiquiátrico "Liniers", Provincia de Entre Ríos

Luis A. Ellerman

Médico Psiquiatra. Ex-Director del Hosp. Neuropsiquiátrico "Liniers", Entre Ríos.
Ntra. Sra. del Rosario 59, Rosario del Tala, Entre Ríos. Tel. (03445) 421786

Alejandro Ruiz y Pablo Solz

Psicólogos, Hosp. Neuropsiquiátrico "Liniers", Entre Ríos.

Reinaldo Daniel Aguirre

Enfermero universitario, Hosp. Neuropsiquiátrico "Liniers", Entre Ríos.

Del "Refugio de Alienados" a la Atención Comunitaria

El Hospital Neuropsiquiátrico "Liniers" fue creado en el año 1937, con el nombre de "Refugio de Alienados". Este nombre no es arbitrario, sino, más bien, define sus características: un asilo para todos los despojados sociales y marginados en general.

Su primer director fue el Doctor Enrique Rozados, y la institución comenzó a funcionar con 20 pacientes internados, teniendo capacidad para albergar a 40. El personal, en el momento de la inauguración del Hospital, se limitaba al citado director, un médico ayudante, una administradora, cuatro enfermeros, una encargada de ropería, dos cocineros y dos peones.

Durante más de 10 años el Hospital contó con un solo Pabellón de internación. En el año 1949 se inauguró el Pabellón N° 2. Un en-

fermero de aquella época lo recuerda de esta manera: "El Pabellón N° 2 se habilitó entre los años '49 y '50, y la tarea se simplificó bastante, quedaban 75 pacientes en el Pabellón N° 1, y alrededor de 50 en el Pabellón N° 2".

Hasta mediados de la década del '50 fue el único Hospital Psiquiátrico de la Provincia de Entre Ríos. Siempre albergó a pacientes de sexo masculino, y llegó a contar con 140 personas internadas.

En 1971 fue designado el primer psiquiatra del establecimiento, y a partir de allí comenzó una lucha por la transformación manicomial que, con vaivenes diversos, continúa hasta nuestros días.

El pasaje desde un "Manicomio Tradicional" a un Modelo "Promocional" en Salud Mental no se produce, obviamente, de un día para el otro. Haciendo una apretada síntesis de la vida institucional, podemos diferenciar cuatro grandes períodos en la historia del hospital:

1ª Etapa (1937 - 1950): Inauguración y primeros pasos del Hospital Psiquiátrico

La institución contaba con un solo pabellón de internación. Existía -para el personal del Hospital- una diferencia entre el trabajo "afuera" y el trabajo "adentro". El "afuera" significaba cumplir funciones de personal de servicio, realizar mandados, etc.; era el lugar más codiciado, porque allí no se tenía mucho contacto con los pacientes. El "adentro" consistía en realizar trabajos de enfermería dentro del único pabellón: el Pabellón N° 1.

Progresivamente se fueron incorporando más empleados, pero esto no fue fácil, ya que -a diferencia de lo que ocurre en la actualidad- la mayoría de la gente de la zona no quería trabajar en el Hospital. Ante el ofrecimiento de trabajo hospitalario, los posibles can-

Resumen

El presente trabajo hace una reseña de las transformaciones ocurridas en una institución psiquiátrica a lo largo de 60 años. Su ubicación en el interior de la Provincia de Entre Ríos, Argentina, imprime a esta experiencia particularidades a tener en cuenta en otros lugares del país con similares condiciones socioeconómicas, culturales -zona de influencia urbano-rural- y de recursos humanos. Una perspectiva teórica que busca integrar distintos aportes en un trabajo multidisciplinario y desmanicomializador guía la labor del equipo.

Palabras clave: Institución psiquiátrica - Multidisciplina - Psiquiatría y comunidad - Hospital Psiquiátrico.

A POSSIBLE UTOPIA. THE INSTITUTIONAL TRANSFORMATION IN NEUROPSYCHIATRIC HOSPITAL "LINIERS", PCIA. E. RIOS

The present work makes a review of the transformations happened in a psychiatric institution along 60 years ago. Its location inside the County of Entre Ríos, Argentina, gives to this experience particularities to keep in mind in other places of the country with similar socioeconomic, cultural conditions -area of rural-urban influence- and of human resources. A theoretical perspective that looks for to integrate different contributions in a multidisciplinary work aimed to avoid chronic hospitalisation, guides the work of the team

Key Words: Psychiatric institution - Multidiscipline - Psychiatry and community - Psychiatric hospital.

didatos argumentaban "no tener estudios, vivir lejos y miles de excusas más". Otros, directamente, no aceptaban el cargo, planteando que tenían miedo de trabajar allí.

Un ex-empleado relata: "Cuando entré a trabajar el puesto era para mi hermano, pero cuando él se enteró de que el puesto era ahí, no quiso entrar".

Las condiciones laborales no eran las ideales: "Se trabajaba 12 horas seguidas y, muchas veces, no llegaba la guardia entrante y había que seguir. Teníamos un solo franco semanal".

Otra gente de la época recuerda: "El Hospital no recibía visitas de la comunidad, la gente tenía miedo hasta de pasar por la calle ante la posibilidad de que se escapara algún loco. El manicomio era lo peor que podía existir en el pueblo".

"La sociedad rechazaba totalmente a los pacientes, y al establecimiento no se acercaba nadie, y el que venía lo hacía desde lejos, miraba un instante y salía asustado. El Hospital estaba todo cercado con tejido de alambre".

"Existía el chaleco de fuerza, las toallas mojadas, el baño con agua caliente, y le poníamos agua fría en la cabeza, esos eran los calmantes, lo realizábamos 3 ó 4 veces al día, y después, tranquilos, dormían 4 ó 5 horas..."

Palabras más que elocuentes para explicar las modalidades de tratamiento durante este período.

2ª Etapa (1950-1970):

Dos Pabellones de Internación

Se inauguró un nuevo pabellón de internación —el Pabellón N° 2—, pero las puertas del Hospital continuaron cerradas.

Un ex-enfermero del nosocomio cuenta: "No se hacía ningún tipo de tratamiento por "crisis" o "pelea"; se encerraba a los pacientes en un calabozo hasta que finalizara la crisis. Tampoco se hacía ningún tipo de tratamiento ambulatorio".

El Hospital estaba rodeado de tapias y tejidos altos, con el objetivo de impedir el contacto de la institución con el resto de la comunidad.

Continúa el entrevistado:

"A los pacientes se los veía a través de un alambrado de 4 metros de alto, también había ligustrina. Cuando los pacientes se ponían muy agresivos se les pegaba y se los metía en el calabozo".

"Al principio se trabajaba a la 'suerte', no había psiquiatras, no había inyecciones, nada... Todo por la fuerza. La única forma de dominar a los pacientes era el chaleco de fuerza. En el pabellón en el que yo trabajé casi siempre eran 60, y había un solo enfermero. Cuando se internaba un paciente que venía excitado, lo teníamos que internar por la fuerza; ya les digo, no había inyecciones, ni psiquiatra, ni psicólogo, que los vieran. Trabajábamos solos, sin respaldo. Hacíamos lo que podíamos. Teníamos una cuadra y ahí sacábamos a los pacientes a tomar sol, y nos quedábamos ahí, en el 'corral', encerrados con los pacientes..."

Pese a ello, la calidad y el modo de manejarse del personal permitía relativizar "el poder de los muros". Muestra de ello es la particular anécdota que contamos a continuación, narrada por un enfermero que trabajó en el Hospital durante este período:

"Yo traje un paciente a vivir a mi casa, un hombre de mucha confianza, y no me equivoqué. Yo pienso que las cosas deben ser así. Era un viejito de 82 años. Y después de eso, la familia se empezó a interesar por él, y los nietos lo llevaron a vivir con ellos, a Buenos Aires. Y después él me escribió desde Buenos Aires.

A ese lo trajeron los hijos y estuvo 18 años internado en el Hospital. Yo lo llevé a mi casa y lo trataban como un familiar más, inclusive me cuidaba los chicos y todo. Y los chicos lo querían un montón. Y uno los quiere a los pacientes, porque ellos, en realidad, se portan bien.

Cuando ese hombre vivía en casa, los domingos, varios pacientes del Hospital venían a visitarlo, y trabajaban en un campito que él tenía con animales. Al mediodía hacíamos el asado, y a la tarde el mate cocido con torta frita.

Nunca tuve ningún inconveniente de que vinieran ellos. Lo digo de verdad, yo no los veía como pacientes, para mí eran como familiares. Yo los cuidaba a ellos, y ellos me cuidaban a mí. Siempre tenía tabaco y yerba para ellos, los tenía 'malenseñados'".

3ª Etapa (1971-1983):

Apertura del Hospital:

"Humanización del Manicomio"

Con el nombramiento del primer psiquiatra, la institución comenzó un nuevo período de su historia. El "Manicomio Tradicional" se convirtió en un "Hospital de puertas abiertas".

Los pacientes internos empezaron a salir al pueblo, a caminar, a pasear, incluso a trabajar. Pasaron a formar parte de la comunidad talense, pese a que muchos de ellos no eran oriundos del lugar.

Los trabajadores de la época lo resumen de esta manera:

"En el año 1971 ingresó el doctor. De allí en adelante el Hospital queda de puertas abiertas; es decir, se sacan los tapias y se bajan los tejidos. El contacto entre los pacientes y la sociedad era nulo. Luego del ingreso del doctor, se los fue insertando de a poco en la sociedad".

"El último tiempo hubo un gran cambio, otro tratamiento, se hizo un trabajo distinto... Se suprimió el chaleco de fuerza, el calabozo, las inyecciones de bismuto, el alambrado, todo eso..."

A estos cambios, lejos de catalogarlos como simples detalles, debemos tomarlos como lo que son: cambios históricos.

Cuando a Franco Basaglia —líder de la Reforma Psiquiátrica italiana— se le cuestionó el modo en que trabajaba —en ese momento era Director del Hospital de Gorizia— contestó lo siguiente: "En la institución que dirijo, a través de un gradual y fatigoso trabajo de transformación que ha empeñado, por igual, a enfermos, enfermeros, médicos y asistentes sociales, el único significado y la única esperanza futura

para los internados es que han tomado conciencia del grado de exclusión y segregación del cual eran objeto, y que va más allá de toda justificación terapéutica: es la posibilidad de una apertura hacia el exterior".

4ª Etapa (1984 - 1999): Transformación del Hospital Psiquiátrico

Por primera vez en la historia del Hospital, y coincidiendo con el retorno a un sistema político constitucional, asumió como Director del establecimiento un médico psiquiatra, quien se venía desempeñando profesionalmente en la institución desde hacía 13 años.

La nueva Dirección no se conformó con el hecho de tener un "Hospital de puertas abiertas", sino que quiso ir más lejos y avanzar en un proceso transformador.

En el año 1985, mediante una acordada judicial, se logró la prohibición de internaciones de pacientes crónicos, hecho que permitió una mayor actividad extra-hospitalaria.

Este hecho clave en la historia de la institución, no es casual: es la marca de una política en Salud Mental clara y definida, coherente con ciertos principios ideológicos de trabajo.

Principios que tienden a dignificar y colocar al paciente en una dimensión ética diferente.

Esta nueva política hospitalaria se centró -fundamentalmente- en la cobertura de la problemática en Salud Mental de la región central de la Provincia de Entre Ríos, en estrecha interrelación con los Servicios generales de salud y otras instituciones de la comunidad, modificando así el destino de "cronicario irreversible" que el mandato social le había adjudicado a la institución.

Ya no se trabajó sólo con la comunidad, sino en la comunidad, porque el Hospital también forma parte de ella.

Varió, también, en este nuevo período, el papel y la función de los trabajadores del nosocomio. Así



Uno de los habitantes de la Casa de Medio Camino, con pancarta alusiva, el día de la inauguración

lo reflejan los testimonios del personal: "De cuando entré a trabajar al momento actual son como dos hospitales distintos. Los tratamientos no son iguales. Fue un alivio para nosotros, porque antes hacía todo el enfermero".

La "Promoción" de la Salud Mental

En los últimos años, nos encontramos trabajando en nuestro Hospital en un contexto de total ausencia de una política de Salud Mental, ya sea en el plano nacional, como en el regional, el provincial o el municipal. A pesar de esto, rescatamos la existencia de una Política Hospitalaria propia.

Analizando el panorama provincial, podemos decir que la oferta en Salud Mental es puramente internista. La provincia cuenta con cuatro Hospitales Psiquiátricos (Paraná, Diamante, Federal y Rosario del Tala), un Policlínico con internación psiquiátrica y clínicas o servicios de internación en el ámbito privado. En total existen aproximadamente 700 camas destinadas a dar respuesta a esta problemática, cifra algo elevada si se tiene en cuenta que la Provincia de Entre Ríos cuenta con un mi-

llón de habitantes.

Lo descrito anteriormente, responde a un Modelo netamente "Proteccional". Con esto queremos decir que, ante determinados síntomas del paciente, se procede a su reclusión dejando de lado su medio familiar, laboral y social. Con la "desaparición" de los síntomas, se procede a la externación del paciente, sin tener en cuenta los parámetros correspondientes para su reinserción.

Nuestra apuesta está dirigida a un Modelo "Promocional", el cual apunta a la reinserción social, familiar y laboral del paciente. Este Modelo contempla la participación de distintos sectores de la comunidad, entre ellos, familiares, amigos, vecinos, empleadores, funcionarios, jueces, defensores, agentes sanitarios, miembros de las comunidades religiosas, integrantes de otras instituciones, etc.

Todo esto resulta altamente beneficioso, ya que la sociedad en su conjunto actúa como contenedora del paciente, permitiendo este Trabajo en Red una pronta y eficaz recuperación del cuadro psiquiátrico.

A la vez, esta modalidad de trabajo provoca un corte de la cronificación y el hospitalismo que generan las instituciones que tienen como único método de abordaje las

internaciones de larga estadía. Cronificación y hospitalismo que aparecen tanto en los pacientes como en los trabajadores del Hospital.

El Modelo "Promocional" obliga a un trabajo inter y multidisciplinario. La participación de todos los sectores del Hospital (Dirección, Psicología, Psiquiatría, Enfermería, Terapia Ocupacional, Administración, Cocina, Lavadero, Mantenimiento, Farmacia, Servicio Social, Taller Artístico, Cooperadora) junto a la acción comunitaria, permiten un análisis más amplio y abarcativo de la problemática que presenta el paciente, dejando de lado el Modelo Médico Hegemónico, vigente desde hace muchos años en nuestra cultura.

Partimos de una idea diferente a la clásica concepción de "crisis". No nos limitamos a resolver o a acallar simplemente los síntomas, sino que apuntamos a un tratamiento más estructural del sujeto, en el que intervienen, obviamente, sus implicancias socio-familiares. Este estilo de trabajo posibilita, sin olvidarnos del esfuerzo que requiere, que el paciente viva en el medio que le es propio, evitando su internación, y el riesgo de una posible institucionalización.

Fundamentamos esta postura sosteniendo el concepto de *desmanicomialización*, a partir del estudio de experiencias reconocidas internacionalmente (Río Negro, Trieste, Asturias, Río Grande do Sul, etc.). Creemos que la Política en Salud Mental de nuestra provincia debe accionarse en este sentido, y lo tomamos como un objetivo a mediano plazo.

En julio de 1994 se sancionó la Ley N° 8806 de "Protección a las Personas con Trastornos Psíquicos" para la Prov. de Entre Ríos. Esta Ley de Protección, presenta muchos puntos "Promocionales" en su haber. Ejemplo de ello es la defensa de los derechos humanos de los pacientes internados, la creación de centros departamentales de Salud Mental, la tendencia a la

externación (no entendida como expulsión sino como *reinserción*) de los pacientes internados, la comunicación de las internaciones (inclusive las voluntarias) que se produzcan, etc.

Pensamos esta Ley como una *herramienta de trabajo* y no como una traba burocrática. Pero también sostenemos que *el Estado debe diseñar políticas acordes a las leyes que sanciona*.

El Modelo "Promocional"

Como se informó más arriba, el Hospital Neuropsiquiátrico "Liniers", el más antiguo de la Provincia de Entre Ríos, cuenta, en la actualidad, con 2 Pabellones de pacientes "crónicos", y un tercero para pacientes "agudos", llamado "de corta estadía". La mayoría de los pocos pacientes crónicos que quedan fueron depositados en el Hospital por sus familiares u otras instituciones (Justicia, Policía, Hospitales, etc.).

A partir del año 1985, por medio de una acordada judicial, se logra la prohibición de las internaciones de pacientes crónicos, lo que posibilita una mayor actividad extrahospitalaria.

Partiendo del Modelo "Promocional" anteriormente descrito, dividimos las actividades en tres tipos: intrahospitalarias, extrahospitalarias e interinstitucionales.

a. Intrahospitalarias

- *Asistencia a pacientes* de los distintos Pabellones.

- *Reunión de comunidad* o Asamblea de Pacientes. Ambito abierto en el que los pacientes internados pueden plantear sus inquietudes. Las reuniones tienen una frecuencia semanal y son coordinadas, en general, por los mismos pacientes.

- *Adquisición de hábitos* (alimenticios, higiénicos, sociales, laborales, etc.). Apuntan a la auto-gestión del paciente, preparándolo para una posible externación.

- *Huerta*. El trabajo de los pacientes permite -a través de su producción- colaborar con la cocina del Hospital, suministrando verduras de estación, las que también son vendidas en la comunidad. Además, se procesan vegetales para su posterior venta.

- *Cría de conejos*. A cargo de pacientes capacitados para esa tarea.

- *Carpintería*. Se trabaja en madera, lo que favorece el desarrollo psicomotriz de los pacientes.

- *Taller de teatro*. La actividad teatral testimonia la búsqueda de nuevos caminos y los permanentes esfuerzos que todos (pacientes, personal, comunidad) realizan constantemente para que el manicomio deje de ser tal: un lugar de segregación y marginación de los diferentes.

Este dispositivo de interacción social permite -entre otras cosas- generar líneas expresivas. Participan pacientes internados, pacientes de Consultorios Externos y personal del Hospital.

- *Taller de plástica*. Se realiza con la colaboración de docentes de la Escuela Provincial de Artes Visuales, con una frecuencia semanal. Espacio en el que los pacientes trabajan en pintura, escultura y cerámica. A partir de este año, este Taller también es integrado por los pacientes de Consultorios Externos.

- *Cursos de formación profesional*. Se realizan periódicamente, y apuntan a una mayor y mejor capacitación de todos los trabajadores del Hospital. Consideramos la capacitación del personal como uno de los ejes fundamentales para el crecimiento de la institución.

- *Reuniones de equipo técnico*. Se llevan a cabo una vez por semana, y en ellas se analiza la marcha de la institución desde una óptica interdisciplinaria, y se elaboran las estrategias terapéuticas a seguir con los casos clínicos que así lo requieran.

b. Extrahospitalarias

• **Consultorios externos.** Son asistidos aproximadamente 300 pacientes por mes (en Psicología y Psiquiatría). No provienen solamente de Rosario del Tala; concurren pacientes de una amplia zona del centro de la Provincia de Entre Ríos, tanto de extracción rural como urbana. La función de este Servicio, además de la sistematización de los tratamientos, consiste en prevenir probables internaciones.

El Hospital brinda, además, en Consultorios Externos, atención de medicina clínica, odontología, servicio social y farmacia.

• **Programa de seguimiento de pacientes de alto riesgo.** Se realiza a través de visitas domiciliarias con aquellos pacientes que presentan un alto riesgo de institucionalización. La frecuencia de las visitas depende de la singularidad de cada caso. En este momento, el Programa cuenta con 35 pacientes.

• **Equipo de urgencias.** Asiste, en el ámbito del paciente, toda urgencia que sea requerida al Hospital. El Equipo se conforma de acuerdo a la demanda.

• **Rondas sanitarias.** Consiste en realizar una tarea de difusión y capacitación de la práctica hospitalaria. Abarca la zona de influencia de la institución -100 km a la redonda- y tiende a la capacitación de efectores.

• **Grupo de externación.** Está destinado a la reinserción social de los pacientes internados en el Hospital. Se intenta la localización de familiares u otros referentes de los pacientes, y se evalúa la posibilidad que tienen los mismos de vivir fuera de la institución.

• **Participación en eventos artísticos.** Considerando el arte como un excelente mediador para la reinserción social del paciente es que se trabaja en este Área. Se ha asistido a tres Festivales Latinoa-

mericanos de Artistas Internados en Hospitales Psiquiátricos, presentando en dos de ellos (Posadas, 1991 y Buenos Aires, 1995) sendas obras de teatro, las que previamente se presentaron en nuestra ciudad. También se ha concurrido a Congresos de Artistas Plásticos (Victoria, 1994 y Tala, 1995), presentando el Taller de Pintura "A Puertas Abiertas".

• **Salidas recreativas.** Se encuentran a cargo del Servicio de



Paciente internado desde hace más de 40 años, víctima de una modalidad de trabajo anacrónica y reclusiva

Terapia Ocupacional, y se realizan frecuentemente (festivales folklóricos, carnaval, domas, fútbol, paseos, etc.). Tienen como objetivo que el paciente no permanezca todo el tiempo en el Hospital y se integre socialmente.

• **Casa de Medio Camino.** El Hospital "Liniers" ha inaugurado la primera Casa de Medio Camino el día 6 de junio de 1996. La misma es una estructura intermedia, que se encuentra "a mitad de ca-

mino" entre la internación de un paciente en una institución, y su externación definitiva.

Esta Casa, ubicada en calle Rocamora entre Mendoza y La Rioja, de nuestra ciudad, es habitada por tres pacientes del Hospital, que se encuentran de "alta psiquiátrica" desde hace varios años, y no tienen donde vivir debido al corte de los lazos en el ámbito familiar, social y laboral.

El objetivo "de máxima" consiste en que estos pacientes -o al menos alguno de ellos- puedan volver a vivir con sus familiares, en sus lugares de origen (ninguno de los tres es oriundo de Rosario del Tala).

Mientras tanto, conviven en este nuevo hogar, en forma autogestiva, supervisados por el personal del Hospital, y continuando sus tratamientos en forma ambulatoria.

La construcción de "la Casita" -primera experiencia provincial de estas características- se ha podido concretar gracias a la colaboración de la Cooperadora del Hospital, de los propios pacientes, y de otras donaciones. Cabe destacar que es un emprendimiento 100% talense, ya que no se recibió apoyo alguno desde fuera de la ciudad.

El apoyo de la comunidad en general -sobre todo de los vecinos de la Casa- ha sido, y es, fundamental para sostener este proyecto de Promoción de la Salud Mental. El nivel de tolerancia que tiene el pueblo para contribuir a la reinserción social de estas personas, facilita notablemente la prosecución cotidiana de esta experiencia inédita.

Pensamos que, pese a la "crisis" imperante, se pueden seguir haciendo cosas (arriesgadas, por cierto) en favor de la Salud Mental de los pacientes, y de la población en general, siempre y cuando exista una *Política hospitalaria* definida y coherente con ciertos principios ideológicos del trabajo.

c. Interinstitucionales

- **Pasantías.** El Hospital ofrece pasantías de trabajo con el objetivo de capacitar a distintos efectores de Salud Mental. Son realizadas por auxiliares de enfermería, Residentes en Salud Mental (psicólogos y médicos), estudiantes de psicología, Trabajadores sociales, etc.

- **Trabajo con otras reparticiones.** El Modelo Promocional nos permite trabajar en forma aislada. Es por ello que se trabaja conjuntamente con Juzgados, Defensoría, Policía, Escuelas, Asilos, Hospitales Generales, Centros de Salud, etc.

- **Expo-Tala.** Anualmente, y en conmemoración de la fundación de la ciudad de Rosario del Tala, se realiza la ya tradicional Expo-Tala. En la misma, el Hospital participa con un *stand* en el que se exponen los trabajos realizados por los pacientes (los que también se venden al público), se exhibe un Video, y se distribuye folletería explicativa de la labor hospitalaria.

- **Fiesta de fin de año.** Se realiza anualmente, desde hace más de 10 años, en los patios del Hospital, y congrega a la gran mayoría de la población. Es una fiesta de integración, que nos demuestra que la comunidad talense nos respalda y da su apoyo a nuestro quehacer cotidiano. En 1995 en ocasión de dicha fiesta el Hospital "Liniers" recibió de manos de Adolfo Pérez Esquivel (Premio Nobel de la Paz, 1980) el premio SERPAJ "Memorial de la Paz y la Solidaridad entre los Pueblos por su 'encomiable trabajo en pos de la desmanicomialización'".

- **Programa de radio.** A partir de este año, el Hospital "Liniers" cuenta con un espacio radial de una hora a la semana en FM "Mediterránea" (FM local). En esta actividad participan pacientes (internos, de Consultorios Externos, del Programa de Alto Riesgo, de la Casa de Medio Camino), personal del Hospital y el locutor del programa radial. También participan miembros de la comunidad en ge-

neral, a través de llamados telefónicos. Este espacio surgió a partir de un contacto con FM "La Colifata" (radio manejada por internos del Hospital "Borda" de la Capital Federal), emisora que envía el material, el cual es difundido por la FM local y comentado por los participantes de cada programa. Éstos, además, difunden las actividades del Hospital, comentan según el criterio de cada uno temas específicos en relación a la Salud Mental, y responden a las preguntas del locutor y de la audiencia.

- **Primer Encuentro provincial de Arte y Salud Mental.** El Hospital "Liniers" organizó el "Primer Encuentro Provincial de Arte y Salud Mental", en nuestra ciudad, el día 15 de noviembre de 1996. Participaron del mismo Hospitales Psiquiátricos y Servicios de Salud Mental de la Provincia de Entre Ríos. El Programa contó con la presentación de obras de teatro, números musicales, exposiciones de pintura y cerámica, exposiciones de fotografía, talleres de plástica, y la realización de una mesa redonda, con el objetivo de debatir y confrontar puntos de vista acerca de la relación que existe entre la "Expresión Artística" y la "Rehabilitación en Salud Mental".

Conclusiones

- Está fuera de toda discusión que, en todo tiempo y lugar, los manicomios han sido una herramienta predilecta del control social. Muchas veces, han disfrazado su tarea bajo el manto de la asistencia social, y, en las épocas históricas en que no había formas satisfactorias de lograr la contención hogareña del enfermo mental, podía ser menos cuestionable su quehacer marginador.

- En esa línea histórica, el Hospital Neuropsiquiátrico "Liniers", primer manicomio de la provincia de Entre Ríos, no pudo, desde sus inicios, evadir su destino de entidad marginadora, y así lo testimo-

nian quienes lo conocieron desde varias décadas atrás. El carácter ominoso del manicomio, se extendió a la población, y era común que, en otros lugares de la provincia, los oriundos de Rosario del Tala fueran objeto de bromas, ya que "ser de Tala", era algo así como sinónimo de "haberse escapado del manicomio".

- Con el desarrollo de las Ciencias Sociales, y el enorme avance de la Medicina, y particularmente, de la psicofarmacología, la contención ambulatoria y domiciliaria del enfermo mental es posible, y ya no se justifica la existencia misma del manicomio como tal. Se impone, pues, su transformación en otro tipo de herramienta de salud (y no de enfermedad, como venía siendo), más apta para los tiempos que corren, respetuosa de los derechos más preciados del ser humano.

- La transformación de las instituciones y las estructuras sociales la hacen las personas, por lo cual, la formación de los recursos humanos aptos para realizar tales cambios, es tarea fundamental en este proyecto. No obstante, existe una tendencia real a que estos procesos de transformación perduren sólo en la medida en que sigan vigentes los operadores que los impulsan. Por lo tanto, *es imprescindible modificar estructuras, para asegurar la persistencia de los cambios, más allá de los individuos.*

- Las transformaciones en curso, parecen estar desfasadas con el momento histórico-socio-económico que se está viviendo en el país, y aún, en todo Occidente. No obstante, y sabiendo de las oscilaciones pendulares de la historia de la sociedad, nos aferramos a lo que creemos valores perdurables de la raza humana organizada: respeto a la libertad, a la dignidad, solidaridad, e *integración* en vez de exclusión. En función de tales convicciones nos aferramos a nuestro proyecto institucional, y lo ratificamos enfáticamente, con entusiasmo militante ■

El enfermero psiquiátrico en la actualidad

En esta época en que nos toca desarrollar nuestras funciones en el hospital, tenemos que estar concientizados de que ya no es suficiente la labor de atención del paciente hospitalizado, sino que es preciso salir a la comunidad, que es el medio de donde proviene el paciente y al cual tenemos que retornarlo con toda la recuperación que podamos lograr. De esta manera, será útil a la sociedad y a sí mismo.

El enfermero actual debe estar en continuo perfeccionamiento, ya que la aparición de nuevas patologías así lo requiere, como también el avance de la farmacología.

Es preciso conocer los medios de prevención de algunos factores que predisponen a desarrollar algún trastorno de origen neurológico, como es –por ejemplo– el consumo de drogas, alcohol, tabaco, etc., por parte de la mujer embarazada, lo que podrá provocar el nacimiento de un niño con trastornos graves y a veces irreversibles.

El enfermero actual debe dejar de lado el viejo concepto de ser un mero "guardián" para convertirse en un operador social, ampliando su campo de acción desde el hospital hacia toda la comunidad. De este modo, se podrá prevenir el desarrollo de algunas patologías. Esto se traducirá en un ahorro, ya sea de tipo económico, o reflejado en horas de trabajo, las que podrán ser ocupadas en otras tareas. Y, lo más importante, es evitar el deterioro que deja una determinada enfermedad sobre el ser humano (secuelas, tanto mentales como sociales).

El agente de salud, sea auxiliar de enfermería o enfermero profesional, recibe durante su formación específica los conocimientos teórico-prácticos necesarios para desempeñar el rol o función que le compete en su campo de acción. Pero esto, en la realidad, es casi imposible de llevar a cabo: sólo se ve en la teoría, ya que en la realidad hospitalaria no es casi aplicable debido a la falta de recursos humanos. Esto nos lleva a tener que desempeñar una variedad de roles, para los cuales no contamos con la preparación adecuada, pero que tratamos de llevar a cabo con la mayor voluntad posible y con las herramientas con las que contamos en ese momento.

Debemos decir que todas estas funciones –que llevamos a cabo con gran esfuerzo y dedicación– no nos son reconocidas a nivel social, como tampoco a nivel de la Secretaría de Salud de nuestra

Provincia. Sólo son reconocidas a nivel institucional de nuestro hospital. Esto es, de todos modos, muy importante para continuar adelante, ya que actúa como un incentivo.

Hagamos referencia a algunos de los roles que llegado el caso nos toca desempeñar: cuando concurrimos al domicilio del paciente para observar las diferentes necesidades que pueda tener (de alimentación, de protección, de asistencia), estamos ejerciendo el rol de agentes sanitarios. Cuando nos toca realizar trámites (de orden civil o judicial) para el paciente, o entre su familia y él, estamos cumpliendo el rol de asistentes sociales. Cuando debemos organizar entretenimientos –dentro del hospital, o en una salida grupal– estamos desempeñando el rol de terapeutas ocupacionales.

En el hospital tenemos que brindar compañía y apoyo a pacientes afectados de depresión; el apoyo que le brinda el enfermero es de vital importancia, especialmente en este tipo de patología en la que el tratamiento farmacológico no es suficiente para su evolución. El tratamiento se debe completar con una buena dosis de cariño y comprensión, que el paciente sabrá reconocer y agradecerá cuando deje el hospital ya recuperado de su enfermedad. Aquí el enfermero está cumpliendo con el rol de acompañante terapéutico. Así podemos seguir haciendo referencia a diferentes tipos de roles que desarrolla el enfermero en su diaria rutina.

Finalmente me referiré a un rol que, a mi criterio, es uno de los más importantes para la vida de pacientes hospitalizados que no reciben ningún tipo de visita por parte de sus familiares; allí el enfermero tiene que suplir la falta de cariño hacia estos pacientes, pasando del rol de enfermero al de ser un poco padre o madre.

El cariño y comprensión que le podamos brindar al paciente es sumamente importante, ya que lo ayudará a sobrellevar la durísima situación que le toca vivir, y se sentirá revalorizado como persona.

Los que estamos encargados de tratar de dar soluciones a sus dolencias, tenemos que tener como responsabilidad el dar todo lo humanamente posible, para que estos enfermos tengan una vida digna tanto dentro del hospital como fuera del mismo ■

Francisco del Valle
Enfermero, Hospital "Liniers", Rosario del Tala, Entre Ríos

Entrevistas

A fin de recabar la opinión de los responsables de importantes Instituciones Psiquiátricas de la Ciudad de Buenos Aires y del gran Buenos Aires, entrevistamos a sus Directores, quienes trazaron, sobre la base de un cuestionario común, un perfil de las problemáticas principales que entienden deben enfrentar en su gestión.

Aníbal Goldchluck, Martín Nemirosky y Gabriela Williams, colaboradores de nuestra Redacción, fueron los encargados de entrevistar a los colegas.

Miguel Angel Matterazzi, Director
Hospital "José T. Borda"

I ¿Cuál es la función que cumple la Institución que Ud. dirige?

• *Area Ambulatoria*

A través de Consultorios Externos y Servicios de Atención en Crisis del Hospital de Día, estructuras neuróticas medianas y graves, borderline y psicosis no muy descompensadas.

• *Area de Internación*

Estructura borderline, estructuras psicóticas descompensadas.

• *Area de Paso a la Comunidad*

Existe el Hospital de Noche y la Casa de Medio Camino. Existe un área que es de Orientación Profesional con una vasta prestación a la comunidad.

• *Area de Rehabilitación*

Servicio de Psicología Social (Salida laboral), Deporte y Recreación y Terapia Ocupacional (con 15.000 prestaciones periféricas), siendo esta área centralizada para todo el Hospital.

II ¿En qué estima Ud. que la Institución que dirige cumple o no con esa función?

La institución que yo dirijo intenta cumplir lo expuesto anteriormente y en gran porcentaje lo logra.

III. ¿Cuáles son los cuatro problemas mayores que afronta su gestión?

a. *Algún sector del Poder judicial que no se encuentra bien asesorado* y deriva a esta Institución patologías que no corresponden:

Psicopatías (estructura perversa), drogadependencias incluyendo el alcoholismo sin descompensación psicótica, pacientes geronto psiquiátricos y población sin techo. Todo lo descripto, de ser atendido debería tener equipo especializado y con gran participación de acción social.

b. *Decisión política.* Debe establecerse una red asistencial con toda la estructura de Salud del G.C.B.A., pues al momento parecería que la Institución que dirijo actúa como fondo de saco.

Se propone que todos los Hospitales Generales posean en su Servicio de Patología 10 camas para la asistencia de la Salud Mental. Hasta el momento solamente 2 Hospitales Polivalentes las poseen.

Esta es una de tantas de las numerosas decisiones políticas que no tienen que ver con el presupuesto y sí con una ideología sobre la salud en general y la Salud Mental en particular.

c. *El contexto social se presenta con dificultad para la reinserción del paciente* por los siguientes temas:

Falta de techo.

Falta de trabajo.

Falta de trama social.

d. *Poder transmitir al ámbito médico asistencial y familias de los pacientes* que el sufriente psíquico es un paciente de pie y no acostado como habitualmente lo piensa una cierta tendencia medicalista que no ha incorporado los conceptos actualizados socio-económico-político-médicos.

Pensemos que hoy en día la medicina actualizada retiene en internación para operaciones cardíacas, aproximadamente siete días; para una colicistectomía 48 horas, en una apendicitis o hernia quizás en el día el paciente vuelve a su casa, etc., es absurdo pensar hoy en día en internaciones de cuatro, cinco, diez o veinte años.

IV ¿Cuáles son las estrategias que Ud. desearía llevar adelante y no le son posibles, con descripción de sus causas?

Diversas son las estrategias que se desarrollan y que por lo extensas escapan a las posibilidades de la presente comunicación. Quedo a disposición para desarrollarlas en plenitud cuando Uds. lo dispongan ■

Carlos A. Linero, *Director Ejecutivo*
Hospital "José A. Esteves"

I ¿Cuál es la función que cumple la Institución que Ud. dirige?

- Asistencia de la Salud Mental de personas con diverso grado de padecimiento psíquico, procurando realizar dicha tarea desde un marco de integralidad cada vez mayor.
- Capacitación de Recursos Humanos de la propia Institución y de otros Hospitales (Capacitación de Servicio).

En la presente gestión se ha creado el *Centro Regional de Capacitación* que, en directa relación con la Dirección Provincial de Capacitación de la Salud, resulta ser el referente para el Gran Buenos Aires Sur de la capacitación del sector salud.

La misma cuenta con una planta física construida *ad hoc* de 800 m² y con la infraestructura operativa necesaria para desarrollar su contenido.

Además se realiza capacitación de extensión comunitaria con programas especiales.

- Investigación clínica, psicofarmacológica, epidemiológica, etc.

II ¿En qué estima Ud. que la Institución que dirige cumple o no con esa función?

El progreso en la eficacia y eficiencia de sus acciones ha sido notable en los últimos años, evidenciándose en la evolución de los estándares de valoración de resultados y satisfacción de los usuarios.

No obstante la particular ubicación de los Hospitales Psiquiátricos en el Sistema de Salud, las condiciones estructurales de los mismos, la homogeneización de acciones que necesariamente deben instalar-

se en otras instancias de la vida social, acotan y a veces desvirtúan la función de la Institución que, obviamente, no debe ser la asignada desde sus orígenes y obliga a cuestionar muchos de sus aspectos generando otras prácticas que le permitan posicionarse como un verdadero "lugar de Salud".

A ello apunta el trabajo cotidiano de esta gestión.

III ¿Cuáles son los cuatro problemas mayores que afronta su gestión?

1. La ausencia de un marco programático que desarrolle políticas concretas de reinserción social de los pacientes de larga estada. (Actualmente está en fase de gestación un *Programa de Rehabilitación y Externación Asistida* a nivel Provincial).
2. La estructura edilicia concebida como Hospicio con sus consabidas condiciones de ineficacia sanitaria.
3. La cristalización de prácticas estereotipadas determinadas por el devenir histórico cultural que da origen a la Institución Psiquiátrica, y que obstaculizan el logro de objetivos verdaderamente terapéuticos.
4. El déficit de recurso humano capacitado en áreas ligadas a la rehabilitación y reinserción de pacientes.

IV ¿Cuáles son las estrategias que Ud. desearía llevar adelante y no le son posibles, con descripción de sus causas?

Diversas son las estrategias que se desarrollan y que por lo extensas escapan a las posibilidades de la presente comunicación. Quedo a disposición para desarrollarlas en plenitud cuando Uds. lo dispongan ■

Egidio Melía, *Director*

Pedro Gargoloff, *Director Asociado*

Hospital Interzonal Neuropsiquiátrico de Agudos y Crónicos "Dr. Alejandro Korn", Melchor Romero, La Plata.

I ¿Cuál es la función que cumple la Institución que Ud. dirige?

- Recuperación y rehabilitación de pacientes con trastornos mentales, con apoyo comunitario y desde la perspectiva de cuidados globales e integrales (comprendiendo no sólo acciones para la salud sino también programas centrados en la vivienda y el cuidado personal), con el objetivo de desarrollar alternativas innovadoras que posibiliten una cuidados desins-

titucionalización y una mejor y más amplia calidad de atención hacia los tratamientos ambulatorios.

- Capacitación permanente de los Recursos Humanos en los cuidados de la Salud Mental.
- Investigación epidemiológica, clínica y en psicofarmacología que, esencialmente, maximice las habilidades profesionales en la utilización de procedimientos de evaluación y motive a éstos hacia un perfeccionamiento continuo. Desde luego que el propósito en este área es también la adquisición y comunicación de experiencias científicas sistematizadas.

II ¿En qué estima Ud. que la Institución que dirige cumple o no con esa función?

• Siendo la actividad asistencial la función primaria de la Institución, ésta es en parte satisfecha, aun cuando existan dificultades ligadas al déficit en una legislación sobre Salud Mental y a programas de cuidados que no cubren todo el espectro de las necesidades de los pacientes, muchos de los cuales deberían gestionarse y concretarse desde instituciones extra-sanitarias.

• Cumple, ya que históricamente se ha integrado activamente con otros dispositivos docentes (Cátedra de Pre y Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas, Trabajadores Sociales y Psicología, residencia de Psiquiatría y Psicología médica, Instituciones Científicas como la Sociedad de Psiquiatría de La Plata) y otras entidades, como el Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires.

• Cumple parcialmente aunque en forma destacadamente creciente. Existe una tradición de investigación en el Hospital vinculada con la presencia de Cátedras de Pre y Postgrado de la U.N.L.P., la que se ha acrecentado con la actual participación en diversos *Ensayos Multicéntricos Internacionales* de evaluación psicofarmacológica (Fase III y IV), además del incremento en la utilización de *Protocolos de evaluación de la Gestión Asistencial en Salud Mental*.

III ¿Cuáles son los cuatro problemas mayores que afronta su gestión?

1. El Hospital está sobredemandado entre otros factores debido al déficit de dispositivos que atienden la demanda de menor complejidad y más próxima al domicilio del paciente, tanto en la atención médica ambulatoria como de la internación.
2. El déficit estructural vinculado con una disposición pabellonada en una gran extensión y con un dificultoso mantenimiento de las instalaciones.
3. El déficit de Recursos Humanos de Salud Mental en especial de Enfermeras, Profesionales, Trabajadores Sociales, Terapeutas Ocupacionales, Recreacionistas.
4. Dificultades en las externaciones de aquellos pacientes rehabilitados y vinculados a la ausencia de un *Programa de Reinserción Social* que contemple provisión de vivienda, facilitación de fuentes laborales, etc.

IV ¿Cuáles son las estrategias que Ud. desearía llevar adelante y no le son posibles, con descripción de sus causas?

La estrategia está centrada en comprometer, además del Área de la Salud, a otros ámbitos gubernamentales como los correspondientes a los Ministerios de Trabajo, de Economía, de Acción Social y de Educación, todo ello considerando que la resolución de los problemas de los enfermos mentales constituye una gestión global del gobierno, es un problema intersectorial y no sólo sanitario y una responsabilidad de toda la sociedad y de sus representantes. Únicamente un Plan de concientización global sumado a una decidida acción de los hacedores de políticas y disponiendo de los recursos económico-financieros, con la intervención de la población en su conjunto, lo hará definitivamente factible.

Procurar un marco de discusión para el desarrollo de una *Ley de Salud Mental*, con activa participación tanto de los efectores, los responsables de la elaboración de políticas, entidades reguladoras y la misma comunidad. El propósito de esta legislación, aún en falta, es contemplar aspectos como la admisibilidad de los pacientes y sus procesos, así como su egreso, las fuentes de financiación de nuevos recursos físicos y humanos, programas específicos, una verdadera defensa de los derechos humanos de los pacientes y su familia.

La estrategia final es la de ajustarse al *Modelo Epidemiológico comunitario de los Cuidados de la Salud Mental*.

Dentro de este marco:

–detectar las necesidades antes que éstas generen la demanda, con activas acciones de promoción de la salud dirigidas no exclusivamente al paciente sino por sobre todo a la comunidad y a sus grupos de riesgo y, como mayor contribución

–incorporar como gestores del cambio al Médico Generalista, a los líderes comunitarios, a los Grupos de autoayuda y de autocuidados, en una productiva interrelación con los miembros del Equipo de Salud Mental.

En resumen, se postula una estrategia de Atención Comunitaria de la Salud Mental con características integrales continuas descentralizadas, preventivas y pluriparticipativas ■

Carlos Wertheimer. *Director
Hospital Interzonal "Dr. Domingo Cabred".*

I ¿Cuál es la función que cumple la Institución que Ud. dirige?

La misión explícita es atender enfermos mentales, atender fundamentalmente psicóticos, este es, desde lo explícito, el nombre.

Desde lo no explícito, que es la política del Hospital, entendemos que su misión es rehabilitar enfermos psicóticos. No ha sido así, para mi gusto, durante demasiados años.

La propuesta, hoy, es transformar este hospital de lo que era –un manicomio– en un hospital de rehabilitación y esto (a mi juicio por lo menos) es imprescindible a partir de la aplicación del método Open Door, que creo que sigue teniendo absoluta vigencia.

El método Open Door sostiene que a partir de una base decreciente de medicación, se deben tomar el trabajo, el deporte o actividad física, el arte y la recreación como los elementos básicos de la rehabilitación, es decir, ni más ni menos que lo que cualquier persona "normal" necesita para poder desarrollar su vida; desde la convicción de que todo enfermo psicótico, cualquiera sea su grado de deterioro, conserva algún resto sano, la propuesta es trabajar sobre lo sano para intentar rehabilitar lo que sea rehabilitable.

Recuperar la calidad de vida depende, fundamentalmente, de la edad del paciente, de los años de internación, de los tipos de patología. Para los de tratamiento prolongado, cuanto mayor es la cantidad de años de internación, de haber vivido en un manicomio, se hace más difícil recuperarlos para que se vayan, pero no para que mejoren su estándar de vida en el hospital.

Volviendo al tema de la misión, creo que en la medida que nosotros apuntamos a transformar el hospital en un hospital de rehabilitación, estamos dando respuesta con los medios disponibles desde el punto de vista científico por un lado y desde el punto de vista de la atención de la Salud Pública por otro. No nos olvidemos que el enfermo mental es el escalón más bajo de nuestra sociedad, más bajo que el indigente, porque ni siquiera se le reconocen sus derechos personales. Desde esta perspectiva la misión consiste en dar respuesta a una necesidad de orden público, que es atender desde una institución pública la salud mental de un amplísimo sector de nuestra población. Tenemos un flujograma de derivación de tres millones y medio de hombres hacia este hospital; si tomamos en cuenta que sólo la cifra de esquizofrénicos es de 1% según la OMS, hay 35.000 personas que pueden tener la necesidad de internarse o de ser atendidos en este hospital. De todos los pacientes que llegan al hospital, el 75% se

van dados de alta antes de los primeros seis meses. Contamos con 1.250 camas, actualmente ocupadas en un 75%.

II ¿En qué estima Ud. que la Institución que dirige cumple o no con esa función?

Esta es una variable muy difícil de mensurar; creo que en estos casi tres años y medio que llevo en la dirección del hospital, no se ha aumentado en forma significativa el porcentaje de altas, ¿entonces cómo se verifica la actividad que venimos desarrollando?, no cabe ninguna duda que hemos mejorado la calidad de vida de los pacientes cuando están internados, pero además vamos sentando bases para que los pacientes se puedan ir; pero no irse de cualquier manera, irse para no volver, irse con una posibilidad de trabajo y formados para trabajar. En una sociedad expulsiva respecto del trabajo como la nuestra, y además con el estigma de haber estado internados en un hospital psiquiátrico, nuestros pacientes tienen que irse con una formación y una fortaleza que les permita enfrentar la diaria frustración del vivir fuera, armados de una sólida verdad: que ellos pueden, que están en condiciones.

Hay muchos casos; si bien no podemos hablar de cantidades, podemos dar ejemplos concretos, pero el hecho de tenerlos individualizados es un indicador de que no estamos todavía en condiciones de proporcionar porcentajes. Sí tienen mejor calidad de vida; los pacientes hoy saben que pueden protestar y que tienen donde reclamar; saben que si no los atienden los enfermeros en el pabellón, los médicos, los jefes de servicio, la dirección los atiende a la hora que fuere y por el problema que fuere.

Esto ha generado una forma de control, porque es fácil velar por su propio bienestar y al saber que puede reclamar, lo hace. Contrariamente a lo que sucedía en otra época –en que cuando un paciente demandaba lo mandaban al pabellón de emergencia porque estaba demandante– el paciente hoy sabe que puede demandar y si lo mandan al pabellón siete –que es de emergencia– sabe que está absolutamente erradicado, que la emergencia –salvo una situación impredecible– se debe atender en el pabellón en el que el paciente está ¿Por qué?, porque una correcta atención permite resolver la emergencia rápidamente.

Otro aspecto no menos importante es que hubo que hacer un racionamiento administrativo; esto llevó a que con presupuestos mucho menores que los del año 95 el hospital haya reflatado un bienestar que evidentemente se nota, ¿porqué? porque el dinero se gasta donde hay que gastarlo y no en otro lado. En este hospital había una falta endémica de medicación, hoy no sólo no nos faltan sino que además los prestamos a otros hospitales.

Todo esto no sólo sin aumento sino con restricciones en el presupuesto, por el saneamiento muy claro de todo lo administrativo. Esto nos genera muchos problemas, los primeros con los proveedores habituales que no nos creían decían ¿aquí cuánto hay que dejar? Y cuando yo les decía que aquí no tenían que dejar nada: coticen lo que deben cotizar, y cumplan un servicio adecuado, no me creían, hasta que se convencieron de que era así.

Todavía no alcanzamos el nivel esperable de hospital de rehabilitación. Hay en este momento once programas funcionando, más una cantidad de actividades, con distinto grado de desarrollo pero paralelo; por ellos circulan alrededor de trescientos pacientes, una proporción enorme teniendo 1.250 camas, pero nos falta incorporar muchos pacientes a estos programas; nos falta una adecuada formación profesional y técnica para desarrollarnos no sólo como hospital de rehabilitación, sino como productos de práctica y teoría, que permita orientar el desarrollo del tratamiento de la enfermedad mental en la Argentina. Y estamos en condiciones de hacerlo, este hospital puede hacerlo, y eso nos falta.

Pero vamos haciendo en una secuencia lógica una cantidad de obras que darán mayor funcionalidad a distintos servicios. Una de las obras, por ejemplo, será unificar toda el área de Clínica Médica y Cirugía, porque en este mismo lugar funcionaría el sistema de ambulancias, y si se concentra permite una mayor eficiencia.

Nos falta una mayor y mejor atención profesional. El Ministro de Salud de la Pcia. decía algo que comparto absolutamente "en Salud Mental, la alta complejidad es el recurso humano" y esto es lo más difícil de lograr. Lo vamos produciendo pero no nos olvidemos que este hospital viene de muchos años de descreimiento; cuando llegué al hospital todos los días se hacían apuestas para ver cuánto duraba, que día me iba. Y aparecían las denuncias de los gremios, de los políticos, de los diarios de la zona, y de los proveedores –que cuando se les cortaba la posibilidad de lucrar con los fondos del estado hacían denuncias penales, por incumplimiento–. Todas las denuncias que esta gestión ha recibido han resultado favorables al hospital, todas, no hemos debido dar marcha atrás a una sola licitación. ¿Por qué? porque actuamos fundamentalmente con idoneidad, que es una de las primeras cosas que se pierde en la estructura manicomial; este hospital no tenía abogado, hoy lo tiene.

Algo más que nos falta es capacitación del personal administrativo, la administradora de este hospital tiene buena voluntad pero se llega a la administración por antigüedad, esto recarga enormemente el trabajo en la Dirección.

III. ¿Cuáles son los cuatro problemas mayores que afronta su gestión?

Yo diría que es uno solo: el manicomio. La estructura manicomial es muy poderosa y tiene muchos defectos ¿por qué? porque ampara la falta de idoneidad, porque responde a la expectativa social de los manicómos. Creo que hay un grado de hipocresía social muy importante con respecto de la enfermedad mental, porque es temida; todo lo desconocido se teme y cuando tememos, tendemos a mirar para otro lado; esto es lo que origina la estructura manicomial, poderoso enemigo.

Es fundamental que esto no ocurra en un hospital, porque si no el hospital no subsiste, los problemas severos no son presupuestarios, son esta estructura del rumor que aquí está desactivada, pero que permanece latente; todos piensan quién me va a suceder después de que vengan las elecciones, no están pensando cómo mejorar su trabajo; éste es el enemigo, éste es el impedimento a vencer: la estructura del manicomio.

IV ¿Cuáles son las estrategias que Ud. desearía llevar adelante y no le son posibles, con descripción de sus causas?

Bueno, la pregunta es en futuro; en realidad habría que formularla en pasado, en presente y en futuro, en las tres instancias.

En el pasado lo primero que había que hacer era transformarlo en creíble la Dirección, a partir de una formulación clara de cuál era la propuesta, una vez en funcionamiento se vió que lo que se decía no era una simple declaración sino que se transformaba en realidad.

Que a mí me alcanzaba mi sueldo porque estaba dispuesto a que mi sueldo me alcanzara, había que hacerlo creíble entre el personal y los proveedores; que yo leía todo lo que firmaba, me llevara el tiempo que me llevara había que hacerlo creíble, después de cuatro veces de mandar de vuelta un expediente porque estaba mal, descubrían que yo sí leía. El prestigio hay que ejercerlo con el acto, además de con el pensamiento, y nadie puede hoy afirmar que el director no es el que más trabaja en el hospital.

Al hospital hay que servirlo; desde esta perspectiva retomamos lo de los romanos, luz, control, sanción. Esto hizo que yo dejara cesante a enfermeros golpeadores, a jefes de servicios por haber instalado un taller clandestino de chapa y pintura adentro del hospital, un ex director asociado pidió una licencia sin goce de sueldo –por supuesto especulando con que yo me fuera– porque pedíamos que cumplieran un horario razonable. La gestión administrativa eficiente permite contar con muchos más recursos que cuando es ineficiente y éstos volcados al hospital hicieron que éste se encolumnara en una Dirección

como institución. Mi directora asociada dice que lo que se ha modificado en este hospital no es producto de la modificación estructural, ahora hay que acompañarla con el trabajo profesional y no profesional.

A esto le agregamos una actividad académica; vamos a presentar un trabajo en el próximo congreso de APSA, ya nos comprometimos en el congreso de la AAP y hemos ganado un premio internacional –una mención de honor– en el concurso Lilly, con la descripción de los siete programas de rehabilitación que teníamos en funcionamiento el año '97. Tenemos firmado convenios con la Universidad del Salvador y con el psiquiátrico de La Habana.

¿Qué nos falta hacer?, nos falta consolidar esto, hacer que dure.

Pedí al diputado Ballester que presentara un proyecto para declarar Monumento Histórico a este Hospital. Este hospital es espectacular, del llamado estilo suizo-francés, tiene una tierra muy rica y apetecible en zona de polistas, y una forestación muy preciada; es un sector de alto riesgo, hay 650 hectáreas para 1.250 pacientes, y puede llegar a intentarse hacer un country; el polo en el mundo mueve mucho dinero.

Mi antecesora planteaba para este hospital, en 1989, crear un instituto de neurociencias y hacer un

estar de lujo, en un proyecto donde se hablaba de conversión de las unidades productivas de Colonia Cabred a una empresa de una propiedad social y todos sabemos qué destino tiene eso. Si este hospital se declara monumento histórico, no se puede tocar. Tengo esperanzas de que se pueda lograr en este año del centenario declararlo patrimonio histórico.

Preservamos el predio y el destino, después hay que preservar las transformaciones; por eso los 27 derechos del enfermo mental, porque eso institucionaliza y el que venga detrás va a tener que decir por qué lo saca. Lo más importante que falta por hacer es generar una modificación estructural en lo que hace al hábitat del paciente; lo vamos a empezar este año, discutir primero teóricamente y después en la práctica, niveles de rehabilitación y agrupamiento de los pacientes por niveles de rehabilitación.

Vamos a agruparlos para que se potencien entre ellos con la menor atención de enfermería, recuperar recursos humanos para los que están más bajo en la escala de rehabilitación, para los que necesitan una mayor rehabilitación y juntos. El ir pasando de pabellón en pabellón significa ir pasando de un nivel de rehabilitación a otro y en el aumento debe haber mayores beneficios. El único problema subsistente con este marco será la externación ■

Dr. Oscar Taber *Director*
Hospital de Emergencias Psiquiátricas "Torcuato de Alvear", Buenos Aires.

I ¿Cuál es la función que cumple la Institución que Ud. dirige?

El Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear (H.E.P.T.A.) fue pensado desde su acta fundacional como una Institución dedicada a la atención de la crisis psiquiátrica, de la emergencia; programado para la atención con Técnicas de Terapia Breve que permitiera la rápida resocialización del individuo en crisis y de su grupo familiar, evitando por todos los medios posibles la segregación y la pérdida del espacio social.

Para ello cuenta con atención ambulatoria de Consultorios Externos; Hospital de Día matutino y vespertino; Guardia con atención externa e internación con una dotación de 16 camas (8 de hombres y 8 de mujeres); Salas de Internación de Hombres (20 camas); Mujeres (30 camas) y Adolescencia (10 camas de varones y 10 de mujeres), totalizando 86 camas.

Desarrolla asimismo tareas de capacitación para distintas profesiones: medicina, psicología, servicio social, enfermería, docencia e investigación de pre-

grado y postgrado para distintas carreras e investigación clínica en diversas ramas de la Salud Mental.

II ¿En qué estima Ud. que la Institución que dirige cumple o no con esa función?

El HEPTA cumple ampliamente con la función para la que fuera diseñado; es una unidad de características limitadas y con objetivos establecidos que requieren de una integración en red para que el resultado sea acabado.

Un Hospital de Emergencias debe necesariamente estar integrado a una Red de Salud Mental y una red requiere de Hospitales de Emergencia para su funcionamiento.

Esto significa categorizar y diseñar un perfil diferenciado de los distintos efectores de la red para no superponer esfuerzos, con un mayor aprovechamiento de los recursos en aras de una mejor calidad de atención.

La exigencia creciente de la demanda que lleva casi permanentemente a superar las posibilidades asistenciales de la Institución, sólo ha podido cumplirse gracias a la comprensión y el esfuerzo con que el elenco laboral del Hospital, en todos y cada uno de sus niveles, responde cotidianamente al esfuerzo requerido.

III ¿Cuáles son los cuatro problemas mayores que afronta su gestión?

a. Demanda creciente: la presencia diaria de la necesidad de habilitar camas supernumerarias para satisfacer la demanda de la población. Esto exige un planteo asistencial que no se agotaría con la ampliación del número de camas sino de planes globales de atención psiquiátrica.

b. Cambio del perfil de la demanda: el incremento de las patologías de acción, la peligrosidad de los pacientes, el incremento de las adicciones, la violencia, han llevado a poner de manifiesto la necesidad imperiosa de desarrollar áreas especializadas para la atención de esos problemas. Se producen en muchas ocasiones conflictos de difícil solución dado que se ha llegado a confundir una unidad de atención de la emergencia psiquiátrica como el HEPTA, con una unidad para atención de pacientes peligrosos, con el imaginable riesgo para el resto de la población hospitalaria de pacientes y personal.

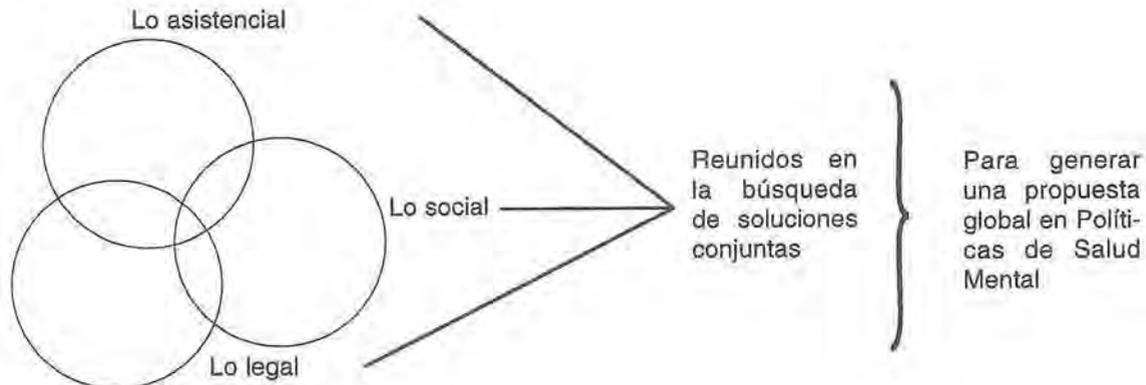
c. Requerimientos sociales: pacientes que estando

en condiciones de alta médica, recuperados, continúan su permanencia por la falta de solución a sus necesidades primarias. Esto lleva en muchos casos a la iatrogenia y la cronicidad, bloqueando la genuina necesidad de rehabilitación.

d. La relación con el Sistema de Justicia: sería de gran utilidad fluidificar y agilizar aún más la relación con el Servicio de Justicia para permitir una salida más rápida de los pacientes a su ámbito natural, lo cual a su vez permitirá un mayor aprovechamiento de los recursos asistenciales disponibles.

IV ¿Cuáles son las estrategias que Ud. desearía llevar adelante y no le son posibles, con descripción de sus causas?

La mejor síntesis se puede obtener de un pequeño esquema en el que hemos querido sintetizar los diversos factores en juego y que se adapta muy bien a la pregunta.



Néstor Marchand, Director
Hospital "Braulio Moyano"

I ¿Cuál es la función que cumple la Institución que Ud. dirige?

Soy Director del Hospital "Braulio Moyano"

II ¿En qué estima Ud. que la Institución que dirige cumple o no con esa función?

Los hospitales neuropsiquiátricos son uno de los

campos que pueden abordarse para tratar a un paciente psicótico. Hoy en día tenemos otras alternativas válidas como el Hospital de Día o el reajuste de la medicación psicofarmacológica ambulatoria, pero indudablemente muchos pacientes deben ser internados, sobre todo si no tienen continencia familiar. Creemos que los hospitales psiquiátricos han sido necesarios en el pasado, en el presente y lo serán en el futuro. Pero dejando en claro que las internaciones deben ser lo más breves posible para obtener la cura y evitar la desinserción social.

Algunos teóricos de la década del sesenta como

Franco Basaglia trataron de implantar el cierre de los hospitales psiquiátricos. Sin embargo, el haber viajado a través del mundo y conocido la realidad "in situ" nos demuestra que en el primer mundo existen hospitales psiquiátricos.

En algunos lugares de los Estados Unidos, como en Los Angeles, se cerraron Institutos Psiquiátricos, terminando los pacientes en las calles o en las cárceles.

Todos aquellos que no han conocido a pacientes psicóticos graves, son los que hablan de cerrar los hospitales psiquiátricos o desmanicomializarlos.

Nosotros hace unos quince años que estamos a cargo de este hospital y aunque hemos tenido problemas con todos los gobiernos, hemos modificado todo el funcionamiento del hospital. Nos dimos el gusto de hacer un hospital moderno, ágil y dinámico; cambiamos la funcionalidad completamente con una parte de agudos, una de semiagudos y una de largo plazo. Creamos hace quince años el Hospital de Noche, el primero del país, hiperdesarrollamos el Hospital de Día, abrimos el Consultorio Externo a la calle, e hicimos todo esto con recursos que nosotros generamos.

En Consultorios Externos contamos con psiquiatras dinámicos y psicoanalistas muy preparados que abordan a los pacientes individualmente con terapias breves, con grupos familiares o multifamiliares, con la importante supervisión de un maestro como el Dr. García Badaracco.

Hemos reunido a todo el hospital y le hemos dicho: "somos pocos, si la gente falta o no cumple nos perjudicamos todos. Así que yo quiero que trabajen". Aquí los médicos y psicólogos tienen que venir todos los días. En otros hospitales los profesionales no cumplen o no son controlados, lo que configura una gran anarquía, y si somos anárquicos y pocos ahí sí que cierra el hospital.

La función que nosotros cumplimos a fondo. Atendemos a pacientes de Capital Federal, Gran Buenos Aires, todas las provincias y países vecinos. Tenemos más de 200 pacientes extranjeras internadas.

Además, el hospital es Unidad Académica y se dictan cursos de formación permanente para todos.

Este es el hospital con el menor ausentismo de toda la ciudad.

Creemos que no hay que dejar de modernizarse. La estrategia que aplicamos fue la Comunidad Terapéutica. Maxwell Jones lo dijo bien claro: el chofer, la enfermera... todo el mundo tiene que venir a trabajar acá. Somos todos dueños del hospital, pero el primer actor es el paciente.

III. ¿Cuáles son los cuatro problemas mayores que afronta su gestión?

Nuestros grandes problemas actuales son la parte edilicia, su infraestructura y los recursos humanos.

De 1150 trabajadores de Salud Mental en 1970 contamos actualmente con sólo 720 agentes, con 300 vacantes congeladas.

Los sueldos del personal son buenos y la limpieza (servicio privado contratado) y la alimentación (servicio privado contratado), son satisfactorias. Aún faltaría mejorar la hotelería.

Nuestro trabajo da importancia prioritaria a la relación con la familia. Desde el ingreso se busca que el trabajo familiar haga que no se debiliten los vínculos y que el paciente pueda volver a reinsertarse en su núcleo familiar.

Pensamos que debería existir una Asociación de familiares fuerte que defendiera el ámbito hospitalario y que protegiera al paciente y su familiar *en las crisis*.

Hasta ahora los defensores del hospital psiquiátrico son las Asociaciones Gremiales y Profesionales.

Otro problema indudable son los casos sociales, gente de la calle, etc., que son internados judicialmente y las personas jóvenes drogadependientes, generalmente infectadas con H.I.V. que son derivadas al hospital por carecer de otros ámbitos para su derivación.

Los casos sociales sin salida han logrado que crezca el "cronicomio". Para evitarlo no queda sino crear los espacios destinados de todos aquellos que no deberían ser destinados a nuestro hospital.

IV. ¿Cuáles son las estrategias que Ud. desearía llevar adelante y no le son posibles, con descripción de sus causas?

Como en Harvard, nos gustaría mantener algunas de las viejas estructuras recicladas y con las comodidades de un hospital moderno.

Un hospital dinámico de agudos alejado del imaginario del "cronicomio".

El 50% de nuestras internadas estarían en condiciones de egreso si se contara con familias continentales, hostales y casas de medio camino.

Es de esperar que las autoridades, tanto del ámbito del G.C.B.A. como de la Nación tomarán estas iniciativas para mejorar la calidad de vida de estas personas.

En Europa y en Canadá una buena coordinación entre el sector Salud Mental y Seguridad Social posibilita estos logros ■



La locura en Buenos Aires

(Capítulo VIII)*

Samuel Gache

Samuel Gache, quien a lo largo de su carrera se distinguiría como especialista en obstetricia, acababa de cursar su 1er año de la carrera de Medicina, cuando presentó su trabajo "La locura en Buenos Aires" al concurso celebrado por el Círculo Médico Argentino en 1879. El escrito de Gache tuvo un segundo puesto (mención honorable) mientras que su único oponente, Juan R. Fernández que presentó su "Estudio de la Estadística Médica de la Ciudad de Corrientes desde el año 1867 hasta el año 1879", fue premiado con el primer premio (medalla de plata). El Jury que evaluó las obras estuvo conformado por Salvador Doncel (Presidente), Justiniano A. Ledesma (Vicepresidente), Rafael Herrera Vegas, Juan García Fernández, Pedro F. Roberts (Miembros) y Nicasio Etchepareborda (Secretario).

Exaltado admirador de Pinel, Gache encuentra en el mito del sabio francés liberando a los locos de sus cadenas, el modelo ideal del médico alienista. Este Director dotado de un poder omnímodo debía regir la vida de la institución con mano férrea imponiendo el tratamiento moral al tiempo que se hacía responsable de las condiciones de vida de los internados siguiendo las normas que el humanitarismo médico dictaba para la época. Gache, siguiendo a Maglioni, toma resuelto partido por Lucio Melendez, director del Hospicio de las Mercedes en la polémica que éste sostenía con el director del Hospicio de Mujeres por el cuidado en las normas de internación y tratamiento de los pacientes hospitalizados.

El orden impuesto a la locura ya ubicada al interior de los muros del manicomio debía estar acompañado de la investigación de la ciencia positiva para desentrañar el origen de su desvarío. En la Introducción de su trabajo Gache lo formula en estos términos: "Hay cuestiones en las enfermedades cerebrales envueltas en el misterio o en la duda. La luz que proyecten los trabajos posteriores de los sabios llevará al conocimiento de la verdad de lo que ese misterio encierra, o lo que esa duda cubre".

Juan Carlos Stagnaro

* Fragmento tomado de "La locura en Buenos Aires", Samuel Gache, Imprenta M. Biedma, Bs. As., 1879.

Nota del Editor. En los textos de esta sección ha sido respetada la ortografía original.

La ciencia recuerda con orgullo el nombre de Pinel cuya sábia clasificación destruye la expresión de Moliere.

Las palabras "enajenación del espíritu" empleadas por el filósofo, no establecían en su tiempo la

sinónimia que hoy tienen las voces loco, locura, etc.

El siglo XIX recibe los últimos suspiros del que reivindicara para los locos el honor de pertenecer al rebaño humano, y sobre la tumba de Pinel y como inspiración de su

gênio, aparece la augusta figura de Esquirol.

Los locos encuentran en él un protector abnegado, y en el espacio de doce años se fundan en Francia varios Hospicios, y se modifican los existentes.

El sentimiento humanitario del hombre hace alianza con los deberes de mejorar la condicion del enajenado, en el sábio; y es en virtud de ese sentimiento y de esa conciencia del deber que Esquirol exclama: "Yo los he visto en los reductos estrechos, sucios, infectos, sin aire, sin luz, encadenados en sus antros donde se temería encerrar á las bestias feroces que el lujo de los gobernadores mantiene con grandes gastos en las capitales. Hé ahí como los enajenados son tratados en Europa".

El loco no fué siempre considerado como en nuestros días.

Las legislaciones modernas, avanzando á la luz de las conquistas sucesivas del progreso que parece desafiar el límite del poder humano con la perpetuidad de la palabra, no olvidan que hay en la Sociedad una clase de personas rechazadas en su seno porque en sus frentes, que abate la desgracia, se muestran los signos de un mal que los aflige, los devora y los priva de su libertad.

En un tiempo eran las selvas la morada de los locos, observa Rénouard, y mas tarde un Manicomio fué la mansion de esos desgraciados. La historia de esos benéficos Establecimientos donde la caridad acoge al que llama á sus puertas, es larga. Los Gobiernos se han preocupado siempre de ellos, y en París en tiempo de Tenan, había veintidos para los incurables únicamente, -cuatro públicos y los demás costeados por subvenciones particulares.

Lo que era el régimen de los enfermos en las instituciones privadas, lo ignoramos, dice Foville; pero sabemos lo que sucedía en los Establecimientos públicos. En ellos, los enfermos encerrados en sus calabozos, sin mas abertura que una puerta maciza, acostados sobre la paja, *cargados de cadenas*, eran tratados como los criminales peligrosos. Pínel, inauguró la reforma de 1792, haciendo caer, delante de los delegados de la Convencion, las cadenas de algunos de estos furiosos, y el éxito coronó su empresa.

La humanidad bendice su nom-

bre y el loco se reincorpora al festín de su linaje, del que por un tiempo han separado las bárbaras costumbres de la época.

La República Argentina solo tiene dos Manicomios: el *Hospicio de las Mercedes* para los del sexo masculino, -y la *Casa de locas*, para el sexo que indica su nombre. Ambos se encuentran en Buenos Aires, al Sud de la Ciudad. En estas casas son admitidos aquellos desgraciados que no pueden ser atendidos en sus domicilios por falta de recursos ó por *incomodar á sus vecinos* ó parientes(1), encontrándose en estado de producir desórdenes.

Siguiendo el ejemplo de otras naciones, obedeciendo á necesidades impuestas por los sucesos y acatando consejos dictados por la seguridad pública, por la moral y por el bien de los enfermos, se han fundado esas dos casas que no se encuentran á la altura de la *Salpêtrière* y de *Bicêtre*, pero que en su reducida esfera, con exiguos elementos, reciben al desgraciado que en ellas busca su refugio.

Sin embargo, es necesario confesar que con los pobres recursos con que cuentan esos dos Establecimientos no es posible esperar mejores resultados que los obtenidos.

En cuanto al Hospicio de las Mercedes, el doctor Melendez lo dice de una manera clara:

"He manifestado antes que me es notorio el estado pecuniario de la Corporacion y por consiguiente es inútil que entre en peticiones, que no podrán realizarse.

Esto vendrá mas tarde cuando nuestra Municipalidad esté en aptitudes de hacerlo(2).

Causa verdadera vergüenza la lectura de estas líneas; -la Provincia de Buenos Aires, la Capital de la República Argentina, donde anualmente se vota un presupuesto general de veinte millones de patacones para gastos nacionales, y de ochenta millones de pesos moneda corriente para la primera, -no puede introducir mejoras en las casas de locos porque no tiene como hacer frente á las pequeñas erogaciones pedidas en nombre de la humanidad!

Empero todos sabemos que se gastan ingentes sumas en Parques y en Ferro-carriles, en paseos y en jardines públicos; pero en mejorar la condicion del loco, nó, porque es un ser que vive sin producir, sin

que pueda servir para ciertos fines, ni para ciertas empresas.

Pero vamos andando entre tanto, -porque si los tiempos no nos traen crisis, día llegará en que algo se haga en el sentido de las necesidades que proclama interés de la buena conversacion de unos seres desheredados de la fortuna."

La historia de nuestra casa de locos no encierra muchos detalles. El Hospital General de Hombres albergaba toda clase de enfermos confundiendo allí los enajenados con los que sufrían otras enfermedades. En el año 1857 por decreto del 11 de agosto, se destinó la módica cantidad de *trescientos cincuenta mil pesos* moneda corriente para la planteacion de un Establecimiento que debía destinarse á ser el albergue de los locos. Fácil es de imaginarse que con esta suma insignificante no sería posible la construccion de un edificio que ofreciese muchas comodidades á quienes se destinaba.

"Ese decreto representaba una regeneracion de una parte desgraciada de nuestra sociedad, y los laudables esfuerzos de D. Francisco de Paula Munita, Administrador entonces del Hospital General de Hombres, unidos á los empeños de los médicos al servicio de este Hospital, dieron algun resultado, pero no el que podía esperarse"(3).

Despues de aquella disposicion legislativa, el 14 de octubre del año siguiente se dictó una ley autorizando á la Municipalidad para hacer un gasto que no exediese de *dos millones* de pesos moneda corriente en una casa para locos, y cinco años despues estos tenían su Establecimiento especial. El Dr. Uriarte fué nombrado su Médico-Director, y en este puesto se mantuvo prestando sus valiosos servicios hasta su muerte, fatalmente acaecida en el año 1876.

El nombramiento del Dr. Melendez, su actual Director, hizo continuar la buena marcha impresa á la casa por aquel alienista, y hoy el Hospicio de las Mercedes se encuentra tan bien atendido cuanto es posible con los medios que se le asignan.

Es pública la laboriosidad y la inteliéncia con que este distinguido médico desempeña sus difíciles funciones.

No existiendo entre nosotros Manicomios-mistos como los hay

en Europa y en algunas naciones Americanas, vamos á decir dos palabras sobre la casa de locas, conocida con el nombre de *Convalecencia* y sostenida por la Sociedad de Beneficencia.

En este Establecimiento no existe un Médico-Director.

Creemos indispensable la presencia de este empleado en una casa semejante, por cuanto es fácil suponer que ella nos es reclamada solamente en el tiempo que el Médico de las locas emplea en pasar su visita diaria.

Razones de conveniencia pública, de moral, del mejor servicio de las enfermas, aconsejan la constante inspeccion de ese funcionario.

"La primera rueda del organismo del Manicomio —dice Giné y Partagás citado por el Dr. Maglioni— debe ser el Médico-Director; el Médico-Director debe ser el alma del Asilo; su espíritu filantrópico, su celo humanitario y sus altas dotes científicas y clínicas, deben manifestarse hasta en las funciones menos trascendentales del Establecimiento."

Ahora bien, ¿se observa esto en la casa de la que hablamos?

Sin arrojar sombras sobre el venerable anciano** que dá asistencia á las asiladas en ella, y sin menoscabar el buen nombre de que justamente goza la filantrópica asociacion que la sostiene, ten-



Entrada principal del Hospicio de las Mercedes (1880)

dríamos que declarar que *nó*, en vista de los informes de que hacemos uso.

Referente á otro órden de cosas que sucede también en la *Convalecencia*, he aquí una opinion.

Las hermanas de la Caridad y las Inspectoras de la Convalecencia determinan la clase de vestidos que han de usar las locas, el arreglo y las disposiciones de las camas, etc. Las hermanas de la Caridad *prescriben los medios coercitivos en los casos de acceso de furor y de desesperacion que amenudo se producen*, porque "el Médico-Director, ó los médicos auxiliares no están allí de día y noche para consultárseles." (4)

Es indisputable la conveniencia que resultaría de la presencia constante de un Médico en la

mencionada casa, conveniencia que no escapa, por cierto, al simple buen sentido del menos entendido en esta materia.

Y para terminar con esta cuestion nos atrevemos á decir que mientras no se establezca el régimen europeo á este respecto, régimen que ha probado en el mundo su bondad en la práctica, no será posible obtener los resultados que se desean por el bien de los enfermos.

La falta del Médico-Director será la barrera que impida la satisfaccion de una aspiracion de la humanidad; será el golpe que postre nuevas víctimas ante el altar del dolor; será un sacrificio hecho en nombre de la culpable incuria; será el éco de la indiferencia ahogando la voz de un sentimiento noble! ■

** N. del E.: Gache se refiere al Dr. Osvaldo Eguía.

Notas

1. Artículo 5, título *De los dementes* —Código Civil.

2. Memoria del Director del Hospicio de las Mercedes, Dr. D. Lucio Melendez, á la Corporacion Municipal.

3. Tesis inaugural del Dr. Norberto Maglioni, *Los Manicomios de Buenos Aires*.

4. *Los manicomios...*, por Norberto Maglioni, ex-interno de la *Convalecencia*. A propósito de la necesidad de los médicos auxiliares al servicio de los manicomios, dice voy á referir un hecho de que fué testigo el Dr. Rawson: viajaba este caballero por la Europa y estudiaba todo lo que pudiera presentar un interés científico. Habiendo llegado á Viena, quiso conocer entre otras cosas su grandioso Manicomio; y al efecto se dirigió á él muni-

do de recomendaciones para el médico á su servicio. El Dr. Saporì, caballero cumplido, é ilustrado médico acompañó al viajero haciéndole ver todo lo que de notable había en el Establecimiento, que á juicio del Dr. Rawson es el primero del mundo. Es un manicomio misto, inmenso por su extension, admirable por el órden y por su posición pintoresca; tiene á su frente un *Médico-Director*. El Dr. Saporì (uno de los médicos auxiliares) hizo conocer al Dr. Rawson todos los enfermos, y entre éstos hallábase uno que padecía de ataxia locomotriz con parálisis progresiva. Hacía pocos momentos que este individuo se encontraba sin novedad alguna.

Pero hé ahí que, repentinamente, el

asistente á su servicio acude presuroso y alarmado en busca del Médico que á la sazón atendía al Dr. Rawson. El enfermo se había agravado repentinamente y estaba ya casi asfixiado cuando llegó á su lado el Dr. Saporì, que acudió en el instante. Como por una inspiracion dióse cuenta el facultativo de lo que debía haberse pasado en el enfermo; y tomando los instrumentos necesarios, practicó una incision en la tráquea, de cuyo conducto sacó algunas porciones de carne, que se habían introducido allí y que hubieran producido la muerte de este individuo, á no haberse hallado el médico en el Establecimiento y á no haber procedido con la rapidez que el caso exigía.



confrontaciones



XI° Congreso del Colegio Europeo de Neuropsicofarmacología

En este evento científico, organizado del 2 al de noviembre de 1998, en París, por el Colegio Europeo de Neurosicofarmacología se presentaron numerosos trabajos de gran interés en el campo de la neurobiología y la psicofarmacología. El Dr. Jorge Scrazzolo, asistente al Congreso confeccionó varios agudos informes sobre los contenidos del mismo. Hemos seleccionado dos de ellos sobre temas de gran interés clínico, terapéutico y epidemiológico.

Simposio sobre Depresión refractaria

Se desarrolló en París, el lunes 2 de noviembre de 1998 de 14 a 16.30 horas en el Grand Foyer (nivel 4) del Palacio de los Congresos.

Presidente: Prof. Dr. Jean Philippe Allilaire de Marsella. Francia.

Panelistas: Dr. John O'Reardon de Pennsylvania EE.UU. y Dra. Jay Amsterdam de Chapel Hill - Carolina del Norte - EE.UU.

Prof. Dr. J. P. Allilaire

Introducción

Hay entre un 10 y un 15% de pacientes depresivos unipolares que resisten los tratamientos psicoterápicos y farmacológicos más agresivos, permanecen deprimidos en forma crónica y a menudo se suicidan. Por otro lado hay un 50% de deprimidos unipolares que exhiben una respuesta parcial al tratamiento. Estas cifras señalan nuestras limitaciones como terapéutas y nos invitan a reflexionar sobre la necesidad de repensar la enfermedad.

Dr. O'Reardon

Concepto de refractariedad

Es importante distinguir la Depresión refractaria de la pseudo-refractaria que es aquella que sobreviene cuando:

- Se ha elegido mal el fármaco.
- Se lo ha subdosificado.
- Se lo ha interrumpido prematuramente.
- Se ha incurrido en interacciones o errores farmacocinéticos.

Por otro lado definimos como *Respuesta* el descenso por lo menos al 50% de su *score* inicial del puntaje de la escala de Hamilton - D de 17 ítems (HRSD).

Cuando este criterio se aplica al análisis de estudios clínicos de rutina, el 70% de los tratados suelen satisfacerlo y decimos que tuvieron respuesta. Sin embargo, apenas el 30% alcanza la *Remisión*, que es una respuesta completa con un *score* final inferior a 7.

Remisión no es sinónimo de *Recuperación*. Este tercer vocablo se aplica para la remisión que se mantiene como mínimo dos meses después de la interrupción del tratamiento. En la práctica son

muchos los pacientes que responden positivamente, pero exhiben síntomas residuales y con el tiempo recidivan.

En 1995 Thase y Rush propusieron cinco niveles de refractariedad que (Tabla 1).

Lo primero que debe hacerse frente a una depresión refractaria es revisar el diagnóstico. Luego, indagar la coexistencia de otra patología (comorbilidad). En el 50% de las depresiones refractarias existe una patología orgánica concomitante. La tabla 2 enumera el listado de afecciones que suelen ser responsables.

La más frecuente es el hipotiroidismo. El 40% de todos los hipotiroides se deprime. Suelen ser enfermos de grado II con T3 y T4 normales y tirotrófina elevada, o enfermos de grado III con T3, T4 y tirotrófina normales. En estos hipotiroides sólo la prueba de estimulación de la tirotrófina con la TRH (*tirotróphin - releasing - hormone*) es patológica.

En toda depresión refractaria sugiero investigar la función tiroidea.

Reus y Berlaut afirman que entre el 40 y el 90% de todos los pacientes con Síndrome de Cushing padecen depresión.

Otra patología que induce refractariedad es el accidente cerebrovascular, en especial si afecta la parte anterior del hemisferio cerebral izquierdo. Entre las patologías orgánicas no debe olvidarse el cáncer de páncreas que en 2/3 de los enfermos comienza con depresión (Tabla 2).

La comorbilidad psiquiátrica también contribuye a la refractariedad. La coexistencia con ataques de pánico aconseja el empleo de IMAOs. La asociación con TOC suele ser motivo de refractariedad frente a los ISRS. El alcoholismo puede inducir fallas metabólicas y éstas pueden invalidar la actividad de algunos fármacos antidepresivos. Finalmente, los desórdenes de la personalidad suelen originar refractariedad. Hay un viejo trabajo del año 1984 en el que Pfohl registra tan sólo 16% de respuestas en pacientes depresivos con trastornos de personalidad agregados.

Dra. Jay Amsterdam

Enfoque terapéutico de la depresión refractaria.

Cuando se investiga la refractariedad se advierte que hay mucha pseudo refractariedad. En efecto, la causa más frecuente de fracasos terapéuticos en la depresión es la subdosificación debida a impericia médica o a efectos adversos que llevan al paciente a producirla. La llegada de los modernos antidepresivos de diseño con mejor tolerancia, no parece haber modificado estas estadísticas.

La segunda causa de pseudo refractariedad es el escaso tiempo durante el cual se conducen los tratamientos. Estudios realizados por Greehouse demuestran que utilizando imipramina el porcentaje de respuesta llega al 25% en cuatro semanas, al 50% a los tres meses y al 89% al cabo de seis meses. De éste y otros análisis surge que ocho semanas es el lapso mínimo necesario para establecer un juicio válido sobre la actividad de un determinado tratamiento.

Los medios destinados a superar la auténtica refractariedad deben comenzar por la certeza de que se está empleando la dosis co-

Tabla 1

Un sistema simple para dividir en etapas a la resistencia antidepresiva

- Etapa 0** ("pseudo"): Cualquier prueba de medicación juzgada hasta la fecha como inadecuada.
- Etapa I**: Fracaso de por lo menos una prueba adecuada de una de las principales clases de antidepresivos.
- Etapa II**: Fracaso de por lo menos dos pruebas adecuadas o de por lo menos dos clases distintas de antidepresivos.
- Etapa III**: Etapa II de resistencia más fracaso de una prueba adecuada de antidepresivos tricíclicos (TC)
- Etapa IV**: Etapa III de resistencia más fracaso de una prueba adecuada de Inhibidor Monoamino Oxidasa. (IMAO).
- Etapa V**: Etapa IV de resistencia más un curso de Terapia Electroconvulsiva bilateral (TEC).

recta del antidepresivo elegido. Para eso deben investigarse los niveles sanguíneos de aquellos que tienen farmacocinética lineal y en los que los niveles plasmáticos correlacionan con los Tisulares.

La posible sustitución de un fármaco por otro es la segunda opción. Cuando se ha fracasado con un ISRS es aconsejable no emplear otro ISRS y sí un antidepresivo de reciente aparición como bupropión, nefazodona, mirtazapina o venlafaxina. La utilización como fármaco de recambio de un tricíclico puede ser beneficiosa y en estudios cruzados ofrece hasta un 73% de respuestas favorables.

Cuando el primer medicamento

ha sido una amina secundaria (desipramina, nortriptilina o protriptilina) es sensato cambiar a un tricíclico. El fracaso de un tricíclico induce a utilizar un IMAO (fenelzina).

La tercera estrategia consistió en no cambiar el medicamento prescripto pero agregar un reforzador. El litio y la hormona tiroidea son los de uso más frecuente. El litio tiene en esta indicación entre un 50 y 60% de chances favorables.

Las litemias deben superar 0,6 milimoles por litro. Con hormonas tiroideas las probabilidades de éxito están entre el 25 y el 60%. T3 parece más efectiva que T4 (53% contra 19% respectivamente).

Algunos estudios indican que

Tabla 2

Contribuyentes médicos comunes a la Depresión resistente

Endocrinopatías

- Enfermedad tiroidea
- Hipercortisolismo (Síndrome de Cushing)

Infeciosos

- Síndrome post-viral (Epstein – Barr, citomegalovirus, influenza)
- Virus de Inmunodeficiencia Humana
- Tuberculosis
- Sífilis
- Borreliosis (enfermedad de Lyme)
- Síndromes neoplásicos

Neurológicos

- Post-golpe (ataque)
- Enfermedad de Parkinson
- Desórdenes del sueño
- Enfermedad autoinmune (lupus, esclerosis múltiple)

sólo responden al agregado de tioroides los deprimidos con un test de TRH patológico.

El uso de pindonol y bupiriona (bloquean el autorreceptor 1A) no siempre garantiza respuesta.

En las depresiones psicóticas es de buena práctica agregar un neuroleptico. En las atípicas los IMAOs son superiores a los tricíclicos. La estimulación magnética transcraneal sobre la corteza frontal izquierda luce efectiva y no trae compromiso cognitivo.

Finalmente la terapia electroconvulsiva reduce la refractariedad en un 50% y es de elección en el probable suicida.

Un participante francés del público aclaró que la estimulación magnética transcraneal es muy efectiva y se quejó de que no esté oficialmente reconocida en su país como tratamiento válido. Los norteamericanos presentes recordaron que sí lo está en los EE.UU.

Simposio sobre enfoque terapéutico de la esquizofrenia resistente

Se desarrolló el miércoles 4 de noviembre de 1998 en el Salón Havana (5º nivel) del Palacio de los Congresos, París.

Presidente: Dr. A. C. Altamura de Italia.

Panelistas: Dr. Daniel W. Bradford de Gales y Dr. M. Maj de Italia.

Dr. A. C. Altamura

Introducción

La esquizofrenia es una enfermedad crónica que afecta al 1% de la población mundial. Desde la década del 50 disponemos de fármacos que controlan los síntomas positivos por los menos en los 2/3 de todos los enfermos. La llegada de nuevos antipsicóticos (clozapina, risperidona, olanzapina y quetiapina) ha disminuido algo la refractariedad. La clozapina ha demostrado ser claramente superior a los neurolepticos clásicos en el control de los síntomas positivos. Su actividad sobre síntomas negativos aparece menos clara. Hoy debemos aceptar que todavía un 20% de las esquizofrenias son refractarias.

Dr. Daniel Bradford

Prevalencia y definición de las formas resistentes

Entre la quinta y la tercera parte de todos los esquizofrénicos son resistentes al tratamiento propuesto. Históricamente la definición de resistencia se apoya en la persistencia de los síntomas positivos (delirio, alucinaciones y descarrilamiento) en niveles moderados respecto de los iniciales. En su estudio sobre clozapina, Kane utiliza los siguientes criterios de refractariedad:

a. Pacientes que permanecen con síntomas positivos por lo menos en dos a cuatro ítems de la *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS).

b. Persistencia de un compromiso global del estado general que eleve por lo menos a 45 el puntaje de la escala de Impresión Clínica Global (CGI).

c. Persistencia de enfermedad que impida un adecuado funcionamiento social y laboral durante cinco años.

d. Evidencia de que en los cinco años precedentes el paciente ha sido medicado sin éxito por lo menos en tres ocasiones diferentes con por lo menos dos fármacos activos distintos y en dosis útiles (equivalentes a 1000 mg/día de clorpromazina durante seis semanas consecutivas).

Esta definición ha sufrido modificaciones en los últimos diez años. Kinon demostró que los pacientes que no responden a 20 mg/día de flufenazina durante cuatro semanas sucesivas tienen tan sólo el 7% de posibilidades de responder a otro tratamiento. De todos modos hay consenso en aceptar que la dosis mínima de antipsicótico que debe ensayarse para hablar de refractariedad son 1000 mg/día de clorpromazina. Esto surge de varios estudios que han probado que la eficacia de un fármaco antipsicótico es proporcional al número de receptores D2 bloqueados a nivel del cuerpo estriado. La TEC demuestra que 400 mg/día de clorpromazina bloquean entre el 80 y el 90% de los receptores D2.

Personalmente considero que 400 a 600 mg/día de clorpromazina durante al menos cuatro semanas sucesivas son suficientes para diagnosticar refractariedad si la

falta de control sobre síntomas positivos se asocia con un comportamiento social pobre.

Prof. Dr. M. Maj

Hay hasta la fecha 30 estudios de eficacia comunicados con antipsicóticos en esquizofrenias refractarias. Veinte de ellos son con clozapina comparada con drogas clásicas; cuatro con risperidona, tres con olanzapina comparada con neurolepticos tradicionales y tres que comparan risperidona y clozapina. De todos ellos surge que en general los modernos fármacos atípicos superan netamente a los neurolepticos clásicos. Sólo 9 de estos 30 estudios fueron realizados con la técnica doble ciego y ustedes tienen un resumen de los mismos más adelante (siete comparan clozapina con fármacos estándar, uno clozapina con risperidona y uno olanzapina con clorpromazina).

El primero de estos nueve seleccionados (Kane y col.) aceptó como psicosis refractaria la que no descendió a por lo menos el 20% el score BPRS, no redujo a 3 la escala CGI y a 35 o menos el puntaje total de la BPRS.

Sobre esta base se registraron 30% de respuestas a la clozapina y tan sólo 4% a la clorpromazina.

En el resto de estos estudios la clozapina aparece como un fármaco netamente superior al resto para esta indicación.

En el estudio de Bondolfi y col. se compararon la clozapina y la risperidona y ambos tratamientos aparecen como igualmente válidos para controlar la refractariedad. En realidad los porcentajes de respuesta (65 y 67% respectivamente) son muy elevados y obedecen a que los criterios de refractariedad aplicados fueron menos estrictos que los tradicionales. Más allá de esto parece claro que los modernos antipsicóticos atípicos son más eficaces que las drogas clásicas para el control de esta patología. Hoy se están investigando tratamientos coadyuvantes. Entre los que lucen como más promisorios están los antagonistas de la serotonina, los estrógenos, los agonistas muscarínicos y los agonistas glutamatérgicos.

A continuación se presentan dos cuadros informando varias investigaciones sobre el tema.

Estudios doble ciego de antipsicóticos atípicos en pacientes refractarios al tratamiento

<i>Autor (año)</i>	<i>Población</i>	<i>Nº</i>	<i>Medicaciones (dosis media)</i>	<i>Duración/diseño</i>	<i>% Mejora en ratings (atípico vs. típico) basada en el análisis final del propósito del tratamiento</i>	<i>Tasa en estudios basados en el análisis final del propósito del tratamiento</i>
Kane et. al. (1988)	Refractaria al Tratamiento	268	Clozapina (1200 mg/d) o clorpromazi- na (600 mg/d) y ben- zotropina	6 semanas, doble ciego, grupo para- lelo después de una fase prospectiva de 6 semanas de haloperidol y un fra- caso de hasta 7 días	BPRS total 26.2% vs. 8.2% (P<.001);BPRS positivo 26.3% vs. 10.5% (P<.001);BPRS negativa (no informada, P<.001, excepto para retardo motor que fue P<.05)	Clozapina 30%, clor- promazina 4%, P<.001
Hong et. al (1997)	Refractaria al Tratamiento	40	Clozapina (543 mg/d) o clorpromazina (1163 mg/d)	12 semanas, doble ciego, grupo para- lelo después de una fase prospectiva de haloperidol sin fracaso	BPRS total 15.1% vs. 1.9% (P=.007); PANSS positivo 18.2% vs 0% (P=.033); PANSS negativo 2.9% vs 2.6% (P=.159)	Clozapina 28.6%, clorpromazina 0%
Kumra et. al (1996)	Niños refrac- tarios y no to- lerantes al tra- tamiento	21	Clozapina 9176 mg/d) o haloperidol (16 mg/d) y benzotropina	6 semanas, doble ciego, grupo para- lelo después de un fracaso de hasta 4 semanas como tolerado	BPRS total 37.3% vs 23.6% (P=.04);SAPS 64.6% vs 39.2% (P=.002);SANS 40.3% vs 13.0% (P=.01)	No informado
Buchanan et. al (1998)	Respuesta parcial	75	Clozapina (413 mg/d) o haloperidol (26 mg/d) y benzotropina	10 semanas, doble ciego, grupo para- lelo después de una fase prospectiva de flufenazina sin fracaso	BPRS total 4.8% s 3.4%; BPRS positivo 10.6% vs 2.5%; SANS -04% vs -4.4%; ninguna de las diferencias fueron signifi- cartivas en los análisis de propósito del tratamiento	No informado
Pickaar et. al (1992)	Refractaria y no tolerante al tratamiento	21	Clozapina (543 mg/d) o flufenazina (29 mg/d) y benzotropina	Duración variable (fase de 13-76 días de flufenazina, media 46 días; fase de dosis moderada de clozapina de 52 días de duración media, dosis óptima de 107 días de duración media; oscilaciones no informadas); diseño no paralelo con fracaso de duración variable (17-55 días, medio 37 días)	BPRS total 36.1% vs 18.4% (P<.001);BPRS positivo 39.9% vs 24.1% (P<.05);BPRS negativo 32.9% vs 19.5% (P<.01);los valores P son com- parando clozapina con flufenazina	Clozapina 38.1% flufenazina 4.8%

Estudios doble ciego de antipsicóticos atípicos en pacientes refractarios al tratamiento

Autor (año)	Población	Nº	Medicaciones (dosis media)	Duración/diseño	% Mejora en ratings (atípico vs. típico) basada en el análisis final del propósito del tratamiento	Respuesta clínica Tasa en estudios basados en el análisis final del propósito del tratamiento
Rosenheck et. al (1997)	Refractaria e intolerante al tratamiento	423	Clozapina (552 mg/d) o haloperidol (28 mg/d) y benzotropina	1 año, doble ciego, grupo para- lelo cruzado	PANSS total 13.1% vs 9.3%; sín- tomas positivos y negativos mostraron pequeñas ventajas para la clozapina que fueron estadística- mente significativas (P=.004 y .002, respectivamente); % de mejora de síntomas positivos y negativos, no informado	Clozapina 37%, haloperi- dol 32%, P=.31
Bondolfi et. al (1998)	Refractaria e intolerante al tratamiento	86	Clozapina (291 mg/d) o risperidona (6.4 mg/d)	8 semanas, doble ciego, grupo paralelo después de 3-7 días de fracaso	PANSS total: risperidona 25.8% vs clozapina 23.1%; PANSS positivo: risperidona 30.7% vs clozapina 27.8%; PANSS negativo: risperidona 22.1% vs clozapina 22.1% (los val- ores P no fueron informados)	Risperidona 67%, clozap- ina 65%, P=.30
Conley et. al (1998)	Refractaria al tratamiento	84	Olanzapina (25 mg/d) o clorpromazina (1173 mg/d) y benzotropina; lora- zepam permitido durante las primeras tres semanas de doble ciego	8 semanas, dosis fija, doble ciego, grupo paralelo después de una fase de tratamiento prospectivo de haloperidol y fracaso de 1-2 semanas	BPRS total 2.5% vs (-3.3%) (P=.25); BPRS positivo 5.7% vs 0% (P=.26); SANS 75.8% vs 73.4% (P=.26)	Olanzapina 7%, cloropro- mazina 0% P=.24
Kane et. al (1998)	Comunidad refractaria al tratamiento	71	Clozapina (552 mg/d) o haloperidol (18.5 mg/d) y benzotropina	29 semanas, doble ciego, gru- po paralelo sin fracaso	BPRS total 16.9% vs -0.9% (P<.001); BPRS positivo 19.6% vs 16.1% (P=.001); SANS compuesto global 5.0% vs (-3.1%) (P=.031)	Clozapina 67.3%, haloperidol 16.4% (sólo síntomas positivos usa- dos para juzgar la repuesta categórica), P=.0001

BPRS= Brief Psychiatric Rating Scale;
SAPS= Scale for the Assessment of Positive Symptoms;

PANSS= Positive and Negative Syndrome Scale;
SANS= Scale for the Assessment of Negative Symptoms.



LECTURAS

Montserrat Moreno, Genoveva Sastre, Magali Bovet y Aurora Leal, "Conocimiento y cambio. Los modelos organizadores en la construcción del conocimiento", Paidós, Buenos Aires, 1998. 350 págs.

El ser humano ha puesto en funcionamiento todas sus posibilidades cognitivas en la búsqueda de leyes que permitan establecer un orden en el universo; pero, cuando ya parecía próximo a captar el orden universal, éste se le ha convertido en caos. Se hace necesario, pues, un cambio en nuestros sistemas de interpretación del mundo, y ello conlleva, desde la psicología, la necesidad de nuevas explicaciones que permitan rendir cuenta de ese cambio.

Este libro intenta abordar esta tarea a través del análisis de los mecanismos que entran en funcionamiento al construir modelos de los fenómenos que acontecen a nuestro alrededor, y constituye una síntesis original de la epistemología genética y de las teorías cognitivistas cuya aproximación posibilita sentar las bases para una teoría de la complejidad en psicología.

Montserrat Moreno y Genoveva Sastre (Universidad de Barcelona), Magali Bovet (Universidad de Ginebra) y Aurora Leal (Universidad Autónoma de Barcelona) han llevado a cabo conjuntamente este trabajo durante varios años, estudiando el desarrollo de las ideas desde la infancia hasta la edad adulta, y mostrando los cambios que experimenta el pensamiento y los mecanismos que lo rigen.

Vertex

Henri Ey, "Estudios sobre los delirios", Fundación Archivos de Neurobiología, Ed. Triacastella, Madrid, 1998, 199 págs.

La tan necesaria reedición de los "Estudios sobre los delirios" de Henri Ey se ha producido gracias a la obra emprendida por la Fundación Archivos de Neurobiología de España. Precedido por el Prólogo a la primera edición de 1950, escrito por Juan José López Ibor, el texto de las conferencias que Ey dictó en el Consejo Superior de Investigaciones Científicas de Madrid, se completa con el de otra conferencia realizada durante una gira por América Latina ocurrida en 1959 y publicada el mismo año por la revista de Psiquiatría del Uruguay.

Para presentar al maestro francés dos discípulos suyos, Jean Garrabé y Humberto Casarotti, escriben sendos artículos introductorios.

El primero, de corte biográfico, titulado "Evocación de Henri Ey" hace una semblanza de la vida y la obra del eminente autor del gigantesco "Traité des hallucinations" ambientando sus múltiples desarrollos científicos y organizativos en la trama de la psiquiatría de las décadas posteriores a la Segunda Guerra Mundial.

Humberto Casarotti, miembro del Centro de Estudios e Investigación (CEIP) de Montevideo, estudia "La aportación de Henri Ey al diagnóstico de la psicosis delirante". Comenzando por consideraciones acerca del término "psicosis", tal como es utilizado en los sistemas internacionales de diagnóstico, Casarotti, comenta concepciones sobre las formas "psicóticas transitorias", para, luego, presentar las tesis centrales del modelo "órganodinámico" y ubicar el concepto de "delirio" según ese sistema de pensamiento psiquiátrico.

De la lectura del cuerpo de la obra nada nos puede eximir. Tanta es la densidad y riqueza del texto de Ey que huelga comentarlo en estas breves líneas.

Desde el Coloquio de Perpignan (octubre de 1997) convocado por la muy activa *Association pour la Fondation Henri Ey*, varios libros consagrados a la actualidad de su obra han sido publicados en francés: Jean Garrabé nos ha ofrecido "Henri Ey et la pensée psychiatrique contemporaine" y una compilación de los textos de su maestro sobre las Psicosis Esquizofrénicas que incluye la famosa serie de artículos aparecidos en la *Encyclopedie Médico-chirurgicale* sobre el "Groupe des psychoses schizophréniques et des psychoses délirantes chroniques"; Patrick Clervoy "Henri Ey, 1900-1977 cinquante ans de psychiatrie en France" y la Colección Savoir: cultures de la editorial Hartmann, la reedición del debate entre Ey y Julián de Ajuriaguerra y Henri Hécaen sobre Neurología y Psiquiatría ocurrido en Bonneval en 1943.

Una actividad múltiple que indica el renovado interés (ver Mahieu, Eduardo, "Henri Ey, 20 años después..." en Vertex N° 28, junio-agosto, 1997) por la obra del gran psiquiatra franco-catalán.

J. C. S.

Isabel Caro (comp.), **Manual de psicoterapias cognitivas**, Paidós, 1997, 463 págs.

Las psicoterapias cognitivas se hallan plenamente asentadas en el campo de los tratamientos psicológicos actuales. Desde sus primeras publicaciones han tenido tiempo suficiente para evolucionar y contribuir, sin duda, al enriquecimiento del variado campo de la psicote-

rapia. Este manual, que aúna lo teórico y lo práctico, puede interesar a todos aquellos que trabajen en el campo de la asistencia psicológica y quieran formarse en psicoterapias cognitivas.

Los autores (españoles, europeos y americanos) y los enfoques seleccionados son los más representativos en el área. En la primera parte se hace una reflexión histórica y conceptual del campo cognitivo desde una triple vertiente: principales diferencias entre modelos, terminología cognitiva y procedimientos de evaluación. En la segunda parte, dedicada a la exposición de las principales psicoterapias cognitivas, podemos apreciar capítulo tras capítulo cómo han ido desarrollándose distintos modelos, lo que permite al lector tener una idea clara de cómo ha evolucionado el campo cognitivo hasta la fecha. Finalmente, la tercera parte introduce al lector en las posibilidades de formación en psicoterapia cognitiva en Argentina y en España.

Vertex

SEÑALES

Programa Cursos 1999

*Servicio de Psicopatología y
Salud Mental
Hospital de Oncología
"María Curie"*

Introducción a la Psiconeuroendocrinología II. Sus implicancias en la clínica.

• 22 de Abril al 22 de Julio -
Días Jueves de 11 a 13 horas.

"Conceptualizaciones acerca de los Psicósomático"

• 5 de agosto al 21 de octubre -
Días Jueves de 11 a 13 horas.

"Técnicas psicoterapéuticas para el abordaje de pacientes con afecciones somáticas"

• 6 de agosto al 24 de setiembre -
Días Viernes de 11 a 13 horas.

"Ética en medicina: hacia un no-reduccionismo de la práctica médica"

• 14 de agosto al 27 de noviembre - Días Viernes de 11.30 a 13 horas.

"Pacientes con cáncer: Ateneos clínicos III Psicoterapia - Interconsulta - Psicoprofilaxis"

• 28 de octubre al 9 de diciembre - Días Jueves de 11 a 13 horas.

Informes e Inscripción: Comité Docencia e Investigazción. Hospital de Oncología "María Curie"

E-mail:

psico@mcurie.codei.cyt.edu.ar

Av. Patricias Argentinas 750
(1405) Parque Centenario, Buenos Aires.

Universidad Argentina John F. Kennedy Curso de Posgrado en Psicoimmunología

La Dra. Eleonora Zenegrelli dictará un curso de posgrado en Psicoimmunología a partir del mes de abril del corriente año los días sábados de 9 a 13 horas, en Bartolomé Mitre 1407.

Informes: 4371-1391 y 4372-4338.



UNIVERSIDAD
FAVALORO

**UNIVERSIDAD
FAVALORO**

Formación Humanística
Rigor Científico
Prestigio Internacional

Autorizada provisionalmente por Res. MCyE N° 1.246/92 y 1.515/98 Art. 64°, inc c) Ley N° 24.521

MAESTRÍA EN PSICOINMUNONEUROENDOCRINOLOGÍA
Res. MCyE N° 949/95

Directores: Dr. Jaime A. Moguelevsky, Dr. Daniel Cardinali,
Dr. Jorge García Badaracco y Dr. Isaac Sinay

MAESTRÍA EN NEUROPSICOFARMACOLOGÍA
(Res. MCyE N° 2438/98)

Director: Prof. Dr. Luis María Zieher
Coordinador en psicofarmacología: Dr. Sebastián A. Alvano
Coordinador en neurofarmacología: Dr. Daniel E. Thierer

MAESTRÍA EN GERENCIA Y ADMINISTRACIÓN
DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE LA SALUD
(Res. MCyE N° 146/96)

Directores: Dr. Ricardo A. J. Rezzónico
y Dr. Florentino D. García Scarponi

CURSO SOBRE MANEJO CLÍNICO-PRÁCTICO
DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES
Actualización en Terapias Farmacológicas, Psicológicas y Quirúrgicas
Director: Dr. Juan Carlos Kusnetzoff

CURSO DE NEUROPSICOFARMACOLOGÍA
Curso de Posgrado
(Otorga puntaje para la Maestría en Psiconeurofarmacología)
Directores: Prof. Dr. Luis María Zieher
CURSO SOBRE CUIDADOS INFORMATIZADOS DE LA SALUD
Curso de Extensión Universitaria de Posgrado
Directores: Dr. Eduardo E. Rodas y Lic. Carlos Hugo Leonzio

CURSO DE ACTUALIZACIÓN DE ERGONOMÍA APLICADA
A LA PREVENCIÓN DE RIESGOS EN EL TRABAJO
Curso de Posgrado
Directores: Prof. Aldo Divinsky y Lic. Ricardo Galliani

Informes e Inscripción

Tel. (011) 4378-1171 y 1176 o Línea gratuita 0-800-333-5530 o Fax (011) 4384-8456
Solís 453 - (1078) Buenos Aires - 7° piso - de 9:00 a 20:00 hs.

Internet: <http://www.favaloro.edu.ar> o E-mail: posgrado@favaloro.edu.ar



ASOCIACIÓN DE PSIQUIATRAS ARGENTINOS
XV Congreso Argentino de Psiquiatría

El Individuo: Las Redes Biológicas y las Redes Sociales

15-18 de abril de 1999, Mar del Plata

- Simposio Internacional de Educación en Psiquiatría y Salud Mental
- Symposium of the Interamerican Council of Psychiatric Organization
- Simposium of the American Society of Hispanic Psychiatrists
- Encuentro Ibero-argentino de Psiquiatría
- Encuentro Franco-argentino de Psiquiatría
- Encuentro de la Región del Cono Sur (APAL)
- Sesión de la Comisión Argentina-uruguaya de Expertos en Salud Mental
- Encuentro Nacional de Ecología y Salud Mental
- I Simposio Satélite y V Encuentro de la Red Intersocietaria para el Estudio y Prevención de la Violencia
- II Feria PSI del libro de APSA

Se organizan también:

Simposios Nacionales - Mesas Redondas - Paneles - Cursos - Workshops - Simp. Internacionales.
 Comunicaciones Científicas - Comunicaciones de investigaciones recientes - Pósters - Videos

Informes e inscripción:

San Martín 579 2P. (1004) Buenos Aires, Argentina Tel./Fax. 54 1 393-3059/3381 / 3129
 E-mail: apsa@overnet.com.ar - Web: http://www.apsa.org.ar

Don Bosco 380 (9100) Trelew - Chubut - Patagonia - Argentina Tel/Fax. (0965) 37191 1 E-mail: mfarmj@cpsarg. Com. ar

"La Práctica Hospitalaria"

*Hospital Zonal de Agudos
 "Gral Manuel Belgrano"
 16 al 18 de junio de 1999*

Los días 16, 17 y 18 de junio del corriente año se realizarán las III Jornadas "La Práctica Hospitalaria".

El tema central será: "Direcciones de la cura".

La presentación de trabajos se extiende hasta el 10 de marzo de

1999.

El arancel es de \$20. Visitantes y concurrentes (con certificado): no arancelado.

Informes e Inscripción: Av. de los Constituyentes N° 3120. San Martín. Tel.: 4755-3380/2228. Int. 256.

Errata

Por un error involuntario en el artículo "Depresión y adicciones. Vulnerabilidad vs. comorbilidad" de los Dres. G. Dorado y G. Handlarz, aparecido en el N° anterior de Vertex, se omitió la bibliografía que transcribimos a continuación:

Bibliografía

1. De Comings E., Cannabinoid receptor gene (CNR1): association with IV drug use. *Mol. Psy.* 2:161-168, 1997
2. Dorado G., Handlarz G. y Moizeszowicz J., Tratamiento de los trastornos por consumo de alcohol. En *Psicofarmacología psicodinámica IV*, Cap. 13:763-792. Paidós, 1998
3. Gawin F. H., Kleber H. D., Pharmacological treatment of cocaine abuse. *Psychiat. Clin. North. Am.* 9:573-583; 1986
4. Gianluigi T: Cannabinoid and heroin activation of mesolimbic dopamine transmission by a common m1-opioid receptor mechanism. *Science* 276:2048-2050, 1997
5. Hyman S and Nestler E. The molecular foundation of psychiatry. *Am. Psy. Press.* 95-122, 1993
6. Informal Expert Committee on the Craving Mechanisms. Report. United Nations International Drug Control Programme and World Health Organization technical report series (n V.92-54439t), 1992
7. Margolin A. et al., Bupropion reduces cocaine abuse in methadone-maintained patients. *Arch. Gen. Psych.* 48:87,1991
8. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV), Cap. *Trastornos relacionados con el uso de sustancias*. Masson 181-278, 1995
9. Self DW et al: Opposite modulation of cocaine-seeking behaviour by D1- and D2-like dopamine receptor agonists. *Science* 271:1586-1589, 1996
10. Sharon L et al. Fluoxetine alters the effects of intravenous cocaine in humans. *Journal of Clinical Psychopharmacology* vol.14 N° 6:396-407, 1994
11. The Neuropsychiatry of Limbic and Subcortical Disorders. Edited by Salloway S. et al; *Am. Psy. Press.*, 1997.
12. Weiss RD. Relapse to cocaine abuse after initiating desipramine treatment. *JAMA* 260:2545-2546, 1988.

Índice alfabético de autores

Volumen IX - 1998

- Agrest, M., ver Triskier, F.
- Apfelbaum, S., *Depresión y Esquizofrenia*, N° 34, pág. 270
- Azubel, A. *Acerca de una dificultad planteada en la elección de un Tratado de Psiquiatría*, N° 32, pág. 156
- Bertera, H. J., *Uso racional de los psicofármacos en Anorexia y Bulimia Nerviosa*, N° 32, pág. 137
- Bialakowsky, E., Rosendo, A., *Salud Mental y flexibilización laboral: Una perspectiva antropológica*, N° 31, pág. 10
- Bierens de Haan, B. *El debriefing emocional colectivo con voluntarios de la Cruz Roja*, N° 31, pág. 52
- Borel, M., Maldonado, M., Mato, L., *Importancia del Hospital de Día como recurso terapéutico en la Anorexia y Bulimia Nerviosa*, N° 32, pág. 110
- Briole, G. *El trauma en psicoanálisis*, N° 31, pág. 24
- Cotard, J., *El delirio de enormidad*, N° 34, pág. 307
- Courel, R., *Intersecciones de la psiquiatría: neurociencias, psicología y subjetividad*, N° 33, pág. 229.
- Di Segni de Obiols, S., *Personalidad, éxito y fracaso*, N° 34, pág. 310
- Dorado, G., Handlarz, G., *Depresión y adicciones. Vulnerabilidad vs. Comorbilidad*, N° 34, pág. 283
- Edelman, L., ver Kordon, D.
- Elenitza, I. M., *Criterios para el abordaje farmacológico de la depresión refractaria*, N° 34, pág. 302
- "Flashbacks" N° 31, pág. 72
- Fernández Bruno, M., ver Gabay, P. M.
- Finvarb, G. M., *Depresión en niños y adolescentes*, N° 34, pág. 288
- Fonte, S., Reberendo, M., Urrutia, C., *Psiconeuroinmunoendocrinología del Síndrome de Tensión Premenstrual*, N° 34, pág. 245
- Fraise de Páez, M. M., ver Saba, G. R.
- Gabay, P. M., Fernández Bruno, M., *Tratamiento de la depresión en la tercera edad*, N° 34, pág. 294
- Halsband, S. A., *Tratamiento Psicofarmacológico del Trastorno por Estrés Postraumático*, N° 31, pág. 67
- Handlarz, G., ver Dorado, G.
- Herrera Mingorance, J. J., *La ansiedad en el anciano*, N° 33, pág. 190.
- Janet, Pierre, *La reducción del campo de la conciencia*, N° 33, pág. 225.
- Keegan, E., *Trastornos de la ansiedad: la perspectiva cognitiva*, N° 33, pág. 197.
- Kersner, D., ver Kordon, D.
- Kordon, D., Edelman, L., Lagos, D., Kersner, D., *Trauma social y psiquismo. Consecuencias clínicas de la violación de derechos humanos*, N° 31, pág. 42
- Lafont, B. *Clínica de la neurosis traumática*, pág. 18
- de Malvinas, N° 31, pág. 30
- Lagos, D., ver Kordon, D.
- Lebigot, F., *Oportunidades y formas de intervención terapéutica en el Traumatismo Psíquico*, N° 31, pág. 62
- Maldonado, M., ver Borel, M.
- Mato, L., ver Borel, M.
- Matusевич, D., Szulik, J., *Aspectos teórico-clínicos del abuso en la vejez*, N° 34, pág. 252
- Moneta, M. E., *Voces: en el encuentro terapéutico y en la ontogenia*, N° 34, pág. 249
- Probst, E., *¿Por qué existe la depresión?*, N° 31, pág. 5
- Power, K. G., ver Sharp, D. M.
- Reberendo, M., ver Fonte, S.
- Rodríguez, H., Entrevista por M. Nemirovski, y J. C. Stagnaro, *Los grupos de Autoayuda en los Trastornos de Ansiedad*, N° 33, pág. 219.
- Rojtenberg, S., *Aspectos neurobioquímicos de los Trastornos de ansiedad. Ataque de pánico y Trastorno de angustia*, N° 33, pág. 210.
- Rojtenberg, S. L., *Depresión: tratamiento a largo plazo*, N° 34, pág. 262
- Rosendo, A., ver Bialakowsky, E.
- Rossi, G., Pulice, G., Entrevista por J. C. Stagnaro, *El acompañamiento terapéutico*, N° 31, pág. 74
- Rotenberg de Glozman E., *Transplantes de órganos en niños y adolescentes*, N° 33, pág. 165.
- Ruiz López, A., *Estrés Postraumático. Quince años después*, N° 31, pág. 30
- Rutzstein, G., *La Anorexia Nerviosa y el proceso de separación-individuación*, N° 32, pág. 118
- Saba, G. R., Fraise de Páez, M. M., *Disfunciones sexuales en Anorexia y Bulimia Nerviosa*, N° 32, pág. 125
- Samuel-Lajeunesse, B., Entrevista por D. Kamienny, G. B. Onofrio y D. Wintrebert, *Negación e infidelidad: principales obstáculos en el tratamiento de la Anorexia y la Bulimia nerviosa*, N° 32, pág. 131
- Sharp, D. M., Power, K. G., Swanson, V., *El Tratamiento Psicológico y Farmacológico del Trastorno de Pánico y Agorafobia en Atención Primaria*, N° 33, pág. 178.
- Swanson, V., ver Sharp, D. M.
- Szulik, J., ver Matusевич, D.
- Torrente, F., *Las bases psicológicas de la psicofarmacoterapia*, N° 32, pág. 85
- Triskier, F., Agrest, M., *La continuidad de los tratamientos ambulatorios en Salud Mental*, N° 33, pág. 172.
- Urrutia, C., ver Fonte, S.
- Wikinski, S., *Tratamiento a largo plazo del trastorno por pánico: Historia natural, cronicidad y factores asociados*, N° 33, pág. 214.
- Wulff, M., *Acerca de un interesante complejo sintomático oral y su relación con la adicción (1932)*, N° 32, pág. 148
- Zaratiegui, R., *Evolución de los anti-depresivos*, N° 32, pág. 98

**Suplemento N° 1
al Volumen IX**

- XIV Congreso Argentino de Psiquiatría Misceláneas*
Alcoholismo y drogadependencia, pág. 10
Clínica psiquiátrica y Neurociencias, pág. 5
Economía de la Salud, pág. 14
Fenomenología y Psicopatología, pág. 17
Historia de la Psiquiatría, pág. 16
Psicofarmacología, pág. 9
Psicogeriatría, pág. 13
Psiquiatría y Sociedad, pág. 15
Recursos humanos, pág. 15
SIDA, pág. 11
 Bringas Nuñez, E., *¿Qué significa "curar" en psiquiatría?* pág. 22
 Gallego Lluesma, O., Mecikovski, D., *El silencio como actuación*, pág. 45
 Pelegrina Cetrán, H., *"Anorexia Nervosa" y cultura actual*, pág. 25
 Ricón, L., *Los psicofármacos y las palabras*, pág. 19
 Tuñón, J. L., *La histeria ¿ha dejado de existir? Consideraciones sobre el lugar que el DSM reserva a la histeria*, pág. 39

**Suplemento N° 2
al Volumen IX**

- Proyectos de ley sobre Salud*
 Marino, J., *Proyecto de ley orgánica de Salud Pública*, pág. 5
 Datarmini, P., *Proyecto de Ley Básica de Salud*, pág. 8
 Zaffaroni, R., *Proyecto de Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires*, pág. 11
 Campos, R., *Proyecto de Ley Básica de Salud*, pág. 23
 Yelicic, C., *Sistema de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires*, pág. 27
 Asociación de Médicos Municipales, *Principios, Derechos, Obligaciones y Garantías*, pág. 42
 Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, *Proyecto de Ley Básica de Salud*, pág. 47
 García Batallán, D., *Proyecto de Ley Básica de Salud*, pág. 50

Revista

TopiA

Temas de Psicoanálisis, Sociedad y Cultura

APARECE ABRIL - AGOSTO - NOVIEMBRE

Informes: 802-5434
 Fax: 943-0968
 E-mail: topia@psico.net

**ACOMPANIAMIENTO
TERAPÉUTICO**

ASISTENCIA - DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

COORDINACIÓN
**GUSTAVO ROSSI
 FEDERICO MANSON
 GABRIEL PULICE**

Atención en Urgencias - Internación Domiciliaria
 Recreación - Traslados - Externaciones y
 Rehabilitación

Adicciones - Bulimia y Anorexia - Pacientes con
 Trastornos graves - Tercera Edad

865-9104 / 854-2306 / 823-7431